ZIEKTE ALS BELEVENIS

Een zorgethische kritiek op Fred Lee's theaterziekenhuis

Universiteit van Tilburg
Masterthesis **Zorg, Ethiek en Beleid**
Jeannet van de Kamp
Studentnummer **U 1243627**
Thesisbegeleider **Prof. dr. F. J. H. Vosman**
Tweede lezer **Dr. G. Olthuis**

ZIEKTE ALS BELEVENIS

EEN ZORGETHISCHE KRITIEK OP FRED LEE'S THEATERZIEKENHUIS

Universiteit van Tilburg
Masterthesis **Zorg, Ethiek en Beleid**
Jeannet van de Kamp
Studentnummer **U 1243627**
Thesisbegeleider **Prof. dr. F. J. H. Vosman**
Tweede lezer **Dr. G. Olthuis**

Houten, juni 2013

Foto omslag Jeannet van de Kamp, 2012
Een venster in het voormalig Groot Gasthuis in Leuven aan de Romaanse Poort. Gasthuiszusters ontfermden zich in dit Gasthuis van 1184 tot 1999 over zieken en reizigers.

Met deze foto wil ik die onvoldoende erkende traditie van zorgen, waaruit alle moderne ziekenhuizen zijn voortgekomen, letterlijk en figuurlijk in beeld brengen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord **5**

Inleiding **7**

1 **Fred Lee's zorgconcept** **17**
Inleiding 17
1.1 Vragen in de zorg en antwoorden vanuit de beleveniseconomie 19
1.2 Hoffelijkheid boven efficiency 23
1.3 Patiënttevredenheid versus patiëntloyaliteit 25
1.4 Het creëren van een onvergetelijke belevenis voor de patiënt 29
1.5 Zorgen als theater; professionals als acteurs 34
1.6 Authenticiteit volgens Lee 40
1.7 Commentaar 43

2 **De beleveniseconomie: 'werk is theater' en 'authenticiteit' bij marketingconsultants James Gilmore en Joseph Pine** **47**
Inleiding 47
2.1 Ontstaan van de beleveniseconomie 49
2.2 Massamaatwerk en lerende relaties 54
2.3 Werk is theater 57
2.4 Transformatiebelevenissen 64
2.5 Authenticiteit van economisch aanbod 69
2.6 Commentaar 76

3 **Een filosofisch-ethisch perspectief van Martha Nussbaum op theater en authenticiteit, vanuit de Griekse tragedies en filosofie** **85**
Inleiding 85
3.1 Toeval en ethiek 87
3.2 Morele conflictsituaties in tragedies 90
3.3 Plato: **eudaimonia** zonder kwetsbaarheid? 99
3.4 Aristoteles: het goede menselijke leven is breekbaar 105
3.5 Authenticiteit en perceptie 112
3.6 Commentaar 114

4 **De belevenismaatschappij vanuit een cultuursociologisch perspectief van Gerhard Schulze** **127**
Inleiding 127
4.1 Momentopname van Schulze in 2005 130
4.2 Historisch-maatschappelijke ontwikkelingen; ontstaan van de belevenismaatschappij 135
4.3 Het project van het mooie leven 139
4.4 De belevenismarkt 144
4.5 Authenticiteit bij Schulze; een voorlopige duiding 154
4.6 Commentaar 159

Een zorgethisch perspectief van Frits de Lange, zorgen als autonomie-herstel 173
Inleiding 173
5.1 Zorgethisch autonomieconcept van De Lange 175
5.2 Ethische dimensies en morele discoursen in de zorgbetrekking 182
5.3 Interval van vertrouwen en **flow of goodness** 188
5.4 Authenticiteit in de zorgbetrekking 196
5.5 Bekommernis in de zorgbetrekking 201
5.6 Commentaar 205

5

Een tweede zorgethisch perspectief van Annelies van Heijst, Frans Vosman en Joan Tronto: zorgen in een institutionele setting 221
Inleiding 221
6.1 Van Heijst: menslievend zorgen versus marktdenken 223
6.2 Van Heijst: zorgen als iets dóen en méér dan dat 227
6.3 Van Heijst over Baart's interventiedenken en de presentietheorie 232
6.4 Van Heijst: zorgethiek als normatief perspectief én ethische theorievorming 239
6.5 Van Heijst en Vosman: stand van zaken en waar het nu knelt 243
6.6 Van Heijst en Vosman: institutionele verbrokkeling 247
6.7 Tronto over het creëren van zorgzame instellingen 252
6.8 Commentaar 257

6

Terug naar de probleem- en vraagstelling vanuit de diverse perspectieven 267
Inleiding 267
7.1. Er valt te leren van Lee 268
7.2 Een tegenovergesteld beeld op grond van de perspectieven van Gilmore, Pine, Schulze en Nussbaum 276
7.3 Lee 282
7.4 Probleem- en vraagstelling van deze thesis 289

7

Samenvatting 305

Literatuur 307

Bijlagen 309
Bijlage 1 309
Bijlage 2 313
Bijlage 3 315
Bijlage 4 317
Bijlage 5 320

VOORWOORD

Een periode van ruim twee jaar deeltijd studeren wordt afgesloten met deze masterthesis.
Ik voel me een bevoorrecht mens; na een prachtige theologiestudie lang geleden was er nu de kans om de master zorgethiek te volgen. Opnieuw een horizon verbredende- en een verdiepende studie die ik ten goede wil laten komen aan de mensen met wie ik in mijn werk, vriendschappelijk en in liefdesbanden verkeer.
Sommigen van hen, met name man en kinderen, hebben vanwege mijn enthousiasme over de studie-inhoud wel de onmogelijke mogelijkheid van een 'zorgethisch verzadigingspunt' bereikt. Ze verdienen dan ook dank voor hun uithoudingsvermogen en praktische ondersteuning.
Medestudenten, onder meer het 'thesisgroepje', die hebben meegedacht, aangehoord, gekritiseerd of verluchtigd wil ik bedanken voor die vormen van support.

Ik heb kennisgemaakt met een vak waar ik niets van wist: information designer. Erik van Gameren, die dit vak-kundig beheerst, bood zijn hulp aan voor de vormgeving van de thesis. Ook toen de omvang van de thesis hem duidelijk werd, hield hij stand. Hij heeft enorm veel tijd gestoken in het vormgeven waar ik hem erg dankbaar voor ben. Hoezeer het design van tekst de leesbaarheid ten goede kan komen, is door zijn creatieve hand duidelijk zichtbaar gemaakt.

De tweede lezer, dr. Olthuis, heeft niet kunnen vermoeden hoeveel werk hem te wachten stond toen hij destijds instemde met het masterthesis voorstel en zijn rol daarbij. Aan hem: bedankt voor het willen innemen van de positie van kritische tweede lezer.

De masterthesis zou aanvankelijk gaan over gastvrijheidconcepten die in de zorg veelvuldig worden geïmplementeerd en de eventuele nog bestaande band met de gasthuistraditie. Na enkele maanden lezen en voorbereiden lukte het niet om tot een probleem- en vraagstelling te komen vanuit het boek van Fred Lee. Ik kwam tot de conclusie dat gastvrijheid voor Lee passé is en slechts een zijdelings (vanzelfsprekend) thema. Zijn boek gaat over een nieuwe fase van economisch aanbod waarin zorgen niet langer dienstverlenen maar transformeren op belevenisniveau inhoudt.
Daarmee veranderde het onderwerp van de thesis nogal drastisch.

Professor Vosman heeft bij de aanvang van deze hele 'onderneming', zijn vertrouwen uitgesproken en is dat blijven doen. Ik ben hem dankbaar voor het geduld met deze lang en uitgebreid zoekende student. Naast concrete adviezen (zoals Nussbaum en Schulze erbij nemen) heb ik veel ruimte gekregen om mijn argwaan bij en bewondering voor Fred Lee te onderzoeken. Het was een moeilijk onderzoek maar door alle fasen van 'vastzitten' en 'ontdekken' heen, heb ik er met grote gedrevenheid aan gewerkt.
Ik ben professor Vosman zeer erkentelijk voor de kalme ondersteuning, het rustige afwachten en het lezen en kritiseren van lijvige toegestuurde documenten.

INLEIDING

I Aanleiding en motivatie

'Gezondheidszorg is een verbijzondering van wat veel breder en fundamenteler is; een visie op 'het goede leven'. Deze woorden, in het allereerste college dat ik volgde in de master 'Zorg, ethiek en beleid' plaatsten zorgethiek in het brede sociaal-politieke kader waarbij het geordende menselijke bestaan op het spel staat. Het kwam aan de orde naar aanleiding van Tronto's politieke, normatieve en ook levensbeschouwelijke beschrijving van 'zorgen'[1].
Een normatieve visie op het 'goede leven' betekent dat mensen zich afvragen hoe zij de samenleving zo kunnen ordenen dat er 'samen' te leven valt. De levensbeschouwelijke lijn zit in Joan Tronto's opmerking dat het gaat om 'zo goed mogelijk' zorgen (wel goed, niet optimaal) en in haar benadrukken dat ieder mens zorgontvanger én zorgverlener is.
In latere colleges ging het over de constituerende en bewarende functie van instituties zoals het instituut gezondheidszorg en hedendaagse bedreigingen van de grondslagen van dit instituut.
In hetzelfde eerste college werd als tweede, maar even belangrijk, benadrukt: 'Wat moreel goed is, toont zich in de betrekking. Het is een stap voor stap ontdekken, inzicht verkrijgen over wat het goede is.' Zorgethiek, zo leerde ik, wordt vanuit concrete, reële zorgbetrekkingen van onder naar boven gedacht. Geen voorgegeven principes die in zorgsituaties worden toegepast en daarom ook geen generalisering van wat in de zorgbetrekking aan het licht treedt.

1 College: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

Die dubbele, doorgaande beweging van normatieve ethiek en het morele perspectief; wetenschappelijke theorievorming vanuit en in wisselwerking met het moreel goede dat zichtbaar wordt in de betrekking, spreekt mij zeer aan. Het kadert op een dubbele wijze het vragen naar 'wat is goede zorg?' Goede zorg, in de context van het goede leven, focust op de morele inhouden van de zorgbetrekking èn morele vragen binnen de samenleving. Vragen die samenhangen met mensbeelden. Wie worden bijvoorbeeld tot die samenleving gerekend? Voor wie is gezondheidszorg toegankelijk? Op welke gronden worden uiteenlopende budgetten toegekend aan diverse domeinen van gezondheidszorg?
Als mij één ding duidelijk is geworden in de master Zorg, ethiek en beleid, is dat hoezeer gezondheidszorg op alle niveaus complex is en hoe weinig duidelijk is wie om welke redenen keuzen maken binnen die complexiteit.
Zorgethiek is geen antwoordengevende discipline, er worden geen 'oplossingen' aangedragen. Wat wel gebeurt is het identificeren van deze complexiteit en problematiek in zowel concrete zorgsituaties als op instellingenniveau en op politiek-maatschappelijk niveau. Dat geeft verheldering en verdieping bij de vele tegenstrijdigheden en rationaliteiten.[2]

2 College: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

Ik vind het relevant en interessant om bij nieuwe zorgconcepten die gelanceerd worden binnen de gezondheidszorg, te onderzoeken hoe vanuit zo'n concept door de initiatiefnemers ingegaan wordt op de complexiteit, welke doelen ze nastreven, hoe ze dat doen, hoe dat uitpakt in het primaire zorgproces, voor het instituut

gezondheidszorg én in de brede maatschappelijke context. Dit vanuit de overkoepelende vraag: Wat wordt in dit concept beschouwd als 'goede zorg' en hoe verhoudt zich dat tot 'goede zorg' vanuit een zorgethisch perspectief?
Sinds enkele jaren is een charismatische nieuwkomer, de Amerikaan Fred Lee, actief in Nederland om zijn ziekenhuiszorgconcept te promoten op de Nederlandse zorgmarkt.
Op verzoek van Lee heeft de CSP Groep, een marketinggroep in Nederland, de Fred Lee Association Netherlands (FLAN) opgericht. FLAN staat voor 'waarde(n) gedreven en patiëntgerichte cultuurverandering'[3].
Deze nieuwkomer fascineert mij. In zijn zorgconcept lijkt hij wervend en inspirerend problemen en allerlei vormen van ongenoegen die zich voordoen binnen de gezondheidszorg te boven te komen.
Sympathie voor en reserves bij Lee's zorgconcept motiveren mij om me te willen verdiepen in (een deelaspect van) dit ziekenhuiszorgconcept en dat te leggen naast een zorgethisch perspectief.

3 Bron: http://www.cspgroep.nl

II Doelstelling

De doelstelling van deze thesis is om te analyseren en verhelderen hoe 'authenticiteit'[4] in de theater*setting* waarbinnen Fred Lee dit begrip opvoert, in de context van commerciële ziekenhuiszorg, zich verhoudt tot 'authenticiteit' vanuit een normatieve benadering van zorgethiek.

4 Als werkdefinitie omschrijf ik 'authenticiteit' als: echtheid, geloofwaardigheid, eigenheid, oorspronkelijkheid en 'authentiek' als: echt, origineel, oorspronkelijk, betrouwbaar, waarachtig.

III Probleemstelling en vraagstelling

III.1 Probleemstelling

In het domein van de ziekenhuiszorg in Nederland hebben zich de laatste decennia diverse ontwikkelingen voorgedaan die geleid hebben tot een uiterst complexe situatie vandaag de dag. In de twintigste eeuw heeft wetenschappelijk onderzoek het medisch-professionele kennen en kúnnen vergroot en daarnaast en ermee samenhangend zijn medisch-technische mogelijkheden aanzienlijk toegenomen. Dit leidde tot specialisatie in het medische en verpleegkundige handelen en heeft tevens de inhoud van en opvattingen over 'professionaliteit' veranderd. Betrokkenheid op de patiënt maakte bijvoorbeeld plaats voor een meer afstandelijke bejegening. Systemisering en economisering van de ziekenhuiszorg versterkten de toenemende complexiteit.
Daarnaast veranderden op maatschappelijk terrein visies op 'gezondheid'.[5] Gezondheid wordt in toenemende mate als levensdoel beschouwd en minder als middel om andere levensdoelen te kunnen bereiken. Autonomie en keuzevrijheid en maakbaarheid van het leven zijn eveneens veranderingen die geleid hebben tot een grotere claim op met name ziekenhuiszorg. Een claim die al langer bestaande problematiek van bekostiging en bemensing van 'de zorg' deed toenemen.
Liberaal overheidsbeleid leidde tot het (deels) op de markt brengen van de zorg. Frans Vosman spreekt over 'marktdenken' en niet 'marktwerking' omdat de overheid op afstand stuurt.[6] De vooronderstelling bij het deels vermarkten van de zorg was dat dit zou bijdragen aan het oplossen van de genoemde problematiek.
Te midden van deze ontwikkelingen én groeiend onbehagen over de zorg bij zowel zorgontvangers als zorgverleners, kwam zorgethica Annelies van Heijst in 2005 met haar fundamentele analyse van de hedendaagse gezondheidszorg en haar pleidooi

5 Colleges 'Ethische Competenties voor zorg en zorgbeleid', 2011, Universiteit van Tilburg.

6 Colleges 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

het instituut terug te brengen op de morele grondslag van weleer, samengevat in 'menswaardigheid en menslievendheid'.[7] De bedrijfsmatige aanpak van zorg noemt zij een belangrijke oorzaak van het verdringen van de morele fundering van het instituut gezondheidszorg. Neoliberale waarden, economische beginselen en de daarbij horende managementlogica, conflicteren met zorgethische waarden. Waar een patiënt een klant wordt, verandert bijvoorbeeld ook de (morele) inhoud van de zorgbetrekking.

De eerste ronden van zorgethische reflectie richtten zich op macroniveau op dit op de markt brengen van de zorgsector. Op instellingenniveau werd kritisch gereflecteerd op de verzakelijking, de medisch-technische focus, de fabrieksmatige benadering van zorgen, de doelrationaliteit en toenemende systemisering. Op microniveau werd de aandacht gevestigd op de zorg die door patiënten en vaak ook door professionals als onpersoonlijk, onvriendelijk, afstandelijk en mechanisch of medisch-technisch interventionistisch ervaren werd. De menselijke maat was uit zicht geraakt.

Diverse hedendaagse nieuwe aanbieders in de ziekenhuiszorg halen 'de menselijke factor' naar voren en komen met programma's, pilots of totaalconcepten van zorg die aansluiten bij behoeften, wensen en ervaringen van de patiënt. Patiënten willen graag persoonlijke, aandachtige en respectvolle bejegening in een prettige ambiance en dit aldus opgevatte patiëntperspectief wordt steeds vaker als uitgangspunt genomen voor een zorgvernieuwend concept. Ook de wens van de professional om meer/weer vanuit zorgbezieling te kunnen werken, met empathie en compassie, wordt in sommige nieuwe zorgconcepten gehonoreerd. Gastvrijheid, hoffelijkheid, oog voor de ervaringen en beleving van de patiënt, een platte managementstructuur, meer ruimte voor professionals; het dient zich aan in nieuwe concepten en daar is ongetwijfeld het nodige mee gewonnen.

Dergelijke nieuwe zorgconcepten die de markt veroveren en inspelen op het oplossen van de zich voordoende problemen in de zorg zijn veelal geënt op horeca, hotel en *entertainment*-achtige formules. De markt selecteert de beste zorgaanbieders via concurrentie op prijs en kwaliteit, zo is de aanname van voorstanders van marktwerking. In de nieuwe concepten wordt tegemoet gekomen aan het gewenste patiëntperspectief, vraaggestuurde zorg, respectvolle bejegening en een sfeervolle entourage.

Hoewel marktwerking in Nederland in de gezondheidszorg niet geheel is doorgevoerd, roept dat toch vragen op vanuit de eerder genoemde vigerende morele waarden in de markt*setting* die op gespannen voet staan met zorgethische waarden. Is aan kritische vragen, vanuit een zorgethische benadering, bij marktwerking in de zorg de basis ontnomen nu in sommige ziekenhuiszorgconcepten wordt ingespeeld op wat de patiënt wil en wenst? Wanneer professionals de vurig bepleitte 'scharrelruimte' krijgen en inlevend en betrokken patiënten kunnen bijstaan, is dan voldoende tegemoet gekomen aan zorgethische kanttekeningen bij de zorg? Gaat het bij zorgethiek om op déze wijze inspelen op patiëntbehoeften en de zorgbetrekking? Of blijven er kritische noties gelden bijvoorbeeld ten aanzien van de commerciële insteek van de zorg en wrikt dit gegeven altijd met een morele grondslag van zorgen?

Eén van de nieuwe spelers op de markt is Lee die zijn ziekenhuiszorgconcept aanvankelijk baseerde op gastvrijheid zoals die in Disney parken wordt geregisseerd en geconstrueerd. Inmiddels beschouwt hij Disney's gastvrijheidsconcept waarin 'hoffelijkheid' centraal staat, als een vanzelfsprekende basis in de ziekenhuiszorg en richt hij zich op nieuwe winstgevende mogelijkheden. Niet langer staat *service excellence* centraal, waaronder gastvrijheid valt, maar *experience*. De belevenis-economie biedt mogelijkheden om de marktpositie te bestendigen, problemen die in zich

7 A. Van Heijst, *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, Kampen, 2005.

de zorg voordoen het hoofd te bieden en de zorg voor de patiënt te optimaliseren waarbij zowel de patiënt als de professional tot hun recht komen. Disney is volgens Lee opnieuw een voorbeeld bij uitstek, nu voor het uitbaten van 'belevenis'. Lee introduceert het Disney-concept van het 'creëren van een ultieme en onvergetelijke belevenis voor de 'gast', in de ziekenhuiszorg met aanpassingen aan deze specifieke context waarin de gast 'patiënt' is.
In de Verenigde Staten wordt de zorg al geruime tijd commercieel georganiseerd maar ook daar spelen problemen als bureaucratie, juridisering, geld- en personeeltekort en gebrekkig zicht op de werkelijke behoeften van de patiënt, zo stelt Lee. Deze problemen gaat hij te lijf met zijn ziekenhuiszorgconcept.
De doelstelling van Lee's belevenis-zorgconcept is tweeledig. Enerzijds: het creëren van een ultieme belevenis voor de patiënt waarbij professionals in staat gesteld worden vanuit bewogenheid met de patiënt hun werk te doen. Hiertoe legt Lee de zorgpraktijk open als theater*setting* waarin professioneel werken hetzelfde is als je rol authentiek en ongeveinsd spelen. Anderzijds is Lee's doelstelling: in en door middel van de theater*setting* de perceptie van de patiënt dusdanig beïnvloeden dat deze patiënt een loyale klant wordt. Een loyale klant is iemand die een memorabel verhaal te vertellen heeft en door communicatie met anderen over de opgedane onvergetelijke ervaring, dit ziekenhuis als onderscheiden van alle andere, aanbeveelt. Het bijstaan van de patiënt beoogt derhalve, naast welzijnsbevordering of de genezingservaring, het transformeren van de patiënt tot 'ambassadeur' die de concurrentiepositie van het ziekenhuis op 'de markt' moet verstevigen.

Het zorgconcept van Lee doet in de praktijkvoorbeelden sterk denken aan een zorgethische visie op zorgen. Bij Lee staat aandacht voor wat de patiënt doormaakt centraal en wordt het geven van zorg gestuurd door en afgestemd op de behoeften van de patiënt. De professional wordt inspirerend en motiverend toegerust om de patiënt meelevend en compassievol bij te staan. Dit lijkt sprekend op de betrekking tussen zorgverlener en zorgontvanger, die in zorgethiek centraal staat.
Vanuit zorgethiek wordt benadrukt dat het uiteindelijk de patiënt is die zorg legitimeert als goede of niet goede zorg. Bij Lee wordt de legitimatie door de patiënt zichtbaar in het al dan niet loyaal aanbevelen van het desbetreffende ziekenhuis. Hoewel Lee stelt dat professionals, door ziekenhuiszorg te beschouwen en enscèneren als theater, op authentieke wijze empathisch kunnen inspelen op de beleving van de patiënt, blijft er de vraag of authenticiteit op deze wijze verstaan en gepraktiseerd in de commerciële context, overeenkomt met een zorgethische visie op authenticiteit.

III.2 Vraagstelling
Wat houdt 'authenticiteit' in de theater*setting* van Fred Lee's commerciële ziekenhuiszorgconcept in, vergeleken met 'authenticiteit' vanuit een zorgethisch perspectief?

IV Toelichting op doelstelling, probleemstelling en vraagstelling

IV.1 Status questionis
Het ziekenhuiszorgconcept wordt door Fred Lee beschreven in: *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9 ½ dingen die u anders zou doen.*
Voor het begrijpen van Lee's achtergrond van de beleveniseconomie, het werk-is-theater concept en daarbij het concept authenticiteit dienen de beide boeken van

Gilmore en Pine:
De beleveniseconomie: Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium en *Authenticiteit: Wat consumenten écht willen.*
De theaterthematiek wordt benaderd vanuit de filosofisch-ethische theorie van Martha Nussbaum zoals die aan de orde komt in: *De breekbaarheid van het goede: Geluk en ethiek in de Griekse filosofie en literatuur.*
Gerhard Schulze schrijft over de belevenismarkt vanuit een cultuursociologisch perspectief. Zijn boek: *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart* wordt vooral gebruikt om te vernemen hoe vrij en authentiek mensen deelnemen aan de belevenismarkt en wat dat voor een ziekenhuispatiënt in Lee's zorgconcept, dat ingebed is in de beleveniseconomie, zou kunnen inhouden.
Een zorgethisch perspectief op authenticiteit biedt het boek: *In andermans handen: Over flow en grenzen in de zorg*, van Frits de Lange.
Een tweede zorgethisch perspectief wordt vernomen uit een boek van Annelies van Heijst, een hoofdstuk uit een tweede boek van Van Heijst en Frans Vosman en een essay van Joan Tronto.
Het boek is: A. van Heijst, *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit,* Klement, 2005. En de volgende twee artikelen:
Het hoofdstuk is: A. van Heijst en F.J.H. Vosman, Managen van menslievende zorg, in M. Pijnenburg, C. Leget, B. Berden (eds.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit*, Damon, 2010, p.11-39.
Het essay is: J. C. Tronto; Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. *Ethics and social welfare,* volume 4, number 2. Routledge, july 2010, p.158-171.

IV.2. Theoretisch kader
Het theoretisch kader van deze masterthesis vormt zorgethiek.

IV.3. Deelvragen
Om tot een antwoord te komen op de vraagstelling heb ik de volgende deelvragen geformuleerd.

1. Wat houdt Fred Lee's ziekenhuiszorgconcept in?
2. Hoe is de context van de beleveniseconomie en 'authenticiteit' als handelswaar zoals James Gilmore en Joseph Pine dit beschrijven?
3. Hoe beschouwt Martha Nussbaum tragedie theater, emoties en authenticiteit in haar filosofisch-ethische theorie?
4. Wat houdt Gerhard Schulze's cultuursociologisch perspectief op (het ontstaan van) de belevenismaatschappij in?
5. Hoe ziet 'authenticiteit' er uit bij Frits de Lange's duiding van zorg als autonomieherstel?
6. Wat houdt het doeleinde van het instituut gezondheidszorg in voor 'goede zorg', in het zorgethisch perspectief van Annelies van Heijst, Frans Vosman en Joan Tronto?
7. Welke inhoud heeft authenticiteit bij Lee, vergeleken met een zorgethisch perspectief op authenticiteit?

V Methode

Deze masterthesis bestaat uit een literatuuronderzoek. Vanuit verschillende perspectieven (disciplines) wordt een licht geworpen op Fred Lee's theaterbusinessconcept. In het slothoofdstuk worden die perspectieven zorgethisch bereflecteerd.
De deelvragen vormen de leidraad voor de opzet van de thesis.

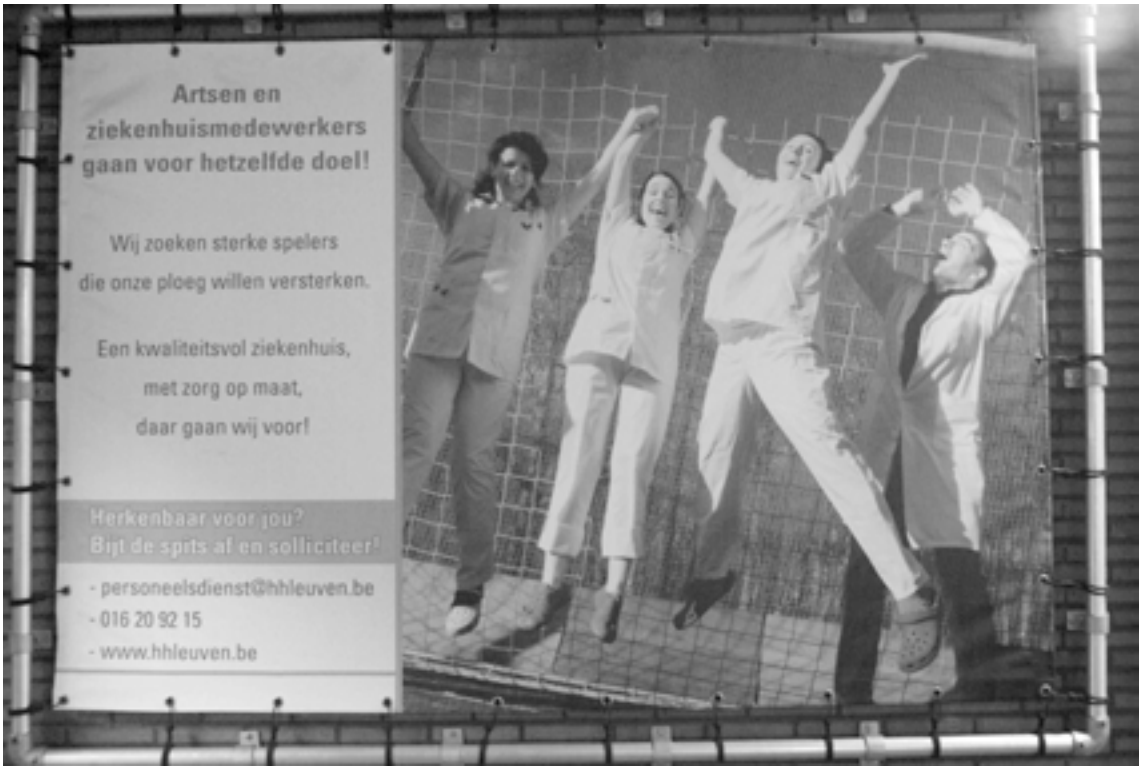
VI Toelichting bij de opzet van de thesis

In het eerste hoofdstuk wordt Fred Lee's theaterbusinessconcept in kaart gebracht. Dit concept wortelt in de beleveniseconomie en Lee ontleent het aan de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine. De context van de beleveniseconomie wordt in het tweede hoofdstuk verkend vanuit het binnenperspectief van de beide consultants.
In hoofdstuk drie verken ik Martha Nussbaum's perspectief op de Griekse tragedies en het filosofisch-ethisch denken van Plato en Aristoteles. dat zij relevant openlegt voor de huidige tijd.
Gerhard Schulze biedt in hoofdstuk vier een cultuur-sociologisch perspectief op het ontstaan van de belevenismarkt in de na-oorlogse BRD, de eerste uitwerkingen ervan en de (toenmalig) te voorziene mógelijke gevolgen voor de toekomst.
In de hoofdstukken vijf en zes worden verschillende zorgethische perspectieven onderzocht. Frits de Lange brengt de complexe wereld van zorgverleners in de zorg in beeld vanuit het laatmoderne mensbeeld, een *loser* visie op zorgen, dominantie van neoliberaal (autonomie)denken meerdere werelden en discoursen waarin zorgverleners staan, het moeilijke bij de onbegrensde ethische eis en (risicovolle) compassie. Annelies Van Heijst, Frans Vosman en Joan Tronto werpen een licht op het zorgeigen doeleinde van het instituut gezondheidszorg en de bedreigingen daarvan door onder meer marktwerking (-denken).
In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de probleemstelling van de thesis door eerst de context van de beleveniseconomie te expliciteren om deze vervolgens vanuit zorgethiek als een sociaal-politieke ethiek te belichten. Daarna wordt ingegaan op de beantwoording van de vraagstelling.

Bij de hoofdstukken zes en zeven komen citaten voor van illustratieve (en niet argumentatieve) aard uit drie interviews die ik heb gehouden. Alle drie de geïnterviewden hebben Fred Lee's boek gelezen, de eerste twee zijn er enthousiast over, de derde is sceptisch. Respondent (R)1 is leidinggevend meewerkend verpleegkundige, vrouw, vijftig plus op de dagbehandeling van oncologie in een groot ziekenhuis.
R2, man, veertig plus, werkt in een bedrijfsmatige context aan reïntegratie van werknemers in de ziektewet op de arbeidsmarkt. Hij heeft in het verleden bij Disney-World Parijs gewerkt.
R3, man, vijftig plus, is MDL-specialist in een middelgroot ziekenhuis.
De interviews zijn op de band opgenomen en uitgetypt en (naar afspraak met de geïnterviewden) alleen in te zien door de thesisbegeleider.
Enkele opmerkingen tot slot:
In de tekst staan passages die met dit lettertype onderscheiden zijn van het lopende betoog. Dit betreft becommentariërende teksten en lezershulp in vooruitwijzingen en terugverwijzingen naar passages die voor de thematiek relevant zijn of worden.

Daarnaast komen er ook inspringende teksten voor; daarin zijn citaten opgenomen.

In de tekst wordt omwille van de leesbaarheid alleen de derde persoon mannelijk gebruikt terwijl het uiteraard ook vrouwen omvat.
Waar diverse auteurs die ik bespreek marktjargon gebruiken binnen de zorgcontext volg ik hun taalgebruik. Zelf wil ik niet wennen aan het vereconomiseren van zorgtaal en blijven spreken van patiënt, bewoner en in een enkel geval cliënt.



Personeelsadvertentie bij Leuven's ziekenhuis met een activistische 'zorgen is scoren en fun' uitstraling.
(foto: Jeannet van de Kamp, 2012)

FRED LEE'S ZORGCONCEPT 1

INLEIDING

De V.S. kent geen politiek gelegitimeerde institutie gezondheidszorg; de ziekenhuiszorg is daar al decennia lang charitatief en commercieel georganiseerd. Kerken en charitatieve instellingen ontfermen zich over allen die buiten 'de markt' van de gezondheidszorg vallen, *the poor.*
In Nederland is gezondheidszorg institutioneel geregeld en toegankelijk voor alle burgers. Het ziekenhuisbedrijf in de V.S. moet zich zelfstandig zien te handhaven op de markt.
Ondanks voortdurende innovatie, waarvan de laatste ronde de omslag naar *service excellence* is geweest, lukt het ziekenhuizen onvoldoende om het eigen bedrijf concurrentiebestendig en financieel gezond te maken en houden.
Fred Lee beschrijft een als vernieuwend gepresenteerde managementvisie in zijn boek *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis*, waarbij hij kundig leiderschap en het belang van een goede bedrijfscultuur centraal stelt om ziekenhuizen in de moordende concurrentiestrijd op de markt stevig te verankeren.[1]
In het voorwoord door Dean Hubbard bij de Amerikaanse uitgave van 2004, benadrukt Hubbard dat Lee vanuit een denkniveau van complexiteit tot diep en eenvoudig inzicht komt. Het leidende principe van een organisatie moet zijn: wat is het beste voor mijn klant? Lee verwijdert overbodige ballast en komt met slechts enkele principes tot wat een ideale organisatie behoeft.
Gert Siemons benadrukt in zijn voorwoord bij de Nederlandse uitgave van 2009 hoezeer Lee de essentie van zorg treft: de patiënt centraal bij de inrichting van de zorg en meer compassie en aandacht voor de hele mens. Góede zorg is niet voldoende, het moet excellente zorg zijn: 'Het gaat om loyale patiënten, want wat heb je aan tevreden patiënten?'[2] Siemons herkent in de combinatie van zakelijkheid en compassie inspirerende impulsen voor verandering.
In Nederland promoot en bemiddelt de CSP groep Lee's aanpak. Deze groep staat voor 'reputatiemanagement' en zoekt 'samen met klanten' naar 'kernwaarden' in de organisatie. De groep heeft ruime ervaring met twee *benchmarks*: Disney en Interpolis. Veranderingsprocessen, nieuw werken en een mensgerichte aanpak staan centraal. 'Veilig en vertrouwd' zijn voor Lee's ziekenhuis de kernconcepten. Op verzoek van Fred Lee heeft de CSP Groep de Fred Lee Association Netherlands (FLAN) opgericht.[3]
Verbindingen tussen Disney-***experience*** en de gezondheidszorg bestaan al lange tijd. Aan de Disney University vinden trainingen van gezondheidzorg medewerkers plaats. Wie via google 'Disney' en 'Healthcare' combineert, krijgt talloze links. Ter illustratie citeer ik Craig Taylor, directeur Business Programs at the Disney Institute.

> "When you think of the Walt Disney World® Resort, you think of rides, shows, food, and fun. You probably don't think of professional development. And you certainly don't think of healthcare training. But in the heart of Walt Disney World Resort, has been created an *experience* for healthcare professionals that is unlike any other. More than 3000 healthcare professionals have travelled to Disney Institute in recent years to study the leadership, management and service strategies of the Walt Disney World Resort. In

1 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen,* Reed Business, Amsterdam, 2009.

2 De pagina's van het voorwoord bij de Nederlandse en Amerikaanse uitgave zijn niet genummerd. Zou dat wel gedaan zijn, dan staat dit citaat op p.5. F. Lee, 2009.

3 Bron: http://www.fredlee.nl/csp-groep Geraadpleegd: 03-01-2013.

fact, healthcare professionals make up a solid 30% of our Disney Institute professional enrollment."[4]

Lee put uit brede ervaring in onder meer ziekenhuismanagement (in het Disney ziekenhuis in Orlando), zijn mede-ontwikkelen van de Disney benadering van kwaliteitsservice voor de gezondheidsindustrie (*service excellence*, strategie en implementatie) en zijn *cast membership* in Disney World.[5] Bij Disney gaat het om de bedrijfscultuur en minder om strategie of implementatie, zegt Lee.

De focus moet van 'medische praktijken', 'handelingen', verlegd worden naar principes die de grootste invloed hebben op de perceptie van de patiënt. Dat zijn principes die vertrouwen wekken en medeleven doen ervaren. Een verlegging van 'daden' naar 'denken' zal leiden tot een grondige herziening van medische praktijken. Elk van de Disney-principes die hij in zijn boek uitwerkt om de gewenste transformatie te bewerkstelligen wijst op 'anders denken'. Als het denken verandert en manieren gevonden worden om een cultuur van vertrouwen te creëren die medewerkers inspireert en de ervaring van de patiënt positief maakt, volgen daden op denken.[6] Hiervoor is een cultuur van betrokkenheid nodig.

Lee's boek is met name bedoeld voor managers maar ook zorgprofessionals kunnen er, naar zijn zeggen, hun voordeel mee doen.

Managers hebben een sleutelpositie in het bedrijf en kunnen het bedrijf transformeren. Zo'n transformatie is nodig omdat de economie inmiddels de fase van dienstverlening voorbij is.

In dit hoofdstuk wordt Lee's ziekenhuiszorgconcept weergegeven, waarbij een aantal van de Disney-principes aan de orde komt. Niet alle principes worden in deze thesis toegelicht, alleen die principes die voor de probleem- en vraagstelling van deze thesis het meest relevant zijn. Gezien de probleem- en vraagstelling zal het hoofdaccent in dit hoofdstuk niet liggen op de managementprincipes, hoe belangrijk het ook is om die te bereflecteren vanuit een zorgethisch perspectief, maar op de beleveniseconomie-context van zijn zorgconcept en de mogelijke gevolgen daarvan in het primaire zorgproces.

Lee ontleent aan de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine 'belevenis' als een (bij Disney herkend) nieuw product op de markt dat hij vervolgens toepasbaar maakt voor de ziekenhuiszorg. Deze consultants zijn de auteurs van twee boeken die de basis vormen van hoofdstuk 2 van deze thesis. De beide auteurs zien werk als theater en dit theaterbusinessmodel introduceert Lee als nieuwe bedrijfscultuur.[7]

Lee beoogt met zijn belevenis-zorgconcept voor het ziekenhuis steeds twee in elkaar liggende doelen: een ultieme belevenis voor de patiënt en loyaliteit van de patiënt aan het bedrijf. Professionals worden in Lee's nieuwe bedrijfscultuur geïnspireerd en gemotiveerd om deze doelen te bewerkstelligen door de patiënt empathisch en compassievol bij te staan. Zowel het primaire zorgproces als de marktpositie van het bedrijf (en derhalve de problemen waarmee 'de zorg' vandaag de dag worstelt), zijn steeds in het geding bij het zorgend handelen.

In paragraaf 1.1 wordt het kader geschetst waarbinnen Lee zijn boek schrijft: problemen in de ziekenhuiszorg en oplossingen, voornamelijk ontleend aan Walt Disney bedrijfsvoering. Paragraaf 1.2 en 1.3 illustreren beide een door Lee noodzakelijk geachte wisseling van bedrijfsvisie. In 1.2 stelt hij hoffelijkheid boven efficiëntie en in 1.3 patiëntloyaliteit boven patiënttevredenheid. Vanaf 1.4 wordt de aandacht gericht op respectievelijk 'wat de patiënt wil' en bij Lee krijgt, welke bedrijfscultuurtransitie nodig is (1.5) en wat authentiek bijstaan van de patiënt bij Lee inhoudt (1.6). Paragraaf 1.7 bevat een kort commentaar op het voorafgaande.

4 Bron: http://www.longwoods.com/content/16733 Geraadpleegd: 11-03-2013.

5 Zie bijlage 1.g. Lee's literatuurbronnen.

6 F. Lee, 2009, p. 18,19.

7 F. Lee, 2009, p. 118.

1.1 VRAGEN IN DE ZORG EN ANTWOORDEN VANUIT DE BELEVENISECONOMIE

De ziekenhuiszorg in de V.S. heeft te kampen met diverse ernstige problemen waarvan de belangrijkste zijn: een financieringstekort en daarmee verbonden dreiging van faillissement, en een groeiend tekort aan zorgprofessionals. Dure medische technologie en prijzige geneesmiddelen zijn mede debet aan het financieringstekort evenals verzekeringsproblemen van Amerikanen. Lee heeft zijn boek in 2004 geschreven, ruim vóór de invoering van de zorgwet van president Barack Obama in 2011, een wet die bekend staat als 'Obama-care'. Een tekort aan zorgprofessionals heeft te maken met het feit dat verpleegkundigen hun werk vaak niet zo kunnen uitvoeren als zij graag willen. En artsen staan onder toenemende druk van (dreigende) rechtszaken waardoor zij hun werk opgeven. Zorgberoepen staan mede daardoor als onaantrekkelijk bekend, is Lee's uitgangspunt.

De thematiek van financiering en personeelbezetting speelt ook in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Anders dan in de VS wordt in Nederland weinig geprocedeerd tegen artsen. In Nederland is de zorg bovendien pas in 2006 en deels op de markt gebracht. Daarom wordt gesproken over marktdenken in plaats van marktwerking.

Lee problematiseert niet het feit dat de V.S. een van de laagst scorende landen is bij 'gelijke toegang tot de gezondheidszorg', zoals Martha Nussbaum in een interview opmerkt.[8]

Lee vermeldt bij problemen in de ziekenhuiszorg geen ongenoegen bij patiënten over zorg die als fabrieksmatig, technisch en onpersoonlijk wordt ervaren, zoals dat in de Nederlandse *setting* meespeelt. In de gang van zijn betoog blijkt dat dit wel belangrijke thematiek is omdat hij juist de 'patiëntervaring' als uitgangspunt neemt voor zijn zorgvernieuwing. Deze problemen brengen Lee tot de fundamentele vraag: wat is in deze situatie nodig voor een commercieel bedrijf, wat een ziekenhuis in Amerika is, om dit soort problemen te lijf te gaan en een goede concurrentiepositie te verkrijgen en te behouden?

Lee benut een leidend commercieel principe van marketing consultant Terrance Rynn:

> 'Er is een wezenlijk verschil tussen verkoop en marketing. Verkopen is mensen zover krijgen dat ze willen wat jij hebt. Marketing is proberen te hebben wat de mensen willen.'[9]

Hoewel Lee onderkent dat de arts de eerste klant is van het ziekenhuis -ziekenhuizen zorgen voor patiënten van artsen- richt hij zich in zijn boek op de managementaanpak die het beste in het personeel bovenhaalt wat resulteert in een positieve ervaring van de patiënt. Dit is slechts één aspect van de rol van de manager.[10] De bedrijfscultuur van een ziekenhuis zit vaak op het verkoopniveau zoals Rynn dat beschrijft. Ondanks vermeend afstemmen op patiënten is de praktijk van 'onze manier is de enige manier' overheersend. Lee gaat veelvuldig te rade bij marketing consultants zoals Rynn maar zijn grote voorbeeld voor commercieel verantwoorde bedrijfsvoering is Disney. Lee noemt ook andere bedrijven die belevenis centraal stellen in hun bedrijfscultuur en voorbeeldig zouden kunnen zijn voor zijn boek. Disney wordt door hem gekozen vanwege zijn eigen positieve werk- en cultuurervaring bij Disney. De bedrijfscultuur van Disney, die Lee voor de ziekenhuiszorg uitwerkt, strookt geheel met Rynn's principe. Ook bij Disney geldt: 'In huis hebben wat mensen willen'. Een belangrijke vraag voor ziekenhuizen is derhalve: wat wil onze klant? Het patiëntperspectief moet vernomen worden. Kwaliteit- en tevredenheidonderzoeken en patiënteninterviews bieden een basis om uit te vinden wat de ziekenhuisklant belangrijk vindt, wil, wenst en behoeft. Dan moeten echter in deze

8 Bron: Volkskrant, 9 juni 2012, p. 6,7.

9 F. Lee, 2009, p.15.

10 F. Lee, 2009, p. 15,16 en 12.

onderzoeken wel de juiste vragen worden gesteld, zegt Lee, namelijk de moeilijk meetbare vragen over klantbeleving.
In weerwil van wat in bestaande bedrijfsculturen in ziekenhuizen verondersteld wordt, vergelijken klanten niet op medische resultaten, respectievelijk 'kwaliteit'. Ook het gastvrijheidconcept vinden patiënten weliswaar belangrijk maar niet doorslaggevend om loyaal te worden aan dat specifieke ziekenhuis. Veel ziekenhuizen hebben een gastvrijheidconcept dat aan de hotelleriebranche ontleend is. Lee vat de *service excellence* die dit concept karakteriseert onder 'hoffelijkheid'.
Hij herontdekt dat patiënten ziekenhuizen met name beoordelen op grond van hun perceptie van wat zij ervaren hebben.[11] Het allerbelangrijkst vinden patiënten de ervaring van medemenselijkheid. Her-ontdekt, omdat wat patiënten willen en belangrijk vinden allang bekend is en in de loop van de tijd niet wezenlijk veranderd, zo stelt Lee.[12] In de jaren tachtig werkte hij mee aan een eerste meetinstrument van patiënttevredenheid. Samen met een team van verpleegkundigen, een arts, een ziekenhuispastor en interne deskundigen stelde hij vast wat er voor de patiënt het meest toe doet. Daaruit leidde hij af op welke thema's het personeel getraind zou moeten worden voor patiëntgerichte zorg. De visie van naastenliefde en patiëntvriendelijkheid, mede gegrond in christelijke waarden, stelt Lee, leidde tot vijf belangrijkste gedragswijzen die voor de patiënt het zwaarst wegen en loyaliteit creëren. Deze vijf zijn kort samengevat: initiatief nemen (behoeften vóórzien), teamwork, empathie, hoffelijkheid en communicatie (verstaan als steeds uitleggen wat er aan de hand is). Deze vijf hebben altijd de hoogste correlatie met algehele patiënttevredenheid en patiëntloyaliteit.
Florence Nightingale noemde lang geleden al 'vrees, onzekerheid, wachten en onaangename verrassingen' als kwaad voor de patiënt.
Peter Drucker, volgens Lee 'leiderschapsgoeroe', leidde in de jaren '70 uit onderzoek af dat patiënten 'geruststelling' als belangrijkste behoefte hebben.[13] Zorgprofessionals die patiënten vriendelijk, proactief en inlevend bijstaan, maken dat zij een ziekenhuis zeer positief beoordelen. Dit gegeven stelt Lee voor de vraag: op welke wijze is de perceptie van de patiënt zodanig te beïnvloeden dat hij een ziekenhuis aanbeveelt bij anderen? Hij komt tot aanbevelingen op organisatorisch niveau; bedrijf (qua cultuur en organisatie), management (leiderschapsvisie), personeelsbeleid (werven en behouden) en op zorginhoudelijk niveau (patiënten een geweldige genezingservaring laten opdoen én personeel in staat stellen compassievol te werken).
Op organisatorisch niveau constateert Lee dat de bestaande bedrijfscultuur in ziekenhuizen op allerlei terrein tekort schiet. Er is een paradigmaswitch nodig om een wervende cultuur te creëren waarin zowel patiënten als zorgprofessionals gedijen. De cultuuromslag die Lee uitwerkt is een switch van een dienstverlenend bedrijf (bestaande cultuur) naar een bedrijf dat een theaterbusinessmodel hanteert (nieuwe cultuur). De theater*setting* is in de nieuwe cultuur bij uitstek geschikt om zorgprofessionals in staat te stellen de patiënt authentiek en compassievol bij te staan en zo te helpen aan een ultieme onvergetelijke genezingservaring.[14]
Managers zijn de aangewezen personen om deze omvorming binnen organisaties teweeg te brengen. Werknemers wijzen vaak hun manager aan als belemmerende factor voor initiatief en vernieuwing. Lee noemt werknemers-tevredenheid-onderzoeken 'een open boek' in dit opzicht en verwijst naar een boek van Buckingham en Coffman, *First, break all the rules*.
Dit vergt kundige managers die weten wat nodig is om binnen een organisatie klanten en personeel langdurig te binden. In Lee's woorden impliceert die kundigheid: 'het creëren van een cultuur van betrokkenheid'. Disney vormt een inspirerend voorbeeld voor goed management en biedt managers met de Disney-principes duidelijke richtlijnen om te komen tot de volgende gewenste organisatiedoelen:

11 Lee gebruikt zowel de term 'perceptie' als 'indrukken'.

12 F. Lee, 2009, p. 13.

13 F. Lee, 2009, p. 13,14.

14 Wat Lee met theater bedoelt, wordt toegelicht in paragraaf 1.5.

1 Het creëren van een zodanige ziekenhuisbelevenis van de patiënt dat deze een loyale klant en ambassadeur wordt.
2 Zorgprofessionals in staat stellen geïnspireerd en gemotiveerd hun werk te verrichten.

Als deze twee doelen gehaald worden, is de toekomst van het bedrijf veiliggesteld in de markt. Bij het tweede punt stelt Lee dat bekwame managers non-conformistisch zijn en dienstbaar aan het vergroten van productiviteit en loyaliteit van de werknemers. Werknemerstevredenheid heeft een sterke correlatie met goed management. Goede managers faciliteren hun medewerkers met verantwoordelijkheid die afdelingoverschrijdend is. Lee refereert hier aan Disney die functionele kokers in zijn bedrijf ontmanteld heeft en serviceherstel gedecentraliseerd. Beslissingsbevoegdheid (ja-bevoegdheid) en het oplossen van problemen (serviceherstel) zijn door Disney naar de *cast members* verschoven. Disney's bedrijfsregel 'Je hebt altijd gelijk als je aan de wensen van een gast voldoet', heeft geleid tot die 'ja-bevoegdheid'. Dit bevordert service voor de gast, een cultuur van vertrouwen van medewerkers en het versterkt de autonomie en het zelfrespect van de *cast members*. Het is een win-win situatie waarin het werk gevarieerder wordt, de teamgeest versterkt en de klant tevreden is.[15] Beslissingsbevoegdheid staat tegenover 'gemicromanaged' worden. De belangrijkste kwaliteiten die een managementstructuur moet ondersteunen bij werknemers zijn snelheid, reactievermogen en spontaniteit.[16] Verder ontleent Lee aan Disney voor de ziekenhuiscontext erkenning voor initiatieven tot verbeteringen en motiverende ondersteuning bij het zich ontwikkelen tot vriendelijke, proactieve, empathische mensen die niveaudoorbrekende teamworkers zijn. Verpleegkundigen zijn proactief wanneer zij actief vragen naar wat de patiënt behoeft; dat heeft een hoge correlatie met patiënttevredenheid.[17] Lee noemt als voorbeeld voor het bevorderen van teamwork de *huddle* of tactiekbespreking die Disney cast members elke dag aan het begin van hun dienst met de manager hebben. Een *huddle* die in de sport zo belangrijk is en bij Disney inspirerend en motiverend werkt voor het team is eigenlijk in ziekenhuizen al als 'overdracht' aanwezig, maar dan vaak gehaast en ongeïnspireerd. De manager kan dit moment van overdracht benutten voor motivatieversterking en afstemmen, gericht op (te) ervaren welbevinden van de patiënt.[18] Daartoe moet een bekwame manager ten opzichte van de directie van het ziekenhuis ook positie durven en kunnen innemen, wat niet eenvoudig is, maar fundamenteel deel uitmaakt van de benodigde bedrijfscultuurswitch.

15 F. Lee, 2009, p. 94,95.
16 F. Lee, 2009, p. 95-97 en 101 en 107.
17 F. Lee, 2009, p. 32.
18 F. Lee, 2009, p. 112vv.

Een belangrijke vraag is hoe Disney een voorbeeld kan zijn voor een ziekenhuis-*setting*. Er is immers haast geen groter contrast denkbaar tussen de wereld van *entertainment* en een ziekenhuis. Een patiënt verschilt in veel opzichten van de klant van Disney. Bij Disney World komen klanten vrijwillig, zijn ze verwachtingvol en vrolijk en willen ze ondergedompeld worden in een fantasiewereld die hen voor enige tijd uit de alledaagse sleur haalt. Voor een ziekenhuis geldt dat een patiënt er doorgaans niet uit vrije keuze maar noodgedwongen vertoeft. Patiënten zijn in die situatie vaak angstig, verdrietig en lijden pijn. De overeenkomst tussen Disney World en ziekenhuizen is dat beide met 'beleving' van mensen te maken hebben. Disney stuurt en creëert die beleving zodat gasten een ultieme, onvergetelijke ervaring opdoen. Zo'n *memorable event* kan ook voor en met de patiënt gecreëerd worden zodat de ziekenhuiservaring een positieve genezingservaring wordt.
Mét de patiënt omdat het product 'beleving' ín de patiënt tot stand komt. Het gemeenschappelijke is 'het zorgen voor een transformerende, dramatische belevenis'.[19]

19 F. Lee, 2009, p. 117.

Ziekenhuismanagement is volgens Lee wel de moeilijkste bedrijfssector juist vanwege die specifieke klant, de veel hogere risico's die een ziekenhuisbedrijf heeft, vergeleken met andere bedrijven en de constant nieuwe en onverwachte situaties die

zich voordoen die een grote flexibiliteit vragen. Lee stelt zich met zijn boek ten doel om ziekenhuismanagers vanuit de Disney-principes in staat te stellen de transitie te maken. Van een verouderde bedrijfscultuur, waarbinnen de zich voordoende problemen onoplosbaar zijn en de positie op de markt onhoudbaar wordt, moet de overgang gemaakt worden naar een bedrijfscultuur die voor alle betrokkenen winst inhoudt. Een economisch, marktpositioneel gezond bedrijf, zorgprofessionals die hun werk gepassioneerd kunnen verrichten en patiënten die zeer tevreden en loyaal zijn. Daartoe dienen de principes die de grootste invloed hebben op de perceptie van de patiënt wat zoals Lee stelt, leidt tot een fundamentele herziening van medische praktijken. Verschuivingen in denken die daarvoor nodig zijn en moeten leiden tot een cultuuromslag vragen groot geduld en langdurige inspanning. In managementland doen zich altijd mechanismen voor die veranderingen willen tegenhouden zoals 'organisatorische inertie'. Daarom is leiderschap, kundig management, de eerste vereiste in een ziekenhuis. Wanneer de door Lee uitgewerkte en op ziekenhuizen toegesneden Disney-principes leidraad worden voor het management, is in de voorwaardelijke sfeer voor het oplossen van de hedendaagse problemen in de ziekenhuiszorg voorzien.

1.2 HOFFELIJKHEID BOVEN EFFICIENCY

Ziekenhuismanagement is vaak gebaseerd op 'pijlers' of 'strategische aandachtsgebieden' waarbij waarden als service, mensen, kwaliteit, financiën en groei worden genoemd. Uit dergelijke opsommingen valt niet op te maken wat meer of minder belangrijk is in situaties waarin dergelijke waarden met elkaar botsen en er gekozen moet worden. Disney werkt met een 'elegante ladder' die hiërarchisch is opgesteld. In de wetenschap wordt een theorie of model als 'elegant' beschouwd als deze helder, eenvoudig en volledig is.[20] Hij noemt in volgorde van belangrijkheid: veiligheid, hoffelijkheid, show en efficiëntie.

20 F. Lee, 2009, p. 39.

Veiligheid en efficiëntie zijn beide begrippen met een deels morele, deels technische waarde. Lee gebruikt het begrip efficiëntie alleen technisch voor kostenbeheersing. Hoffelijkheid is een morele, nutgeoriënteerde waarde, Show is een esthetische waarde (belevenis).

Het concept 'waarde' komt veelvuldig voor bij ***service excellence*** gerichte zorgconcepten. Bijvoorbeeld in wat bekend staat als het 'Kennedie-rapport'.[21] 'Waarde' wordt daarin omschreven als '… een gekwantificeerde en gekwalificeerde waarde (leveren) aan de klant'. 'Waarde' is in dergelijke bedrijfsmatige contexten doorgaans iets dat 'verrijkend' toegevoegd wordt aan een 'product', waarbij 'zorg' ook een product is.

21 H.W.R. Kennedie, *Waarde, waardering, waardigheid; Hospitality care en de toekomst van de Nederlandse verpleeghuiszorg.* Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inus & Resorts, 2005, p. 4.

Veiligheid heeft absolute prioriteit, ondanks het feit dat gasten er doorgaans niet bij stil staan en het in (tevredenheids)onderzoeken niet hoog waarderen.

Hoffelijkheid, verstaan als service die adequaat en afgestemd op de individuele gast ingaat op behoeften, staat bij gasten -anders dan veiligheid- wel hoog aangeschreven. Show betreft bij Disney de omgeving die geheel consistent is ingericht op alle zintuiglijke waarnemingen van gasten.

In ziekenhuizen staat veiligheid doorgaans voorop, net als bij Disney. Maar daarna is het voor medewerkers onduidelijk wat hen te doen staat wanneer bijvoorbeeld de waarden hoffelijkheid (tijd investeren) en efficiëntie (tijd besparen) conflicteren. In de praktijk wordt door managers efficiëntie beloond en hoffelijkheid als inefficiënt bestraft. Dit is voor een zorgprofessional frustrerend; die wil over het algemeen goede zorg verlenen aan de patiënt en voelt zich tekortschieten als efficiëntie voorgaat. Het is ook voor het ziekenhuis op langere termijn nadelig; de patiënt rekent een ziekenhuis af op ervaren tekort aan vriendelijke, meelevende zorg.

Disney's hiërarchie van waarden vormt een gedragsmodel voor een organisatie waarbij hoffelijkheid altijd voorgaat op efficiëntie. Twee redenen die in het voorafgaande al enigszins duidelijk werden, onderbouwen deze prioriteit.

1. patiënttevredenheid en loyaliteit nemen niet toe waar efficiëntie voorop staat maar wel waar hoffelijkheid voorgaat.
2. Bij medewerkers stijgt de arbeidssatisfactie wanneer zij servicegericht met elkaar en met de patiënten kunnen en mogen omgaan.

De redenen die genoemd worden om prioriteit te verlenen aan hoffelijkheid boven efficiëntie vertegenwoordigen waarden die, net als bij Disney's elegante ladder, niet zorginhoudelijk gevuld zijn. Waarde is hier dat wat belangrijk gevonden wordt door patiënten en medewerkers.

Het verleggen van de focus van efficiëntie naar hoffelijkheid is voor managers in de ziekenhuiszorg echter ongebruikelijk omdat zij doorgaans vanaf directieniveau aangestuurd worden op kostenreductie en toename van efficiëntie. Lee wijst op de kortzichtigheid van deze benadering die leidt tot schijnefficiëntie. Operationele kosten van specifieke afdelingen kunnen dalen in zo'n efficiëntieslag, maar organisatiebreed stijgen vaak de totale kosten. De boekhoudkundige besparingen op één afdeling komen bijvoorbeeld tot stand door het doorschuiven van verantwoordelijkheden en taken naar andere afdelingen.

Behalve de ten onrechte vermeende kostenreductie door efficiëntie is ook een ander

punt van belang. Lee citeert om dat punt te maken instemmend Edward Deming:

'De belangrijkste cijfers voor iedere organisatie zijn onbekend en onberekenbaar'.[22]

22 F. Lee, 2009, p. 50,51.

Onder deze 'cijfers' vallen: de waarde van een loyale klant, verhoogde efficiëntie en grotere motivatie van werknemers in een *setting* waarin afdelingen intensief samenwerken aan procesverbeteringen.

Gebrek aan communicatie tussen afdelingen en slechte samenwerking tussen verschillende functionarissen -afdeling in- en extern- zijn de bekendste barrières voor *business excellence*. Dé maatregel om een cultuur van teamwork te creëren is het afbreken van scheidsmuren tussen afdelingen. Ook dit ontleent Lee aan Deming. Zo'n structuurwijziging maakt het prioriteren van hoffelijkheid organisatiebreed mogelijk. De structuur bepaalt de cultuur, stelt Lee. Samen met het doorbreken van bureaucratische lagen en afdelings-gescheidenheid, is ook het toekennen van verantwoordelijkheid aan medewerkers belangrijk. Disney's eerder genoemde verlegging van verantwoordelijkheid naar de *front office* is een vorm van procesverbetering en efficiency. Van het topmanagement van een ziekenhuis wordt in dat geval gevraagd om het middenmanagement niet langer op budgetcontrole en verantwoordelijkheidssystemen te beoordelen, maar op servicegerichtheid. Waar dat gerealiseerd wordt, doet zich de efficiëntie-hoffelijkheidsparadox voor die als volgt samengevat kan worden: de meest efficiënte manier om efficiënt te zijn, is hoffelijkheid boven efficiëntie stellen.[23] Uitgaan van de behoeften van patiënten en medewerkers -servicegericht respectievelijk hoffelijkheid- leidt tot algemene efficiëntie en kostenreductie. Waar *service excellence* in bestaande bedrijfsculturen van ziekenhuizen het paradigma is, ontleent men de inhoud vaak aan dienstverlenende sectoren zoals hotels, restaurants en luchtvaartmaatschappijen. De hoffelijkheid die in deze sectoren van dienstverlening gepraktiseerd wordt, is voor de ziekenhuiszorg ook bruikbaar. Toespitsing op het specifieke van de ziekenhuis*setting* is daarbij wel noodzakelijk.

23 F. Lee, 2009, p. 53. Zie bijlage 1.a. De efficiëntie-hoffelijkheidsparadox.

De hiërarchie van waarden die Lee bepleit, brengt organisatiewaarden op één lijn met klantwaarden. Waar hoffelijkheid geprioriteerd wordt, ontstaat in een organisatie een prettige sfeer voor zowel medewerkers als klanten en wordt organisatiebreed loyaliteit gekweekt.

1.3 PATIËNTTEVREDENHEID VERSUS PATIËNTLOYALITEIT

Discussies die gevoerd worden over kwaliteit van de zorg spelen in de context van de concurrentiepositie van een ziekenhuis. Lee stelt twee vragen voorop voordat hij ingaat op kwaliteitsmetingen in de ziekenhuiszorg en de relevantie daarvan.
De eerste vraag is: wie is de concurrent? Een antwoord op die vraag moet duidelijk maken ten opzichte van wie of wat een ziekenhuis zich moet onderscheiden, zodanig dat een eigen stevige positie op de markt verworven wordt.
De tweede vraag is: wat wil de klant? Voor het beantwoorden van beide vragen is het nodig het klantperspectief in te nemen.
In antwoord op de vraag wie de concurrent is, past Lee Disney's uitgangspunt aangaande concurrentie toe op de ziekenhuiszorg: iedereen met wie de patiënt het desbetreffende ziekenhuis vergelijkt is concurrent. Dat doet al vermoeden dat concurrentie breder ligt dan alleen 'andere ziekenhuizen'. De lat ligt hoog: uiteindelijk is Disney de concurrent, stelt Lee.[24] Voor een patiënt in het ziekenhuis zijn dezelfde dingen belangrijk als voor een gezin in een Disney park.
Aan het slot van zijn boek stelt Lee: wat Disney onderscheidt van concurrenten in de belevenissector is niet het unieke inzicht in wat klanten willen. Disney onderscheidt zich in consistentie; universele waarden en algemeen gewenst gedrag wordt consequent en langdurig in praktijk gebracht. Dergelijk 'dóen' en volhouden is voor Lee eveneens cruciaal. Goede managers zetten alles in op 'doen' en niet op 'leren', kennis vergaren en dergelijke. Leren geschiedt door dóen.
Op grond waarvan vergelijkt de patiënt ziekenhuizen? De patiënt vergelijkt niet op medische resultaten, kwaliteit-van-zorg scores en dergelijke. Verwijzend naar de onderzoeken van Press en Ganey Associates (tien belangrijkste factoren voor patiënttevredenheid) en Gallup[25] (zeven factoren voor patiënttevredenheid) toont Lee hoe vragen met de hoogste correlatie doorgaans betrekking hebben op de perceptie van de patiënt. Patiënten beoordelen hun ziekenhuisverblijf op grond van hun ervaringen. Loyaliteit met een specifiek ziekenhuis ontstaat voornamelijk op emotioneel niveau en gevoelsmatige gronden en niet als gevolg van verstandige, redelijke afwegingen op grond van harde feiten, resultaten en scores van een ziekenhuis.
Lee leert van Disney dat concurrentie op het 'product' betrekken niet werkt. Een ziekenhuis verbetert de eigen positie door de 'beleving van de patiënt' -en daarmee diens loyaliteit- te verbeteren. Slechte medische resultaten van een ziekenhuis hebben natuurlijk wel op voorhand invloed op de keuze van de patiënt; een ziekenhuis met een slechte medische reputatie zal over het algemeen gemeden worden.
Hoe komt het dat hoge medische scores en topkwaliteit niet bepalend zijn voor patiënten bij het vergelijken van ziekenhuizen? De reden is dat dit, net als een hoffelijke bejegening, door patiënten als vanzelfsprekend wordt voorondersteld. Ze vallen onder 'verwachtingen' van patiënten; basale voorwaarden waaraan elk ziekenhuis moet voldoen. De uiteindelijke beoordeling, variërend van ontevreden tot en met zeer tevreden, geschiedt vanuit de perceptie van de ontvangen zorg. Binding met de organisatie ontstaat vanuit ervaren menselijke betrokkenheid. Dat is wat de klant wil. Voor positiebepaling op de markt waar gestreden wordt om de klant betekent dit dat de concurrentieslag tussen ziekenhuizen plaatsvindt op 'de belevingsfactor' in ziekenhuizen. Lee benadrukt dat voor ziekenhuizen zowel medische resultaten als de perceptie van patiënten van wezenlijk belang zijn voor de continuïteit van een ziekenhuis maar op een verschillende wijze en om verschillende redenen.
Met de term 'prestatieverbetering' omvat Lee zowel 'resultaten' als 'percepties'. Natuurlijk is er nauwe samenhang tussen beide zo laat hij zien[26] maar de focus van

24 F. Lee, 2009, p. 33,201.

25 F. Lee, 2009, p. 21. Zie bijlage 1.b. Belangrijkste factoren voor patiënttevredenheid

26 Zie bijlage 1.c.

zijn boek ligt op het beïnvloeden en managen van de perceptie van de patiënt.[27] In paragraaf 1.3.1 wordt het onderscheid tussen resultaten en percepties van patiënten toegelicht, evenals het onderscheiden belang van beide voor de organisatie. Paragraaf 1.3.2 illustreert hoe en waarom loyaliteit van patiënten voor de toekomstbestendigheid van het ziekenhuisbedrijf van veel groter belang is dan tevredenheid.

27 F. Lee, 2009, p. 22.

1.3.1 Resultaten en percepties

Prestatieverbetering op de economische markt -het slagveld waarop je vecht voor het hart van de klant, zegt Lee- vergt van een ziekenhuis dat goed onderscheid wordt gemaakt tussen twee soorten 'prestaties'; resultaten van het ziekenhuis en percepties van patiënten. Beide zijn op verschillende wijze cruciaal voor het voortbestaan van een ziekenhuis.[28] Lee spreekt over de overlevingskans en het succes van ziekenhuizen. Resultaten omvatten de medisch-technische praktijken en resultaten. Prestatieverbetering op dit terrein van uitkomsten wordt gehaald door procesverbeteringen die productiviteit verhogen en kosten verlagen. Voor het behalen van betere resultaten, hogere efficiency, is het nodig te analyseren en managen wat medewerkers dóen. Het Six Sigma Certificeringsprogramma dat vanuit de productie-industrie in de ziekenhuiszorg is geïntroduceerd, biedt een goed voorbeeld van resultaatverbetering; het aantal fouten vermindert aanzienlijk.[29] Fouten bij het voorschrijven en/of toedienen van medicijnen, nemen met het programma bijvoorbeeld af.

28 F. Lee, 2009, p. 23.

29 F. Lee, 2009, p. 26.

Six Sigma streeft naar een *zero defect*-omgeving -er worden geen producten met gebreken geleverd- en verbetert de meting van resultaten. Voor procesverbeteringen is een goed functionerend team nodig dat processen analyseert en documenteert om (met behulp van grafieken en kwantitatieve data) over te kunnen gaan tot wegsaneren van overbodige stappen. Bij percepties past niet een dergelijke analytische benadering. Lee noemt als voorbeeld van *mismatch* de manager die zijn hele team aanspreekt wanneer één teamlid ongepast gedrag vertoont. Teamgericht en analytisch oplossend denken past niet daarbij; een goede manager spreekt in dat geval het individu aan.[30]

30 F. Lee, 2009, p. 24.

Resultaten worden geleverd door teams en kunnen gemeten worden. Percepties van patiënten daarentegen zijn weinig gerelateerd aan resultaten, moeilijk meetbaar en ze komen over het algemeen tot stand in individuele contacten. De perceptie van patiënten wordt niet bepaald door dóen maar door wat wel of niet gezégd wordt door een medewerker. Medewerkers beïnvloeden de perceptie van de patiënt positief als zij die dingen zeggen die voor de patiënt het zwaarst wegen. Een hartelijke opgewekte bejegening van patiënten scoort hoog in het eerder genoemde onderzoek van Press en Ganey en is sterk perceptiebepalend. Dergelijke gegevens over patiënttevredenheid en loyaliteit vormen kwantitatief bewijs voor wat er voor patiënten toe doet, maar, anders dan bij resultaatverbetering, zijn 'fouten' in communicatie tussen medewerkers en patiënten amper vaststelbaar. Lee wijst erop dat de vijand van hoffelijkheid niet lompheid is maar nalatigheid; de afwezigheid van fijngevoelig reageren op de patiënt. Een door de patiënt ervaren gebrek aan opgewektheid, vriendelijkheid of zorg hangt vaak niet samen met onverschilligheid of gevoelloosheid. Vaak is het een zorgzame en doorgaans vrolijke professional die zich niet bewust was van de gevoelens van de patiënt, geen (oog)contact maakte en een kans om aan te sluiten bij de patiënt miste. Nalatigheid in de zin van kansen missen om hoffelijk te reageren en zo de perceptie van de patiënt dat er een goede, zorgzame sfeer hangt in het ziekenhuis te versterken.[31] Goed management op het gebied van percepties van patiënten betekent duidelijke eisen stellen aan het communicatieve gedrag van medewerkers, waarbij hoffelijkheid altijd vooropstaat. Prestatieverbeter-

31 F. Lee, 2009, p. 26,27.

ingen op het terrein van percepties leiden tot klanten die vol lof zijn over het desbetreffende ziekenhuis, waardoor de marktwaarde toeneemt en opbrengsten stijgen. Van managers worden op deze twee onderscheiden terreinen van prestaties voor het veiligstellen van de toekomst van een ziekenhuis verschillende vaardigheden gevraagd.[32] Lee benadrukt in deze context het grote belang van een bedrijfsstructuur en -cultuur die strategieën op deze beide terreinen ondersteunt. Het is een kernvraag of een bedrijfscultuur alle strategieën van perceptiebeïnvloeding en klantenbinding consistent ondersteunt. Alleen dan kan de patiënt de perceptie opdoen dat dit goede ziekenhuis een fantastisch ziekenhuis is.[33]

32 F. Lee, 2009, p. 2 en 22,23. Zie bijlage 1.c.

33 F. Lee, 2009, p. 29.

1.3.2 Loyale klanten creëren

Vanaf de jaren tachtig is het meten van klanttevredenheid in ziekenhuizen in zwang gekomen. Aanvankelijk voor met name interne verbeterdoelen, later ook voor externe vergelijkingsdoeleinden. Disney is niet geïnteresseerd in algemene klanttevredenheid metingen maar eens te meer in loyaliteitsmetingen.
In de context van medewerkers managen brengt Lee (on)tevredenheid nogmaals ter sprake. Disney maakt zijn klanttevredenheid scores niet bekend aan medewerkers. Alleen het loyaliteitspercentage wordt gemeld. Lee noemt ontevredenheid bij medewerkers 'de vader van de verbetering'. Ontevredenheid bij medewerkers is de motor tot betere prestaties; het streven naar voortreffelijkheid.[34]
Klanttevredenheid beschermt niet tegen concurrentie; tevreden klanten zijn niet per definitie loyaal. Om die reden noemt Lee tevredenheid 'klatergoud'. Tevredenheid is gerelateerd aan het voldoen aan verwachtingen van de klant en dat werkt niet 'onderscheidend' of 'wervend'. Het focussen op klachten van patiënten helpt evenmin om te weten te komen wat voor patiënten doorslaggevend is bij het beoordelen van een ziekenhuis. Klachten gaan over meetbare zaken; subjectieve ervaringen worden er niet door in beeld gebracht. Men klaagt niet over 'de houding' van medewerkers terwijl dit wel de hoogste correlatie heeft met patiënttevredenheid.
Loyaliteit of disloyaliteit van klanten wordt altijd in een verhaal verteld.[35] Een tevreden klant heeft echter geen verhaal te vertellen. Loyaliteit ontstaat wanneer bóven het verwachtingsniveau van de patiënt iets bijzonders gebeurt dat een memorabele herinnering creëert; een communicabel verhaal. Een onvergetelijk voorval kan als het negatief is een ontevreden klant creëren en als het positief is een zeer tevreden of loyale klant. Lee gebruikt beide aanduidingen voor klanten die binding hebben met dat specifieke ziekenhuis.
Problematisch voor ziekenhuisorganisaties is dat de meeste bekende bedrijfsmatige klantenbindingmethoden in deze specifieke *setting* niet opgaan. Bedrijven meten loyaliteit met het in kaart brengen van het percentage terugkerende klanten en benutten voor klantenbinding: aantrekkelijke prijzen, goede bereikbaarheid, voordeelaanbiedingen en kortingen voor trouwe klanten en merkbeleving. Anders dan in de dienstverlenende sector is er maar één manier om loyaliteit te kweken bij patiënten: de persoonlijke ervaring van de patiënt. Er is ook slechts één meetwijze van klantenbinding: loyaliteit. Daarom is de vraag naar wat leidt tot de beste beleving van de patiënt die loyaal maakt zo belangrijk. Lee refereert aan het boek *The loyalty effect* van Frederick F. Reichheld, die analyseert wat wel en niet leidt tot klantenbinding en stelt dat manipulatie funest is omdat loyaliteit 'verdiend' moet worden.[36]
De thematiek van 'manipulatie' keert terug in hoofdstuk 4 (4.3.2) waar Gerhard Schulze toelicht dat binnen de belevenismarkt specifieke doelmatigheid geldt waarbij (zelf)manipulatie en (auto)suggestie 'rationeel' is. De klant wil en wenst belevenissen en manipuleert daartoe het eigen innerlijk. Alleen vanuit een buitenperspectief op de belevenismarkt kan dit als 'bedrog' worden bekritiseerd.
Lee somt de succesfactoren voor de hoogste patiënttevredenheid scores en klant-

34 F. Lee, 2009, p. 58,59 en 164,165.

35 F. Lee, 2009, p. 62.

36 F. Lee, 2009, p. 65.

loyaliteit scores op:

1 Voor *front office* functies moet men opgewekte, invoelende mensen werven.
2 Verzorgend personeel moet proactief naar behoeften van patiënten vragen.
3 Bij intieme handelingen moet de verpleegkundige iets zeggen waaruit blijkt dat de privacy van de patiënt gerespecteerd wordt.
4 De patiënt moet voortdurend op de hoogte zijn van zijn toestand en behandeldoelen.
5 Personeel moet boze mensen kunnen kalmeren, onderling actief geïnteresseerd zijn, het belang van empathie inzien en geen professionaliteitopvatting van afstandelijkheid hebben.[37]

37 F. Lee, 2009, p. 32.

Bij het continue loyaliteitsstreven acht Lee concurrentie een uitstekende motivator voor streven van werknemers naar 'nooit goed genoeg'. Hij refereert aan Michael Franz Basch, een psychotherapeut die volgens Lee het streven naar competentie als voornaamste gedragsmotivator vanaf de vroege jeugd ziet. In Lee's woorden:

> 'Het streven naar competentie is de voornaamste bron van genot in de normale ontwikkeling van een mens'.[38]

38 F. Lee, 2009, p. 169.

Gedreven werknemers zijn nooit tevreden met de status quo van een organisatie maar willen die naar 'ongekende hoogten' brengen. Bij zijn pleidooi voor een werknemerscultuur van óntevredenheid en continue kwaliteitsverbetering verwijst hij naar Jim Collins' '*good-to-great-principle*'. Een principe dat Collins ontleent aan de '*Stockdaleparadox*' van krijgsgevangenen in Vietnam; een rotsvast geloof in de goede afloop van de zaak en discipline hebben om de grimmige feiten van de huidige ontmoedigende situatie onder ogen te zien. Lee ziet dit als:

> '(…) een vereiste om de doorbraak te maken die tot grote prestaties leidt'.[39]

39 F. Lee, 2009, p. 173.

1.4 HET CREËREN VAN EEN ONVERGETELIJKE BELEVENIS VOOR DE PATIËNT

In deze paragraaf staat de perceptie van de patiënt centraal. Luisteren naar wat patiënten vertellen over hun ziekenhuiservaringen en ontdekken welke dingen er in hun beleving het meest toe doen is de manier om te vernemen wat nodig is om loyaliteit te creëren. In onderzoeken en interviews moeten daartoe de juiste (ervaringgerichte) vragen worden gesteld. Lee beschrijft hoe hij een dossier spontane schriftelijke opmerkingen van patiënten onderzocht op beschrijvingen van gewaardeerd gedrag van verzorgend personeel om het soort kwaliteiten te kunnen vinden dat loyaliteit kweekt.

Lee heeft deze documenten van zijn vrouw ontvangen die hoofdverpleegkundige is. Van de documenten is verder niets bekend; jaartal, aantal, soort documenten, status ervan, context, al dergelijke relevante gegevens ontbreken. Deze bron is daarmee niet verifieerbaar. Hij ontleent er wel het nodige aan.[40]

Het concept 'bewogenheid' en diverse equivalenten daarvan heeft verreweg de grootste invloed op loyaliteit. In 1.4.1 wordt ingegaan op wat ziekte voor de patiënt betekent en hoe Lee de gecreëerde belevenis respectievelijk de genezingservaring beschrijft. Bewogenheid als *keyconcept* voor de ultieme beleving van de patiënt en daarmee het creëren van loyaliteit wordt toegelicht in 1.4.2 De perceptie van de patiënt moet inhouden dat het zorgend personeel vriendelijk, proactief en bewogen met het leed en lot van de patiënt, nabij is. Maar hoe verhouden zich perceptie en werkelijkheid? Dat komt aan de orde in 1.4.3.

40 F. Lee, 2009, p. 65-67. Zie bijlage 1.d voor de geïnventariseerde concepten uit zijn dossieronderzoek.

1.4.1 De genezingservaring

Hoe brengt Lee 'ziekte' en 'genezen' in het ziekenhuis ter sprake? Ziekte en wat dat betekent voor de patiënt komt veelvuldig aan de orde. Dat gebeurt vooral in de context van het benoemen van overeenkomsten en verschillen tussen 'ziektebeleving' en Disney's 'amusementsbeleving'. Daarnaast spreekt Lee erover binnen de theater-*setting* en de rol van medewerkers bij het creëren van een positieve ervaring van de patiënt en de daarmee verbonden patiëntloyaliteit.

Ziektebelevingen worden vaak gekenmerkt door pijn, lijden, verdriet en angst, zegt Lee. Ziekenhuisbelevingen hebben alles te maken met de reactie van de ziekenhuismedewerkers op de last en de emoties waarmee de patiënt worstelt. Door op de juiste wijze te reageren op de ziektebeleving, wordt de ziekenhuiservaring positief. Goede zorg voor patiënten krijgt gestalte in het zowel diep inleven in de vaak heftige emoties en pijn van patiënten als het daarin en daarnaast creëren van een positieve ervaring. Lee duidt die positieve ervaring met verschillende omschrijvingen aan. 'Een transformerende, dramatische belevenis', 'een zo positief mogelijke ervaring', 'de ideale ervaring', 'een buitengewone ervaring', 'de genezingservaring', 'een gedenkwaardige gebeurtenis', 'een krachtige, helende ervaring' en 'een genezingsbelevenis'.[41] Deze ervaring, respectievelijk belevenis wordt met name beschreven vanuit de vraag wat nodig is om de patiënt een dergelijke ervaring te laten opdoen en wordt vrijwel in alle gevallen door Lee gekoppeld aan loyaliteit opwekken. Bewogenheid met wat de patiënt moet doorstaan werkt daarbij het meest succesvol.[42] Alle betrokkenen werken mee aan de ultieme ervaring van de patiënt maar verpleegkundigen dragen daar het meest aan bij. Zij hebben binnen het ziekenhuis de meeste een op een contacten. In een persoonlijk contact kunnen zij welgemeend en authentiek een uniek en onvergetelijk moment voor de patiënt creëren, aldus Lee. De bedrijfscultuur en

41 Deze omschrijvingen staan op de volgende pagina's van zijn boek: 3,12, 18, 83, 117, 119, 136, 222.

42 Dit *keyconcept* bewogenheid wordt in 1.4.2 toegelicht en in 1.6.2 worden enkele andere daaraan gerelateerde concepten genoemd.

teamwork door alle lagen van de organisatie heen zijn om die reden zo belangrijk om die contacten te faciliteren. Lee noemt een aantal voorbeelden van persoonlijke, intieme 'waarheidsmomenten'.[43] Contacten die hij beschrijft tussen verzorgenden en patiënten illustreren dat hij beseft wat de patiënt doormaakt tijdens zijn ziekenhuisverblijf en het ondergaan van allerlei zorghandelingen. Hij voert deze voorbeelden op in de context van het onderscheid zichtbaar maken tussen contactmomenten van hoffelijkheid en deze waarheidsmomenten. 'Waarheid' betekent in Lee's context dat het er op aan komt op dát moment de juiste indruk te maken op de patiënt zodat die patiënt de gewenste belevenis opdoet en loyaal wordt.[44] Verpleegkundigen moeten weten wat ze zeggen als ze een katheter aanbrengen bij een patiënt. Een patiënt uitkleden, in bed helpen, een infuus aanleggen terwijl hij kreunt van de pijn, een familie bijstaan die kapot is van verdriet om het verlies van een dierbare, zoals in ziekenhuizen nogal eens voorkomt, dat vergt in alle gevallen empathie. Een verpleegkundige die zich inleeft in de situatie van de patiënt of diens familie bevordert een helende werking in situaties van fysieke en emotionele pijn. Lee omschrijft empathie als:

> '(…) een van de belangrijkste helende eigenschappen in de hele medische praktijk'.[45]

Waar Lee schrijft over inspiratie en motivatie van ziekenhuismedewerkers onderstreept hij hun missie als:

> '(…) het helen van het hart, de geest en het lichaam van gebroken mensen'.[46]

Deze omschrijvingen wijzen in de richting van een brede interpretatie van 'helen'. Hoewel Lee het nergens expliciet toelicht, lijkt het opdoen van de genezingservaring, al doet de term anders vermoeden, ook betrekking te hebben op de patiënt die niet geneest maar in het ziekenhuis overlijdt. Hij noemt twee voorbeelden van patiënten die in het ziekenhuis sterven en welke heilzame (in één geval heilloze) rol verpleegkundigen en een ziekenhuispredikant daarbij vervullen. Ook deze verhalen illustreren 'heling', maar dan geestelijk verstaan en een positieve ervaring in de context van het levenseinde en sterven waarin de familie eveneens betrokken wordt.[47]
Belangrijk voor zowel de patiënt als de organisatie acht Lee *realtime-feedback*, die aan vier basiseisen moet voldoen:

1. Het doel moet zijn een zo eerlijk mogelijk antwoord te krijgen.
2. De feedback moet zowel tijdens de ziekenhuisopname als kort na ontslag gevraagd worden.
3. Het moet statistisch geldig en betrouwbaar zijn.
4. Toelichting van de patiënt en specifieke voorbeelden moeten worden aangemoedigd.

Tijdens de ziekenhuisopname wordt aan de patiënt dergelijke *realtime-feedback* gevraagd. Verplegend personeel maakt daartoe rondes op de zalen om met de patiënten te praten, hun wensen en behoeften te vernemen, problemen op te lossen en complimentjes uit te delen. Dit kweekt goodwill bij de patiënt.
Medewerkers moeten ook aandacht schenken aan de zorgen en het verdriet van familieleden van de patiënt. Hun feedback is eveneens belangrijk.
Lee raadt interne afdelingen zoals de catering, de apotheek, het schoonmaakpersoneel *et cetera* aan om op eenzelfde wijze binnen de organisatie feedback te vragen.
Een feedbackcultuur dient verbetering van de hele organisatie
Eén of twee dagen na ontslag wordt de patiënt gebeld door een van de verpleegkundigen die voor hem heeft gezorgd om te informeren hoe het met hem gaat. Uitgangspunt voor Lee's ziekenhuiszorg is dat zorg pas eindigt als de patiënt genezen is. In dit telefoongesprek neemt de verpleegkundige de instructies die de patiënt gekregen heeft nogmaals met hem door. Dit telefoongesprek heeft een sterk geruststellende werking en als het de patiënt goed gaat is het ook het ideale moment om feedback

43 Zie 1.4.3 voor een toelichting op 'waarheidsmomenten'.

44 F. Lee, 2009, p. 149.

45 F. Lee, 2009, p. 153.

46 F. Lee, 2009, p. 150.

47 F. Lee, 2009, p. 134-136.

te vragen over de algehele ervaring. Lee benadrukt dat dit telefoontje deel uit maakt van de zorg en niet een marketingtaak is. Alleen al het stellen van de vraag maakt een zorgzame, invoelende indruk, zegt Lee. Patiënttevredenheid scores stijgen dan ook aanzienlijk door deze vorm van verlengde zorg en aandacht.

Het telefoontje is geen marketingtaak, stelt Lee, maar de gunstige marketingwerking benadrukt hij hierbij wel direct.

Patiëntenzorg verbetert in het algemeen dankzij de feedback. Lee stelt dat bovendien de motivatie van het zorgend personeel door de genezingservaring van de patiënt en diens feedback versterkt wordt. Voor Lee is het uitgangspunt dat het hele ziekenhuisbedrijf in alle contacten met de patiënt, met diens familie tijdens de opname en eveneens met interne contacten, dienstig moet zijn aan een positieve patiëntervaring. Nu patiënten vanwege het vergoedingenstelsel eerder naar huis gestuurd worden dan voorheen, reikt die zorg ook tot buiten de muur van het ziekenhuis.
Aan het begin van zijn boek schrijft Lee dat hij ervoor gekozen heeft voornamelijk over wensen, behoeften en verwachtingen van patiënten te schrijven en als hun ervaring positief is werkt dat sterk motivationeel voor alle zorgprofessionals. In de context van 'de motivationele cyclus van continue verbetering' wijst Lee nogmaals op inspiratie en motivatie die medewerkers opdoen als na cyclische inspanningen (op het terrein van resultatenverbeteringen) de patiënttevredenheid aanzienlijk toeneemt. Hij spreekt daar over de Plan, Do, Check, Act-cyclus van Edward Deming.[48]

48 F. Lee, 2009, p. 17 en 170.

1.4.2 **keyconcept** bewogenheid

In ziekenhuizen zijn drie verzorgingsniveaus te onderscheiden: vakbekwaamheid, hoffelijkheid en bewogenheid.[49] Op grond van de documenten van Lee's vrouw concludeert Lee dat bewogenheid (en synoniemen) verreweg de hoogste correlatie heeft met klantloyaliteit. Hoffelijkheid (en synoniemen) komt met afstand op de tweede plaats en vakkundigheid (en synoniemen) worden het minst genoemd. Hoffelijkheid en vakkundigheid zijn wel belangrijk maar vallen onder wat klanten verwachten, zegt Lee.

Zijn 'berekeningen' zijn echter zowel onnavolgbaar als onnauwkeurig. Het concept zorgzaamheid en equivalenten komt bijvoorbeeld veel vaker voor dan Lee's ***keyconcept*** bewogenheid.

Verplegend personeel wordt in een ziekenhuis aangenomen op grond van vakbekwaamheid en lerend vermogen bij innovatie. Hoffelijkheid is doorgaans geen selectiecriterium bij sollicitanten maar wordt dat in toenemende mate wanneer een ziekenhuis zich toelegt op *service excellence*. Het emotionele verzorgingsniveau dat Lee vat onder het concept 'bewogenheid' is voor patiënten het niveau bij uitstek waarop loyaliteit gecreëerd wordt. Empathie, ervaren medeleven, compassie, de algehele manier waarop men als persoon is behandeld, is voor patiënten het allerbelangrijkste criterium om een ziekenhuis te beoordelen. Zorgprofessionals kunnen empathisch vermogen volgens Lee trainen door verbeeldingskracht. Door eigen gevoelens te verkennen kunnen ze zich inleven in de leefwereld van de patiënt en deze bewogen, meelevend, empathisch, compassievol bijstaan. Lee lijkt deze termen als synoniemen te gebruiken.
De eerste twee verzorgingsniveaus -vakbekwaamheid en hoffelijkheid- beantwoorden aan wat klanten verwachten. Op het derde niveau vallen loyaliteitsbeslissingen. Lee vindt om die reden dat sollicitanten geselecteerd moeten worden op hun vermogen om verwachtingen te overtreffen bij patiënt en familie door hen met oprechte belangstelling en diep inlevingsvermogen onvergetelijk bij te staan.
Managers veronachtzamen dit belangrijke selectiecriterium en daarnaast gaat ook gangbaar onderzoek nogal eens voorbij aan het belang van dit derde verzorgingsniveau. Vanwege het subjectieve karakter van vragen naar beleving en een vermeend

49 F. Lee, 2009, p. 67. Zie bijlage 1.e. Drie verzorgingsniveaus. In bijlage 1.g. worden Lee's bronnen vermeld. Zie bijlage 1.e. en 1.f. Dit wordt deze thesis niet verder uitgewerkt.

groter belang van vragen naar handelingen, schieten onderzoeken tekort in het in beeld brengen van wat er voor de patiënt het meest toe doet. Lee zegt in dit verband:

> 'De patiënt weet wel wat bewogenheid is. Hij of zij reageert er op of we het nu wel of niet een goede vraag vinden.'[50]

50 F. Lee, 2009, p. 73.

Disney's organisatieprincipes passen uitmuntend bij ziekenhuizen omdat ze -ondanks de grote verschillen tussen *entertainment* industrie en ziekenhuiszorg- fundamenteel te maken hebben met 'beleving' van mensen. Beleving die gestuurd en gecreëerd kan worden tot een ultieme, onvergetelijke ervaring. Zo'n *memorable event* doet de patiënt goed en maakt het ziekenhuis toekomstbestendig in de harde concurrentiestrijd om de klant op de markt. De loyale patiënt zal dit specifieke ziekenhuis aanbevelen bij anderen. Alles wat in het ziekenhuis *front office* gezegd of gedaan wordt, de totale omgeving waarin de patiënt verblijft, moet om die reden tot in detail zó gemanaged worden dat die fantastische genezingservaring door de patiënt wordt opgedaan. Lee onderscheidt, net als Disney, de performance van medewerkers *front office* en *back office*.

Bewogenheid van zorgprofessionals met de patiënt creëert ook een andere belangrijke vorm van loyaliteit, namelijk loyaliteit naar artsen toe. Lee stelt dat diverse onderzoeken een samenhang aantonen tussen communicatie van artsen en processen die aangespannen worden wegens medische nalatigheid. Hij noemt een onderzoek naar 1250 geluidsbanden van gesprekken tussen artsen en patiënten dat in 1997 in *The Journal of the American Medical Association* beschreven staat.[51] Alle uitspraken van de artsen werden (dubbelblind) verdeeld in 38 specifieke categorieën die vervolgens onder drie hoofdcategorieën werden geschaard:

51 F. Lee, 2009, p. 70.

1. Inhoud (informatie, evaluatie, diagnose).
2. Proces (oriëntatie, uitleg, wat gaat komen, doorstroming patiënten)
3. Emotioneel bevestigen, meeleven met de patiënt (en hartelijkheid, humor en ingaan op zorgen).

De inhoud was bij alle artsen gelijk, op proces was een gering verschil waarneembaar maar artsen met een hoge score op het derde niveau krijgen veel minder juridische processen tegen zich aangespannen. Lee concludeert dat mensen boos worden op een arts om andere redenen dan medische resultaten. Waar artsen behalve vakkundig en vriendelijk hun patiënten ook bewogen bijstaan, blijkt dat patiënten minder snel juridische stappen ondernemen bij mogelijke medische fouten.

Bewogenheid als *keyconcept* correspondeert derhalve met 'zeer tevreden' bij patiënten, 'geïnspireerd' bij professionals en leidt tot een afname van processen tegen artsen.

1.4.3 Perceptie versus werkelijkheid

Lee spreekt over 'waarheidsmomenten' wanneer het beïnvloeden van de perceptie van de patiënt aan de orde is. De term 'waarheidsmoment' komt van Jan Carlzon en verwijst naar elk contactmoment met een klant dat een negatieve of positieve indruk achterlaat. Een negatieve indruk ontstaat soms door fouten maar vaker door nalatigheid. Indrukken worden altijd gemaakt bij klanten; dan is het zaak deze indrukken zó te managen en beïnvloeden dat ze positief zijn. Het gaat om perceptie en niet om 'de werkelijkheid'. In een ziekenhuis kan een team feitelijk goed samenwerken terwijl tegelijkertijd de patiënt de indruk heeft dat dit niet het geval is. Het omgekeerde geldt evenzeer; slechte samenwerking in een team kan realiteit zijn, terwijl de perceptie van de patiënt juist positief is.

Lee noemt als voorbeeld van perceptie die niet strookt met de werkelijkheid een ambulancemedewerker die nooit klachten krijgt over lange wachttijden. Deze

medewerker zorgt ervoor de indruk te wekken dat hij zijn uiterste best doet voor de patiënt door, op het moment dat een patiënt hem kan zien, te rennen.[52] De indruk dat hij zich haast en inspant voor de patiënt is doorslaggevend en maakt loyaal. Om de voor het bedrijf noodzakelijke en voor de patiënt wenselijke, onvergetelijke ervaring te kunnen creëren, is een totale paradigmaswitch in de ziekenhuiszorg nodig die in de volgende paragraaf beschreven staat.

52 F. Lee, 2009, p. 35.

1.5 ZORGEN ALS THEATER; PROFESSIONALS ALS ACTEURS

De overeenkomst tussen Disney World en ziekenhuizen is dat beide niet primair dienstverlenende bedrijven zijn maar bedrijven die een *setting* leveren om ervaringen te faciliteren. Bij Disney is dat een plezierige ervaring, in het ziekenhuis een genezingservaring. Beide ondernemen activiteiten die gericht zijn op 'het zorgen voor een transformerende, dramatische belevenis'.[53] Drama's kunnen zowel leuk als droevig zijn maar voor een succesvol drama geldt dat het de toeschouwer respectievelijk patiënt verandert. Het *service excellence* paradigma dat de laatste decennia in ziekenhuizen centraal staat, schiet daartoe tekort. Wie het bedrijfsmodel van Disney hanteert, ziet dat serviceverbeteringen minder effect sorteren dan het verbeteren van de beleving van de gast. Om de transformerende ervaring van de patiënt te creëren is het nodig om werk in een ziekenhuis als theater te zien. Ziekenhuiswerk ís theater, is een alomvattend model. Hier spreekt Lee wél van 'de metafoor van werk als theater' terwijl hij steeds benadrukt dat werk theater ís. Hij introduceert nog een andere metafoor: een ensemble. Zolang de musici hun 'script' kennen, hebben ze geen leider nodig, kunnen ze soleren maar altijd in 'samenspraak' en wordt de kern van 'het script' steeds gevolgd. Fundamenteel acht Lee de aard van de beloning; die ligt in het applaus van het publiek, dat wil zeggen patiënten. Lee brengt dit te berde in de context van het fnuikende van bonussen en prestatiebeloningen die teams splijten in een organisatie. De echte beloning is intrinsiek en gezamenlijk.[54] Dat vergt een paradigmaswitch van een *service excellence* model naar een theaterbusinessmodel dat Disney hanteert voor Disney World. In 1.5.1 wordt dit model nader toegelicht. In 1.5.2 worden de bedoeling en het tot stand komen van een script beschreven en in 1.5.3 staat (acteer)talent centraal. 1.5.4 gaat in op de vraag hoe medewerkers gemotiveerd kunnen blijven om altijd weer hun rol te spelen en constant hoge kwaliteit te bieden en 1.5.5 op dóen na denken.

53 F. Lee, 2009, p. 117.

54 F. Lee, 2009, p. 200.

1.5.1 Theaterbusinessmodel

Lee refereert aan marketing consultants Gillmore en Pine, de auteurs van *The experience economy.*[55] Deze beide marketeers zien Disney als de grondlegger van het vierde economische aanbod: belevenissen. Dit duo beschrijft vijf opwaartse niveaus van economisch aanbod: goederen, grondstoffen, diensten, belevenissen en transformaties.[56] Bij het vierde economische aanbod hebben bedrijven die het aanbieden een dubbel voordeel. 'Beleving' is zeer geschikt om klanten te winnen en behouden en daarnaast stijgen waarde en winst van het product exponentieel. Tal van ondernemingen gebruiken het theaterbusinessmodel en hebben het voor de eigen *setting* aangepast en verfijnd.[57] Lee herkent beleving als waarde die in hoge mate in ziekenhuiszorg centraal staat. Mensen die in ziekenhuizen verblijven praten niet over 'geleverde diensten' maar over 'opgedane ervaringen'. Wie in staat is ervaringen van patiënten te optimaliseren, engageert hen. Belevenissen worden herinnerd en met anderen gedeeld. Ze zijn altijd persoonlijk, vergen 'maatwerk' en ontstaan in de wisselwerking tussen de geregisseerde gebeurtenis en de gemoedstoestand en persoonlijkheid van de patiënt. Individuen ondergaan belevenissen op emotioneel, fysiek, intellectueel en spiritueel niveau.

In hoofdstuk 2 (2.2.1 en 2.2.2) wordt duidelijk dat maatwerk ontstaat waar vanuit 'massa' ('belevenis') de te creëren belevenis efficiënt en nauwgezet toegesneden wordt op unieke en specifieke klanten.

Wanneer ziekenhuizen inspelen op dit gegeven en belevenissen die patiënten opdoen gaan regisseren en sturen op al deze niveaus, betekent dat een fundamen-

55 In Nederland verschenen onder de titel: *De beleveniseconomie.*

56 De inhoudelijke toelichting op de verschillende niveaus van aanbod staat in hoofdstuk 2.1.1. van deze thesis.

57 Lee stelt: *'In some sense, every patient room is a stage. Lights, camera, action!'* Bron: http://www.hospitalimpact.org/index.php?blog=6&title=3_of_8_from_disney_and_lee_patient_loyal Geraadpleegd: 03-01-2013.

tele conceptuele verschuiving van dienstverlenen naar percepties creëren. Het gaat daarbij derhalve volgens Lee om het bewust benoemen en benutten van wat altijd al aanwezig is in ziekenhuizen. Terminologie van het theater is daartoe geëigend en wordt ook veelvuldig gebezigd in het ziekenhuis.[58] Theater is geen metafoor voor het werk maar een alomvattende beschrijving ervan, zo stelt hij. Lee citeert theaterdirecteur en dramacriticus Harold Clurman's definitie van theater en stelt dat deze omschrijving goed aansluit Gilmore en Pine's beleveniseconomie en 'werk als theater'. Het citaat:

> 'Theater is een bijzondere wijze van expressie waardoor een gemeenschap zichzelf vorm geeft. Het publiek is de bron van het theater, de hoofdacteur. Dit is geen metafoor, het is een historisch feit.'[59]

Lee breidt het toneel nog verder uit:

> 'Door te acteren kunnen we ons leven intenser, met meer empathie en doelgerichter leven. Het brengt ons in contact met ons diepste zelf en ons mens-zijn. Als de hele wereld een toneel is, dan is acteren -onszelf toestaan om door de ervaringen van anderen geraakt te worden- hét middel om mensen overal ter wereld in liefde en met begrip nader tot elkaar te brengen.'[60]

Medewerkers in het ziekenhuis zijn altijd performers; zij communiceren, al dan niet bewust, altijd iets met het publiek respectievelijk de patiënt. Het besef dat werk theater is, kan die communicatie optimaliseren. Lee verwoordt het als volgt:

> 'Het ziekenhuis veranderen in een toneel heeft tot doel de zintuigen van de gast aan te spreken en een belevenis te creëren waarin ieder lid van de cast een boodschap uitdraagt die overeenkomt met de bewuste bedoelingen die door de directeur (de toneelschrijver), de acteurs en de toneelknechten zijn besproken, geïnternaliseerd en gerepeteerd. Merkt u hoe natuurlijk deze theatertermen klinken in de context van een ziekenhuisdrama?'[61]

Lee noemt het Planetree-model als goed voorbeeld van het regisseren van belevenissen in ziekenhuizen. Zowel de inrichting als de interactie met patiënten en familieleden zijn zorgvuldig voorgeschreven en geregisseerd. Lee gaat niet in op mogelijke verschillen tussen Planetree en zijn benadering van ziekenhuismanagement vanuit het theaterbusinessmodel.[62]

In paragraaf 1.1 van deze thesis is Lee's managementvisie en organisatiestructuur visie beknopt aan de orde gekomen. Lee streeft een platte organisatie na waarbinnen hiërarchisch denken zoveel mogelijk uitgebannen wordt, scheidsmuren tussen afdelingen geëlimineerd worden en teamwork door alle lagen van de organisatie heen gestimuleerd wordt. Op eenzelfde organisatiebrede wijze moet de theater*setting* gezien worden. Verzorgend personeel, ondersteunende diensten; alle medewerkers die in een ziekenhuis op de een of andere wijze in contact komen met de patiënt hebben hun aandeel in de performance omdat zij allemaal waarheidsmomenten met de patiënt meemaken. Om deze waarheidsmomenten optimaal te kunnen benutten, is een zorgvuldig script onontbeerlijk.

1.5.2 Script

In het dienstverleningsparadigma, waarin hoffelijkheid centraal staat, worden in ziekenhuizen scripts gebruikt om werknemers aan te leren wat ze in veel voorkomende situaties moeten zeggen. Het script van het theaterbusinessmodel gaat als toneelscript veel verder dan dergelijke aangeleerde teksten. Lee vergelijkt het ontwerpen en documenteren van ziekenhuisprocessen met de *storyboard*- methode van Disney.[63] Plot en script worden ontworpen in gemeenschappelijke brainstormsessies van de *cast members*; het is teamwork waaraan alle betrokkenen bijdragen. Zodra plot, scenes en artistieke details min of meer vastgesteld zijn, begint het regisseren van de belevenis voor gasten waarbij budget, medium en middelen begrenzende

58 F. Lee, 2009, p.120: de begrippen die Lee noemt zijn: *performance, setting,* contact, talent, sterren, geëngageerd, vertellen, regisseren, scripts, rollen, *walk the talk,* rolmodel zijn.

59 F. Lee, 2009, p. 121.

60 F. Lee, 2009, p. 137.

61 F. Lee, 2009, p. 120.

62 F. Lee, 2009, p. 120.

63 F. Lee, 2009, p. 122.

factoren vormen. Een script schrijven lijkt op het ontwerpen en documenteren van ziekenhuisprocessen. De gewenste uitkomsten (ultieme belevenissen) bepalen welke gebeurtenissen (scenes) waar (toneel) en met wie (spelers) moeten plaatsvinden. Er moet binnen elke scene nauwlettend aandacht geschonken worden aan alles wat kan bijdragen aan een succesvolle afsluiting van de belevenis van de patiënt. Hoe beter de details van het proces geregisseerd worden, des te voorspelbaarder en succesvoller de belevenis- en loyaliteitsuitkomst. Voor de ziekenhuiszorg leveren scripts aan het ontwikkelen en documenteren van processen de volgende bijdrage:

1 In een script staat de beleving van de patiënt centraal, zijn emotionele behoeften. Klinische resultaten en efficiëntie zijn bínnen dat kader relevant. De interactie tussen mensen vormt de kern van de zorg. Lee vermeldt hierbij dat uit onderzoek bekend is dat een positieve genezingservaring ook leidt tot een sneller herstel van de patiënt.
2 Een script is een specifieke visieverwoording van het bedrijf waarbij alle scenes meewerken aan het gestalte geven van vooral die visie. Zo ligt de focus niet langer op 'werkzaamheden', 'handelingen' en uitkomsten.
3 Voor iedere medewerker is vanuit het script helder wat zijn of haar rol inhoudt met het oog op de ultieme genezingservaring van de patiënt op alle niveaus van beleving. Naast contact met de patiënt is ook visieondersteunende collegiale omgang in het script vervat.

Hoewel scenes met de patiënt tot in de kleinste details uitgeschreven, besproken en doordacht zijn, is de handhaving van de bedóeling van het script het belangrijkst. Een acteur acteert om de gewenste reactie bij het publiek op te roepen. In het ziekenhuis is de gewenste reactie de patiënt een memorabele belevenis laten ervaren. Lee vindt de wijze waarop Disney met scripts omgaat een goed voorbeeld voor ziekenhuisafdelingen om een middenweg te vinden tussen de twee uitersten van uit het hoofd geleerde scripts en improvisaties.

Elk waarheidsmoment met de patiënt kan in een brainstormsessie vanuit drie grondslagen doordacht worden:

1 Wat we doen.
2 Wat de patiënt moet weten en voelen.
3 Wat we moeten zeggen om een onvergetelijke indruk te maken op de patiënt.[64]

64 F. Lee, 2009, p. 124.

De goede manager coacht de medewerkers op het doel van de scenes met de patiënt, het schrijven van een script daartoe en het oefenen en uitvoeren ervan. De performance van de medewerker moet van constante, hoge kwaliteit zijn ongeacht hoe de performer er zelf aan toe is. Het oproepen van de gewenste reactie bij de patiënt staat centraal. Het *commitment* aan script, publiek, andere acteurs en de regisseur moet leiden tot de vanzelfsprekendheid van *'the show must go on'* én daarnaast organisatorische erkenning van en waardering voor trouwe en betrouwbare performers. Erkenning van medewerkers is voor Lee een belangrijk thema. In hoofdstuk 9 van zijn boek bespreekt hij geschikte en niet-geschikte praktijken uit het bedrijfsleven om medewerkers te erkennen en waarderen. Dit aspect wordt in deze thesis niet verder uitgewerkt.[65]

65 F. Lee, 2009, p. 125, 126.

1.5.3 Talent

Als ervaren medeleven in ziekenhuizen het belangrijkste criterium is voor patiënten om loyale klanten te worden, moeten managers bij sollicitanten selecteren op talent voor goed acteren en niet op het kunnen uitvoeren van specifieke taken. Met het theaterbusinessmodel vindt een focusverlegging plaats van 'de taak' (handeling) die medewerkers uitvoeren naar 'de beleving van de patiënt'.[66] Managers werven medewerkers voor 'een rol', niet voor 'een baan'. Hierbij wijst Lee op het problematische

66 F. Lee, 2009, p. 134.

gegeven dat het verloop van personeel groot is en de inzet van uitzendkrachten werk als theater opvatten ernstig bemoeilijkt.[67] Talent voor empathie en medeleven is in Lee's woorden:

> '(…) de gave die ze hebben om een band te scheppen met het publiek (de patiënt) en de centrale rol die ze hierin spelen…'[68]

Degelijk talent gaat bij selectie vóór op beroepsvaardigheden omdat talent niet leerbaar is. Talent moet iemand hébben, vaardigheden kunnen altijd nog aangeleerd worden. Het is zo belangrijk omdat het de performer in staat stelt om 'echt' en ongeveinsd te zijn in zowel patiëntcontacten als teamwork. Een getalenteerde medewerker draagt bij aan een positieve sfeer en is creatief servicegericht. Het gedrag van medewerkers mag nooit ingaan tegen de filosofie van het bedrijf. In die zin moeten managers strikte controle hebben over hun personeel. Lee verwijst voor selectiecriteria bij personeelswerving instemmend naar de manager van een succesvolle restaurantketen die slechts twee criteria hanteert: betreft het iemand die gelukkig is en is de persoon in kwestie intelligent. Gelukkige mensen kunnen gelukkig maken en de rest is leerbaar.
Bij het werven van mensen is het perspectief van patiënten leidend. Voor de ziekenhuiszorg betekent dit dat bij medewerkers 'liefde voor mensen' en 'van betekenis willen zijn in levens van mensen' de belangrijkste drijfveren voor hun werk moeten zijn.[69] De selectie van mensen die talent hebben voor hun rol in het ziekenhuis geschiedt derhalve op grond van de morele waarde 'liefde' en de zingevende, motivationele waarde 'van betekenis willen zijn'. Die drijfveren spelen een beslissende rol bij het selecteren van personeel en ook daarna in de coaching van de desbetreffende werknemers door de manager.

67 F. Lee, 2009, p. 127.

68 F. Lee, 2009, p. 128.

69 F. Lee, 2009, p. 130.

1.5.4 Motivationele verbeeldingskracht

Van medewerkers respectievelijk acteurs wordt het nodige gevraagd om continu kwaliteit te kunnen leveren. Alle optredens moeten van gelijke kwaliteit zijn. Dat vergt zelfdiscipline en roept de vraag op hoe ze dat kunnen volhouden. Lee noemt verbeeldingskracht de bron van innerlijke motivatie. Hij werkt het begrip 'verbeeldingskracht' op drie manieren uit. Het is de sleutel om toegang te krijgen tot de eigen gevoelens en emoties om van daaruit authentieke empathie te hebben met patiënten die vaak hevige emoties doormaken. Daarnaast is verbeeldingskracht de drijfveer voor medewerkers om gemotiveerd te zijn en blijven voor het werk dat zij verrichten, respectievelijk de rol die zij spelen. Vervolgens is verbeeldingskracht, samen met empathie, ook via praktische oefening door bijvoorbeeld tijdelijke werkplekwisselingen, een belangrijke inspiratiebron voor samenwerking die afdelingoverstijgend is en alle lagen van de organisatie omvat.
In hoofdstuk 1.6 komt met name het eerste aspect van verbeeldingskracht aan de orde.
Bij het tweede aspect geldt dat verbeeldingskracht de derde is van vier niveaus van motivatie. Medewerkers kunnen gemotiveerd worden op het niveau 'gehoorzaamheid'; doen wat van buitenaf opgelegd wordt. Dat is het zwakste niveau.
Een tweede type motivatie is 'wilskracht'. Vanuit zelfdiscipline -verantwoordelijkheidsgevoel of morele discipline- wordt een taak opgepakt, ongeacht of men er zin in heeft of niet. Bedrijven steken veel tijd en energie in het vaststellen en uitdragen van 'kernwaarden' die werknemers moeten stimuleren om 'het goede' te doen. Het zich eigen maken van deze waarden is lastig en werknemers worden cynisch wanneer het bedrijf en de leidinggevenden geen kernwaarden-conform gedrag vertonen.
Het derde niveau is 'verbeeldingskracht' waarmee eigen gevoelens opgeroepen en beïnvloed kunnen worden.

'Gewoonte' vormt het vierde en sterkste motivatieniveau. Uit gewoonte handelen betekent volgens Lee in een reflex op een prikkel handelen. Gewoonte is het resultaat van levenslange programmering en repetitieve reacties op gebeurtenissen. Gewoonte, met als synoniem, aldus Lee, 'gave' is het vanzelfsprekende denk-, gevoel- en gedragspatroon van professionals waarbij het spelen van de eigen rol geen inspanning kost maar gewoon gebéurt. Het betreft een talent dat door goed onderricht en veelvuldige herhaling tot ontplooiing is gekomen. Mensen die over dergelijk talent beschikken, zijn intrinsiek gemotiveerd, doen als vanzelf wat goed en nodig is, creëren een plezierige werksfeer en hebben amper toezicht nodig van een leidinggevende. Teams die aangestuurd worden op gehoorzaamheid of controle zijn veel afhankelijker van hun managers en minder van binnenuit gemotiveerd om hun werk te doen. Een belangrijke managementtaak in situaties waarin motiverende verbeelding en gewoonte onvoldoende aanwezig zijn, is medewerkers te motiveren en helpen groeien om hun rol als vanzelfsprekend te gaan spelen. Managers moeten ook zelf over talent beschikken. Belangrijke aspecten van managementtalent zijn: mensen die meer talent hebben dan zijzelf durven werven voor rollen, mensen voluit erkennen wanneer zij hun gaven ontwikkelen en benutten en bevoegdheden delegeren aan anderen die talent hebben om daar goed mee om te gaan.[70]

70 F. Lee, 2009, p. 144

Bij Disney is het gebruikelijk dat managers met enige regelmaat het werk uitvoeren van gewone werknemers. Ook in andere organisaties worden dergelijke rolwisselingen op diverse niveaus toegepast. Op deze manier wordt een ander perspectief in het bedrijf vernomen, leren mensen elkaar onderling beter kennen, komen communicatieproblemen aan het licht en leert men elkaars werk waarderen. Een belangrijk overstijgend doel is dat de gemeenschappelijke visie van het bedrijf meer als een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gezien dan in een situatie waarin men niet met elkaar en elkaars werk bekend is. Daarnaast maakt het eventuele flexibele inzet van bijvoorbeeld verpleegkundigen op meerdere afdelingen makkelijker.

1.5.5 Dóen na denken

Disney biedt, anders dan zijn beleveniscconcurrenten, consistentie om de belangrijke universele waarden en gewenst gedrag in praktijk te brengen.[71] Na Lee's inventariseren wat we moeten 'weten' (het in inleiding van dit hoofdstuk genoemde 'denken') komt het er op aan de kloof te dichten tussen weten en doen. Lee schetst het in een performancemodel met drie componenten:

71 F. Lee, 2009, p. 201

1 De performance van werknemers die lijdt onder inertie.
2 Een bepaalde vorm van feedback over ervaring van de performance.
3 Een trainingsprogramma dat zal leiden tot een consequente performance.

Lee stelt dat verbeterprogramma's interessant kunnen zijn maar het komt aan op dóen en dat volgt er niet vanzelf uit. Alleen leiderschap kan de impasse van weten naar doen doorbreken. Aan het performancemodel moet daarom als vierde toegevoegd worden: leiderschap.
Als de manager de inertie kan doorbreken stijgen patiënttevredenheid en loyaliteit. Performanceverbetering kan globaal gesproken langs twee wegen bereikt worden, stelt Lee. Door middel van systemen (resultaten) en door middel van gedrag (perceptie). Lee gelooft niet in kennismanagement en 'lerende organisaties'. Dat zet niet aan tot verandering en actie. Met vallen en opstaan komt men erachter wat wel en niet werkt, zegt hij. Hij doelt bij 'wat werkt' op de bedrijfsresultaten en niet op de zorginhoud. Al doende lerend is er geen kloof tussen kennis en doen. Feedback heeft alleen maar nut als er actie op volgt en actie houdt in: systemen verbeteren en gedrag veranderen. Bij het weten hoort wát gedaan moet worden en waaróm het gedaan moet worden (resultaatgericht uiteraard).

De Healthcare Advisory Board heeft volgens Lee één woord nodig om het verschil te beschrijven tussen hoogscorende ziekenhuizen en achterblijvers. Dat woord is 'inprenten'.[72] De ideale situatie is dat mensen innerlijk gemotiveerd willen uitblinken in hun werk.

72 F. Lee, 2009, p. 214.

Voor het zover is houdt management in: leiderschap, verantwoordelijkheid nemen en geven en gehoorzaamheid eisen. Is eenmaal een betrokken cultuur ontstaan dan houdt ieder zich als vanzelf aan de regels maar Disney leert dat gehoorzaamheid altijd deel zal uitmaken van de bedrijfscultuur gezien het belang van consistentie.

1.6 AUTHENTICITEIT VOLGENS LEE

Authenticiteit komt bij Lee aan de orde wanneer hij spreekt over de wijze waarop een verpleegkundige een patiënt bijstaat. Verpleegkundigen hebben immers het meest direct contact met de patiënt. In dergelijk contacten doen zich waarheidsmomenten voor. Paragraaf 1.6.1 gaat in op authenticiteit bij Lee. In 1.6.2 komen diverse concepten aan bod zoals empathie en bewogenheid, die emotionele aansluiting op de patiënt mogelijk maken.

1.6.1 Authentiek versus in-authentiek

Authentiek zijn is bij Lee: in contact staan met de eigen gevoelens en die van mensen om ons heen.[73] Als synoniemen van authenticiteit noemt Lee: echtheid, oprechtheid, ongeveinsdheid en geloofwaardigheid. De ware acteur heeft een diepe innerlijke motivatie om de rol te spelen die van hem gevraagd wordt, speelt deze rol met hart en ziel en is daarin volstrekt authentiek. 'Zin' in het werk komt van binnenuit en vormt een continue bron van motivatie en inspiratie die het mogelijk maakt altijd (emotioneel) beschikbaar te zijn voor de patiënt. Performance betekent in een ziekenhuis min of meer hetzelfde als in de theaterwereld. Maar hoe kan een acteur 'echt' zijn? Refererend aan eigen ervaringen met acteerlessen beschrijft Lee het verschil tussen acteren (echt) en komedie spelen (onecht).[74] Echtheid komt tot stand door middel van verbeeldingskracht. Verbeeldingskracht in de betekenis van: herinneringen aan eigen ervaren emotionele momenten voor de geest halen. In de theaterwereld worden dit 'zintuiglijke keuzes' genoemd. Wanneer een scene het spelen van een specifieke emotie vereist, is fixatie op de eigen zintuiglijke keuze van díe specifieke emotie de wijze waarop non-verbale communicatie op één lijn komt met de gevoelens die opgeroepen moeten worden in een bepaalde scene. Goede acteurs hebben het talent om op elk gewenst moment, via hun verbeeldingskracht (zintuiglijke keuze), in contact te komen met alle aspecten van hun persoonlijkheid en hun gevoelens en daarin met echtheid. Een verpleegkundige die geëmotioneerd is door het verdriet van een patiënt speelt geen komedie maar is authentiek. Hij is eveneens aan het acteren. Hij ondergaat niet hetzelfde lijden, dezelfde pijn en de daarmee verbonden emoties van de patiënt maar door zijn verbeeldingskracht (wat acteren is) ervaart de patiënt empathie en begrip.

Acteercoach Eric Morris, benadrukt het verschil tussen acteren en doen alsof. Wie geen komedie speelt, is authentiek en leeft écht. Een goede acteur is in staat zich zó in te leven in hart, ziel en gedachten van een personage, dat hij realiteiten kan creëren op het toneel. Een fundamentele vraag die een verpleegkundige zichzelf moet stellen is: wat is de realiteit van déze patiënt en hoe kan ik deze reëel maken voor mij? Uit het voor zichzelf reëel maken, volgt empathie.

Theater voert mensen mee in de wereld van de ander; het verplaatst de focus van het uitvoeren van handelingen naar de beleving van de patiënt. Acteren legt verbinding met het diepst menselijke en verandert een baan in een roeping. De professional kan en mag immers authentiek datgene doen wat voor hemzelf en voor de patiënt essentieel is. Onoprecht, gespeeld medeleven wordt door patiënten onmiddellijk ontmaskerd als in-authentiek. Lee noemt authenticiteit het geheim van acteren en het leven zelf.

Voor ziekenhuizen geldt dat publiek en verhaal daar meer samen vallen dan in het theater. Een acteur kan een personage alleen authentiek vertolken als hij zich met hart en ziel empathisch heeft ingeleefd in die persoon. Verpleegkundigen creëren bij hun patiënten een sterke, helende ervaring wanneer zij zich evenzo inleven in de

73 F. Lee, 2009, p. 133,134.

74 F. Lee, 2009, p. 132. Lee verwijst hierbij naar een uiterst kwetsbare ervaring uit zijn eigen leven.

personen met wie zij van doen hebben.[75]

In het beeld dat Lee schept over 'acteren' liggen naar het lijkt verschillende interpretaties van verbeelding, inlevingsvermogen en perspectiefwisseling chaotisch door elkaar heen. Empathie ontstaat door verinnerlijking respectievelijk empathie ontstaat door geraaktheid door verdriet van de patiënt (van buitenaf). Het acteren kan alleen echt zijn wanneer de verpleegkundige de realiteit van de patiënt innerlijk koppelt aan eigen gevoelslagen (zintuiglijke keuze), respectievelijk het verdriet van de patiënt roept de authentieke menselijke respons als vanzelf op.

75 F. Lee, 2009, p. 136.

1.6.2 Concepten bij emotionele aansluiting op de patiënt

Verbeeldingskracht start bij inlevingsvermogen dat getraind wordt vanuit vragen als: wat zou jij doen in deze situatie? Als jou dit overkwam, hoe zou je je dan voelen? Zo komt contact met het eigen gevoelsleven tot stand. Bewogenheid is een emotie die opgeroepen wordt bij een verpleegkundige die vanuit een dergelijk diep contact met het eigen gevoelsleven in staat is zich te verplaatsen in de realiteit van de patiënt. Behalve het *keyconcept* bewogenheid gebruikt Lee diverse andere concepten als synoniemen. Bijvoorbeeld: empathie, compassie, inlevingsvermogen, medeleven. Als werkwoorden gebruikt hij: meevoelen, invoelen, meeleven, inleven in, verplaatsen in (de realiteit van de patiënt) empathisch zijn, bewogen zijn. Bewogenheid en empathie noemt hij het meest. In hoeverre deze woorden bij Lee al dan niet terecht als synoniemen worden gebruikt en hoe zij zich tot elkaar verhouden, is een vraag die in deze thesis niet verder uitgewerkt wordt.
De genoemde vragen bij reële praktijksituaties oefenen het voorstellingsvermogen, vergen een analyse van het antwoord erop en herhaling om zodoende meer getraind te raken. Steeds opnieuw en op den duur automatisch (dan is de emotionele aansluiting 'gewoonte' geworden) speelt de geoefende professional vanuit motiverende verbeeldingskracht op voortreffelijke wijze de eigen rol. Acteerlessen helpen professionals om open te staan voor hun eigen gevoelens en emoties en deze aan te wenden en te leren gebruiken om anderen vanuit verbeeldingskracht authentiek nabij te kunnen zijn. Lee omschrijft wat plaatsvindt door motiverende verbeeldingskracht als volgt:

> 'De verbeelding beïnvloedt gevoelens en uit gevoelens komen verlangens voort. Als we met heel ons hart verlangen om iets te doen vanuit deze gevoelens doen we dit ook, zonder erbij na te denken en zonder enige inspanning. Bewogenheid, zorgzaamheid, troost en vriendelijkheid -woorden die met loyaliteit te maken hebben- wijzen op iemands vermogen om empathie te hebben met een ander. Empathie is volgens van Dale 'het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of gedachtegang van een ander'. Het woord komt uit het Grieks en betekent invoelen of meevoelen. Als mensen met empathie behandeld worden, voelen ze dat anderen om hen geven en bezorgd om hen zijn.'[76]

Deze zorgzame bezorgdheid is bewogenheid. Lee benadrukt dat zorgzame daden en vriendelijkheid voortkomen uit verbeeldingskracht en niet uit normen- en waardesystemen, of een morele imperatief. Alleen verbeelding creëert empathie en empathie stelt in staat tot bewogenheid met de ander en niet morele of ethische vragen over wat we behoren te doen.[77] Naar aanleiding van het werk van moeder Teresa, symbool van bewogenheid met en empathie voor de armsten, stelt Lee de vraag of haar naastenliefde al of niet voortkwam uit een morele imperatief. In het geval van moeder Teresa een morele imperatief uit Mattheus 25 waar gesproken wordt over de werken van barmhartigheid die gedaan worden aan de allerminsten van de mensen met wie Christus zich identificeert.[78] Deze tekst sprak haar sterk aan. Ook hier, stelt Lee, gaan morele vragen over wat gedaan moet worden niet vooraf aan empathie en compassie. Moeder Teresa is een goed voorbeeld van verbeelding. Bij iedere zieke of verstotene met wie ze in contact kwam, stelde zij zich voor dat in deze mens Chris-

76 F. Lee, 2009, p. 146.

77 F. Lee, 2009, p. 147,148,151.

78 F. Lee, 2009, p. 147. De tekst staat in Mattheus 25: 31-46.

tus verborgen aanwezig was, vanuit het Bijbelwoord 'In zoverre gij dit aan één van mijn minste broeders hebt gedaan, hebt gij het Mij gedaan'. Normen en waarden kunnen bewogenheid niet teweegbrengen omdat zij niet de bron zijn van hartstochten van mensen. Het is juist andersom; de emotie 'empathie' is het fundament van liefde en ethische normen.

Opvallend is in Lee's 'exegese' dat moeder Teresa -kennelijk- niet uit een traditie voortkomt waarin het gebod van naastenliefde sterk aanwezig is. De Christusverborgenheid in armen en de allerminsten naar wie zij uitreikt, benut Lee voor de verbeeldingskracht maar niet voor die specifieke doelgroep die haar empathie behoeft. Het brengt Lee niet op een spoor van barmhartigheid betrachten. Bovendien bezorgt moeder Teresa vanuit haar verbeeldingskracht verschoppelingen niet een ultieme genezingservaring om loyaliteit te creëren maar geeft zij gewoon brood en troost.

Lee toont aan dat verbeelding empathisch maakt en dat leidt tot bewogenheid. Empathie is een emotioneel antwoord dat ten grondslag ligt aan liefde en ethische normen. Empathie, die omdat het stress vermindert, een genezende kracht heeft voor de patiënt. Daarnaast zijn empathie, zorgzaamheid en bewogenheid van beslissende invloed op loyaliteit van de patiënt.

Empathie als het gezichtspunt van de ander kunnen innemen, helpt ook in situaties met een woedende klant, beschrijft Lee. Woede is net zozeer een gemoedsaandoening en verbeeldingskracht werkt ook bij dergelijke emoties om de boze, onredelijke ander (beter) te begrijpen en de situatie te deëscaleren. Disney leert als deëscalatiemethode *cast members* de afkorting *LAST*: *1 Listen. 2 Apologize. 3 Solve the problem* en *4 Thank them*.

Authenticiteit van medewerkers kan ten volle tot expressie komen in een theaterbusiness- model en leidt voor alle partijen in een ziekenhuis tot een wenselijke situatie. Werknemers hebben hoge arbeidssatisfactie (en daarmee loyaliteit aan het bedrijf) en patiënten doen een ultieme onvergetelijke genezingservaring op die hen loyaal maakt en het aantal juridische procedures tegen artsen doet afnemen. Met loyale werknemers en patiënten heeft het management succesvol de continuïteit van het bedrijf veiliggesteld en financieel gewin gegarandeerd.

1.7 COMMENTAAR

Inleiding

In dit hoofdstuk is Lee's reactie op de problemen binnen de Amerikaanse ziekenhuiszorg beschreven. Hij zoekt de oplossing voor ziekenhuizen om te overleven in de harde concurrentiestrijd in kundig leiderschap en een andere bedrijfscultuur. Van daaruit schetst hij een wervend en inspirerend beeld van een niet-hiërarchische organisatie, waarbinnen alle medewerkers, van schoonmakers tot en met artsen, een rol spelen die er toe doet en die (h)erkend wordt als deel van het grote geheel; een organisatie die gericht is op een gemeenschappelijk doel. De vele praktijkvoorbeelden van falend en succesvol management, goede en slechte zorg, zinnige en onzinnige pogingen om het bedrijf te 'redden', schetsen voor mensen die werkzaam zijn in de zorg een herkenbaar beeld. Lee's seminars in Nederland worden over het algemeen als 'dynamisch', 'inspirerend' en 'praktisch' geëvalueerd. Zijn boek is in 2005 uitgeroepen tot 'beste boek' door het *American College of Healthcare Executives.*

Een ziekenhuis runnen vraagt een totaalvisie op het bedrijf van moedige managers die goed weten wat het bedrijf in huis moet hebben om zowel klanten als personeel te binden. Waar dat slaagt, is ook de toekomst van de onderneming veiliggesteld. De ziekenhuisklant, de patiënt, wordt door Lee volstrekt serieus genomen. Wat de patiënt wil en wenst -menslievend, inlevend worden bijgestaan in het ziekenhuis- wordt voor Lee uitgangspunt om de zorg voor de patiënt vorm te geven. Hij zet alles in om aan dit verlangen tegemoet te komen en het strookt wonderwel met wat ook bij professionals centraal staat: zij willen de patiënt graag bewogen en bezield bijstaan. Zo komt Lee tot een zorgconcept dat in zijn optiek een win-win situatie oplevert voor alle betrokkenen. Het ziekenhuis doorstaat de concurrentieslag, de patiënt krijgt wat hij wil en de professional kan het werk verrichten zoals hij graag wil.

Lee's managementvisie illustreert het belang van een inspirerende bedrijfscultuur waarbinnen professionals gemotiveerd en compassievol kunnen (samen)werken. Een bedrijfscultuur waarin diegenen om wie het gaat, de patiënten, centraal staan. Lee wijst op hedendaags veelvuldig voorkomend tekort aan begrip voor wat een patiënt doormaakt tijdens een ziekenhuisopname. Van het centraal stellen van de patiëntbeleving valt zonder twijfel het nodige te leren.[79] Maar Lee's ziekenhuiszorgconcept roept ook diverse vragen op. Wat gebeurt er precies in zijn antwoord op het gesignaleerde tekort aan aandacht voor de patiëntervaring en zijn invulling van de zorgbetrekking wanneer het 'ultiem beleven' inhoudt? Met andere woorden: in hoerverre wordt de vraag 'waartoe dient de zorg?' met 'de ultieme genezingservaring' beantwoord? En hoe wordt Lee's antwoord op het vernomen tekort beïnvloed door zijn commerciële doelen?

In dit commentaar worden enkele vragen genoemd op zowel macro- als micro niveau van de zorg.

79 In hoofdstuk 7 van deze thesis wordt daarop teruggekomen.

1.7.1 Macroniveau

Om authenticiteit in de theater*setting* (het microniveau van de zorgbetrekking) te bespreken en analyseren is het onontkoombaar van meet af aan steeds het macroniveau mee te beschouwen zoals in de probleemstelling ook is aangegeven. Zorgethiek als sociaal- politieke ethiek waarin 'het goede leven' en de ordening van de

samenleving (en daarmee onder meer distributie van gezondheidszorg) aan de orde zijn, noodzaakt daartoe.

1. In Nederland is de ziekenhuiszorg ondergebracht in het instituut gezondheidszorg, waarbij het instituut een uiting is van politiek maatschappelijke ordening. Lee's boek noodzaakt evenzeer tot mee-beschouwen van het macroniveau omdat hij met zijn ziekenhuisconcept tegemoet wil komen aan maatschappelijke problemen rond ziekenhuiszorg die al lange tijd spelen. Hoewel marktwerking in de ziekenhuiszorg in Amerika al decennia lang vanzelfsprekend is, heeft dit al die tijd niet geleid tot de kwaliteit en efficiëntie die door voorstanders van marktwerking aan commerciële bedrijfsvoering en concurrentie wordt toegeschreven. Noch kwaliteitsverbeteringen, noch *service excellence*, beide door marketing consultants vanuit het bedrijfsleven in de zorg geïntroduceerd met de belofte dat het problemen in de zorg zou verminderen of zelfs oplossen, hebben tot de gewenste resultaten geleid. Dat roept de vraag op: hoe kan Lee het voortdurend problematische ondanks alle innovatie verklaren en wat betekent dit voor weer een nieuw ziekenhuisconcept uit dezelfde hoek van marketeers? Het is en blijft voor Lee kennelijk vanzelfsprekend dat zorg volgens principes van de markt georganiseerd kan worden en dat problemen in de zorg binnen diezelfde markt(principes) opgelost kunnen worden. Evenmin stelt Lee vragen bij het fenomeen 'managers' in de zorg terwijl hij wel signaleert dat managers zelf vaak een groot struikelblok vormen voor professionals. Hij zou op z'n minst zijn vooronderstelling van de onmisbare waarde van managers kunnen toelichten.

Politiek filosoof Michael Walzer heeft in de tachtiger jaren al kritische vragen opgeworpen bij marktprincipes die in andere domeinen gaan domineren. Walzer stelt dat bij het rechtvaardig verdelen van sociale goederen, waarvan 'zorg' er één is, 'sociale sferen' onderscheiden moeten worden. Binnen elke sfeer geldt een eigen, interne morele logica van rechtvaardig verdelen. Instituties vormen rechtvaardigheidssferen die de eigen interne morele logica moeten bewaren en het is een overheidstaak daar op toe te zien. In Nederland heeft politicologe Margot Trappenburg het denken van Walzer uitgewerkt voor de gezondheidszorg en kritiseert zij van daaruit marktwerking in de zorg. Filosofe en antropologe Annemarie Mol laat in haar boek *De logica van het zorgen*, zien welke gevolgen een commerciële benadering van zorg heeft voor de inhoud van de zorg en de zorgbetrekking tussen patiënt en professional.[80]

Lee stelt niet de voorvraag of 'de markt' zélf mogelijk problematisch is binnen de sfeer van de gezondheidszorg. De Amerikaanse politiek filosoof Michael Sandel wijst vandaag de dag op radicale wijze, overigens zonder Walzer te noemen, op wat hij noemt 'morele grenzen van marktwerking'.[81] De institutionele *setting* van de gezondheidszorg in Nederland is gegrond in een humaniseringsgedachte met als doel menslievend zorgen. Dat verschilt sterk van een commerciële *setting* die als doel heeft winst maken.[82]

In de V.S. vormen bedrijven een institutie waarvan Gilmore en Pine in hoofdstuk twee benadrukken dat ze het enige instituut vormen dat winst mag maken. Lee spreekt in zijn boek regelmatig over 'menslievend zorgen', maar vanuit de specifieke bedrijfsmatige context, is er een spanningsveld tussen het bedrijfsdoel en het zorgdoel. Op 'de markt' worden pragmatische of utilitaristische doelen nagestreefd (dit is een gevolgen- of consequentialistische ethiek). Denken vanuit een zo groot mogelijk 'rendement' staat op gespannen voet met een morele humaniseringsgedachte. Wellicht vormt Lee's menslievende zorgen een 'instrument' voor zijn ondernemingshoofddoel.

2. Hiermee verbonden speelt de vraag (die relevant is voor de Nederlandse *setting*) wat het betekent voor het instituut als geheel en de diverse instellingen afzonderlijk,

80 M. Walzer, *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, Basic Books, 1983.

81 M. J. Sandel, *Niet alles is te koop: De morele grenzen van marktwerking*,Ten Have, 2012.

82 Zie hoofdstuk 2.5.1 punt 5.

wanneer domeinen die meer kans hebben op winst (zoals ziekenhuizen), losraken van andere domeinen die voor de markt minder of niet interessant zijn.
In deze thesis zal steeds de vraag meespelen welke (mogelijke) gevolgen de respectievelijke *setting*s (politiek-ethische visie versus marktvisie) hebben op zowel sociaal-politiek niveau als op het microniveau van de zorgbetrekking in het ziekenhuis.
Naast het verschil dat er is tussen de Nederlandse en Amerikaanse *settings* (instituut versus commercieel bedrijf) en de vraag naar uitblijvende resultaten van een decennialange commerciële bedrijfsvoering van de gezondheidszorg in de V.S. kunnen bij dit hoofdstuk nog twee thema's (3 en 4) op macroniveau genoemd worden die in het vervolg mogelijk relevant blijken. Ze komen zijdelings uit Lee's boek over commerciële ziekenhuiszorg voort.
3. In de V.S. wordt de kloof tussen arm en rijk steeds groter. Voor Walzer destijds mede aanleiding om te zoeken naar aard en principes van rechtvaardige verdeling binnen een democratische samenleving. Dit was ook voor politicologe en zorgethica Joan Tronto destijds een belangrijke reden om haar boek *Moral Boundaries* te schrijven. Commerciële ziekenhuiszorg versterkt de tendens van scheiding tussen arm en rijk. Wie is voor Lee de patiënt die compassievol wordt geholpen aan zijn beleving? Geldt het authentieke bijstaan ook een arme burger die behalve geen geld doorgaans evenmin een interessant netwerk heeft dat gewonnen kan worden door het delen van de *memorable event*? Spelen pluriformiteit en etniciteit een rol in Lee's ziekenhuis? Hoe gaat Lee om met sociaal-politieke vragen naar gelijke behandeling en toegankelijkheid van zorg? Lee's zorgconcept roept derhalve morele en levensbeschouwelijke vragen op over de inhoud van 'het goede leven' en wie er in de samenleving toe doen en mogen meedelen in basisbehoeften zoals goede- en toegankelijke gezondheidszorg.
4. Er ontstaat een paradoxale situatie bij vermarkte ziekenhuiszorg zoals Lee dat beschrijft. Intern is Lee's ziekenhuis een teamworkgerichte organisatie waarbinnen samenwerking, communicatie en erkenning van elkaars kwaliteiten en inzet hoog in het vaandel staan. 'Volwassen relaties' tussen mensen beschrijft hij, in navolging van manager Stephan Covey, als 'relaties van onderlinge afhankelijkheid'.[83] Maar deze waarden gelden voor Lee niet naar buiten toe in een brede maatschappelijke context. Elk ander ziekenhuis is een concurrent waarover hij meermalen in oorlogstermen schrijft. Termen als:

> 'Verken het slagveld waarop je vecht voor het hart van de klant'.[84]
>
> 'In de strijd om het beste ziekenhuis te zijn in de ogen van de klant…'[85]

Bij de 'overlevingskans' op het slagveld gaat het om het zíekenhuis dat 'overleeft'.[86] Wat betekent het maatschappelijk en zorginhoudelijk als ziekenhuiszorg zó georganiseerd is dat het leidt tot een dergelijke felle, onderlinge strijd om de klantgunsten van de patiënt?
5. Voor Lee zijn topscores in patiënttevredenheid onderzoeken 'bewijs' dat goede zorg is geleverd. Maar hoe verhouden zich 'klantloyaliteit' en 'legitimatie' van (goede) zorg?

83 F. Lee, 2009, p. 183.
84 F. Lee, 2009, p. 20.
85 F. Lee, 2009, p. 22.
86 F. Lee, 2009, p. 23.

1.7.2 Microniveau

Op het tweede spoor, het microniveau, spelen diverse vragen die hier kort genoemd worden en in latere hoofdstukken zullen terugkeren.

1 Lee omschrijft elke klant als een individu met 'behoeftes' die we moeten vernemen.
Hoe verhoudt zich de 'nood' van de patiënt (sfeer van de zorg) met 'wensen, ver-

langens, behoeften' (sfeer van de markt) van de patiënt? Kan zorg een belevenisproduct zijn?

2a In hoeverre is Lee's theater*setting* zoals hij die herkent en invult voor de ziekenhuiszorg -de patiënt aan een ultieme genezingservaring helpen- een geëigende beschrijving voor 'goede zorg'?

2b Hoe verhoudt zich de taal van 'de ultieme genezingservaring' en 'creëren' met lijden, pijn en tragiek?

2c Hoe beargumenteert Lee dat werk theater is, een 'omvattend model' en geen metafoor, en met welke redenen noemt hij aan het slot van zijn boek een ensemble wel een metafoor?[87]

87 F. Lee, 2009, p. 199. Op dezelfde pagina spreekt Lee bij uitzondering één keer over theater als metafoor.

2d Wat betekent Lee's theater*setting* voor de autonomie van zowel de patiënt als de professional?

3 Wat betekent de altijd achterliggende taak van medewerkers om in alle doen en laten bij 'waarheidsmomenten', het creëren van loyaliteit (klantenbinding) van de patiënt mee te wegen bij de zorginhoud en zorgrelatie? Met als vervolgvraag: wanneer wordt 'creëren' 'manipuleren'?

4 Welke invulling van 'professionaliteit' hoort bij 'via acteren de perceptie van de patiënt beïnvloeden'? En hoe verhoudt acteren zich tot vakbekwaamheid en ambachtelijkheid van artsen en verpleegkundigen? En wat betekent acteur-zijn naast het in *service excellence* eerder aangeleerde 'gastheerschap' voor de professionaliteitinvulling van zorgverleners?

5 Hoe authentiek kunnen mensen zijn? Wat weten mensen van zichzelf en kúnnen ze weten? Hoe doorzichtig en eenduidig is dat wat mensen mogelijk opdelven uit hun gevoelslaag? Welk mensbeeld vigeert bij Lee's opvatting van authenticiteit?

6 Daarmee verbonden is de vraag naar de inhoud van de door Lee genoemde concepten. Compassie, empathie, medeleven, inlevingsvermogen, bewogenheid, liefde, emotie, gevoelens lijken bij Lee's theateromschrijvingen nogal inwisselbaar en 'vlak', éénduidig en ééndimensionaal. Hoe zit het met complexiteit van de inhouden, gelaagdheid en meerduidigheid? De zorgpraktijkvoorbeelden die Lee opvoert lijken daarentegen wel rijker en dieper beschreven. Hoe verhouden zich die praktijken en Lee's concepten?

7 Hoe gaat Lee om met complexiteit in de zorgrelatie in de zin van het verstorende, verontrustende, de machteloosheid bij lijden en risico's van valse harmonie in compassievol bijstaan. Hij spreekt bijvoorbeeld nergens over 'teveel', 'te weinig', misplaatste, of ongepaste empathie, bewogenheid en compassie met de patiënt.

8 Hoe verhoudt Lee zich tot vragen van (gedeelde menselijke) kwetsbaarheid, afhankelijkheid en eindigheid die in een ziekenhuis veelvuldig spelen?

9 Hoe is het empathisch bijstaan van de patiënt gerelateerd aan de 'eigen opgave' waarmee patiënten geconfronteerd worden? Met 'eigen opgave' wordt bedoeld dat patiënten in een situatie van ziekte en lijden, zich op de een of andere wijze (moeten) gaan verhouden tot eindigheid, sterfelijkheid en het onverhelpbare. Wanneer gaat 'bijstaan' op Lee's wijze (belevenis bezorgen) over in 'onteigenen'?

10 Hoe kan Lee komen tot een ziekenhuiszorgconcept zonder op enig moment de vraag te stellen: 'Waarom zorgen mensen eigenlijk voor elkaar?' Zijn focus ligt op: 'Hoe lossen we problemen in de zorg op?' en 'Hoe voldoen we zo goed mogelijk aan wat de klant wenst?'[88]

88 In bijlage 1.i. staan Lee's literatuurbronnen genoemd die vrijwel uitsluitend over marketing en managing gaan. Geen enkel boek op deze lijst gaat over zorgdoelen en -inhoud.

Samengevat roept Lee's ziekenhuiszorgconcept vragen op rond 'commercieel zorgen' en de (mogelijke) gevolgen daarvan voor de zorginhoud in de zorgbetrekking die hij vanuit 'werk-is-theater' vult. Om dit soort vragen beter in kaart te brengen volgt in hoofdstuk 2 een nader onderzoek van de beleveniseconomie, toegespitst op 'werk is theater' en 'authenticiteit', vanuit het perspectief van Gilmore en Pine die Lee -naast anderen- als bron belangrijke gebruikt voor zijn ziekenhuisconcept.

DE BELEVENISECONOMIE: ‘WERK IS THEATER’ EN ‘AUTHENTICITEIT’ BIJ MARKETINGCONSULTANTS JAMES GILMORE EN JOSEPH PINE

2

INLEIDING

De druk op het bedrijfsleven om een stevige concurrentiepositie te hebben en houden en de veranderende consumentenvraag, zijn drijvende krachten achter economische ontwikkelingen. Het bedrijfsleven zoekt altijd naar nieuwe, onderscheidende, winstgevende markten. Klant-verlangen naar ‘ervaringen’ heeft geleid tot zo’n nieuwe markt, zo stellen de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine. Zij zijn beiden de oprichters van Strategic Horizons LLP[1], een denkstudio in Aurora, Ohio. Deze studio helpt ondernemingen bij het bedenken en ontwerpen van nieuwe manieren van waarde toevoegen aan economisch aanbod. Pine is medeoprichter van het European Centre for the Experience Economy en *senior fellow* aan de Design Futures Council. Beide auteurs publiceren veelvuldig en vervullen diverse (gast)docentschappen aan universiteiten.

Zij analyseren in hun boek *‘De beleveniseconomie’*[2] waaruit het verlangen naar ervaringen voortkomt, hoe daaraan met een economisch winstgevend aanbod zo goed mogelijk tegemoet gekomen kan worden en welke promotieactiviteiten daarbij horen. ‘Werk is theater’ vormt het uitgangspunt voor ondernemingen die belevenisgeoriënteerd willen (gaan) werken, zo stellen zij. De auteurs verwijzen veelvuldig naar bedrijven die de belevenisbehoefte van de klant hebben onderkend en succesvol op de economische markt opereren. Bedrijven als Disney World, Las Vegas, Starbucks, British Airways, Barnes & Noble en McDonalds. In de amusementssector (theater, concert, film, tv) hebben ervaringen, belevenissen, altijd centraal gestaan. Disney is degene die de belevenisexpansie op gang heeft gebracht met thematische onderdompeling van gasten in ‘een verhaal’. Fred Lee neemt het theaterbusinessconcept van Gilmore en Pine over om het te gaan vermarkten in de ziekenhuiszorg.

Met hun boek *‘Authenticiteit’* zetten de beide marketing consultants een nieuwe stap binnen de beleveniseconomie door het gegroeide consumentenverlangen naar ‘echtheid’, ‘authenticiteit’, tot ‘nieuwe zakelijke imperatief’ te benoemen. Authenticiteit heeft bij Gilmore en Pine betrekking op het door klanten gewenste economische aanbod. De auteurs gaan diep in op ‘de perceptie van de klant’ en de thematieken van ‘nep’ versus ‘echt’ en werkelijkheid versus constructie.

De beide boeken bieden een commercieel ‘binnenperspectief’ op drijfveren van commerciële bedrijven en verhelderen in die zin de achtergronden en motieven van Lee en zijn ziekenhuisconcept. In een filmfragment op internet benadrukt Lee meer expliciet dan in zijn boek hoezeer hij schatplichtig is aan Gilmore en Pine wat betreft het inzicht: het gaat om *experience*.[3] In dit hoofdstuk komt een deel van het veelomvattende werk van beide auteurs aan de orde, toegesneden op een beter

1 LLP staat voor Limited Liability Partnership.

2 De paragrafen 2.1 tot en met 2.4 zijn gebaseerd op het boek ‘*De beleveniseconomie*’. J.H. Gilmore - B. Pine, *De beleveniseconomie: Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium,* Academic Service, Den Haag, 2000. Voor paragraaf 2.5 is gebruik gemaakt van het boek ‘*Authenticiteit*’. J.H. Gilmore - B. Pine, *Authenticiteit: Wat consumenten écht willen*, Academic Service, Den Haag, 2008.

3 Bron: YouTube. TedxMaastricht-FredLee- ‘Patient satisfaction or patient experience’. Geraadpleegd 20-08-2012.

begrip van Lee's ziekenhuisconcept. In de lopende tekst, die de visie van Gilmore en Pine op enkele thematieken weergeeft, wordt steeds de link met Lee's ziekenhuiszorgconcept gelegd.
In paragraaf 2.1 wordt het ontstaan van de beleveniseconomie beschreven evenals de repliek van Gilmore en Pine op enkele kritische reacties. 2.2 gaat over 'massamaatwerk' en 'lerende (klant)relaties'. In 2.3 wordt 'werk is theater' toegelicht en in 2.4 het vijfde economische aanbod; transformatiebelevenissen. Authenticiteit van het economisch aanbod staat centraal in 2.5 en in 2.6 volgt een kort commentaar.

2.1 ONTSTAAN VAN DE BELEVENISECONOMIE

Rik Maes, hoogleraar informatie- en communicatiemanagement, schrijft in het voorwoord van *'De beleveniseconomie'* dat de 'overvloedeconomie' het moeilijker maakt om je als aanbieder van producten en diensten te onderscheiden. Gilmore en Pine tonen lef, vindt Maes, door een uitweg te bieden met het herkennen van nieuwe markten voor belevenissen en transformaties en de vernieuwende visie van 'werk is theater'. Na fasen van aanbod vanuit de fysieke wereld en de informatiewereld, is in de zoektocht naar nieuwe bronnen van schaarste nu de wereld van de emoties het te ontginnen terrein voor markten. De concepten die bij de nieuwe economie horen hebben betrekking op 'vertrouwen', 'aandacht' en 'verbeelding'. Maes noemt de *trust economy, attention economy* en *dream economy*, die alle drie als belangrijke variabele 'tijd' hebben. Lee gebruikt deze drie concepten eveneens om 'emoties' in het ziekenhuis te operationaliseren. Patiënten zijn bij uitstek klanten die via tijdsinvesteringen in vertrouwen, aandacht en verbeelding een belangrijke commerciële doelgroep vormen.[4]

Gilmore en Pine introduceren met het beleveniscconcept een handvat voor klantbenadering in de wereld van emoties. Ze operationaliseren 'emoties' en onderbouwen dit bovendien in een inzichtelijk economisch evolutiemodel waarvan belevenissen en transformaties de laatste fasen vormen. Maes suggereert dat 'tijd' uiteindelijk de enige echte schaarse factor van de overvloedseconomie is. Wie klanten factureert op basis van tijd die bedrijfsmatig met hen wordt doorgebracht, beoefent *'experience business'*. Wie klanten laat betalen op grond van bewezen resultaten, door het bedrijf geboekt, doet aan *'transformation business'*.

Als bedrijf theater wordt, moet het authenticiteit uitstralen. In de wereld van emoties zijn transacties relationeel bepaald; voor het creëren van klantvertrouwen is authenticiteit van het bedrijf essentieel. Rick Maes:

> 'In de wereld van emoties staat of valt elke relatie met vertrouwen *bij elk contact*'.[5]

Gilmore en Pine beschrijven in hun introductie op het boek de kansen voor buitengewone economische groei wanneer bedrijven belevenissen en diensten voortaan van elkaar loskoppelen. Ook Lee koppelt de 'dienst' (het medisch technisch handelen) in zijn ziekenhuis los van de 'de belevenis' (de bejegening van de patiënt door het personeel).

Gilmore en Pine beogen met hun boek het ondersteunen van ondernemingen bij strategische keuzen om de nieuwe markt, die nieuwe concepten vergt zoals 'werk is theater', te verkennen en ontginnen.

In paragraaf 2.1.1 wordt het economische evolutiemodel toegelicht. In de beleveniseconomie is een nieuwe blik op het bedrijf nodig evenals inzicht in onderscheiden ervaringsniveaus en domeinen. Daarover gaat het in 2.1.2. 2.1.3 stipt enkele kritische noties aan bij de beleveniseconomie evenals de reactie daarop van beide schrijvers.

4 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 8.

5 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 9. Cursief is van Maes.

2.1.1 Stijgende economische waarde

Kernvragen voor marketeers en economen zijn: waar bevinden zich winstgevende markten? Hoe vernemen we *needs* en *wants* van consumenten? Op welke wijze kunnen we het best inspelen op wat klanten willen, terwijl de commerciële reactie zowel winstgevend als klantenbindend is?

Gilmore en Pine beschrijven in hun boek 'de ladder van de economische waarde'.[6] Het is een model dat al het economisch aanbod -dat wat een bedrijf aan een klant verkoopt- omvat. Het laagst op de ladder en het minst in waarde zijn *commodities*, ruwe, onbewerkte grondstoffen die in die hoedanigheid worden verkocht.[7]

6 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 229. Zie bijlage 2.a. De economische waardeladder.

7 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 11.

Van *commodities* worden goederen gefabriceerd; de tweede vorm van economisch aanbod. Wanneer deze goederen in een context van dienstverlening aan klanten worden aangeboden, is deze dienstverlening van extra waarde en 'ontastbaar'; het derde niveau van economisch aanbod. Belevenissen als vierde niveau betreffen gebeurtenissen die eveneens ontastbare 'producten' zijn maar bovendien 'memorabel'. Memorabele gebeurtenissen vinden plaats wanneer klanten op een persoonlijke en indrukwekkende wijze ergens bij betrokken worden. Het vijfde en laatste economische aanbod bestaat uit transformaties. Dit zijn effectieve en duurzame veranderingen die klanten bereiken bij het veranderen van 'het zelf' waarbij de verandering één dimensie of meerdere dimensies kan omvatten. Deze evolutie van de economie komt volgens de auteurs voort uit de aard van de economische waarde en de 'natuurlijke vooruitgang' in de economie. Zijdelings speelt naar hun zeggen mee dat de toenemende welvaart maakt dat mensen zich belevenissen en transformaties kunnen permitteren. De beide auteurs spreken uiteraard alleen over (potentieel) winstgevende economische werelddelen. Gebieden zonder welvaart vormen vooralsnog geen interessante markten, hooguit als goedkope wingebieden voor *commodities*. *Commodities*, is een woord dat de uitgever onvertaald laat en in een noot omschrijft als bulkgoederen, grote hoeveelheden goederen. Gilmore en Pine gebruiken het woord soms beschrijvend, maar doorgaans met een negatieve connotatie. Uitverkoop van een té grote voorraad goederen, met té lage aanbiedingsprijzen noemen zij bijvoorbeeld 'afgezakt tot *commodity*'. Bedrijven die financieel florerend willen worden en blijven moeten zich richten op de hoogste fasen van aanbod; belevenissen en transformaties.[8]

Het bekendste voorbeeld, dat zowel Lee als Gilmore en Pine opvoeren om de evolutie van *commodity* tot *experience* te illustreren, is koffie. Koffiebonen (*commodity*), kosten (qua benodigde hoeveelheid per kop koffie) twee tot vier cent.[9] Gemalen koffie in de winkel (goederen) doet de prijs per kop koffie stijgen (afhankelijk van merk en dergelijke), variërend van een dubbeltje tot twee kwartjes. Voor koffie, geserveerd in een café, (dienst) stijgt de prijs tot enkele guldens. Dezelfde kop koffie op een toplocatie, met een specifieke sfeer en ervaringen (belevenis), verhoogt de waarde tot tussen de vijf en tien gulden.

Omdat elk opeenvolgend aanbod een steeds grotere economische waarde creëert, zijn belevenissen als vierde aanbod uiterst lucratief voor ondernemers; hier vallen hoge winsten te halen. Belevenissen zijn er altijd geweest maar niet eerder is bedacht ze bewust te onderscheiden van diensten. Wie een belevenis koopt, betaalt om tijd te besteden aan het genieten van memorabele gebeurtenissen die -net als in een toneelstuk- door de onderneming georganiseerd worden om hem op een persoonlijke manier erbij te betrekken. In de amusementssector heeft het altijd gedraaid om belevenissen, maar amusement is slechts één van de aspecten van belevenis.

8 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 234. Zie bijlage 2.e. Economische verschillen.

9 De Nederlandse vertaling van het boek is in 2000, vóór de invoering van de euro, verschenen en in herdrukken niet herzien op guldens en euro's.

2.1.2 Bedrijfsvernieuwing; aanbod op ervaringsniveau

De belevenismarketeers hebben Walt Disney als groot voorbeeld voor het benutten en uitbaten van belevenissen. Disney's term '*imagineering*' drukt goed uit hoe verbeelding (*imagination*) en ingenieurswerk (*engineering*) samen tot bijkans oneindig veel nieuwe 'producten' en markten leiden.[10] De grote kansen die Gilmore en Pine zien, liggen in het belevenissen uitbaten tot ver buiten de amusementsector. Elke onderneming kan klanten belevenissen doen ervaren door hen persoonlijk en memorabel bij hun onderneming te betrekken.

In de beleveniseconomie worden ondernemingen belevenisregisseurs. Belevenissen zijn, anders dan alle eerdere vormen van economisch aanbod, persoonlijk. De klant maakt deel uit van het niet-tastbare product omdat een belevenis zich ín hem

10 Walt Disney Imagineering is de ontwerp en ontwikkel-tak (droom-ontwerp en creëren van magie) van Disney Company.

afspeelt. Een belevenis komt tot stand binnen een persoon die zich aangesproken voelt op emotioneel, fysiek, intellectueel of zelfs spiritueel niveau. Lee herkent deze duiding van Gilmore en Pine voor de ziekenhuiscontext waarin de patiënt op al deze niveaus ervaringen opdoet.[11]

11 F. Lee, 2009, p. 119

Een belevenis is voor ieder mens uniek omdat zo'n belevenis het gevolg is van een interactie tussen een geregisseerde situatie en de toestand waarin de persoon in kwestie zich psychisch en fysiek bevindt.

Gerhard Schulze beschrijft de overgang van de meerderheid van de bevolking van de BRD na de Tweede Wereldoorlog van 'overleven' naar 'beleven'. Daarmee wijzigt de tot dan toe geldende economische semantiek in psychofysische semantiek en komt het binnenleven van mensen centraal te staan bij belevenis aanbod. Zie 4.22 en 4.2.3.

Het werk van degene die voor een belevenis zorgt, 'vergaat' op het moment dat het verricht wordt. Maar 'de waarde' van de belevenis blijft in het geheugen van de aangesprokene en is 'memorabel'. Deze waarde kunnen creëren, betekent 'een plaats in de harten van de consumenten' verwerven en, door deze binding van de klant aan de onderneming, inkomsten verkrijgen. Zowel Gilmore en Pine als Lee spreken in termen van het 'winnen van harten' van consumenten of vergelijkbare omschrijvingen.

De eerste vraag voor een fabrikant is: wat ervaart de klant bij het gebruik van mijn product? Lee stelt deze vraag in de ziekenhuiscontext: wat ervaart een patiënt in het ziekenhuis?

De meeste ontwerpers richten zich allereerst op het functioneren van producten. De aandacht moet echter verlegd worden naar de gebruiker. Vervolgens moet de fabrikant het product zo ontwerpen dat de belevingswaarde versterkt wordt, wat de klant bindt. Voor Lee betekent dit: de patiënt centraal en empathische medewerkers inzetten die de patiënt bewogen en oprecht bijstaan want dat is de ziekenhuisklant wens. Een volgende belangrijke vraag voor een fabrikant is hoe (meer, nieuwe) vraag gecreëerd kan worden. Gilmore en Pine noemen de volgende zes opties:

1 Producten in een belevenismerk opnemen (zoals -succesvol- Nike en Coca-Cola).
2 Producten maken die regisseurs van belevenissen nodig hebben (zoals apparatuur voor licht, geluid, smaak, geur, kleuren; rekwisieten derhalve en ook aandenkens om herinneringen 'vast' te houden).
3 Producten verzintuiglijken (meer zintuigen aanspreken leidt tot sterkere belevenis).
4 Producten schaars maken (de beleveniswaarde van het bezit ervan neemt toe en de leverancier kan daarom een hoge prijs laten betalen).
5 Een productenclub oprichten (exclusiviteit claimen en creëren). Gilmore en Pine noemen exclusiviteit 'het economische broertje van schaarste'.[12]
6 Een productenevenement op touw zetten. De manier waarop een klant iets krijgt (ontwerp, verpakking, afleveren) vindt een klant bijna net zo belangrijk als het product zelf.

12 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 39

Voor Lee zijn de meeste 'gewone' methoden van klantenbinding niet geëigend voor de ziekenhuis*setting*. Het regisseren en verzintuiglijken komt in de buurt van wat ziekenhuisklanten kan binden. Klantenbinding, die hij loyaliteit noemt, plaatst hij in de context van het relationele waarbij tijd, aandacht, vertrouwen en afstemmen op de patiënt belangrijk zijn. Hoffelijkheid en bewogenheid met de patiënt moeten de hele organisatie-cultuur doortrekken.

Het regisseren van belevenissen heeft iets intrinsiek lastigs waar terdege rekening mee gehouden moet worden, aldus de marketeers. Wanneer mensen voor de tweede keer op eenzelfde locatie zijn en dezelfde belevenis meemaken, is dat vaak een de-

ceptie, zo melden beleveniseconomen. Dit leidt tot waardedaling van het aanbod en verlies van klanten. Verwachtingen moeten daarom steeds weer overstegen worden. In wezen betreft het bij belevenissen creëren het regisseren van het ónverwachte. In de beleveniseconomie maken ondernemingen herinneringen in plaats van artikelen. De aandacht van de aanbieders mag niet verslappen; het belevenisproduct vergt voortdurende innovatie. Een goede ondernemer houdt een spanningsboog in stand bij de klant tussen wat de klant zich herinnert (vorige belevenis) en wat de klant nog niet weet (een totaal nieuwe belevenis).[13]

13 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 140.

Belevenissen organiseren komt neer op 'aanspreken' van klanten. Dat kan op verschillende niveaus geschieden. Gasten kunnen betrokken worden bij een belevenis op het ervaringsniveau van 'deelname', variërend van actief tot passief, of het ervaringsniveau van de 'verhouding tot de omgeving', variërend van absorptie tot onderdompeling. Absorptie wil zeggen: iemands aandacht wordt vastgehouden en hij neemt de belevenis in zich op. Onderdompeling wil zeggen: de betrokkene gaat fysiek of virtueel zélf deel uitmaken van de belevenis.[14] Tussen de uitersten van deze vier ervaringsdimensies zijn er vier domeinen van belevenissen: amusement, leren, ontsnappen aan de werkelijkheid en esthetiek. De meeste belevenissen hebben elk van deze domeinen meer of minder in zich. Het domein amusement omvat vermaak dat over het algemeen passief door de zintuigen wordt opgenomen. Bij het tweede domein, lerende belevenissen, heeft de 'leerling' in allerlei denkbare educatieve situaties een actieve rol. In onder meer themaparken, casino's of *virtual reality* spellen, vinden ontsnappingsbelevenissen, het derde domein, plaats op een actief ervaringsniveau. Het vierde belevenisdomein is het esthetische. Hier gaat men geheel op in een bepaalde omgeving of een evenement. Voorbeelden zijn: een museumbezoek, een natuurbeleving, een bijzondere gecreëerde restaurant*setting* of een specifiek gecreëerd winkelcentrum. Hierbij geldt dat het esthetische van een dergelijke belevenis zowel volkomen natuurlijk (natuurpark) als geheel gesimuleerd kan zijn (zoals Rainforest Café).

14 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 50,51. Zie bijlage 2.b. de domeinen van belevenis.

Belangrijk is dat elke belevenis 'echt' is en 'kunstmatige belevenissen' niet bestaan. 'Echt' betekent in de context van de beleveniseconomie: als echt erváren door de klant. De belevenis speelt immers bínnen de persoon en niet in de al dan niet gecreëerde omgeving. Voor de omgeving geldt wel nadrukkelijk dat deze 'trouw moet zijn aan zichzelf' (perfecte consistentie) om als esthetische belevenis als 'echt' (perceptie) te kunnen worden ervaren. De rijkdom van een belevenis wordt door vermenging of scheiding van de domeinen bepaald, waarbij de rijkste belevenissen aspecten van alle vier domeinen bevatten.[15] Bij Lee zijn esthetiek en ontsnapping wellicht het meest aan de orde voor 'beleving' van de patiënt in het ziekenhuis. De rol van de patiënt lijkt daarbij eerder passief (ondergaand) dan actief en op het ervaringsniveau van onderdompeling.

15 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 62.

2.1.3 Kritiek en repliek

Gilmore en Pine beschrijven in hun vooruitblik aan het begin van het boek enkele kritische reacties op de beleveniseconomie. Critici wijzen vaak naar Las Vegas, dé belevenishoofdstad van Amerika. Vrijwel alles in Las Vegas is een gecreëerde belevenis. Kritiek richt zich op de 'keerzijde' daarvan; drank, drugs, zedeloosheid. Behalve dit immorele aspect van belevenissen wijzen critici ook naar het volstrekt kunstmatige ervan, zoals ook bij Disney World en de technocentrische afstandelijkheid van bijvoorbeeld internet. De reactie van de beide auteurs is dat, naast de ontegenzeggelijke grote voordelen die economische ontwikkelingen mensen gebracht hebben, dergelijke onwenselijke praktijken van ontwrichting en negatieve effecten nu eenmaal altijd kleven aan economische veranderingen. Wellicht lokken beleve-

nissen en de toegankelijkheid ervan dit meer uit dan in andere fasen geschiedde. Er kan zeker discussie over gevoerd worden maar dat doet niets af aan het gegeven dat we ons niet aan de werkelijkheid van de beleveniseconomie kunnen onttrekken.

> 'Prijzenswaardig of verderfelijk, deugdzaam of immoreel, natuurlijk of kunstmatig het zijn allemaal keuzen die mensen tijdens de totstandkoming van deze economie zélf maken.'[16]

Eerdere economische verschuivingen werden op vergelijkbare wijze ook tevergeefs bekritiseerd. Het morele accent moet niet liggen op de vraag of het bedrijfsleven mag overgaan op belevenisproducten.

> 'De morele nadruk moet in plaats daarvan liggen op *de soort belevenissen die men wil bieden*.'[17]

Zoeken naar voortgaande economische vooruitgang is voor samenlevingen een noodzaak om de massa aan het werk te houden. Gilmore en Pine benadrukken herhaaldelijk in hun boek de positieve effecten van de beleveniseconomie op de werkgelegenheid. Verlies van banen blijkt keer op keer in het boek een grote vrees te zijn voor Amerikanen. Het creëren van werkgelegenheid is daarmee een belangrijke legitimatie voor de beleveniseconomie. Met tabellen van het U.S. Bureau of Labor Statistics illustreren Gilmore en Pine de enorme stijging van toegangsprijzen voor belevenissen en de groei van de werkgelegenheid en het nominale bruto binnenlands product per economisch aanbod.[18]

Martha Nussbaum, pleitvoerder voor een normatieve politieke visie, kritiseert de vooronderstelling dat 'werkgelegenheid' en BBP goede indicatoren zijn voor de 'ontwikkeling van een land' en een basis vormen voor sociale vooruitgang.[19] Economische groei kan niet de enige maatstaf zijn. De realiteit van de V.S. is dat er een groeiende kloof is tussen rijk en arm. Aan die realiteit hebben Gilmore en Pine geen boodschap.

De marketing consultants zien zich genoodzaakt om belevenissen te organiseren om voldoende waarde toe te voegen; goederen en diensten alleen zijn ontoereikend. De beleveniseconomie op zich ter discussie stellen is gezien deze onontkoombaarheid zinloos, zo stellen zij, een morele discussie kan beter gaan over de sóórt belevenissen die men wil bieden. In dat verband brengen Gilmore en Pine ter sprake dat directeuren van ondernemingen zich, net als iedereen, bezig moeten houden met de 'uiteindelijke doelen' van de mens. Dat heeft ook hún volle aandacht, zeggen ze. Wanneer belevenissen gemeengoed zijn geworden, evenals de laatste economische fase, het nieuwe economische transformatieaanbod, dragen ze fundamenteel bij aan het bepalen en realiseren van levensdoelen van mensen. Lee schaart de ultieme genezingsbelevenis zowel onder belevenissen als transformaties.

Problemen met de beleveniseconomie kunnen 'probleemloos' bínnen de beleveniseconomie opgelost worden met probleemverhelpend aanbod. Belevenissen als economisch aanbod hebben wellicht sowieso een 'probleemoplossend' karakter, ook bij Lee.

16 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 14,15

17 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 15. Cursief is van Gilmore en Pine.

18 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 32,33. Bij de transformatie-economie komt opnieuw kritiek en de reactie van Gilmore en Pine daarop aan bod. Zie paragraaf 2.5.4 van deze thesis.

19 Bron: Trouw, 9 juni 2012, p. 10-13. Volkskrant, 9 juni 2012, p. 6,7.

2.2 MASSAMAATWERK EN LERENDE RELATIES

Serviceblunders creëren zonder twijfel gedenkwaardige herinneringen, maar in het negatieve spectrum. Een misser van veel dienstverlenende bedrijven is dat ze, om kosten te verlagen, massaproductiemethoden hebben overgenomen die leiden tot slechte service. Bij dienstverlening via telefonische service wordt bijvoorbeeld bespaard op inzet van medewerkers en tijd voor de klant met als resultaat een lager serviceniveau dan voorheen. Zo verlaagt een onderneming, gefocust op kostenreductie, een dienst tot een *commodity*. In paragraaf 2.2.1 en 2.2.2 staat in twee stappen beschreven wat Gilmore en Pine noodzakelijk achten om waardeverlies van economisch aanbod te voorkomen.

2.2.1 Waardevermeerdering door maatwerk

Besparen op service leidt tot negatieve ervaringen. Afstemmen van dienstverlening op de individuele klant, maatwerk derhalve, leidt tot positieve ervaringen. Dit maatwerk moet ingezet worden om voor de klant unieke waarde te creëren. Dit kan nuts-waarde zijn of esthetische waarde of statuswaarde. Lee gaat relationele waarden inzetten en benutten in het ziekenhuis. Daar betreft het morele waarden die hij functioneel gebruikt om de klant te werven en binden.
Wie klantunieke waarde kan leveren, zet een waardevolle eerste stap op weg naar gedenkwaardige interacties.
Gilmore en Pine zien het introduceren van massamaatwerk als goede voorbereiding voor bedrijven voor het creëren van belevenissen. Het economisch aanbod levert (idealiter) unieke waarde op voor de klant wanneer het specifiek is voor deze ene individuele klant, bijzondere kenmerken heeft (tegemoet komt aan persoonlijke behoeften van de klant) en uniek is in de wijze waarop het aanbod exact is wat deze klant wenst. Een materieel product verandert bij nauwgezette afstemming op de klant in een dienst en wordt daardoor van hogere waarde. Gilmore en Pine noemen dit 'automatische schakeling'. Door maatwerk te leveren wordt naar een hogere plaats op de economische waardeladder doorgeschakeld.
Ondernemingen die deel willen gaan uitmaken van de beleveniseconomie zullen daartoe een plan moeten maken om hun goederen en diensten als maatwerk te gaan leveren. 'Massamaatwerk' is hiervoor de term. Ondernemingen moeten daartoe hun goederen en diensten modulariseren. Dat wil zeggen: op efficiënte wijze gestandaardiseerde modules produceren die op verschillende kopers uniek en specifiek toegesneden kunnen worden. Gilmore en Pine lichten modulariseren toe met de bekende Lego-blokjes. De vele verschillende vormen en kleuren zijn een 'stelsel van modules' en de verbindingsmogelijkheid is het 'koppelingssysteem'. Het stelsel van modules en het koppelingssysteem samen vormen de 'modulaire architectuur' die een onderneming in staat stelt massamaatwerk te leveren. Behalve deze 'modulaire architectuur' is ook een 'omgevingsarchitectuur' vereist die eveneens uit twee componenten bestaat: een 'ontwerpinstrument' en een 'ontworpen interactie'. Het ontwerpinstrument brengt de behoeften van de koper en de mogelijkheden van het bedrijf met elkaar in overeenstemming. De ontworpen interactie is de constructie van een ontwerpbelevenis waarmee een onderneming een klant helpt besluiten wat hij wil. Omgevingsarchitectuur helpt complexiteit beheersen; klanten worden vaak overstelpt door talloze mogelijke keuzen wat kan leiden tot besluiteloosheid.
In hoofdstuk 4 van deze thesis zal Schulze deze besluiteloosheid van de consument als 'keuzestress' duiden. Zie 4.3.3.3.

Afhankelijk van klanten en producten kunnen ondernemingen alle combinaties van goederen en diensten geheel tonen, of combinaties gedoseerd tonen of juist welbewust voor klanten verbergen. In het laatste geval betreft het klanten die unieke waarde voor zichzelf willen maar niet zozeer willen worden betrokken bij het besluitvormingsproces.
Ondernemingen gaan vaak niet over tot massamaatwerk maar managen in plaats daarvan de toevoerketen. Zij brengen verscheidenheid aan in het aanbod zodat de klant kan kiezen. Maar veel klanten willen niet op die manier kiezen uit een aanbod; ze willen exact dat hebben wat zij zoeken. Lee herkent dit gegeven op een iets andere wijze. Ziekenhuizen doen hun aanbod aan de klant vanuit de vooronderstelling dat patiënten willen kiezen op grond van medisch-technische resultaten. Dat 'aanbod' strookt niet met wat patiënten écht willen. Lee benut Gilmore en Pine's inzicht dat ondernemingen die hoger willen stijgen op de ladder van economische waarde uitsluitend en precies de wil van de klant moeten volgen en massamaatwerk leveren. Daarnaast is een essentieel inzicht voor Lee het volgende: 'de wil van de klant' vernemen lukt niet uit klanttevredenheid-onderzoeken. Die geven slechts inzicht in wat de klant verwachtte en kreeg, maar een commercieel bedrijf onderscheidt zich door met een afgestemd aanbod in te gaan op specifieke behoeften en wensen van specifieke klanten. Aan alle producten, ook 'zorg', kan beleveniswaarde verleend worden waarmee vraag zowel beantwoord als gecreëerd wordt. Belangrijk is dat de belevenis alle verwachtingen totaal verrassend overstijgt, daarin memorabel is en de klant bindt aan het bedrijf.

2.2.2 Lerende relaties

Bedrijven moeten weten wat de klant heeft 'opgeofferd'. Met opofferen bedoelen Gilmore en Pine dat er een verschil is tussen wat de klant verlangde en waar hij uiteindelijk genoegen mee heeft genomen (of heeft móeten nemen). Klanten moeten doorgaans genoegen nemen met productontwerpen voor een gemiddeld publiek. Klanten die van een standaardaanbod gebruik moeten maken, brengen altijd offers; ze leveren specifieke en unieke wensen in voor een product dat daaraan slechts deels voldoet. Hoe meer een bedrijf in staat is dat 'offer' te verminderen of zelfs voorkomen, des te sneller wordt een dienst een gedenkwaardige belevenis.
Sommige ondernemers pleiten ervoor klanten zo te conditioneren dat ze genoegen nemen met bestaand algemeen aanbod; dat zou bovendien kostenverlagend werken. Gilmore en Pine stellen dat kostenverlaging in dit verband een onjuiste aanname is. Door geen massamaatwerk te leveren zakt een bedrijf in zekere zin af naar *commodities*, terwijl de klant offers blijft brengen. Júist gestandaardiseerde producten en diensten leiden tot verspilling; veel aanbod wordt immers helemaal niet afgenomen. Klanten zullen kiezen voor maatwerk dat tegemoet komt aan hun werkelijke behoeften. Massamaatwerk verlegt de focus van het bedrijf naar de unieke klant die als zodanig behandeld wil worden. Opofferingen doen afbreuk aan de ervaring van een klant met een bedrijf maar slimme bedrijven signaleren wat de klant opoffert en komen tot een eigen strategische keuze van maatwerk.
De vraag: 'Hoe vindt u dat wij het doen?' (tevredenheidonderzoek) moet vervangen worden door: 'Wat wilt u nu echt?' (maatwerk)
Lee verneemt op vergelijkbare wijze de wens van de ziekenhuisklant door centraal stellen van Rynn's principe dat marketing 'proberen te hebben wat de mensen willen' is.[20]
In deze context spreken Gilmore en Pine over 'lerende relaties'. Hoe meer een bedrijf van een klant leert wat die klant écht wil, des te beter kan uniek en specifiek aan de klant geleverd worden wat de concurrent niet in huis heeft. Dit creëert belangrijke

20 Zie hoofdstuk 1.1 van deze thesis.

loyaliteit bij klanten. Massamaatwerk wordt derhalve in *one-to-one marketing* al lerend mogelijk gemaakt. De onderneming behoudt de klant als aan twee voorwaarden wordt voldaan:
1. Geen buitensporige prijsverhogingen of serviceniveauverlaging.
2. Alert meegaan in technologische innovatie.
Deze manier van werken levert het bedrijf allerlei voordelen op. Voor toegesneden aanbod kan een hogere prijs gevraagd worden en kortingen om het verkocht te krijgen zijn niet aan de orde. Het rendement per klant is hoger terwijl loyale klanten ook nieuwe klanten aanbrengen wat een bedrijf acquisitiekosten bespaart. Klantenbinding neemt toe naarmate in lerende relaties de wensen, behoeften en voorkeuren steeds scherper in beeld komen. Een concurrerend aanbod van andere bedrijven wordt daarmee onwaarschijnlijker.
Het fenomeen opofferen is op een bepaalde wijze ook voor de ziekenhuiszorg herkenbaar. Patiënten krijgen vaak niet voldoende aandacht, tijd en kwaliteit van zorg, of medeleven, of goede, geruststellende voorlichting. Lee herkent deze 'offers' van patiënten en speelt er op in door uniek en klantspecifiek (massa)maatwerk te leveren. Voor medewerkers geldt evenzeer dat zij noodgedwongen 'offers' moeten brengen ten aanzien van de zorg die zij zouden willen, maar niet kunnen of mogen bieden. Ook daarin voorziet Lee; medewerkers kunnen bewogen en empathisch 'uit het hart' zorgen voor de patiënten en bij ieder individu afstemmen op wat diens wensen en behoeften zijn. De hele organisatie is erop gericht de professionals te faciliteren om optimaal af te stemmen op de klant.

2.3 WERK IS THEATER

2.3.1 Belevenissen regisseren

Gilmore en Pine beschrijven zes stappen om te komen tot geregisseerde belevenissen die in de context van Lee's boek herkenbaar zijn.
1 Belevenissen moeten gethematiseerd worden. Het visualiseren van een goed omschreven thema is een basisvoorwaarde. Disney's themapark 'Een plaats waar mensen zich gelukkig kunnen voelen en kennis kunnen opdoen' was voor geldschieters een *enrolling* thema. 'Fatsoenlijke zorg voor een betere gezondheid' noemen de auteurs als themavoorbeeld voor ziekenhuizen.
Bedrijven kunnen zich vanuit verschillende invalshoeken laten inspireren om tot een thema te komen. De socioloog Mark Gottdiener noemt thema's van 'geconstrueerde milieus'. Hij noemt bijvoorbeeld: de klassieke beschaving, tropisch paradijs, stedelijke motieven.
Berndt Schmitt en Alex Simonson, beiden marketeer, spreken over 'domeinen' waaraan thema's kunnen worden ontleend. De negen domeinen die zij noemen zijn: geschiedenis, godsdienst, mode, politiek, psychologie, filosofie, de wereld van de natuur, de populaire cultuur, kunst.
Hoe een thema ook tot stand komt, het belangrijkst is dat het boeiend en onweerstaanbaar is. Om zo'n thema te ontwikkelen, zijn er vijf leidende beginselen:

a Een aansprekend thema moet het werkelijkheidsbesef van de gast veranderen en een andere werkelijkheid scheppen dan die van alledag.
b De meeste belevingsinhoud wordt bereikt met rijke belevenissen die een volledige verandering bewerken in iemands realiteitsgevoel doordat ze de beleving van ruimte, tijd en materie beïnvloeden.
c Bij aansprekende thema's zijn ruimte, tijd en materie geïntegreerd tot een samenhangend, realistisch geheel.
d Thema's worden versterkt wanneer meervoudige belevenissen gecreëerd worden op een locatie.
e Een thema moet passen bij het karakter van de onderneming die de belevenis creëert. Een effectief thema is beknopt en onweerstaanbaar en leidt tot een éénvormige verhaallijn die de klant geheel in beslag neemt. Dit valt niet samen met een mission statement of een marketingleuze.

Lee benut deze beginselen bij zijn ziekenhuiszorgconcept door nauwgezet de (fysieke en emotionele) toestand waarin patiënten zich bevinden te analyseren, de 'onvergetelijke genezingservaring' als thema centraal te stellen (met als deelthema's relatie, vertrouwen, bewogenheid, zorgzaamheid, empathische zorg, zorgen uit het hart (liefde)) en de hele omgeving van de patiënt tot in detail de ensceneren voor het te bereiken doel (belevenis en daarin en daardoor: loyaliteit).
2. Het thema vormt de basis van een belevenis en de belevenis zelf moet onuitwisbare indrukken nalaten bij de klant. Indrukken moeten het thema 'waar' maken. Vanuit de vraag 'Hoe wil je dat gasten de belevenis beschrijven?' kan gezocht worden naar dimensies van totaalindrukken. Schmitt en Simonson schetsen een lijstje van zes dimensies van totaalindrukken van representaties van thema's. De zes dimensies van totaalindrukken zijn:

1 Tijd (vroeger, nu toekomst)
2 Ruimte (bijvoorbeeld: stad/platteland, oost/west/binnen/buiten, werk/huis)
3 Technologie (handwerk/machinaal, natuurlijk/kunstmatig)
4 Authenticiteit (origineel/imitatie)

5 Verfijning (wel/niet verfijnd, luxe/goedkoop)
6 Schaal (groot/klein).[21]

21 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 78.

Bij Lee zijn vooral 'authenticiteit' en 'bewogenheid' belangrijk. Het verzorgend personeel moet de patiënt meelevend en authentiek bijstaan en dat moet door consistente indrukken waar-gemaakt worden voor de patiënt. De business is een belevenis verschaffen, het industriële product is 'zorg'.
Het is evident dat woorden alleen niet genoeg zijn, stellen Gilmore en Pine. Tekenen en signalen moeten met woorden samen de aard van de gewenste belevenis ondersteunen. Niets mag in strijd zijn met het thema; alles moet kloppen.
Eén van de voorbeelden die zij noemen is van het East General Jefferson Hospital, waar directeur en management het ziekenhuis herstructureerden rond de hoofdindrukken 'warmte', 'zorgverlening' en 'professionaliteit'. Diverse tekenen en signalen ondersteunen deze hoofdindrukken. Het ziekenhuis onderscheidt bijvoorbeeld delen van het gebouw die voor allen toegankelijk zijn als 'voor het gordijn' en sommige delen, met onprettig aandoende activiteiten zoals bloedtransport, of voor vertrouwelijke gesprekken als 'achter het gordijn'.[22]

22 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 80.

Lewis Carbone, president-directeur van Experience Engeneering Co. onderscheidt voor zijn technisch ontwerpen van belevenissen die klantvoorkeuren creëren het 'materiële' en het 'menselijke'. Het eerste betreft 'dingen' (bijvoorbeeld geur, smaak, esthetiek) die indrukken bij de klant moeten versterken en het tweede 'mensen'. Zijn technisch ontwerp bij mensen bestaat uit het vaststellen van het gewenste gedrag in klantcontacten en de daarvoor benodigde regie.
3. Wie een belevenis regisseert, moet álles wat de aandacht afleidt, doet verminderen of tegenspreekt, elimineren. Spelers mogen in geen geval uit hun rol vallen. Alleen achter de coulissen, buiten beeld van de klanten, kunnen ze vrijuit spreken.
Ook Lee kent *front office* en *back office* gedrag van spelers. *Front office* medewerkers moeten zich er terdege van bewust zijn dat ze op het toneel staan en hun rol optimaal moeten spelen.
4. Tastbare aandenkens aan gedenkwaardige belevenissen verlengen het vasthouden ervan en bemiddelen ook het delen van belevenissen met potentiële nieuwe klanten. Een voorbeeld hiervan is 'de levensloop herscheppende belevenis', die Carry Bonnie, werkzaam in de uitvaartbranche van Hillenbrand Industries, verkoopt.[23] Samen met nabestaanden worden dierbare herinneringen (tastbaar en niet-tastbaar) opgediept en, procesmatig geregisseerd, beleefd en in een herinneringscollage tastbaar memorabel gemaakt.

23 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 86.

5. Zintuiglijke *stimuli* versterken en ondersteunen een belevenis. Hoe effectiever de zintuigen aangesproken worden, des te meer wordt de belevenis gedenkwaardig.
In de ziekenhuiszorg is een patiënt extra sensitief, gezien de kwetsbare conditie, voor hoe de omgeving (dingen en mensen) is. Oogcontact, wat verplegenden wel of niet zeggen, hoe ze gevoelig proactief handelen; het zijn allemaal zintuiglijke indrukken die de patiëntbeleving sturen. Fysiek contact tussen patiënt en verpleegkundige of arts is in ziekenhuizen veelvuldig aan de orde. Lee beschrijft in zijn boek dat dit contact discreet moet worden ingeleid en zoveel mogelijk afgestemd op het welbevinden van de patiënt zodat deze de gewenste ervaring opdoet en loyaal wordt. Lee benadert het beïnvloeden van de perceptie van de patiënt door zintuiglijke gewaarwordingen zeer breed en gedetailleerd.
6. Een economisch aanbod verkoopt alleen dan succesvol als er een prijs betaald wordt die toegang verschaft tot de belevenissen. Dit verplicht ondernemers ook om voor de klanten sterke belevenissen te creëren. Winkels, of winkelcentra kunnen bezoekers geld vragen om binnen te komen. De geschiedenis van de economische vooruitgang bestaat uit het vragen van geld voor iets wat ooit gratis was, benadrukken Gilmore en Pine. Voor grondstoffen die mensen vroeger zelf uit de grond haal-

den wordt nu betaald. Hetzelfde is gebeurd met producten die ooit in eigen beheer gemaakt werden en diensten die werkzaamheden omvatten die mensen ooit zelf verrichtten. Maar de toegangsprijs is het slot van alle stappen van het regisseren van belevenissen. Eerst moet een belevenis ontworpen worden die het 'waard' is. Daarna is het belangrijk om belevenissen niet 'weg te geven' maar juist hoog te prijzen om de begerenswaardigheid te vergroten. Het principe van Gilmore en Pine is dat je bént wat je in rekening brengt.

Vooruitlopend op de paragraaf 'commentaar' (2.6. van deze thesis) kan hier alvast genoemd worden dat kostenreductie met het introduceren van belevenissen in een commerciële context vanuit de beschrijving van Gilmore en Pine zeer onwaarschijnlijk is. Het doel is de belevenissen letterlijk duur te maken en zo optimaal winst te genereren. Juist wat voorheen gratis was of laaggeprijsd (liefde, vertrouwen, aandacht, tijd, relaties, zorg) moet voortaan geprijsd worden. Een tendens die in Nederlandse zorgcentra zichtbaar is in het 'beprijzen' van 'een wandeling', 'aandacht', 'extra zorgminuten' ***et cetera***.

In deze 'drama-schets' (in dubbele zin wat mij betreft) en ook de volgende subparagrafen wordt niet gesproken over de 'vakbekwaamheid' zoals bijvoorbeeld het ambachtelijke werk van een arts of het werk van een verpleegkundige. Het accent ligt geheel en al op 'beleven'. De individuele vakkundigheid wordt bij Gilmore en Pine evenals bij Lee beschouwd als 'vanzelfsprekend' en is bijvoorbeeld bij Lee's werving van zorgprofessionals ook een ondergeschikt criterium. 'Talent' voor de rol prevaleert.

2.3.2 Theaterprincipes

Elke handeling draagt bij aan de belevenis die wordt gecreëerd. Iedereen die een rol speelt, moet op een andere manier naar zijn werkzaamheden gaan kijken. Lee onderstreept net als Gilmore en Pine dat 'werk is theater' niet een metafoor is maar een model. Theater is immers een bepaalde indruk nalaten. Disney vindt bijvoorbeeld de indruk 'reinheid' belangrijk en zet 'spelers' in om zelfs het kleinste 'afval' op te rapen en naar een afvalbak te brengen. Intussen maken ze glimlachend contact met de gasten. De kernvraag is niet of het wel of niet echt afval is dat opgeraapt wordt, maar of de voor de gast aangename índruk gewekt wordt van reinheid.[24] Het wezenlijke karakter van een onderneming, theaterwerk, is 'drama' in de zuivere betekenis van het woord, stellen Gilmore en Pine. Ze verwijzen naar het Griekse 'drao' dat 'doen' betekent. Medewerkers in ondernemingen spelen altijd een rol, al dan niet bewust.

> 'Zij spelen hun rol niet in een of ander spel, maar in wat een goed opgezet en met de juiste rolbezetting overtuigend gebracht toneelstuk, 'drama' dus, van het echte leven, behoort te zijn.'[25]

24 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 146 en 81.

25 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 147.

De schrijvers noemen Aristoteles' *Poetica* de bron van de westerse idee van theater waarop theaterwetenschap gebaseerd is. Gilmore en Pine ontlenen het volgende aan Aristoteles: hij omschrijft de plot van een stuk als 'de wijze waarop de voorvallen met elkaar in verband worden gebracht'. Dit is de basis van elke theaterbelevenis evenals de basis van de volgorde van aanwijzingen die nodig is om de gewenste indruk te maken. Elementen van de intrige, respectievelijk het plot -verrassende wendingen, het toenemend onthullen van kennis over wat gaande is, eenheid en evenwicht van gebeurtenissen en het emotionele effect van de tragedie- verklaren veel van wat een belevenis gedenkwaardig maakt. Ook levert Aristoteles voorwaarden voor boeiend spel die met name te maken hebben met zorgvuldige selectie voor de karakters die uitgebeeld moeten worden. Gilmore en Pine stellen:

> 'Door te omschrijven wat theater is, onderscheidde Aristoteles het van alle andere dagelijkse activiteiten.'[26]

26 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 147.

Ze werken enkele van Aristoteles' theaterbegrippen uit: 'keuze', 'volgorde' en 'ritme en tempo' en de implicaties daarvan.

1 Welke keuzen worden gemaakt? Wat komt wel of niet op het toneel? Welke handelingen maken een toneelstuk boeiend?
2 Welke volgorde, ontwikkeling en duur van gebeurtenissen wordt aangehouden?

Lee licht deze volgorde, ontwikkeling en duur, helder toe in zijn voorbeeld waarin een verpleegkundige een ziekenhuiskamer binnenkomt. Hij beschrijft de hele scene die begint met het kloppen op de deur en eindigt als aan de patiënt gevraagd is of er nog iets nodig is en of de deur open of dicht moet.[27]

27 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen,* Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 25.

Hoe staan de werkzaamheden met elkaar in verband?
Welke continua zijn er in de organisatie van gebeurtenissen?
Waar begint het werk, waar is het dramatische hoogtepunt en waar de ontknoping?

3 Welk ritme en tempo worden aangehouden respectievelijk; welke overgangen, opbouw, contrasten, versnellingen, vertragingen?

Alle verkoop, alle handelingen zijn meer of minder goed theater. Zodra er een toeschouwer is, begint het acteren. Gilmore en Pine schrijven:

> 'Artsen die een operatie uitvoeren onder het toeziend oog van collega's en studenten gaan daarbij te werk alsof ze in het theater op een toneel staan.'[28]

28 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 151.

Als de uitvoerders beséffen wat ze doen, theater opvoeren, kunnen de activiteiten veel gedenkwaardiger plaatsvinden. *Practice what you preach* is daarbij een fundamenteel uitgangspunt (in de zin van consistent de éénvormige verhaallijn vasthouden). Gedrag en waarden moeten coherent zijn voor zowel extern theater (klanten) als intern theater (eigen medewerkers).
Socioloog Erving Goffman is volgens de auteurs wellicht de eerste die werk als theater herkent. Hij toont dramaturgische principes in sociale- en werksituaties aan en noemt elke menselijke activiteit toneelspel. 'Expressieve controle', een term van Goffman, kan het werk als theater aanzienlijk verbeteren. Werk als theater herkennen, benoemen en het vermogen ontwikkelen om percepties van anderen te beïnvloeden, onderscheidt het magische van het alledaagse.

> 'Het is het *acteren zelf* dat uiteindelijk verschil maakt tussen gedenkwaardige belevenissen en het gewone menselijke handelen.'[29]

29 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 152. Cursief is van Gilmore en Pine.

Zakelijke voorstellingen regisseren, vergt een raamwerk van verschillende soorten geregisseerde 'optredens' waarin vier begrippen centraal staan: drama, script, theater, voorstelling, aldus Richard Schechner, theatertheorie-deskundige.

1 Drama; op het lege podium van het bedrijfsleven is de strategie het drama, de permanente harde kern, de inhoud van alle actie die men wil ondernemen. Het script brengt het drama over en is de basiscode van de gebeurtenissen die aan elke voorstelling voorafgaan. In het zakenleven vormen de processen het script; doorgaans vastgelegde werkwijzen die een onderneming hanteert om de strategie tot uitvoering te brengen.
2 Het script interpreteert het drama zodanig dat de oorspronkelijke bedoeling van het drama tot zijn recht komt én op verrassende wijze ingespeeld wordt op het publiek.
3 Theater is de feitelijke manifestatie, presentatie van het drama en/of het script, de belichaming van het interne werk van de productie en de externe presentatie van dat werk. Functie en vorm van theater brengen drama en script tot leven en verbinden klanten met de voorstelling.
4 De voorstelling is het aanbod; daar creëren bedrijven economische waarde voor hun klanten. Samengevat: drama=strategie, script=proces, theater=werk en voorstelling=aanbod.[30]

30 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 154.

Het is duidelijk dat Lee dit raamwerk geheel overneemt voor zijn theaterbusiness-concept.

2.3.3 De juiste theatervorm en spelers

Wie inziet dat werk theater is, moet het onderscheid kennen tussen vier soorten theater die elk verschillende rollen vergen.
De eerste vorm is improvisatietheater; onvoorbereid speelt een medewerker in op een situatie die zich onverwacht voordoet. Hierbij moet iemand op originele wijze putten uit wat door eerdere ervaringen is opgedaan. Deze vorm van theater lijkt geschikt voor de ziekenhuis*setting* waar zich, zoals Lee beschrijft, voortdurend onverwachte gebeurtenissen voordoen.
De tweede vorm is podiumtheater waarbij zinnen en gebaren tot in detail ingestudeerd en geoefend zijn zodat de voorstelling als spontaan en niet-ingestudeerd overkomt. Montagetheater is de derde vorm waarvan film en televisie voorbeelden zijn. Hierbij moeten van elkaar losstaande resultaten uit werksituaties aan elkaar gemonteerd worden tot één consistent geheel. Bij meerdere contacten met een klant, eventueel met verschillende medewerkers, geldt dat bijvoorbeeld. Het is daarbij belangrijk dat de klant-contact-informatie geordend behouden blijft. Dergelijk 'monteren' of integreren kan ook voor bedrijfsprocessen gelden die vaak functioneel verkokerd zijn en onderling niet vloeiend afgestemd. Een programma voor continue verbetering, zoals Lean-Production, lost dit op door via montagetheater over te gaan tot horizontale oriëntatie; werkactiviteiten worden tot één naadloos proces in elkaar geschoven. Montagetheater is geschikt voor werkzaamheden waarbij kwaliteitsverbetering van dezelfde basisresultaten wordt nagestreefd. Het kan gaan om werksituaties die zich gelijktijdig maar gescheiden van elkaar voordoen, maar ook om situaties met een verloop van tijd.
Bij patiëntcontacten is dit consistent vasthouden van informatie (feitelijk en qua belevenis) door de tijd heen essentieel. Lee hecht sterk aan dergelijke contactcontinuïteit. Communicatie en informatieoverdracht tussen professionals zijn voor zijn organisatie en de patiëntervaring dat professionals zich om hem bekommeren essentieel. Het valt bij hem onder hoffelijkheid én waarheidsmomenten benutten. De patiënt die zich gekend en gezien weet door medewerkers doet een positieve en geruststellende ervaring op.
Straattheater is de vierde vorm. Daarbij wordt een gewone, openbare plek door de artiest tot theaterruimte gemaakt. Er wordt niet geïmproviseerd maar eerder massamaatwerk geleverd waarbij *timing* voor met name het slot van het optreden als apotheose veel vraagt van de straatartiest. Vrijwel alle acties zijn uit en te na ingestudeerd, maar de volgorde is niet gepland en afhankelijk van wat er ter plekke gebeurt. Aspecten van deze vorm van theater zijn denkbaar in Lee's ziekenhuiszorgconcept.
Een bedrijf kiest voor een specifieke vorm van theater of mengvorm, afhankelijk van welke belevenissen bij wie gecreëerd moeten worden om een bepaald product of een dienst in waarde te doen stijgen. Vervolgens is dit het traject dat afgelegd moet worden: producers, diegenen die de onderneming financieel ondersteunen, bepalen wat de onderneming moet produceren. Dat kunnen *commodities*, goederen, diensten, belevenissen zijn, in antwoord op de vraag: 'Welke producties willen wij opvoeren?' Zij maken ook uit wie het publiek vormen en wat voor soort theaterpodium gewenst is.
Goede producers streven vanuit de uniciteit van de onderneming naar ondubbelzinnige mission statements, strategische plannen en actiemaatregelen waarbij ze nog-niet-onderzochte-dimensies van het eigen bedrijf benutten om zich te onderscheiden van de concurrentie.

Na de producer komt de regisseur in beeld die het drama vanuit het concept (strategie) in een operationele werkelijkheid omzet. Dit vergt organisatievaardigheden, motivationele vaardigheden, interpretatievaardigheden en 'verhalen kunnen vertellen'.
Daarna komen dramaturgen (bijvoorbeeld planningsfunctionarissen of strategische adviseurs), scriptwriters, technici en toneelploegen.
Behalve de juiste theatervorm is het van groot belang om voor de diverse onderscheiden rollen spelers te laten auditeren. De personeelsafdeling krijgt daartoe de functie van *casting director*. Er kunnen diverse criteria worden aangelegd voor het screnen van goede acteurs maar een nog ongepolijst talent heeft de voorkeur. Goede acteurs zijn (of worden) diegenen die (willen) leren van succesvolle collega's. Zij verbeteren zichzelf in hun rol en werken samen aan een gemeenschappelijk resultaat. Ook Lee benadrukt het belang van selecteren op talent en niet op vaardigheden bij sollicitanten in de ziekenhuiszorg. Daarnaast hecht hij sterk aan teamwork binnen de organisatie en voortdurende verbetering van de bedrijfsresultaten.

2.3.4 Het magische alsof

De 'echt of onecht-vraag' is een oneigenlijke vraag in de context van de belevenis-economie. Acteren is putten uit een eigen, persoonlijk reservoir, jezelf gebruiken, inzetten om een geloofwaardige, rijke invulling te geven van de rol in het theater. Parafraserend, naar een citaat van de Russische acteur Michael Tjechov, is het verschil tussen een talentvolle acteur en een non-acteur: de non-acteur leest een stuk objectief en onbewogen en analyseert het als een buitenstaander terwijl de talentvolle acteur subjectief leest, zich openstelt voor gevoelens die het oproept, zich inleeft en verbeeldt en wenst het te spelen. Talentvolle acteurs spelen natuurlijk, geloofwaardig, spontaan en realistisch aandoend. De idee dat een acteur het personage wordt dat hij speelt is volgens Eric Morris, docent acteren, achterhaald. Het omgekeerde geldt eerder; het personage voegt zich naar wat de werkende persoon echt is en maakt gebruik van de emotionele, fysieke, intellectuele en spirituele uniciteit van de acteur. In die zin is acteren écht en leidt het tot een gedenkwaardige belevenis. Werknemers ervaren hun werk op die wijze 'verricht', respectievelijk als rol gespeeld, bovendien als zinvol.
Gilmore en Pine refereren aan een kritisch onderzoek naar werkomstandigheden bij Disney waaruit blijkt dat zowel gasten als medewerkers weten dat het 'niet echt' is, niet is wat het lijkt, maar erover praten alsóf het echt is. Zij noemen dit 'echte doen-alsof' de kern van een rol spelen. Het alsof-vermogen stelt medewerkers in staat om ongeacht hun eigen gemoedstoestand te kunnen doen alsof ze vrolijk zijn, alsof ze belangstelling hebben, alsof ze graag service verlenen, alsof ze geen last hebben van lastige klanten.
Toneelleraar Konstantin Stanislavski noemde dit het 'magische alsof'. Hij is ook degene die acteren terugbracht tot de essentie door acteurs te manen 95 procent te laten schieten. Wat is die essentie? De essentie zit in de intentie. Intentioneel te werk gaan vestigt de aandacht op hóe iets gezegd wordt (een empathische houding) en niet zozeer op wát gezegd wordt (een informerende houding).
De beide schrijvers lichten toe hoe organisaties via *'total quality management'* (TQM) en *'business process reengeneering'* (BPR) het belang zijn gaan inzien van herstructurering en verbeteringsprocessen, gericht op hóe het werk uitgevoerd wordt. Vaak geven organisaties aan wélke activiteiten verricht moeten worden. Werkprocessen die daarvan het gevolg zijn missen een intentie terwijl het uitvoeren van activiteiten altijd een onderliggende motivatie nodig heeft die tevens de koper beïnvloedt. De essentie van het acteren is de intentie die maakt dat een werknemer

op een bepaalde wijze een handeling verrijkt door zichzelf mee in te brengen. Intenties kunnen worden uitgesproken met 'om te'. Het komt er bijvoorbeeld op aan hoe een dokter de behandeling van een kwaal met de patiënt doorneemt, om te bereiken dat de patiënt alle opties goed overweegt.

Voor zover bij Gilmore, Pine en Lee een vraag naar het 'waartoe' van de specifieke onderneming aan de orde is, wordt deze vraag uitsluitend in bedrijfeconomische termen besproken. Een optimale win-win situatie voor klanten en leveranciers is het doel van alle belevenisgerichte ondernemen. De verlegging van 'welke activiteiten' naar 'hoe uitvoeren' is in die context instrumenteel van aard.

Lee neemt de denkwijze die Gilmore en Pine schetsen van 'welke' naar 'hoe' over voor het ziekenhuisbedrijf door de aandacht te verleggen van 'handelingen' (medisch-technisch, verpleegkundig handelen; aanbodgericht) naar 'denken' (ervaringen, belevenissen van de patiënt; vraaggericht) en derhalve van 'resultaten' naar 'percepties'.

Hij past Stanislavski's 'essentie' van acteren toe op de ziekenhuisprofessionals. De intentie -empathisch bijstaan van de patiënt- als dé manier om loyaliteit te creëren, staat voorop. Bij Lee is de 'informerende houding' vanuit de 'empathische houding' belangrijk voor de patiënt die steeds nauwgezet (geruststellend) op de hoogte gebracht moet worden van diens toestand.

Lee gaat niet eenduidig om met de echt- onecht vraag. Wanneer hij spreekt over authentiek bijstaan van de patiënt, benadrukt hij dat dit uitsluitend oprechte, compassievolle zorg van de verpleegkundige kan zijn. De patiënt zou onechtheid onmiddellijk doorzien. Maar wanneer hij de ambulancebroeder als voorbeeld neemt van perceptie creëren bij de patiënt, waarbij de perceptie niet overeenkomt met de werkelijkheid, dat is voor hem kennelijk verenigbaar met 'echtheid'.[31]

31 Zie hoofdstuk 1.4.3 van deze thesis.

2.4 TRANSFORMATIEBELEVENISSEN

Met welk doel vragen klanten om belevenissen? Het is niet alleen verlangen naar gedenkwaardige gebeurtenissen maar vooral de diepe wens om te worden geraakt door een bepaalde belevenis. Belevenissen beïnvloeden hoe iemand is en brengen veranderingen teweeg. Naarmate de beleveniseconomie zich ontwikkelt, zal wat voorheen via niet-economische activiteiten tot stand kwam steeds vaker via bedrijven geproduceerd worden. Dat betekent zoals eerder gezegd: wat ooit gratis was kost voortaan geld. Wanneer de beleveniseconomie gemeengoed is en belevenissen niet of onvoldoende tot gewenste veranderingen bij klanten leiden, zullen belevenissen uiteindelijk afzakken tot gewone *commodities*. *Commoditization* van belevenissen is het gevolg van verveling. Alles is al gezien, gedaan, ondergaan, beleefd.
Welke bedrijfsrespons is passend wanneer belevenissen niet meer 'werken', zo vragen Gilmore en Pine zich af. Diepere menselijke behoeften moeten verkend worden. Bij de behoefte van mensen aan geestelijke groei, aan goed onderwijs, een bepaalde lifestyle om fit te blijven, komt een belevenisaanbod dat mensen transformeert tot wie ze willen zijn. Geestelijk stabiel, ontwikkeld, fysiek getraind. Wie lid wordt van een fitnesscentrum betaalt niet voor het geploeter maar voor het oefenregime dat leidt tot fysiek welbevinden; een transformatiebelevenis.[32] Van de gezondheidszorg bijvoorbeeld verwacht een patiënt meer dan alleen medicatie, artikelen, medische dienstverlening, of zelfs een ziekenhuisbeleving; hij wil gezond worden. Gezond worden is een transformatiebelevenis.

32 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 226.

Deze nieuwe economische fase komt hier aan bod omdat transformaties, zoals Gilmore en Pine die omschrijven, in de ziekenhuiszorg veelvuldig aan de orde zijn. Lee beschrijft voorbeelden die in de genoemde betekenis transformatiebelevenissen zijn, zonder deze terminologie te benadrukken. Een andere reden om aandacht te schenken aan de transformatie-economie die Lee verder niet benoemt, is dat Gerhard Schulze al in 1992 vooruitwijst naar verveling en zinloosheid bij beleveniseconomie consumenten. Zie 4.3 en 4.3.4.

In 2.4.1 wordt beschreven dat belevenissen niet het laatste economische aanbod zijn. Consumenten willen transformeren; wézenlijk veranderen nemen Gilmore en Pine waar op grond van marktonderzoek en marktexploitatie ondervindingen. Om op de juiste wijze klanten te begeleiden bij transformaties moeten transformatiestimulators over de nodige wijsheid beschikken. Dat komt in 2.4.2 aan bod.

2.4.1 Wezenlijke verandering als doel

Door een belevenis uniek en specifiek toe te snijden op wat de klant wil, verandert een belevenis in een transformatie, een nieuw en heel ander soort economisch aanbod. Dit betekent dat nogmaals wat eerder werkte toegepast kan worden: maatwerk leveren. De individuele koper van een transformatie wenst een verandering van zijn wezen. Bij transformaties kan gedacht worden aan bijvoorbeeld: van vrijgezel naar getrouwd, van team tot kampioen, van burger tot militair, van ziek naar gezond, van verdriet naar 'normaal' *et cetera.* In de ziekenhuiszorg zijn transformaties in die zin veelvuldig aan de orde.[33]

33 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 241

Bij een transformatie is de klant zélf het product. Gilmore en Pine wijzen naar de laatste fase van de economische waardeladder waar klanten fysiek, emotioneel, intellectueel of spiritueel getransformeerd willen en kunnen worden. Belevenissen zijn persoonlijk, transformaties individueel. Belevenissen brengen bij de klant een reactie teweeg die een herinnering in hem tot stand brengt. Transformaties gaan veel verder en veranderen bestendig het wezen van de klant. Bij 'bestendig' plaatsen

de auteurs enkele kanttekeningen; enig 'onderhoud' blijkt wel nodig maar ook dat kan door bedrijven geleverd worden.
Aan een transformatie wordt veel waarde gehecht omdat hier uiteindelijk geraakt wordt aan de bron van alle andere behoeften.
Gilmore en Pine zien grote winstgevende mogelijkheden in transformaties. Bijvoorbeeld via biotechnologische producten zoals *neutraceuticals*. *Neutraceuticals* zijn producten die bij het eten van bepaalde voedingsmiddelen veranderingen in het menselijk lichaam teweeg brengen. De term is een samenstelling van *neutrician* en *pharmaceutical*. De middelen worden gezondheidsbevorderend, therapeutisch en preventief ingezet.
Transformaties vormen een nieuw aanbod omdat zij niet ergens aan kunnen worden onttrokken zoals *commodities*. Ze worden niet gemaakt zoals producten en evenmin geleverd zoals diensten.
Niemand kan gedwongen worden te veranderen. Omdat transformaties plaats vinden binnen het eigen wezen van de klant moeten ze door de klant zelf tot stand gebracht worden. Ook bij transformatiebelevenissen kunnen de vier belevenisdomeinen opnieuw benut worden. Amusementbelevenissen kunnen de kijk op de wereld veranderen, educatieve belevenissen kunnen mensen anders laten denken over hun plaats in de wereld, ontsnappingsbelevenissen kunnen capaciteiten en eigenschappen op een hoger niveau brengen en esthetische belevenissen kunnen mensen doordringen van verwondering, schoonheid en waardering. De sterkste belevenissen zijn combinaties van belevenissen uit deze vier domeinen.
Transformatieaanbieders doorlopen bij dit nieuwe economische aanbod drie fasen: onderzoek doen naar aspiraties bij de klant, specifiek regisseren van één of meer transformatiebelevenissen en begeleiding achteraf. Deze laatste fase van begeleiding wordt door organisatoren van veranderingen vaak het moeilijkst gevonden en daar gaat het ook regelmatig verkeerd. Gilmore en Pine noemen als voorbeeld artsen die half (transformatie)werk leveren wanneer zij fysieke kwalen van de patiënt behandelen zónder de emotionele behoeften van de patiënt bij hun overwegingen te betrekken. Ze blijven steken op een dienstverleningniveau. Waar een arts zijn rol goed speelt en de patiënt persoonlijk en zorgzaam benadert, is de patiënt daarbij op diverse manieren gebaat. Bij een goed acterende arts vertelt de patiënt meer in de diagnosefase en krijgt hij een beter inzicht in de keuze van de behandeling. Dat helpt bij het kiezen van belevenissen die hem ten goede komen en vervolgens doet het hem beter omgaan met de therapie en wat verder nodig is om de behandeling te doorstaan en de transformatie te voltooien.
Organisatoren van belevenissen moeten voldoende zorg hebben voor hun klanten in alle drie de fasen. Gilmore en Pine citeren de filosoof Milton Mayerhoff , auteur van het boek *On caring*, die zorgverlening omschrijft als:

> 'Zorgverlening, in de vorm van anderen helpen te groeien en zich te verwezenlijken, is een proces, een manier om zich te binden aan iets wat betrokkenheid inhoudt, zoals ook vriendschappen in de loop van de tijd slechts kunnen ontstaan door wederzijds vertrouwen en een zich verdiepende, kwalitatieve transformatie van de relatie.' [34]

Gilmore en Pine citeren nogal eens vrijelijk uit allerlei bronnen waarbij de context van de geciteerde auteur wellicht niet altijd recht gedaan wordt. In welke context het werk van Mayerhoff staat en in hoeverre zij zijn werk ver-instrumentaliseren voor hun eigen doelen is een vraag die nader onderzoek behoeft.

34 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 248, 249.

Met 'proces' bedoelde Mayerhoff volgens de beide auteurs:

> 'Een reeks belevenissen die niet alleen zorg aanduiden, maar zich in de loop van de tijd ook *verder ontwikkelen*'.[35]

35 J.H. Gilmore-B. Pine, 2000, p. 249. Citaat en cursief zijn van Gilmore en Pine.

Hij gebruikt voor zorgverlenen daarnaast de woorden: kennis, geduld, eerlijkheid, vertrouwen, nederigheid, hoop, ritme en moed. Woorden die vaker in mission state-

ments zouden moeten staan, zeggen Gilmore en Pine. Voor wie in de transformatiebranche werkt, geldt écht zorg betonen als eerste eis. Vervolgens wijzen de auteurs op dienstbaarheid en opofferingsgezindheid als vereisten bij mensen die werkzaam zijn in de transformatiebranche. Voordat medewerkers klanten kunnen transformeren moeten zij eerst zelf omgevormd worden tot:

> 'zorgende mensen die geestelijk groeien door het werk dat zij verrichten.'[36]

36 J.H. Gilmore-B. Pine, 2000, p. 249.

Gilmore en Pine refereren hierbij aan C. William Pollard die zijn medewerkers opleidde en motiveerde tot 'dienen'.[37]

37 Bron: http://sdg-music.org/vision/advisoryboard/829-c-william-pollard Geraadpleegd: 31-12-2012.

Deze meneer Pollard introduceren zij als voorzitter van de Raad van Bestuur van The ServiceMaster Company. Pollard is auteur van onder meer ***The heart of business ethic, The soul of the firm*** en ***Serving two masters***. Hij houdt zich bezig met de combinatie van management- verantwoordelijkheden, ethische vragen in die context en een authentiek christelijk geloofsleven, gecombineerd met groeiende bedrijfsresultaten. Met name het boek ***Serving two masters*** lijkt interessant voor vervolgonderzoek vanuit een theologisch en/of zorgethisch perspectief.

Bij het opleiden en motiveren tot dienen is zelfkennis nodig zoals Socrates ('Ken uzelf'), Aristoteles ('Beheers uzelf') en 'een andere grote denker (van) de geschiedenis van de mensheid' aanraadde, zo citeren Gilmore en Pine Pollard. Die andere grote denker die de 'harten van mensen veranderde' door zijn unieke opvatting van zinvol leven ('Geef uzelf'), is Jezus.

Gilmore en Pine vragen na hun instemmend bespreken van de inzichten van Pollard aan de lezer:

> 'Ga eens voor uzelf na wat uw reactie was op het noemen van de naam van Jezus in een boek voor en over het bedrijfsleven. Wat voelde u daarbij?' [38]

38 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 250.

Zij schakelen tussen 'het religieuze' en 'het bedrijfsmatige' wat tal van vragen oproept rond het instrumentaliseren van religie (ethiek en filosofie) evenals categorieverwisselingen. Het valt buiten deze thesis hier verder op in te gaan maar is een thema voor nader onderzoek.

Ondernemingen zullen uiteindelijk diverse levensbeschouwingen in praktijk (moeten) brengen omdat klanten hun toekomst alleen zullen toevertrouwen aan mensen die eenzelfde levensbeschouwing hebben als zijzelf, stellen Gilmore en Pine. Dit vergt segmentatie van levensbeschouwingen.

Wat zij met deze opmerking beogen, blijft onduidelijk. Vermoedelijk valt in een pluralistische samenleving met vele levensbeschouwingen nog veel te ontginnen en winst te boeken bij het fijnmazig aanbod creëren op dit terrein van multi-differentieerbare klantwensen en behoeften.

Bedrijven handelen natuurlijk ook nu al vanuit een onderliggende levensbeschouwing, zeggen de beide auteurs, maar veelal onbewust. Transformationele vraagstukken (van morele aard) kunnen daarbij niet ontlopen worden maar zijn op zich geen nieuw fenomeen. In alle eerdere fasen van economische evolutie en commerciële activiteit waren eveneens transformaties aan de orde en speelden zij een (moreel) positieve dan wel negatieve rol.[39] *Commodities* transformeren de aarde waaraan ze worden onttrokken tot een geknechte planeet met alle gevolgen van dien voor de bewoners. Goederen transformeren kopers tot gebruikers van goederen die ze ten goede of ten kwade kunnen aanwenden. Diensten transformeren mensen tot ontvangers, ongeacht of ze daar beter of slechter van worden. Belevenissen transformeren gasten tot deelnemers aan een ontmoeting ongeacht de vraag of op de lange termijn de effecten therapeutisch of schadelijk zijn. Transformaties maken iemand tot een 'nieuw jezelf' wat ethische, filosofische en religieuze implicaties inhoudt.

39 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 250.

Verder dan de descriptieve constatering dat elke commerciële activiteit een morele keuze inhoudt, gaan de auteurs niet.

In de context van het boek is duidelijk dat al hun commerciële activiteiten een onontkoombaar evolutionair karakter hebben en onbelemmerd bevorderd dienen te worden vanuit de *American Dream*- en authenticiteitsgedachte waarin vrijheid en tolerantie centraal staan.

De 'dienstigheid' van bedrijven, zo mooi uitgelegd door Pollard, wordt gemeten met werkgelegenheidbevordering respectievelijk toename en groei van het Bruto Nationaal Product. Er komen in de uitwerking van Gilmore en Pine in elk geval geen morele dimensies aan te pas.

2.4.2 Wijsheid bij transformaties

Gilmore en Pine benadrukken dat waar bedrijven van goederen en diensten overgaan naar de belevenis- en transformatie-economie, er nieuw en meer werk ontstaat. Ze reageren hiermee op opponenten die de nieuwe economische ontwikkelingen vrezen vanwege vermeend verlies van werkgelegenheid. De beide auteurs schrijven:

> 'De werkgelegenheid in zowel de belevenisindustrie als de transformatiesector bedroeg het dubbele van die in de dienstensector terwijl het nominale BBP voor deze pas ontdekte vormen van economisch aanbod tussen 1959 en 1996 dat van alle overige overschreed -waarbij transformaties jaarlijks een gemiddelde groei van meer dan tien procent boekten.'[40]

40 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 251.

In een tabel van het U.S. Bureau of Labor Statistics wordt de Consumentenprijsindex per economisch product in beeld gebracht van de periode 1913-1997. Gegevens uit de medische sector worden als enige transformatiesector zuiver onderscheiden van de dienstensector opgevoerd in de dataverzameling van de overheid. De tabel toont dat de gezondheidszorg-tarieven enorm gestegen zijn. Méér dan de eveneens sterk gestegen tarieven bij managementadvisering. Interessant is hierbij hoe Gilmore en Pine naar de enorme kostenstijging in de gezondheidszorg in de V.S. kijken.[41] Zij achten de terminologie 'inflatie van de gezondheidszorg' onjuist. Forse tariefstijgingen wijzen niet op 'inflatie' maar illustreren juist waar geld te verdienen valt.

41 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 252.

> 'Precies zoals als de regisseurs van belevenissen vóór hen, eisen thans de stimulators van transformaties een groter deel van de economische koek op. Tegenwoordig is het enige dat nog beter is dan actief zijn in de belevenissector, transformatieactiviteiten te ontplooien.'[42]

42 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 253.

Dit houdt in dat bij de onthutsende cijfers van de Amerikaanse gezondheidszorg, die zouden moeten leiden tot inspanningen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te krijgen en houden, Gilmore en Pine een markt ontwaren die lucratief is. Dáár gaat het meeste geld om dus daar valt (nog meer) te verdienen! Groeien, uitbreiden en winst maken is het doel van al hun ondernemen. Een belangrijk gegeven in verband met Lee's uitgesproken intentie om -mede aan het kostenprobleem- in de gezondheidszorg tegemoet te komen.

Met instemming citeren de beide auteurs Reason-redactrice Virginia Postrel die constateert dat we meer en meer met een immateriële economie van doen hebben. Belangrijke welvaartsbronnen, zo stelt zij, zijn niet fysiek van aard maar bijvoorbeeld schoonheid, amusement, aandacht, leren, plezier en op het terrein van geestelijke zaken. Gilmore en Pine en noemen deze nieuwe bronnen van welvaart 'intellectueel van aard' en gaan van daaruit het concept 'wijsheid' exploiteren. Stimulators van transformaties hebben wijsheid nodig om de juiste 'middelenkeuze' en 'doelenkeuze' te maken bij het beoordelen van alle fasen van een transformatie.[43] 'Niets is belangrijker dan de wijsheid die is vereist om bij klanten een transformatie tot stand te brengen', zo vatten zij samen. Een ander aspect van de wijsheid is hernieuwd kijken naar de verhouding 'resultaat' en 'inspanning'. Ze bepleiten dat het bij de klant bereikte resultaat in rekening wordt gebracht en niet de inspanning van het bedrijf. Dit dwingt bedrijven tot excelleren en vereenvoudigt werving van klanten. Aristoteles en andere filosofen na hem, wetenschappers en kunstenaars hebben de transformationele kracht van theater onderkend, zo stellen de beide auteurs. Hedendaagse organisatoren van transformaties moeten er goed van doordrongen zijn dat het publiek de bron van het theater is én de belangrijkste speler; daar vindt de

43 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 253.

transformatie plaats. In het ziekenhuis van Lee is de patiënt de te transformeren persoon.

In een toegift 'einde, podium gereed', gaan de auteurs in op wat ze eerder kort hebben aangeduid: het transformatieaanbod is het vijfde, ultieme en laatste economische aanbod.[44] [45]Béter dan 'getransformeerd' kunnen mensen niet worden, daarom kan daar geen aanbod op komen. Dat zou streven naar perfectie inhouden; streven naar de volmaakte mens.

> 'Volgens onze levensovertuiging bestaat er geen zesde soort economisch aanbod, omdat het creëren van de volmaakte mens eerder is voorbehouden aan God -aan Hem die ons het volmaakte geloof heeft geschonken- dan aan de mens. Om met de apostel Paulus te spreken: 'Want door genade zijt gij behouden en dat niet uit uzelf'. Wij geloven dat niemand in staat is dit geschenk nog te vergroten; het is een om niet geschonken gave. Een gave die niet kan worden verwezenlijkt in een economisch aanbod.'[46]

De dankbetuigingen aan het slot eindigen ook met een 'gelovige' slotzin waarvan de strekking is dat de drie-ene God in diens voorzienigheid alle nieuwsgierigheid en capaciteiten verschaft heeft om te komen tot ont-dekking van wat Hij heeft ingezet. Met andere woorden: de beleveniseconomie-activiteiten worden door de hoogste autoriteit gelegitimeerd en de schepping kan onbegrensd geëxploiteerd worden.

Het boek is op p.6 ook begonnen met een opdracht 'aan de Auteur en Vervolmaker van ons geloof'. In het boek over authenticiteit uit 2008 ontbreken dergelijke 'gezagvolle' religieuze referenties. Ook Lee refereert meermalen aan het christelijk geloof; een belangrijke referentie in de V.S. context.[47]

44 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 275-277.

45 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 268. Zie bijlage 2.f. het nieuwe concurrentielandschap.

46 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 277. Cursief is van Gilmore en Pine.

47 J.H. Gilmore - B. Pine, 2000, p. 319.

2.5 AUTHENTICITEIT VAN ECONOMISCH AANBOD

Er komt geen nieuw economisch aanbod na het transformatieaanbod maar bij belevenissen en transformaties leven nog tal van klantwensen die vervuld moeten worden. Klanten verlangen bijvoorbeeld hevig naar 'echtheid', 'authenticiteit'. Authenticiteit is een omstreden en beladen begrip, stellen Gilmore en Pine in het voorwoord van hun boek *Authenticiteit*.[48] Overeenstemming is er over: 'echtheid is waardevol'.

48 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 9.

Vier opeenvolgende dominante consumentgevoeligheden zijn:

1 Beschikbaarheid (kopen op basis van toegang tot **betrouwbare voorraad**).
2 Kosten (kopen op basis van het verkrijgen van een **betaalbare prijs**).
3 Kwaliteit (kopen op basis van **uitstekende productprestaties**).
4 Authenticiteit (kopen op basis van het voldoen aan **zelfbeeld**).

Authenticiteit moet 'overgebracht' worden. Klanten nemen hun aankoopbeslissingen in toenemende mate op grond van percepties van 'echt' of 'namaak' van een aanbod.

Gilmore en Pine willen een eigen filosofie van authenticiteit voor het bedrijfsleven formuleren en eventueel concepten van authenticiteit uit andere disciplines daarin verdisconteren.

Ze gebruiken hierbij dezelfde methode als bij 'massamaatwerk' in hun boek over de beleveniseconomie; eerst observeren (inventariseren), dan aansturen (implementeren) en ten slotte excelleren (continu verbeteren). Vanuit observatie van en onderzoek naar wat gaande is in het bedrijfsleven constateren zij dat authenticiteit meer dan ooit datgene is wat mensen écht willen. Het gaat daarbij om het economisch aanbod dat volgens deze nieuwe kwaliteitseis authentiek moet zijn.[49] Om zo adequaat mogelijk deze nieuwe markt te benutten is een nieuw soort managementdeskundigheid nodig. Dergelijk managerial begrijpen, aansturen en excelleren is een proces dat zich in elke fase van nieuw economisch aanbod heeft voltrokken. In de jaren vijftig was de nieuwe klantgevoeligheid hoge kwaliteit van producten en diensten (in reactie op kostenbesparing in de dienstensector) waarop succesvol werd ingespeeld door bijvoorbeeld Total Quality en Six Sigma. Het overbrengen van authenticiteit (de perceptie van de klant beïnvloeden) volgt derhalve het proces van begrepen worden (2.5.1) vervolgens aangestuurd, (2.5.2) om er uitmuntend in te worden (2.5.3).[50]

49 J.H. Gilmore - B. Pine, *Authenticiteit: Wat consumenten écht willen,* Academic Service, Den Haag, 2008, p. 10. Zie bijlage 2.c. Opeenvolgende imperatieven en gevoeligheden.

50 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p.7.

2.5.1 Oorzaken van en kritiek op authenticiteitsverlangen

2.5.1.1 Oorzaken van authenticiteitsverlangen

De auteurs traceren vijf belangrijke krachten achter de nieuwe, recente consumentenvraag naar authenticiteit. Ze worden in deze subparagraaf opgevoerd omdat ze ook voor Lee's ziekenhuisconcept relevant zijn.

1. Beleveniseconomie.

Binnen de beleveniseconomie is bij klanten een verlangen gegroeid naar echtheid omdat belevenissen na verloop van tijd als kunstmatig en gratuit worden ervaren en winstbejag leidend lijkt. Desondanks kopen steeds meer mensen niet alleen reis- en *entertainment*belevenissen maar ook persoonlijke belevenissen rond bijvoorbeeld *dating*, trouwen en feesten, constateren Gilmore en Pine.[51] Het inhuren van expertise over authenticiteit kan dan de wérkelijke waarde van belevenissen doen toenemen.

51 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 16.

Gilmore en Pine achten het heel wel denkbaar dat dezelfde bedrijven die het aanbod van belevenissen promootten en stuurden nu gaan helpen authenticiteit over te brengen door in te spelen op wat klanten willen. Klanten willen hun eigen belevenissen definiëren en creëren om het gevoel van gemanipuleerd worden te voorkomen, van *consumer, prosumer* worden; een producerende consument. Het ontwerpen van eigen schoenen of kleding via internet wordt bijvoorbeeld als authentiek ervaren.[52]

52 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 17.

Voor Lee geldt dat een patiënt die optimaal belevenis-ontvankelijk is (door het ultiem inspelen op wat hij wenst) een vorm van prosuming (vervoeging van *prosumer* door JvdK) heeft die het genezingsproces ten goede komt.

Gerhard Schulze die in hoofdstuk 4 van deze thesis ter sprake komt zal dit als auto-suggestie uitwerken.

2.Technologie

Klanten hebben vaak een hekel aan het inzetten van technologie door bedrijven om kostenbesparende redenen zoals *voiceresponse* systemen. Slimme bedrijven gaan voor menselijk contact. De waarde- en authenticiteitsbeleving daarvan nemen sterk toe in een technologisch ervaren werkelijkheid. Tegelijkertijd kunnen technologieën ook vermenselijkt worden en tot andersoortige 'ontmoetingen' leiden. Social media en internet zijn daarvan voorbeelden die nog veel meer dan nu het geval is benut kunnen worden.

Lee benut het menselijk contact, het relationele van de zorgbetrekking, optimaal voor zijn bedrijfsdoelen. Het medisch-technisch handelen komt in zijn boek amper ter sprake; de focus ligt geheel op de ervaring van de patiënt die relationeel bemiddeld, gecreëerd wordt.

3. Postmodernisme

De werkelijkheid is een geconstrueerde werkelijkheid en ook mensen construeren zichzelf en 'spelen' zichzelf, stellen Gilmore en Pine. Echt en gespeeld lopen in toenemende mate door elkaar heen. Er is geen stabiele werkelijkheid waaraan houvast ontleend kan worden en evenmin een stabiel 'zelf'; alles verschijnt geconstrueerd en onvast. Dit voedt het verlangen bij mensen naar authenticiteit. Voor bedrijven is de uitdaging om de postmoderne mens het verschil bij te brengen tussen 'echt(e)' en 'authentiek geconstrueerde fenomenen', waarbij voor dat laatste geldt dat mensen die als echt beschouwen. Hiertoe kunnen klanten uitgedaagd worden om zodanig interactief te participeren dat het bedrijfsaanbod hún aanbod wordt. Bijvoorbeeld door foto's die klanten genomen hebben op etiketten van frisdranken af te drukken. Gilmore en Pine spreken hier van 'sociale authenticiteit'. Klanten die meebouwen aan het bedrijf zullen het economisch aanbod zeker als echt ervaren.

Lee werkt de verhouding tussen werkelijkheid en perceptie niet uit maar benadrukt het essentiële belang van beïnvloeding van de perceptie van de patiënt. Door de werkelijkheid te construeren evenals de rolvastheid van de verpleegkundige als bewogen met de patiënt, vóelt de patiënt dat iedereen in het ziekenhuis zich om zijn lot bekommert

4. Babyboomers

De *needs and wants* van de generatie van *babyboomers* zijn in de V.S. keer op keer leidend geweest voor het bedrijfsleven en de cultuur. Zij domineren al decennia lang de markt qua aantal, uitgave-patronen, invloed en trendsetten van 'het authentieke zelf'.

Vanuit een studie van het *Center for cultural studies & Analyses*[53] laten Gilmore en Pine zich informeren over de levensfasen van *babyboomers* en de reflectieve momenten daarin op 'identiteit'. Deze identiteitsreflectie leidt steeds nieuwe transformatiefasen in van het authentieke zelf, waarbij de huidige fase (60-plussers) een verhoogd verlangen naar authenticiteit vertoont. Wat mensen kopen moet weer-

53 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 25.

spiegelen wat en wie ze zijn of willen zijn, in relatie tot hoe ze de wereld zien. Als authentiek wordt dat aanbod ervaren wat identiteitversterkend is. Via een studie als deze kunnen bedrijven de verlangens van de klant doorgronden en vernemen wat hij écht wil en hoe het aanbod afgestemd kan worden op het zelfbeeld van de klant. *Babyboomers* als trendsetters zijn daarbij van economisch belang maar ook bij andere generaties leeft niet te veronachtzamen authenticiteitverlangen, zo stellen Gilmore en Pine. De kunst voor het bedrijfsleven is om meerdere generaties te interesseren in het aanbod. Het stimuleren van intergenerationele contacten en het versterken van familiebanden lijkt daarvoor een succesformule.
Babyboomers vormen gezien hun leeftijd en als grote groep en over het algemeen rijk deel van de bevolking een belangrijke cliëntèle voor het ziekenhuisbedrijf.
Het doorgronden van verlangens en het afstemmen van het bedrijfsaanbod op het zelfbeeld van de klant is bij Lee, net als bij de marketing consultants, aan de orde in de ziekenhuiszorg. Mogelijk speelt Lee's belangstelling voor de familie van de patiënt ook de genoemde dubbele rol. Familie is van groot belang voor de daadwerkelijke ondersteuning van de patiënt én vormt de (toekomstige) te winnen populatie van het ziekenhuis. Lee refereert veelvuldig aan zijn eigen familieleden en gezinsleven; van grootouders tot en met kinderen. Een gegeven waarvan de beide marketingconsultants zeggen dat het authenticiteitversterkend en vertrouwenwekkend werkt voor klanten.

5. Instituties

Gilmore en Pine noemen als vijfde belangrijke kracht achter de wens naar authenticiteit, het tekortschieten in authenticiteit van instituties. De belangrijkste sociale instellingen lijden door onbetrouwbaar handelen aan een verslechterende reputatie. Gilmore en Pine noemen vijf instituties: bedrijfsleven, onderwijs, overheid, liefdadigheid en kerk die alle een eigen bestaansreden en eigen financieringsmethode hebben.[54] Zij koppelen aan hun constatering dat instellingen aan authenticiteitverlies lijden de vraag: 'Kunnen bedrijven mensen helpen om authenticiteit te vinden in een wereld waarin mensen de meest basale sociale instellingen niet langer waarderen?'[55] Bedrijven achten ze daartoe in staat maar instellingen moeten wel erkennen dat de kern van hun probleem het verlies van hun doel is. Commercialisering van instituties heeft geleid tot onechtheid bij alle instituties, stellen Gilmore en Pine vast, behalve bij het bedrijfsleven dat anders dan de andere vier, als bestaansreden winst maken heeft. De overheid moet het bedrijfsleven in deze bestaansreden niet beperken en hinderen.

54 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 35. Zie bijlage 2.d. De vijf maatschappelijke instituties.

55 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 34-36.

2.5.1.2 Kritiek op vermarkting van authenticiteitsverlangen

Sommige critici stellen de hedendaagse Amerikaanse cultuur, het systeem van technologisch kapitalisme, verantwoordelijk voor de problemen die zich in de V.S. voordoen, zeggen Gilmore en Pine. 'De problemen' worden niet nader omschreven. Wetenschapper Dinesh D'Souza (conservatief politiek commentator) weerspreekt deze critici door te stellen dat authenticiteit ten grondslag ligt aan de 'Amerikaanse droom'. De interpretatie van authenticiteit is daarbij dat Amerika economische vrijheid, politieke vrijheid en vrijheid van meningsuiting en religie omarmd heeft. D'Souza voegt 'innerlijke vrijheid' van Rousseau daar aan toe, verstaan als 'trouw blijven aan jezelf'. Vanuit deze droom en authenticiteits-gedachte moet iedereen vrijheid en tolerantie voorstaan. Anti-ondernemingsactivisten, zoals Gilmore en Pine de critici noemen, positioneren zich vaak in kleine, amper of niet winstgevende bedrijven met de pretentie de wereld te veranderen.
Met andere woorden; de 'business' van de critici 'rendeert' niet en 'pretendeert' veel.
Beter is het volgens hen om de kijk op kapitalisme te veranderen. De beide auteurs voeren wat zij noemen 'een kort pleidooi voor authentiek kapitalisme'. Geld moet

beschouwd worden als een neutraal ruilmiddel bij vrij gekozen transacties tussen individuen.

De basis van individualiteit, 'authentiek in het 'hier-en-nu' leven' (parafraserend naar filosoof Corey Anton)[56] en kiezen 'in het licht van het hele bestaan' -het verleden gedenkend en behoudend (door aankopen) op toekomst anticiperend (door investeren)- omvat de hele 'intelligentie, vaardigheden en voorkeuren'. In plaats van kritiek op wat mensen al bewerkstelligd hebben in deze vrije uitwisselingsvorm van geld, zou het meer passend zijn de geest en de praktijk van het kapitalisme te omarmen als men voor authenticiteit pleit.

56 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 101.

Gilmore en Pine vatten hun visie op kapitalisme samen met een citaat van futurist Joel Kotkin:

> 'In een fundamenteel kapitalistische samenleving is de belangrijkste kracht ter verdediging van uniciteit en authenticiteit de markt zelf'.[57]

57 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 102,

De auteurs relativeren Kotkin's individuele denken met een notie die zij citeren uit *Sources of the self* van filosoof Charles Taylor die het van belang acht dat mensen zichzelf zien als 'deel van een groter geheel'. Enkel en alleen zelfbepalende vrijheid, schiet tekort, stemmen ze met Taylor in. Maar met authenticiteit, verstaan als zelfbepaling en eigen doelstellingen in het dagelijkse consumentengedrag, is niets mis, vinden Gilmore en Pine. Authenticiteit is een volstrekt subjectieve ervaring van een individu (perceptie). Mensen kennen zelf authenticiteit toe aan de werkelijkheid die ze beleven. Het onderstreept bovendien hun identiteit 'Zo ben ik'. Dit kan door aanbieders wel beïnvloed en geïnspireerd worden.

Ook hier kan de vraag gesteld worden of degene die geciteerd wordt, in dit geval Taylor, zichzelf nog herkent in dit benutten van een enkele zinsnede uit zijn boek. Het citeren dient vermoedelijk een hoog referentieel doel (Taylor als bekende autoriteit) waardoor het vertrouwen van de lezer en consument versterkt wordt.

2.5.2. Authenticiteit van het economisch aanbod overbrengen

Het aanbod kan toenemen in economische waarde (geldwaarde derhalve). Belevenissen en transformaties doen die waarde sterk stijgen. Al het commerciële aanbod op de markt kan worden ondergebracht in één van de categorieën van het model van ontwikkeling van economische waarden. In dit model zijn twee krachtige dynamieken werkzaam die leiden tot waardestijging of waardeverlies. Gilmore en Pine noemen deze dynamieken *commoditization* en *customization.* Deze twee dynamieken hebben zij in hun boek '*De beleveniseconomie*' nog niet genoemd.[58] *Commoditization* is een devaluerende ontwikkeling van aanbod in alle fasen op de ladder van economische waarde. Goederen worden *commoditized* (als uitwisselbare *commodities* behandeld) wanneer klanten geen waarde meer hechten aan de fabrikant, het merk of de eigenschappen van een product. De toegenomen invloed van winkelketens en internet (en daarmee mogelijkheden tot scherpe inkoop en kostenverlaging en prijstransparantie) heeft waardevermindering van goederen de afgelopen decennia versneld. Voor de dienstensector geldt een vergelijkbare druk. Grote supermarktketens bieden service en internet wordt een platform voor dienstenaanbod. Belevenissen oefenen eveneens druk uit op diensten wat bijdraagt aan de devaluatie ervan.

58 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 53. Zie bijlage 2.a. De economische waardeladder.

De tweede krachtige dynamiek vormt een tegenwicht voor de eerste. *Customization* is een beweging die waardevermeerderend werkt. Waar maatwerk wordt geleverd voor de ene specifieke klant neemt de waarde van het aanbod toe. Zo kunnen goederen maar ook belevenissen op maat worden 'geleverd'. Een belevenis die exact op een persoon afgestemd is, leidt automatisch tot een transformatiebelevenis.

De vijf soorten van economisch aanbod en de twee elkaar corrigerende dynamieken, vormen een alomvattende economische theorie die ook bruikbaar is voor het verkennen van vijf genres van authenticiteit. Bij elk van de vijf vormen van economisch aanbod past een genre, maar deze genres kunnen ook voor meerdere vormen van aanbod gelden. De beide auteurs schetsen in hun boek de diverse soorten authenticiteit en lichten daarbij de 'grondbeginselen' van vermarkten van elke specifieke soort toe.[59]

59 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 55 vv.

1. *Commodities* hebben 'natuurlijke authenticiteit'. Mensen zijn geneigd om dat wat 'natuurlijk' is -niet kunstmatig- als 'authentiek' te beschouwen. Zoals bijvoorbeeld biologische en organische producten, natuurlijke voeding, traditionele productiemethoden, *raw foodism*, 'ongerepte' natuur, ecologische intelligentie, ecotoerisme, groene begrafenis, onverpakte producten.

2. Goederen hebben 'oorspronkelijke authenticiteit'. Een oorspronkelijk ontwerp (zoals '*the real-thing*' als coca-cola merkpositionering), een eerste exemplaar ergens van, iets wat niet een kopie van een origineel is of nagemaakt, wordt als 'authentiek' ervaren.

3. Diensten hebben 'uitzonderlijke authenticiteit'. Wanneer iets uitzonderlijk goed gedaan wordt, door iemand die duidelijk blijk geeft van menselijke betrokkenheid, gericht op individuele behoeften, ervaren mensen dat als 'authentiek'. Uitzonderlijke authenticiteit speelt in op het verlangen naar menselijke bejegening en een bijzondere manier van uitvoeren die veel verder gaat dan het gewone of verwachte. Lee's ziekenhuiszorgconcept valt hieronder; zowel het hoffelijkheidsconcept als het werk-is-theater-concept (deels). Het relationele; vertrouwen, bewogenheid, empathie, compassie en nauwgezet afstemmen op de klant door het personeel is zijn authenticiteits-aanbod. Voor het overbrengen van uitzonderlijke authenticiteit is het belangrijk nauwkeurig te weten wat de voorkeur van de klant is en hoe gereageerd kan worden op het unieke van de klant.

4. Belevenissen hebben 'referentiële authenticiteit'. Hierbij gaat het om respectvol verwijzen naar wat écht is. Refereren aan andere contexten zoals geschiedenis, rituelen, een bepaalde cultuur, gedeelde herinneringen, bijzondere personen of verlangens doet belevenissen als 'authentiek' ervaren. Lee's regelmatige verwijzingen in zijn boek, naar waarden uit de christelijke traditie (naastenliefde, compassie, moeder Teresa) en het verwijzen naar Florence Nightingale, zijn eigen werk- en gezinservaringen, hebben dit referentiële karakter dat bij de lezer vertrouwen wekt.

5. Transformaties hebben 'invloedrijke authenticiteit'. Mensen neigen ertoe om wat naar een hoger doel leidt, of wat betekenis heeft en invloed uitoefent op andere entiteiten, als 'authentiek' te zien. De auteurs noemen Eden Alternative als voorbeeld. Dit is een filosofie die verpleeghuizen helpt om op ouderen gerichte gemeenschappen te worden en eenzaamheid, verveling en afhankelijkheid te bestrijden. Het betreft een organisatie die zich profileert als *not-for-profit* maar op de website spreekt over 'nieuwe verdienmodellen' in de verpleeghuiszorg.[60]

60 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 80. Bron: http://www.edenalt.nl/ geraadpleegd 01-01-2013.

Lee's ultieme genezingservaring voor de patiënt is ook zo'n hoger doel dat bovendien grote (en zingevende) betekenis heeft (voor patiënt, familie en professionals). Lee geeft diverse voorbeelden van invloedrijke authenticiteit in allerlei situaties van intermenselijk contact in de ziekenhuiscontext.

De authenticiteits-behoefte bij consumenten is volgens Gilmore en Pine verbonden met een als onecht ervaren wereld waarin het ontbreekt aan zinvolle, betekenisvolle belevenissen.

Hier kan opnieuw vooruitgewezen worden naar hoofdstuk 4 waarin Schulze ter sprake komt. Hij heeft in zijn onderzoek naar de belevenismaatschappij van meet af aan de menselijke behoefte aan zinvol en betekenisvol leven onderkent evenals het tekort van belevenissen als economisch aanbod om aan dit verlangen naar een mooi en goed leven te voldoen.

Bedrijven moeten om succesvol te blijven, volgens de beide marketeers, dit verlangen naar zingeving in hun aanbod verwerken. Ze kunnen klanten oproepen een hoger doel te steunen maar zonder te forceren. Voorbeelden van zingeving voor klanten zijn het steunen van maatschappelijk, zinvolle doelen, die passen bij het zelfbeeld van het bedrijf.[61]

61 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 85.

Lee hanteert in wezen hetzelfde schema van analyse, aansturen en excelleren als Gilmore en Pine. Zijn analyse betreft de marktpositie van veel ziekenhuizen (problematisch), de managementstructuur en -cultuur in ziekenhuizen (vergeleken met Disney's principes ernstig tekortschietend), de wensen van ziekenhuisklanten (niet onderkend; veel economische mismatch) en de positie van de medewerkers in de organisatie (onvoldoende gefaciliteerd en erkend in zorgbezieling). De belangrijkste opbrengst van Lee's analyse is dat vanuit de beleveniseconomie de impasse op alle front doorbroken kan worden door de patiëntwens en -perceptie centraal te stellen. Lee's aansturingsfase is gericht op het dienstig maken van de hele organisatie aan patiëntbeleving en patiëntloyaliteit. Ten slotte moeten ziekenhuizen excelleren in het overbrengen van belevenissen voor de patiënt door authentieke empathie die talentvolle medewerkers kunnen ontwikkelen door werk als theater te zien. Daarmee wordt een concurrentievoordeel behaald en toekomst gezekerd.

2.5.3 Echt bestaat niet

Gilmore en Pine citeren met instemming cultureel analyticus Margaret King:

> 'Vanaf het begin van de menselijke geschiedenis hebben we de natuur volledig omgevormd om tegemoet te komen aan onze behoeften en dromen. Hiermee hebben we de aarde getransformeerd tot een reeks decors voor het driedimensionaal uitspelen van menselijke waarden.'[62]

62 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 95.

Voor het bedrijfsleven geldt dat niets echt, authentiek is; alles is nep, kunstmatig, door mensen vervaardigd. In dat verband bespreken Gilmore en Pine de 'authenticiteits-paradox'. Omdat belevenissen zich binnenin mensen afspelen hebben mensen de vrijheid om belevenissen die zij opdoen zelf te omschrijven als authentiek of niet-authentiek. De leveranciers van het economisch aanbod vernemen van klanten of iets al of niet als authentiek is ervaren. Ondanks het uitgangspunt 'alles is nep', kunnen bedrijven er toch in slagen hun aanbod als authentiek over te brengen. De authenticiteits-paradox toont waarom dat kan.

> 'Alle menselijke ondernemingen zijn *ontologisch* nep -dat wil zeggen, in hun wezen niet-authentiek- en toch kan de opbrengst van zo'n onderneming *fenomenologisch* echt zijn, dat wil zeggen dat het als authentiek wordt waargenomen door de mensen die het kopen.'[63]

63 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 98. Cursief is van Gilmore en Pine.

Bedrijven die authenticiteit van hun aanbod willen uitstralen, moeten leren om op *fenomenologisch* niveau de klanten te beïnvloeden. In een echt-nep matrix werken Gilmore en Pine allerlei variabelen uit van wel- en niet authentiek zijn. Samengevat komt het er op neer dat ook ónechtheid die expliciet aan de klant bekend is (Disneyparken) of die met de klant gecommuniceerd wordt (*faux*-producten) binnen die context 'authenticiteit' bezit. *Faux*-producten leggen vandaag de dag een grote markt open en worden wel 'fauxthentiek' genoemd. Ze zijn overduidelijk namaak maar vaak meer geliefd dan het échte origineel. Bijvoorbeeld *faux-shearlings;* namaakschapenvel-jassen of faux-haarden, of kunstgras.[64]

64 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 118, 119.

In paragraaf 2.3.4 is al gewezen op onhelderheid bij Lee over wat hij onder 'echt' en 'authentiek' verstaat. Authentiek inleven in de patiënt lijkt hij *ontologisch* authentiek te positioneren, terwijl het ambulancevoorbeeld *fenomenologische* 'echtheid' inhoudt. De perceptie van de patiënt (de ambulancebroeder doet alles om mij zo snel mogelijk te helpen) komt niet overeen met de werkelijkheid (de broeder gaat pas

rennen wanneer hij in beeld komt van de patiënt en niet eerder). In de beschrijving van Gilmore en Pine is het willen onderscheiden tussen 'echt' en 'in scene gezet' irrelevant. Authenticiteit is altijd subjectief; het enige dat telt is het resultaat, de klantperceptie van authenticiteit-ervaring.
Het boek eindigt ook met de constatering:

> 'Kijk nog eens goed naar deze polariteit van (*ontologische* versus *fenomenologische*) authenticiteit: het is (in wezen) allemaal nep, maar het kan (voor mij) *ontzettend* echt zijn'[65]

De uitdaging voor de ondernemer is om uit te vinden hoe de eigen klanten het aanbod als ontzettend echt zullen ervaren.

In het commentaar bij dit hoofdstuk van deze thesis wordt een publicatie van (onder meer) Albert Boswijk genoemd, executive manager van het European Centre for the Experience Economy.[66] In die publicatie is authenticiteit:

> 'Het herontdekken van waarden en tradities en het interpreteren op een nieuwe manier in een progressieve context. De mens zoekt echtheid en originaliteit en zoekt het hart en de natuur van dingen. Authenticiteit heeft vooral te maken met oprechtheid. Meent iemand wat hij uitdraagt of doet hij alsof.'

Hier is geen sprake van 'perceptie', laat staan van 'nep'. Authenticiteit is 'écht', benadrukt Boswijk.

65 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 270. Cursief is van Gilmore en Pine.

66 Zie noot 68 van dit hoofdstuk.

2.5.4 Placemaking

Reclame is niet langer het beste middel om klanten te winnen. Mensen ervaren reclame vaak als niet-authentiek. Marketeers zetten daarom in op nieuwe en betere strategieën. Het sterkste middel om mensen te verleiden is via gesprekken in de gewone dagelijkse omgang. Wie een economisch aanbod heeft ervaren als 'het is wat het zegt dat het is', communiceert die authenticiteit als mond-op-mond reclame. *Placemaking* is de term die verbonden wordt aan een nieuwe vorm van marketing: klanten op een aantrekkelijke locatie het aanbod laten ervaren zodat zij overgaan tot kopen én nieuwe klanten werven. Deze belevenismarketing werkt voor alle soorten economisch aanbod. Het van-mens-tot-mens principe werkt direct bij de concrete potentiële klant op locatie en indirect wanneer een zeer tevreden klant het aanbod bij anderen aanbeveelt.
Lee gebruikt deze *placemaking* methode in wezen ook, zij het dat patiënten niet een geheel vergelijkbare vrije keuze maken voor de locatie van het economisch aanbod. Maar eenmaal in het ziekenhuis is het van-mens-tot-mens- principe essentieel voor de patiëntrelatie én sterk loyaliteit creërend. Deze methode werkt kostenbesparend -reclame maken op de gangbare wijze is duur- en authenticiteitversterkend en bestendigt de toekomst.

2.6 COMMENTAAR

2.6.1 Vernemen, ontwerpen, implementeren

Lee heeft bij Gilmore en Pine ontdekt welke rijke economische kansen en mogelijkheden de beleveniseconomie biedt. Hij herkent vanuit zijn eigen werkervaringen bij Disney en diverse functies in ziekenhuizen, zijn activiteiten rond klanttevredenheids-onderzoeken en uit de bron die zijn vrouw voor hem vormt van verpleegkundige kennis, het ziekenhuis als nieuw te ontginnen belevenismarkt. Gilmore en Pine hebben het succes van Disney ontleed en ontdekt dat het regisseren van belevenissen klanten werft en bindt omdat klanten naar 'ervaringen' verlangen. Lee neemt hun theaterbusinessmodel over om het te benutten als en verfijnen tot zijn ziekenhuiszorgconcept. Het leidt bij Lee tot een haarscherpe analyse van de bestaande (op allerlei front tekortschietende) ziekenhuiscultuur en de vele meer en minder verborgen wensen en verlangens van allen die met het ziekenhuis te maken hebben; medewerkers op alle niveaus, artsen, verpleegkundigen, patiënten en hun familie. Lee verlegt de focus van medisch-technische resultaten naar moeilijk meetbare maar voor de klantenbinding doorslaggevende ervaringen van al dan niet betoonde menselijke bejegening in het ziekenhuis. Net als Gilmore en Pine gaat hij over tot het gedetailleerd regisseren van de perceptie van de patiënt. Zijn motief om dat te doen ligt in het feit dat patiënten met name op dát terrein doorslaggevend beslissen om al of niet loyaal te worden aan het ziekenhuisbedrijf. De hele organisatie wordt dienstig gemaakt aan 'de patiënt centraal'; de optimale ziekenhuisbeleving van de patiënt en diens familie om hun (markteconomisch broodnodige) loyaliteit te verwerven. Schematisch weergegeven zijn de drie stappen die Lee in zijn boek doet de volgende:

Stap 1	Breed vernemen van concrete zorgpraktijk-voorbeelden	Analyse van voorbeelden vanuit de vragen: 1. Wat vinden patiënten het belangrijkst? 2. Op grond waarvan ontstaat klantenbinding? 3. Wat vindt zorgpersoneel belangrijk? 4. Welk product vervult patiëntwens, maakt hen loyaal en is wat zorgpersoneel wil?
Stap 2	Businessmodel ontwerpen	Ontwerp van businessmodel: 1. Doelen: klanten binden (kerndoel), personeel binden, kosten reduceren, winst maken, concurrent aftroeven 2. Middelen: prioriteren van beleving van patiënt, bedrijfscultuur aanpassen door werk-is-theater-model en toepassen van Disney-principes 3. Resultaten: juiste cultuur, loyale klanten, loyaal zorgpersoneel, winstgevend bedrijf, bestendige marktpositie
Stap 3	Businessmodel implementeren in de onderneming	Implementatie van businessmodel 1. Goed management 2. Getalenteerd personeel 3. Gehele organisatiestructuur creëren en onderschikken aan kern-bedrijfsdoel (klant loyaal maken) 4. Gehele organisatieomgeving perceptie-van-de-patiënt-sturend inrichten 5. Zorgpersoneel intrinsiek inspireren, motiveren 6. Cyclisch verbeteren van bedrijfsresultaten (PDCA-model van Deming) 7. Voortdurend nauwgezet volgen van loyaliteitsscores

De beide boeken van marketing consultants Gilmore en Pine bieden een economisch perspectief op de werkelijkheid. Het is een specifiek economisch perspectief; Anglosaksisch, gezien de nadruk op de Amerikaanse droom van individueel succes. Hierin staat centraal ten behoeve van bedrijfsdoelen: de eis van minimale staatsbemoeienis, concurrentie-denken, (gecreëerde) behoeften als uitgangspunt, marketing en consulting (nemen professionals in gebruik), technologie en marktwerking als evolutionaire krachten, winst (macht en aanzien). Een 'goddelijke scheppingsopdracht' aan de mens legitimeert het exploiteren en uitbaten van de aarde. Dit economisch perspectief verduidelijkt (mogelijk) wat er gebeurt bij de stap die Lee maakt vanuit de zorgpraktijkvoorbeelden naar een theaterbusinessmodel dat hij in het ziekenhuis implementeert.
Er is vooralsnog wel de mogelijkheid dat Lee niet in alle opzichten past in het puur commercieel gerichte denken en handelen van Gilmore en Pine.

2.6.2 Economisch perspectief

Samengevat houdt het economisch perspectief van Gilmore en Pine onder meer het volgende in:

1. De leidende vraag is: waar en hoe valt zoveel mogelijk geld te verdienen? De werkelijkheid wordt onderzocht op mogelijkheden tot nieuw en winstgevend aanbod.
2. Om nieuwe markten aan te boren, te exploiteren en uit te breiden moeten klantenbehoeften, verlangens en wensen voortdurend opgespoord en nauwgezet ontleed worden. Waar mogelijk kunnen dergelijke behoeften ook gecreëerd en aangewakkerd worden. Wat de klant wil, wenst en behoeft, is altijd leidend en dient niet bekritiseerd te worden. Er zijn geen intrinsieke grenzen aan economische groei en exploitatie.
In hotel(management)opleidingen wordt onderscheiden tussen '*needs*' en '*wants*' van gasten. *Needs* zijn basisbehoeften van mensen zoals: onderdak, eten, drinken, een bed, een bad. *Wants* zijn de extra's waarin de ervaring van de gast belangrijk is. De hotellerie beschouwt het voorzien in *needs* als vanzelfsprekend; winstgevende kansen zijn er op het terrein van de *wants*. Personeel wordt getraind om volledig op dat laatste in te zetten waarbij na elke geleverde prestatie de lat hoger komt te liggen. Het Disney belevingconcept is alomtegenwoordig in de opleiding. Hotellerieconcepten worden in toenemende mate binnen de zorgsector uitgebaat (vernomen in een gesprek met een student aan een HBO Hotelopleiding. JvdK).[66]
Voor de zorg is een onderscheid tussen de nood (ziekte, lijden) en *needs* en *wants* van een klant vanuit een zorgethisch perspectief belangrijk. Voor Gilmore, Pine en Lee is dat irrelevant. Elke 'behoefte', van welke aard dan ook is te vertalen in een klantbehoefte waarop een afgestemd aanbod kan volgen.
3. Een mens verschijnt in een economisch perspectief altijd als 'klant'. In de context van de markt is deze klant een vrij kiezende persoon die transacties afweegt en aangaat met leveranciers op basis van gelijkheid. Deze veronderstelde gelijkheid en vrijheid roept vragen op bij bijvoorbeeld zorgsituaties waarin feitelijke ongelijkheid is tussen 'klanten' en 'leveranciers' en 'keuzevrijheid' onvoldoende recht doet aan de onvrije nood van de patiënt. Lee volstaat met het benoemen van de andersoortige ziekenhuisklant maar interpreteert de behoefte van de patiënt als consumentbehoefte.
4. Klantenprofielen moeten volledig in kaart gebracht worden; vanuit een beleveniseconomie-perspectief vooral gericht op het brede nieuwe terrein van emoties en zinbehoefte. Alle domeinen van het leven (ook sociale, levensbeschouwelijke, familiaire, de zorg) kunnen aangeboord en benut worden voor commerciële doelen.

67 In 7.3.1 wordt nogmaals gerefereerd aan het gesprek met deze student.

Bedrijven hebben als enige instituut in de V.S. het recht op winst maken, volgens Gilmore en Pine. Het moet natuurlijk altijd om kapitaalkrachtige klanten gaan die bereid zijn een flinke prijs te betalen voor belevenissen en transformaties.
5. Wat voorheen gratis verkrijgbaar was, wordt voortaan handelswaar en wanneer het belevenissen en transformaties betreft, ligt de prijs hoog. In de ziekenhuiszorg is de urgentie van belevenissen en transformaties (empathisch bijgestaan worden en genezen) vanuit het klantperspectief hoog en de afhankelijkheid van gekwalificeerde leveranciers (artsen en verpleegkundigen) groot. Dat biedt goede kansen op een groeiende en florerende markt.
Emoties die de patiënt doormaakt vormen vanuit een economisch perspectief een (nieuw te ontginnen) markt bij uitstek. Verdriet, angst, onzekerheid en onmacht zijn oneindig rijke bronnen voor authentiek aanbod.
6. Kritische vragen bij bijvoorbeeld de beleveniseconomie moeten binnen-economisch gecounterd worden. Moraal blijft beperkt tot economische principes en kritische vragen kunnen op de markt geïnterpreteerd worden als klantwensen waarop nieuw economisch aanbod moet volgen.
7. De markt kent scherpe concurrentie. Concurrenten moeten afgetroefd, óvertroefd en onschadelijk gemaakt worden. Het economisch perspectief is competitief en niet gericht op samenwerken. Lee bant competitie tussen medewerkers in het ziekenhuis uit maar elk ander ziekenhuis is een geduchte concurrent.
8. Het gegeven dat de klant-wens altijd gehonoreerd moet worden, legitimeert in het economisch denken bedrijfsmatige expansie. 'Mensen willen dit' is in een economische context een voldoende reden om het gewenste te leveren en deze wensen te stimuleren en uit te baten. Kritiek op de inhoud van klantverlangens ontbreekt om die reden binnen de context van de markt. Producent en consument vinden op die wijze inderdaad een soort 'evenwicht' van vraag en aanbod. De vraag of een klant werkelijk gebaat is bij wat hij wenst en koopt, of het goed voor hem is en hem verder helpt in een goed en gelukkig leven is niet aan de orde. De moraliteit van de autonoom kiezende klant (neoliberaal denken) en het exploiteren van (klant)behoeften (utilitaristisch denken) staan niet ter discussie.
Kritiek van buitenaf op het Amerikaanse kapitalisme, de immorele keerzijde van de beleveniseconomie, de kunstmatigheid ervan en het 'oplossen' van zingevingsvragen met 'belevenis' of 'transformatie', wordt door de beide auteurs afgedaan met een beroep op keuzevrijheid van burgers (liberalisme) de zegeningen van de beleveniseconomie voor velen (utilitarisme) en het feit dat bedrijven zich wel degelijk met zingeving bezighouden. Het ontwikkelen van de transformatie-economie faciliteert immers klanten met een zingevingsbehoefte. Morele vragen achten zij alleen interneconomisch zinnig; het dient niet te gaan over de soort economie. Hoezeer het vigerende economische systeem zelf gebaseerd is op neoliberale en utilitaristische normen en waarden, blijft onbesproken. Amerikaanse instituties wordt hun plaats gewezen; zij moeten hun eigen doel weer centraal stellen. Maar (morele) vragen bij het onbegrensd vereconomiseren van vele terreinen van het (menselijk) bestaan zijn niet aan de orde. Uitgangspunt is: bedrijven mogen commercieel zijn en moeten niet (door de overheid, of door activisten) beperkt worden in hun vrijheid (vrijheid neoliberaal verstaan als geen inmenging van buitenaf).
9. Authenticiteit (bij Gilmore en Pine voornamelijk van ondernemingen en producten en soms van handelaren) is een subjectief begrip. In de perceptie van de klant is iets of iemand 'authentiek'. Die perceptie is het te managen terrein, door de hele omgeving en alle klant-beïnvloedende factoren te creëren naar de door klant en leverancier gewenste perceptie.
In de beleveniseconomie komt het aan op 'klantervaringen' sturen op 'waarachtigheid' en 'geloofwaardigheid'. Bij Disney World is bijvoorbeeld 'waarachtigheid' con-

sistentie in bedrijfsidentiteit- en merk(trouw) maar 'de fantasiewereld' waar mensen binnenstappen is op zich niet 'geloofwaardig'.
Voor ziekenhuiszorg is het belangrijk dat de klantperceptie zowel waarachtigheid als geloofwaardigheid omvat. In termen van Gilmore en Pine heet dat 'echt-echt'. Dit verklaart wellicht waarom Lee, zij het niet consistent, vasthoudt aan *ontologisch* echte authenticiteit en empathie.

De Europese markt wordt opengelegd voor de belevenis en transformatie-economie via het European Centre for the Experience Economy.[68] Dit centrum werkt samen met diverse Europese universiteiten waaronder de Nederlandse UvA. De ambitie van het centrum is kennis- en expertisecentrum te worden in Europa en de methodologie van het implementeren van strategieën en concepten te bestuderen, ontwikkelen en vergroten. Nederlander Albert Boswijk is executive director. Samen met Thomas Thijssen (associated partner van European Centre for the Experience Economy) en Ed Peelen (professor marketing bij Nyenrode Business University) heeft hij in 2005 het boek *Een nieuwe kijk op de experience econonomy: De ontdekking van betekenisvolle belevenissen*, gepubliceerd voor met name ondernemers, business-innovatiemanagers, marketeers en adviseurs. Het boek gaat in op nieuwe vormen van (immateriële) waardecreatie en nieuwe verdienmodellen bij onder meer *experience-economy* in de zorgsector. Het 'centraal stellen van de mens in zijn leefwereld', vormt volgens de auteurs het uitgangspunt van de beleveniseconomie.[69]
In *Economy of Experiences* van Boswijk, E. Peelen en S. Olthof uit 2012 worden drie generaties transformaties gepostuleerd. De markt ontwikkelt in hoog tempo.

> 'In the future the dominance of economic value will become less and will be balanced by emotional, social and spiritual value. So we are looking at a development of a rather different way of self determination, self direction and self organizing of society. In this new configuration the new economy will be the economy of meaning.'[70]

10. Armoede- en milieuthematiek (niet te veronachtzamen in de V.S.) komt alleen ter sprake in de context van zingevingsbehoefte van kapitaalkrachtige klanten. Bedrijven kunnen deze klanten aan 'zin' helpen met een aanbod van maatschappelijke en charitatieve doelen die men kan steunen.
Hoewel Gilmore en Pine economie als een noodzakelijke en onvermijdelijke evolutie omschrijven, blijkt dat deze 'evolutie' geregisseerd wordt door belanghebbende marketeers en bedrijven. Sturing, beheersing en maakbaarheid spelen sowieso een nadrukkelijke rol in de economie; alle domeinen van het leven zijn 'operationaliseerbaar' met een -in de beleveniseconomie- sociaal-instrumentele benadering.
Lee's bevlogen boek over ziekenhuiszorg staat in de context van de beleveniseconomie en de daarbij horende normen en waarden. Voorlopig lijkt wat Lee doet in de ziekenhuiszorg voornamelijk gemotiveerd vanuit een economisch, bedrijfsmatig perspectief en niet vanuit een moreel humanitair perspectief. In een moreel humanitair perspectief zouden vragen naar het waartoe van zorgen en van daaruit de inhoud van zorgen in een (brede) context van humaniteit (het goede leven) centraal staan. Vanuit een economisch perspectief ligt de focus op de vraag: wat is de klantbehoefte van deze persoon? Als de nood van de patiënt economisch herkaderd wordt tot een behoefte van een klant waarop een passend aanbod volgt, blijft de vraag wat er met de zorgrelatie en zorginhoud gebeurt in dergelijk omduiden van de patiënt tot een belevenis-behoeftige klant.
Wat betekent de instrumentele marktlogica voor de context van ziekenhuiszorg waarin in het primaire zorgproces het niet-stuurbare, maakbare en managebare veelvuldig aan de orde is? Op welke wijze spelen economische normen en waarden (zoals winststreven, beheersingsdenken en voortbestaan van de organisatie) een rol in zorgbetrekking? Meer specifiek is de vraag (de vraagstelling van deze thesis) wat

68 Zie 2.5.3.

69 Bron: http://books.google.nl/books?id=bn6b23eFSawC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false Geraadpleegd 01-01-2013. http://www.strategichorizons.com/partnersEuropeExp.html Geraadpleegd 16-08-2012.

70 Bron: http://www.experience-economy.com/ Geraadpleegd 15-03-2013

de beleveniseconomie-context betekent voor authenticiteit in de zorgbetrekking. Authenticiteit wordt door Gilmore en Pine gekoppeld aan het economisch aanbod; 'echt' of 'nep' in de (subjectieve) perceptie van de klant. Gilmore en Pine benadrukken dat het hen in dit boek niet gaat om 'oprechte leiders' of authentieke werknemers te creëren, tenzij dat helpt om het aanbod een meer authentieke uitstraling te geven. Het gaat erom de *output* van een onderneming zelf authentiek te laten overkomen. De focus ligt op de perceptie van de klant.[71]

71 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 107, 108

In recente publicaties van Boswijk *cum suis* wordt 'het authentiek relationele' nog meer benadrukt als vermarktbare belevenis dan in het boek van Gilmore en Pine. Bij Lee is authenticiteit aan de orde in de zorgrelatie en belichaamd in de persoon van met name de verpleegkundige. Het 'economisch aanbod' is bij Lee derhalve een (authentiek) mens die het door de klant gewenste 'échte' product bemiddelt; empathische zorg. De verpleegkundige is op die wijze een middel ten behoeve van een specifiek -bij Lee tweeledig- doel. Om tot authenticiteit te komen acht hij het theaterbusinessmodel bij uitstek geschikt. Vanuit dat model kan een transformerende ervaring van de patiënt gecreëerd worden door authentieke en betrokken spelers. Gilmore en Pine benadrukken het 'nep' van alle authenticiteits-vercommercialisering. Lee doet dat niet; in zijn boek blijft 'échte bewogenheid' op z'n minst 'spanningsvol' staan naast de gestuurde perceptie van de patiënt waarbij die perceptie niet '*ontologisch*' kloppend hoeft te zijn. Lee's acteurs zijn 'echt', de acteurs van Gilmore en Pine werken vanuit het 'magische alsof'. En bij Boswijk is het ook weer allemaal heel écht en bovendien betekenisvol.

Lee deelt met Gilmore en Pine de 'werk is theater' visie en hij herkent het specifieke en tragische van ziekenhuiszorg-belevenissen. Anders dan Gilmore en Pine refereert Lee niet aan Aristoteles; hij bespreekt met name hedendaagse theater(business) autoriteiten.

In het volgende hoofdstuk wordt vanuit het filosofisch ethische perspectief van Martha Nussbaum de oorsprong en context van het (tragische) theater in de Griekse oudheid en de relevantie daarvan tot in het hedendaagse filosofisch ethische denken besproken en naast de theatervisie van Gilmore, Pine en Lee gelegd. Daarbij komen de rol van emoties, de concepten 'perceptie' en 'authenticiteit' vanuit een andere en nadere duiding van 'het tragische' aan de orde.

Het Klokhuis en Remco Vrijdag

Stormvloedkering

Ik speelde met mijn zoon van tien
op het strand van Zandvoort.
Hij vroeg me: 'Pap, wat is het lot?'
Ik gaf hem toen als antwoord:
'Het lot is wat je overkomt,
de dingen die gebeuren,
de zee die kalm en rimpelloos
je plotseling mee kan sleuren.'

Niets is zeker in het leven
en de toekomst ongewis,
maar het is goed dat er bij Rotterdam
een stormvloedkering is.

Nederland is voorbereid
op een enorme springvloed.
Eens in meer dan duizend jaar
dreigt er zo een rampspoed.
Gewoon op straat is het gevaar
vele malen groter:
mijn zoon kwam afgelopen jaar
ineens onder een auto.

Tegen dood en tegenslagen
bestaat geen hindernis,
maar het is goed dat er in Rotterdam
een stormvloedkering is.

Ik wou dat er een stuwdam was
tegen bodemloos verdriet,
een dijk of strekdam tegen hartzeer,
maar die is er niet.

Soms slaat het noodlot in als bliksem
en hult een huis in duisternis,
maar het is goed dat er bij Rotterdam
een stormvloedkering is.

Bron: http://www.nllied.nl/lied/stormvloedkering, tekst: Rob Chrispijn.

EEN FILOSOFISCH-ETHISCH PERSPECTIEF VAN MARTHA NUSSBAUM OP THEATER EN AUTHENTICITEIT, VANUIT DE GRIEKSE TRAGEDIES EN FILOSOFIE

3

INLEIDING

James Gilmore en Joseph Pine hebben 'belevenis' onderkend als nieuw belangrijk economisch verhandelbaar product. Gevoelens en emoties benutten en vermarkten -en uiteindelijk transformaties van klanten- vraagt om een nieuw bedrijfsconcept. Door Disney op het goede spoor gezet, herkennen zij in 'werk-is-theater' het geëigende concept voor *experience* en *transformation business.* In hoofdstuk 2.3.2 van deze thesis is toegelicht hoe zij refereren zij aan Aristoteles' *Poetica* en daaraan enkele theaterbegrippen en de implicaties daarvan voor het werk ontlenen. Fred Lee neemt de 'werk-is-theater' visie over omdat hij '*emotional experience*' herkent als *'tragedy experience'* voor de ziekenhuis*setting*. In een YouTube filmpje benadrukt Lee hoezeer hij schatplichtig aan Gilmore en Pine. Het gaat om: '*…meeting emotional needs of a family going through fear, pain and even tragedy together*'.[1]
In dit hoofdstuk wordt aan de hand van Martha Nussbaum's boek *De breekbaarheid van het goede*, gekeken naar de rol van het tragische theater in de Griekse oudheid.[2] Deze rol wordt in de filosofische reflectie op toeval, het tragische en emoties, door Plato en Aristoteles (aanvankelijk) totaal verschillend geduid.
Nussbaum onderzoekt in haar boek het begrijpelijke maar ook ontoereikende streven naar rationele onafhankelijkheid in het Griekse ethische denken om het goede van een menselijk leven door de sturende macht van de rede tegen toeval te beschermen. Platoonse en Aristoteliaanse filosofische tradities hebben tot op de dag van vandaag, met allerlei varianten, hun adepten en critici. Nussbaum laat zien hoezeer de menselijke worsteling met afhankelijkheid van toeval, de mogelijkheid van verlies van *eudaimonia*[2], de verschillende antwoorden op die dreiging en de rol van emoties daarbinnen, actuele thematieken zijn. Daarnaast is het van belang er op te wijzen dat de oude Grieken in brede kring epische dichters en tragedieschrijvers als de belangrijkste ethische denkers en leraren van Griekenland beschouwden. Het goede en de potentiële ondermijning daarvan door tragische ontwrichting van het bestaan, staat derhalve in een expliciet benoemde morele én destijds actuele context. *Eudaimonia* betekent een goed mens zijn in deugdelijke zin. Dat wil zeggen: handelen in overeenstemming met wat voortreffelijk is.
Met deze gerichtheid op de morele en actuele context en dat wat het goede leven tragisch kan ondermijnen, is al een fundamenteel verschil benoemd van theater en tragedie in de poëtische en filosofische traditie in het oude Griekenland en de theaterinterpretatie van Gilmore, Pine en Lee. Lee's ziekenhuisconcept 'herbergt' een impliciete moraal die in een context van economische normen en waarden staat. Vanuit Nussbaum's filosofisch-ethisch perspectief kan Lee's sociaal-instrumenteel

1 Bron: Tedx-Maastricht-Fred Lee- 'patient satisfaction or patient experience', geraadpleegd 20-08-2012.
2 M. Nussbaum, *De breekbaarheid van het goede: Geluk en ethiek in de Griekse filosofie en literatuur,* Ambo/Anthos uitgevers, Amsterdam, 2012 (Rev. Ed.) p. 147-149.
3 Dit Griekse woord is een samenstelling van 'eu' (goed) en 'daimon' (geest) en betekent letterlijk een goede geest hebben. Het wordt vaak vertaald met 'geluk'. Geluk hangt samen met deugdelijk leven en is tevens het streefdoel ervan. Nussbaum omschrijft eudaimonia als een goed mens zijn in deugdelijke zin.

gerichte zorgconcept nader bekeken worden.
Vanuit een zorgethische benadering zal in hoofdstuk 5 en 6 van deze thesis een morele grondslag van zorgen bepleit worden waarbij de inhoud van het goede (dat de patiënt die in nood is behoeft), in de zorgbetrekking vernomen wordt, niet voorgegeven is en evenmin een afgebakend product. Nussbaum's bespreking van de tragedies en met name Aristoteles' visie op het goede leven, het tragische en praktische wijsheid, geeft al diverse voorzetten voor deze te beschrijven zorgethische visie en vormt ook om die reden een belangrijk perspectief.
In de onderstaande tekst van dit hoofdstuk wordt steeds bij de introductie van elke afzonderlijke paragraaf toegelicht om welke reden(en) de thematiek van die specifieke paragraaf in verband met Lee wordt uitgewerkt.
In paragraaf 3.1 staan toeval en de wijze waarop ethiek zich tot toeval en rampspoed verhoudt centraal. Tragische conflicten en morele complexiteit daarbinnen komen in 3.2 aan bod. In 3.3 en 3.4 worden de ethische posities van Plato en Aristoteles geschetst. Daarna worden de concepten perceptie en authenticiteit uitgelicht in 3.5. Hoofdstuk 3 sluit af (3.6) met een commentaar waarin vragen die in hoofdstuk 1 en 2 zijn opgeworpen, hernomen worden en bereflecteerd vanuit Nussbaum's filosofisch ethisch perspectief op theater en authenticiteit.

3.1 TOEVAL EN ETHIEK

Nussbaum onderzoekt de rol die menselijke afhankelijkheid van toeval speelt in het ethische denken van tragediedichters, Plato en Aristoteles.[4] Ze kiest voor 'toeval' als vertaling van het Griekse '*tuchè*'. *Tuchè* heeft betrekking op wat iemand niet door eigen toedoen overkomt maar wat hem of haar bij toeval gebeurt.

4 M. Nussbaum, 2012, p. 52.

We participeren daarmee in een debat dat in de 3e en 4e eeuw voor Christus in Athene gevoerd wordt tussen filosofen die de rol en de relevantie van toeval in het werk van de tragediedichters verschillend duiden. Nussbaum trekt vanuit dit debat ook steeds lijnen naar filosofen die in de loop van de geschiedenis aan de voortgaande filosofische discussie eigen bijdragen en interpretaties hebben geleverd.
De aanval van Socrates op de rol van het toeval bij de tragediedichters opent de weg voor de meer radicale aanval van Plato. Een goed mens, iemand met een deugdelijk karakter, kan door niets (en dus ook niet door toeval en rampspoed) afgebracht worden van *eudaimonia*, is Plato's standpunt. Hij wil niets weten van tragediedichters die bij toevallige omstandigheden die iemand treffen, verlies van *eudaimonia* wel mogelijk achten.
Aristoteles daarentegen wijst op de werkelijkheid waarin mensen afhankelijk zijn van externe invloeden die hun deugdzame handelen (moreel leven dus) dramatisch kunnen beïnvloeden en zelfs onmogelijk maken. De tragedies geven volgens hem juist een scherp inzicht in de gevoeligheid van menselijke waarden voor toeval en het belang van emoties en zelfonderzoek. Afhankelijkheid van het toeval is in de Griekse filosofie als gegeven niet in twijfel getrokken. De discussie gaat over wat voor soort leven mensen kunnen leiden en welke rol toeval speelt bij morele deugdelijkheid. Alle filosofen willen risico's van toeval beperken ten behoeve van een stabiel, leefbaar leven. Ook dat staat niet ter discussie, wel de vraag hoe zich risico's uitbannen verhoudt tot mogelijk verlies van waarden.
Nussbaum wijst er op dat in de hedendaagse moraalfilosofie pas in de laatste decennia méér belangstelling is gekomen voor de thematieken van kwetsbaarheid en toeval en de rol van emoties als bron van inzicht, dan in lange tijd daarvoor. Terechte en relevante belangstelling vindt Nussbaum; de Griekse discussie kan een belangrijke bijdrage leveren aan hedendaagse ethische inzichten. Hierbij gaat het vooral om toeval en kwetsbaarheid, pluriformiteit en complexiteit van waarden, de rol van emoties en ratio als bronnen van moreel inzicht en complexe ethische theorievorming in een democratie, met name aangaande sociale rechtvaardigheid.
Ze zegt in haar voorwoord dat zij in later werk het belang van een goede analyse van emoties is gaan inzien waarbij het duidelijker is geworden dan voorheen dat de leidraad die emoties bieden ethisch van goed tot slecht kan variëren. Dit heeft alles te maken met een kritische analyse van de cultuurbepaaldheid van emoties. Zo'n analyse onderbouwt en verdiept de algemene stelling over de cognitieve rol van emoties. Ze bepleit in het voorwoord eveneens ethische theorievorming in reactie op opponenten die zich geringschattend uitlaten over filosofisch en ethisch theoretiseren. Een systematische analyse van een goed menselijk leven en een onderbouwd kritisch debat daarover is in lijn met de Griekse filosofen en moet uitmonden in de genoemde theorieën op politiek- maatschappelijk terrein. Haar capability-theorie is daarvan een concreet voorbeeld.
Mensen willen zowel gevrijwaard worden van toeval en rampspoed als sterke banden met andere mensen aangaan hoewel die kwetsbaar maken vanwege de kans van verlies van de waarde van vriendschap en liefde door toevallige, niet te beheersen, rampspoed. Het goede, in dit geval de deugd van vriendschap en liefde, is kwetsbaar en breekbaar, stelt Nussbaum, die zichzelf positioneert in de buurt van

het Aristotelische denken.
Ze beschrijft bij de heruitgave van het boek haar ontwikkeling sinds het boek in 1986 verscheen. Zij is meer betrokken geraakt bij de Stoïcijnse ethiek en haar belangstelling voor politiek- filosofische vraagstukken is sinds de tachtiger jaren sterk toegenomen. Daarnaast heeft zij meer oog gekregen voor de kracht van Plato's risicoanalyse van emoties en zwakke punten in het denken van Aristoteles bijvoorbeeld ten aanzien van gender thematiek en in- en exclusie.
Eudaimonia, menselijke morele voortreffelijkheid, bestaat uit kwetsbaarheid en is, gegeven de menselijke conditie, behoeftig. Waar geprobeerd wordt het leven ónkwetsbaar te maken, verliest het aan goedheid, aan authentiek menselijke goede dingen en vindt morele verarming plaats. Maar behalve kwetsbaar en behoeftig zijn mensen tegelijkertijd actieve, handelende wezens met verstand en intelligentie. Nussbaum gebruikt een citaat uit een lofdicht van Pindarus waarin het voortreffelijke van een goed mens vergeleken wordt met een jong wijnstok-plantje; het is teer en breekbaar in de wereld en afhankelijk van voedsel- en water toevoer. Daarnaast zijn een goede afstamming en 'vermogens' nodig om te kunnen uitgroeien. Kwetsbare mensen moeten gevrijwaard blijven van rampspoed en sterke banden met andere mensen (kunnen) aangaan.
Kan het actieve en rationele van mensen een leidend principe vormen en het leven leefbaar maken; toeval elimineren? Deze hoop en vrees en tegenstrijdigheid ín mensen is kernthema van het Griekse denken over het goede. Erkennen van afhankelijkheid én streven naar onafhankelijkheid van toeval en tragiek gaan op complexe wijze samen op. De oude Grieken worstelen met toeval, onoplosbare complexiteit van waarden in morele conflicten, risico's van deugdelijk leven (zoals de genoemde deugd van liefde en vriendschap), de waarde van hartstocht en genot en het risico van destructie. Thema's die volgens Nussbaum in onderzoek naar de Griekse ethiek vaak veronachtzaamd worden maar ook in hedendaagse moraalfilosofie onderbelicht blijven vanwege de dominantie van Kantiaans denken. Volgens Kantianen is er één waardedomein, het domein van de morele waarde van de goede wil. Wat er ook gebeurt, de morele waarde van de goede wil is volledig immuun voor het lot en blijft onaangetast.[5]

5 M. Nussbaum, 2012, p. 52.

Vanuit die twee menseigen aspecten van het bestaan, streven naar onafhankelijkheid van toeval en het ondergaan van niet-beheersbare rampspoed, komt Nussbaum tot drie kernvragen voor haar boek.[6]

6 M. Nussbaum, 2012, p. 55,56. In het voorwoord vat Nussbaum haar antwoorden op deze kernvragen samen op p. 33,34.

Als eerste: wat is de rol -in een goed menselijk leven- van uitwendige goederen die noodzakelijk en waardevol zijn maar ook kwetsbaar maken voor tegenspoed? Nussbaum spreekt soms van 'uitwendige goederen', soms van activiteiten en relaties. Activiteiten en relaties als: liefde, vriendschap, maatschappelijke betrokkenheid, gehechtheid aan geld en goederen. Als dat allemaal áfwezig is, is iemand dan ook van iets beroofd dat van intrinsieke waarde is en is hij daarin beroofd van de mogelijkheid van het goede leven zelf? Zijn deze zaken waardevol of passen ze niet in een rationeel levensplan? Nussbaum laat in haar boek zien dat sommige belangrijke waarden (houden van vrienden, familie, burgerschap en politieke betrokkenheid en in staat zijn tot handelen) mensen kwetsbaar maken voor risico's. Alle filosofen streven 'stabiliteit' in het leven na. De tragediedichters benadrukken vooral 'karakter' en 'deugdzaam handelen'. Aristoteles gaat verder en beveelt ook de (minder stabiele) vriendschap en liefde nadrukkelijk aan als weliswaar risicovol maar ook essentieel in een mensenleven.[7]

7 M. Nussbaum, 2012, p. 33.

De tweede vraag is: hoe is de relatie tussen de afzonderlijke delen van een goed leven? Is die relatie harmonieus of is er kans op een waardeconflict waarbij het móeten kiezen leidt tot afbreuk doen aan de goedheid van een mens? Hoe rijker het waardestelsel is, hoe meer kans op waardeconflicten. Toeval overkomt iemand van

buitenaf, vanuit de wereld om hem heen en op grond van het eigen waardestelsel voor zover dat een mens aan zijn buitenwereld bindt. Moreel handelende mensen zijn kwetsbaar voor toeval omdat onvoorziene waardeconflicten hun (goede) handelen bemoeilijkt of onmogelijk maakt, luidt Nussbaum's uiteindelijke conclusie.[8]

8 M. Nussbaum, 2012, p. 34.

De derde vraag gaat in op het verband tussen onafhankelijkheid en een aantal typisch menselijke kenmerken die minder beheersbaar zijn. Wat is de ethische waarde van de zogeheten 'irrationele delen van de ziel'? Dan betreft het begeerten, gevoelens en emoties. Menselijke lichamelijkheid, zintuiglijke aard, seksualiteit, hartstochten; het zijn allemaal sterke schakels met de grillige en gevaarlijke buitenwereld, de wereld van de vergankelijke dingen met alle risico op verlies en gevaar van conflicten. Het zijn 'irrationele hechtingen', met een grotere kans op morele conflicten en daarmee op door toeval bepaald tekortschieten in deugd. Hoe verhouden zich onafhankelijkheid en dat oermenselijke?

Nussbaum zal laten zien dat emoties ons informeren over wat we van waarde vinden in ons leven. Wanneer emoties zelf die waarde hebben en wezenlijk deel uitmaken van een goed menselijk leven, maakt ook juist dat gegeven ons kwetsbaar. Emoties zijn 'waardeoordelen' bij toevallige gebeurtenissen buiten onszelf die we niet kunnen beïnvloeden (het onbeheersbare van binnenuit).[9]

9 M. Nussbaum, 2012, p. 34.

Deze drie kernvragen zullen deels aan de orde komen in het vervolg, maar eigenlijk zijn ze vooral hier genoemd om (een voorschot nemend op paragraaf 3.6) het verschil te illustreren tussen Nussbaum's contextuele schets van wezenlijk menselijk zoeken naar het goede leven en in contrast daarmee de gefragmenteerde wijze waarop Gilmore, Pine en Lee, emoties, belevenis en het tragische lijken te 'benutten'. Hoe dat voor commerciële bedrijfsvoering in het algemeen uitpakt, komt in de brede context van de beleveniseconomie ter sprake, gericht op het kunnen duiden van Lee's theaterbusinessconcept. De aandacht is gevestigd op Lee's ziekenhuiszorg waarbij vragen gesteld worden over mogelijke gevolgen op macro- en microniveau van de zorg. Bij Lee lijkt het macroniveau, anders dan als marktcontext, te ontbreken. Reden om te vernemen hoe Nussbaum de Griekse tragedies in de morele context en de openbare ruimte van het volkstheater in Athene beschrijft en verbindt met het particuliere en gemeenschappelijke.

3.2 MORELE CONFLICTSITUATIES IN TRAGEDIES

Bij Lee is opgevallen dat hij de ziekenhuiscontext wel als dramatisch duidt (ziekte, lijden en pijn doen zich daar veelvuldig voor) maar nergens spreekt over (morele) complexiteit en hoe moeilijk het is om te vernemen wat het goede is voor de patiënt omdat goed en kwaad niet eenduidig zijn, vermengd voorkomen, moeilijke afwegingen vergen of ontreddering teweegbrengen bij het verzorgend personeel. Thema's van het verstoorde goede leven, tragiek en lijden lijken bij Lee beheersbaar. Er is voor iedere patiënt een uniek, afgebakend te creëren doel op individueel niveau (massamaatwerk van 'beleven'). Op geen enkele wijze komen complexiteit van morele vragen bij het ziekbed, eigen moeiten van verzorgenden in confrontatie met lijden, het onverhelpbare, machteloosheid, wikken, wegen, uitproberen op hoop van zegen en reflexiviteit op wat dat alles met een mens doet aan de orde. Evenmin komen vragen van het goede leven en samenleven in een bredere context dan het afgebakende, van de maatschappij geïsoleerde ziekenhuis van Lee ter sprake. In het Griekse theater zijn dat juist de thema's bij uitstek. In deze paragraaf worden de soorten complexiteit en morele conflicten die de tragediespelers acteren en de wijze waarop hieruit door het publiek gemeenschappelijk geleerd wordt, beschreven.
Van de drie grote Griekse tragedieschrijvers gaat Nussbaum in op de tragedies '*Agamemnon*' en '*Eteokles*' van Aischylos en '*Antigone*' van Sophocles. Aan het eind van haar boek interpreteert ze '*Hekabe*' van Euripides, dat volgens Aristoteles het meest tragische werk van alle dichters is.
De Griekse tragedies tonen hoe goede mensen om verschillende redenen ten onder gaan aan iets wat hen toevallig overkomt. Verontrustend is daarbij vooral dat goede mensen gedwongen kunnen worden om iets slechts te doen; iets wat ze anders gezien hun morele opvattingen nooit zouden doen. Uit de verschillende tragedies wordt duidelijk op welke wijze morele complexiteit tot verlies van deugdelijkheid kan leiden.
In 3.2.1 en 3.2.2 wordt het teloorgaan van *eudaimonia* vanuit de tragedies van Aischylos en Sophocles beschreven. 3.2.3 gaat in op de politiek maatschappelijke context van theater en 3.2.4 op de morele, lerende functie van het tragische theater.

3.2.1 De tragedies van Aischylos

3.2.1.1 Tragische, morele conflicten

Griekse tragedies tonen hoe door toevallige gebeurtenissen goede mensen ten onder gaan. Nog moeilijker is de situatie waarin goede mensen door die niet te vermijden gebeurtenissen gedwongen worden moreel verwerpelijke dingen te doen. Soms kunnen mensen hiervoor verontschuldigd worden, zoals bijvoorbeeld Oedipus die in onwetendheid en onbedoeld slecht handelde. Maar het kan in de tragedies ingewikkelder liggen zodat wordt gesproken van 'tragische conflicten'. Dan handelt iemand in het volle besef slecht omdat hij niet anders kan dan kiezen uit twee rechtmatige morele verplichtingen die met de onontkoombare keuze moreel verwerpelijk handelen impliceren. In tragedies worden zulke situaties diep en multi-perspectivisch verkend vanuit de vraag hoe het zit met iemands morele goedheid. Dan is de vraag aan de orde of er alleen verlies is geleden, of dat iemand laakbaar gedrag heeft vertoond, wat hem zou moeten spijten en de emotie 'wroeging' bezorgen.

3.2.1.2 Moraalfilosofische reacties op conflictsituaties

Vanuit de moraalfilosofie zijn er diverse oplossingen gesuggereerd voor morele conflictsituaties zoals in de tragedies. Bijvoorbeeld door deze als 'logisch inconsistent' te karakteriseren, of te omschrijven als 'ethische meningsverschillen'.
Jean-Paul Sartre stelt dat we bij strijdende inconsistente plichten geïllustreerd zien dat stelsels van ethische principes doorgaans ontoereikend zijn als richtinggevend voor het handelen. Omdat ethische stelsels ons geen houvast bieden, kunnen we ze terzijde leggen en keuzes vrijelijk naar eigen believen maken.
Richard Hare herkent eveneens inconsistente principes die bovendien logisch onaanvaardbaar kunnen botsen. Daarom moeten ze in een nieuw consistent stelsel bijgesteld worden waarin een conflictsituatie als uitzondering op de regel kan worden opgenomen.
Emmanuel Kant ontkent de mogelijkheid dat principes strijdig zijn. De eis dat objectieve morele regels per definitie een consistent en harmonieus stelsel vormen gaat vóór op intuïtieve ervaring die hij ook erkent. Waar strijdigheid lijkt te spelen, moet de échte *Verpflichtungsgrund* gevonden worden. Plichtverzaking is voor Kant een ontoelaatbare gedachte.
Nussbaum constateert dat in weerwil van deze filosofische reacties de ervaring van mensen in morele conflictsituaties ingrijpend, tegenstrijdig en veel complexer is dan de filosofen, die pogen het goede antwoord te vinden, onderkennen. Zij stelt dat het intuïtieve standpunt door filosofen doorgaans wel herkend wordt maar vervolgens weggeredeneerd.
Sommige moderne opvattingen over ethiek ontkennen het bestaan van tragische conflicten. Aischylos' tragedies zouden aan logische inconsistentie lijden. Nussbaum verdedigt het intuïtieve standpunt; onze intuïtieve morele opvattingen zijn een betere weergave van de geleefde werkelijkheid dan theoretische oplossingen.[10] Daarom moet dit standpunt veel verder en gedetailleerder uitgewerkt worden waarbij vooral het risico op verlies van belangrijke waarden bij de filosofische oplossingen aangetoond kan worden. Aischylos voldoet volgens haar aan deze eisen bij het intuïtieve standpunt.

10 M. Nussbaum, 2012, p. 79.

3.2.1.3 Agamemnon [11]

Agamemnon komt voor een onontkoombare en gruwelijke keuze te staan die hem zomaar bij toeval overkomt. Twee tegenstrijdige godenopdrachten noodzaken hem tot de keuze: óf zijn dochter Ifigenia offeren (bevel van godin Artemis), óf zijn leger op strafexpeditie naar Troje (expeditie vindt plaats op bevel van Zeus) laten omkomen door verhongering (wraak van Artemis), waarbij Ifigenia uiteindelijk ook zal sterven. Agamemnon moet kiezen tussen deze twee kwaden en weet dat hij in beide gevallen moreel schuldig is. Zijn eerste reactie is woede en verdriet. Hij beseft dat het offeren van zijn dochter de keuze is die hij moet maken omdat in het andere geval het hele leger omkomt en zijn dochter eveneens sterft. Dan gebeurt wat de tragedie een onverwachte en nog dramatischer wending geeft; Agamemnon gaat zijn gevoelens en emoties in overeenstemming brengen met de daad die hij moet uitvoeren waardoor hij een verandering inzet van slachtoffer naar dader. Hij maakt de afschuwelijke keuze tot een 'goede' keuze. Hij wordt van een vader een slachter. Het koor zingt in de tragedie de tegenstem en klaagt hem aan vanwege deze innerlijke legitimatie van zijn gruweldaad. Het offeren was onontkoombaar maar het oordeel van het koor gaat over de immorele gevoelloosheid van vader Agamemnon als hij zijn dochter doodt. Dit doden slaat zelfs om in bloeddorstige wellust. Daarvoor heeft hij innerlijk rationeel en consistent de belangrijke deugd van liefde en vriendschap doodgemaakt. Zo kan een vader onder druk van een tragisch conflict waarden elimineren waardoor hij zijn dochter niet meer als een geliefd mens, maar

11 M. Nussbaum, 2012, p. 87vv.

als een soort offerdier ziet. Risico op pijn, emoties en diep gekwetst worden, bant hij uit door waardeëliminatie.

3.2.1.4 Eteokles [12]

12 M. Nussbaum, 2012, p. 93vv.

Eteokles, koning van Thebe, komt in een tweegevecht letterlijk tegenover zijn tweelingbroer Polynikes te staan als deze met een leger Thebe wil veroveren. Zijn verplichtingen als verdediger van de stad en als broer, zijn beide tegenstrijdige, sterke eisen. Hij klaagt een moment over dit lot dat zijn familie treft maar herneemt zich vervolgens. Het koor in de tragedie bemerkt de vreemde reactie van Eteokles, die spanningloos het zwaard tegen zijn broer opneemt. Net als bij Agamemnon is het niet zozeer de onontkoombare keuze uit twee kwaden die veroordeeld wordt, maar de wijze waarop Eteokles van afschuw over zijn lot overgaat naar een hartstochtelijk verlangen om zijn broer te doden. Het is deze tégennatuurlijkheid die aangeklaagd wordt. Waar onaangedaanheid is, hadden tranen moeten vloeien over de misdaad van de broedermoord, al was die onontkoombaar. Eteokles heeft zich losgemaakt van de deugd van liefde voor de familie en de gevoelens die daarbij passen. Hij verheerlijkt het recht op de verdediging van de stad en ontkent alle waarde voor mensen van familiebanden. De consistentie in het conflict wordt bereikt door deze zelfmisleiding. Nussbaum wijst op het realiteitsmoment in het hechten aan het voortbestaan van de stad. Zó zullen Atheense jongens opgevoed worden; als het er op aankomt telt familiebelang minder dan de stad. Onderdrukking van de waarde van familie heeft in die zin maatschappelijk nut. Aischylos brengt de ambivalenties die hierbij leven in beeld. Misschien illustreert de tragedie dat de prijs voor eenvoudige stadsprioriteit te hoog is. Als aan het eind van het stuk het koor in tweeën splitst, lijkt dat een erkenning van meerduidigheid; meerdere partijen in dit tragische conflict hebben recht van spreken.

3.2.1.5 Een leerproces door pathos

In beide conflicten is het koor verwoorder van de opvatting van menselijke voortreffelijkheid. Dat levert enkele inzichten op:

1 Zelfs als iemand vanwege de omstandigheden overgaat tot een kwaad, is er daarnaast een terrein waarop hij goed kan blijven. De emotionele reacties op het morele conflict, de gedachten die iemand erover heeft, daar kan hij wél wat aan doen. Iemand met een goed karakter kan met levendige verbeeldingskracht een complex van mogelijke reacties oproepen, wat behulpzaam is bij het op juiste wijze overzien van de conflictsituatie. Agamemnon en Eteokles onderdrukken deze complexe beeldvorming van de situatie waarin zij zich bevinden. Agamemnon verdringt zijn aanvankelijk passende reactie. Eteokles beperkt kunstmatig de waarden die er in zijn situatie toe doen. Het had in beide situaties ook anders gekund. Agamemnon had bijvoorbeeld de strijdige eisen van de goden en de onmogelijkheid aan beide tegemoet te komen onder ogen kunnen zien. Hij had -breder en dieper- kunnen nadenken over wat vroomheid betekent, of gehoorzaamheid aan goden en over het moeilijke gegeven dat hun eisen strijdig kunnen zijn. Hij had zijn dochter moeten zíen; zich moeten openstellen voor de relatie met zijn kind en alle herinneringen daarbij. Een goed mens moet gevoelens ervaren die passend zijn bij de situatie. Dat moet in het emotionele gedrag zichtbaar en voelbaar worden. De onontkoombare misdaad moet ook betreurd worden en in de emotie van wroeging erkend als een kwaad. De veroordeling van het koor heeft alles te maken met 'vrijwillige overmoed'. Het koor veroordeelt de emoties, de gemoedstoestanden waarin deugdelijk gekozen had kúnnen worden ondanks de tragische conflictsituatie. Maar de dader toont wellust (Agamemnon) en hartstochtelijke drang om te doden (Eteokles).

2 Gevoelens en gedachten die in dergelijke situaties aan het licht treden, zeggen in

de optiek van het koor iets belangrijks over het karakter van de dader. De conflictsituatie is een test voor het karakter maar het is ook een leerproces dat tot wijsheid kan brengen. Leren door *pathos*, lijden, vergt dat iemand de situatie waarin hij verkeert echt ziet en ervaart en daarin kan komen tot meer zelfkennis en inzicht in de wereld. De tragediedichters gebruiken hiervoor de schok van het lijden die vaak nodig is om te beseffen welke pijn of ellende iemand doormaakt. Toeschouwers verkennen de tragische conflicten met de eigen angst- en medeleven reacties die door de dichters bewust opgeroepen worden om kennis te laten verwerven die met louter cognitie niet kan worden opgedaan.

3 Een toevallig conflict tussen twee morele plichten hoeft niet een logische tegenspraak te zijn en de door filosofen geduide 'inconsistentie' kan wel degelijk een situatie zijn zoals die zich aan mensen voordoet. In die zin komt Aischylos dicht bij de intuïtieve ervaring van morele dilemma's. De aandacht van het koor voor de zuivere inschatting van de situatie en het morele oordeel dat eruit voortkomt, wijst op morele rationaliteit die de beperkte betekenis van rede en verstand kent en samenwerking van denken en voelen honoreert. De emoties die zich voordoen, of juist het ontbreken van emoties die zich hadden móeten voordoen, gezien de situatie, leiden tot het gevoelsmatig en rationeel gewogen oordeel van het koor.

4 Bij de tragedies van Aischylos gaat het niet zozeer om het oplossen van morele conflicten maar vooral om de complexiteit ervan rijk en diep in beeld te brengen. Daarmee wordt ook duidelijk dat de theoretische oplossingen van de filosofen ontoereikend zijn vanwege dat theoretische en daarom niet-passende.

5 Wat is de beste reactie als 'oplossen' niet aan de orde is? Voor wie zich in die situatie bevindt is de beste reactie het lijden te doorstaan, erkennen dat het conflict er is en dat er geen uitweg is en het goede karakter met reacties die daarbij horen niet onderdrukken. Voor het koor of het publiek is de beste reactie respect voor de tragische situatie en besef dat een dergelijke situatie zich in ieder mensenleven kan voordoen. Belangrijk is ook dat naast kwaad het ethisch goede mogelijk blijft, zoals in de emoties pijn en wroeging die serieus genomen moeten worden als intuïtieve kennisbron. Nussbaum's standpunt is dat alle emoties die zich intuïtief bij mensen voordoen intelligentie hebben; een intuïtieve kennisbron vormen. Emoties kunnen cognitief en reflectief verkend worden op hun moreel informatieve waarde. De tragedies tonen de sterke wens bij mensen om het intuïtieve standpunt los te laten en zo de risico's van schuld en wroeging te ontlopen door emotie- en waarde onderdrukking. Zo laat het tragische theater naast de tragiek in alle complexiteit ook zien waar de (begrijpelijke) ontkenning van tragiek en complexiteit vandaan komt.

3.2.2. De tragedie van Sophocles

3.2.2.1 Strategie van waarden- of plichten vereenvoudiging

Vanuit het tragische dat mensen kan overkomen rijst de vraag of het mogelijk is dit soort tragiek te voorkómen. Praktisch inzicht leidt dan tot een levensordening waarin tragische conflicten vermeden worden. De voor de hand liggende route, die ook in het moderne denken als rationeel criterium geldt, is het aantal waarden dat tot onderlinge plichtsconflicten kan leiden, verminderen. De vooronderstelling daarbij is dat gehechtheid van mensen aan waarden niet conflictueus en tragisch hoeft te zijn; het tragische is op voorhand uit te sluiten. De *Antigone* vormt een voorbeeld van dergelijke morele rationaliteit en de daarmee verbonden visie op- en ordenen van de werkelijkheid. De hoofdrolspelers, Kreon en Antigone hebben ieder hun eigen idee over de juiste manier van kijken in een morele crisis. Vanuit die visie

zijn ze in staat om waarden en plichten eenvoudig te ordenen en lijkt het alsof ze ontkomen aan een moreel conflict. Maar deze tragedie laat zien dat beiden ernstig tekortschieten en dat dit te maken heeft met verdringing, ontkenning en vervorming van waarden en plichten. Het navolgbare en prachtige streven naar vereenvoudiging en beheersing van de wereld lijkt alleen te slagen door waardereductie en blikvernauwing. Voor de hoofdspelers van *Antigone* eindigt dit in wroeging bij Kreon (maar te laat) en dodelijk kil ten onder gaan voor Antigone.

3.2.2.2 Antigone [13]

13 M. Nussbaum, 2012, p. 109vv.

De tragedie *Antigone* is uiterst complex en rijk en Nussbaum verkent die breedte en diepte op indrukwekkende wijze. Het is dan ook onmogelijk om de verstrekkendheid en vele betekenissen in deze paragraaf in beeld te brengen. Het blijft beperkt tot een eerste verkenning van de hoofdlijnen van haar betoog.
Aan het begin van de tragedie zitten Kreon, ziener Tiresias en het koor op één lijn; het bezit van praktisch inzicht is voor een mens het allerbelangrijkste en onverstand het meest schadelijke. Als Kreon dat nader invult, komt praktisch inzicht voor hem neer op de eenvoudige wetenschap dat 'het goede voor de stad' (ingevuld als veiligheid en welzijn) altijd vooropstaat. 'Burgertrouw' getuigt dan ook van een goede geestelijke gezondheid.
Het tragische conflict ontstaat rond het dode lichaam van Polynikes, vijand van de stad, maar ook verwant van Kreon en Antigone, de zus van Polynikes. De conflicterende plichten zijn: het recht van de stad (het lijk van een vijand laten liggen buiten de stadsgrens) en het recht van de onderwereld en familie (vroomheid betrachten jegens de goden en mensen begraven, eens te meer wanneer het familie betreft). Staatsplicht en religieuze- en familieplicht strijden hier want Antigone eist dat Polynikes begraven wordt. Toeschouwers van de tragedie verwachten dat die tweestrijd zichtbaar is in Kreon, maar niets is minder waar. Kreon heeft alle waarden die van belang zijn onder zijn hoogste waarde 'de stad' gebracht en deze waarden herkaderd, hun betekenis omgeduid, zodat ze alle passen in zijn waardestelsel en zijn hoofdwaarde versterken. Goed of slecht wordt in zijn interpretatiekader: goed of slecht voor het welzijn van de stad. Antigone is 'slecht' volgens Kreon omdat ze een slecht stadsburger is. De waarden eer en respect komen bij Kreon helpers van de stad toe. Rechtvaardigheid geldt alleen als het de stad dienstig is. Bloedbanden versleutelt Kreon tot vriendschapsbanden onder burgers (als de stad je enige familie is, kan er geen conflict ontstaan). Zelfs seksualiteit, de hartstocht van zijn zoon Haimon voor Antigone, kadert hij onder 'goed burgerschap' wat inhoudt: een goede burger ziet zijn vrouw als voortbrengster van burgers. Wat betekent dit voor de afzonderlijke waarden? Het omduiden leidt tot andere inhouden van waarden en het onderschikken (onder 'de stad') doet het gebruikelijke onderscheid van de deugden verdwijnen. In deze reductie is er slechts één vorm van *eudaimonia* die telt: het vermogen om welzijn voor de stad voort te brengen. Er zijn ook waarden die Kreon elimineert; liefde en vroomheid, de waarden die spelen op het gebied van het conflict en het verzet tegen hem door Antigone. Hij herschept de goden naar eigen beeld en gelijkenis zodat ook zij zullen instemmen met zijn gelijk: Polynikes als vijand van de stad mag niet begraven worden. Op deze wijze is er ordening, eenvoud en helderheid en -naar het lijkt- stabiliteit. De complexiteit en grilligheid van de wereld kan met morele, praktische rationaliteit bedwongen worden. Daarvoor zijn slechts twee dingen nodig: het absoluut goede moet enkelvoudig of eenvoudig zijn en voor alle andere waarden en belangen moet gelden dat ze aannemelijk, inzichtelijk onder de absolute bron van waarde passen, zónder inwendige conflicten. Nussbaum omschrijft dit in termen van het financiële beeld van Kreon zelf: het doel moet een gemeenschappelijke munteenheid bieden waarin

alles omgerekend moet kunnen worden.[14] De tragedie laat zien dat de werkelijkheid van de stad een andere is. De stad is complex; individuen, families, hun onderlinge twisten en verschillende belangen, de kracht van bloedbanden, de hartstocht van liefdesrelaties, trouw aan religieuze gebruiken en plichten, waaronder het begraven van de doden, het speelt allemaal gemengd en strijdig. Kreon's stadvisie vergt dominant leiderschap waarbij tegenstanders overwonnen en getemd moeten worden. Deze door Kreon geconstrueerde werkelijkheid begeeft het. Te laat, als zijn zoon sterft, beseft hij dat hij niet één van de vele burgers verliest, maar zijn kind van wie hij houdt. Hij laat zijn strategie varen en geeft, getergd door wroeging, toe dat de echte wereld complexer is. Ziener Tiresias en het koor hebben zijn visie al veel eerder verlaten en tevergeefs geprobeerd Kreon te overtuigen van zijn beperkte blik. Nussbaum besteedt veel aandacht aan de bijzondere, rijkgeschakeerde rol van het koor dat een prachtig proces van bezinning en leren doormaakt en refereert aan tal van tradities en inzichten die de toeschouwers tot eenzelfde leerproces (moeten) bewegen. Hun inzicht groeide naarmate Kreon's één-dimensionaliteit toenam. Interpretaties van de rol van Antigone verschillen van 'ze schiet net zo tekort als Kreon' (visie van Georg Hegel) tot 'zij is een heldin'.

Deze heldin-toedichting wordt bevestigd in een recensie in Trouw van 'Antigone' met als opschrift: 'Een beetje meer Antigone is welkom in deze wereld'. Het tragische conflict van Antigone is volgens deze interpretatie: je eigen morele kompas volgen óf je conformeren aan wat van je wordt verwacht.[15]

Nussbaum ziet bij Antigone eenzelfde mechanisme van vereenvoudiging als bij Kreon maar toch pakt een ethisch oordeel over haar milder uit.

Ook Antigone stelt één waarde, de *filia* voor de familie, boven alle andere waarden. *Filia* is hier de verplichtende familie-liefde, niet de gevoelsmatige band. Plichtsbetrachting jegens een dood familielid stuurt haar werkelijkheidsvisie. Dat dit familielid als vijand de stad wilde aanvallen, speelt geen enkele rol. Voor Antigone is er geen conflict en tegenstrijdigheid. Ze verschijnt in de tragedie als een monomane, op de dood en daarbij horende plicht gefocuste vrouw. Zoals Kreon andere waarden onder zijn gekozen hoofdwaarde herschikte, zo doet zij hetzelfde met plichten die ze onder één hoofdplicht plaatst. Zo creëert ze een veilig, conflictvrij stelsel van plichten. De waarden vroomheid, eer en recht worden in haar herdefinitie door geen buitenstaander meer herkend na haar her-duiding. Vroomheid betekent nu dat zij 'weet' wat Zeus wel en niet aan plichten oplegt; hij wordt simpelweg de behartiger van de rechten van doden.

Zowel Antigone als Kreon verschijnen als kille, liefdeloze mensen. Terwijl het koor zingt over de macht van *eroos* ontbreekt *eroos* in die beide levens op onmenselijke wijze. Met hun herschikking en herinterpretatie van waarden hebben ze een zekere harmonie bewerkstelligd maar emoties en passies verloren. Hoe erg dat is, heeft Kreon uiteindelijk ondervonden. Bij Antigone loopt het anders. Waar Kreon de complexiteit van de stad, inclusief liefde, passie en vroomheid, moet onderkennen, leert Antigone hoezeer zij onderdeel uitmaakt van de stad, de wetten die daar gelden en het belang van burger zijn, óók waar het begraven van de doden betreft. Door eigenwettigheid schiet ze tekort in vroomheid en burgerschap én in liefdesbanden die er zouden moeten zijn met haar zus Ismene en Haimon die haar zielsveel liefheeft. Ze sterft, afgesneden van liefde en familie.

Nussbaum constateert dat de tragedie twee strategieën toont van reductie tot beperkte morele werelden. Kreon heeft één menselijke waarde tot hoogste doel gemaakt, Antigone één menselijke plicht. Toch is wat Antigone doet minder verwerpelijk omdat nutsdenken (Kreon) erger is dan heiligschennis (schennis die Antigone wil voorkomen) Daarnaast schaadt Antigone met haar beperkte visie alleen zichzelf maar niet de wereld, stelt Nussbaum. Haar deugd is bovendien, hoewel gereduceerd,

14 M. Nussbaum, 2012, p. 120.

15 Trouw, 18-09-2012, van 'Antigone' van Nicole Beutler en Ulrike Quade.

complex genoeg om door haar tot in haar dood verdedigd te worden, terwijl Kreon genoodzaakt is zijn geconstrueerde ethiek geheel te herroepen.

3.2.2.3 Complexiteit en harmoniestreven

Concrete situaties leggen complexe verbindingen en netwerken open waarbij het ondenkbaar en onwenselijk is om deze gelaagdheid en verscheidenheid via een rationele analyse te willen vatten en onderbrengen in een overzichtelijk geordend waardesysteem. De tragedie Antigone brengt de schade die dergelijke pogingen berokkent in beeld. Nog enkele andere bevindingen worden hieronder geschetst. Hegel vindt het een goede opvatting van ethiek wanneer geprobeerd wordt conflicten uit te sluiten. De tragedie heeft in zijn optiek laten zien hoe het niet moet, maar ook hoe conflicten wel vermeden kunnen worden. Hegel acht een synthese denkbaar (harmonie) van de beide domeinen familie en stad zonder verlies van waarden en plichten. De Atheense toeschouwers worden in dat geval uitgedaagd om te streven naar conflictloze harmonie. Nussbaum honoreert dit denken dat zij bij moderne denkers herkent, deels. Zij wijst op een aantal aspecten van de tragedie dat de synthesebenadering bemoeilijkt en kijkt daarbij vooral naar de interpreterende, lerende rol van het koor. De intentie om bepaalde wetten of plichten te respecteren is nog iets anders dan in concrete situaties conflicten tussen verschillende waardedomeinen voorkomen en uitsluiten. De tragedie schetst een complex web van verbindingen en dwarslagen, waarin de betekenissen van wat gebeurd is en de duiding van het koor meervoudig zijn en bovendien in ontwikkeling. Het is een proces dat in wezen onbegrensd is; inzichten veranderen naarmate bijvoorbeeld kennis toeneemt of situaties veranderen. Belangrijk is ook dat de wijze waarop de dichters de koorteksten hebben gecomponeerd op zich van betekenis is voor de manier waarop de ziel van een mens kan leren. Het is geen neutrale weergave die interpretatie richtlijnen vermeldt. De odes zijn droom-achtig beschreven en de bewegingen die op droom-niveau kunnen plaatsvinden, zijn veelvuldig, mysterieus, gelaagd en moeilijk (of misschien zelfs niet) te doorgronden. In de liedteksten wordt associatief nagedacht, aanvaard en weer verworpen; een continu proces van interpreteren en (her)overwegen. De koorstijl haakt aan het mysterieuze en eerbiedige dat ratio doorkruist met vreemde onbegrijpelijkheid. Van de toeschouwer wordt ontvankelijkheid verwacht voor dit mysterie van het mensenleven, voor complexiteit en leren, waarbij uiteindelijk de concrete situatie waarin mensen zich bevinden, bepaalt of een zienswijze (voor dát moment en díe situatie) góed is. Het vraagt alertheid en flexibiliteit in waarnemen. De stijl van het koor doet beseffen dat morele waarden wel verhelderd kunnen worden maar nooit uitputtend en sluitend en voor altijd. Het koor brengt keer op keer te binnen dat een verstandelijke reactie tekortschiet. Angst, liefde en verdriet vragen emotionele ontzetting die niet vermeden moet worden maar juist serieus genomen. Deze emoties stellen mensen in staat om reflectief te ontdekken wat er in hun leven werkelijk toe doet.

3.2.3 Tragedie in de (politieke) gemeenschap

Er is een ander aspect van tragedies dat nog niet expliciet ter sprake is gekomen maar wel relevant is voor de vergelijking van 'theater' met het theaterbusinessmodel van Lee. Dat is het gegeven dat tragedies te midden van de politieke gemeenschap van Athene worden uitgevoerd. Een theatergezelschap voert de tragedie op; dat betekent muziek, dans, gesproken tekst, interactie tussen spelers en reacties van het koor. Tragedies spelen tijdens een religieus feest. De volksgemeenschap komt samen en die gezamenlijkheid maakt deel uit van het belang van de tragedie. Het is

geen individuele zaak, de aanwezigheid van medeburgers is essentieel. De onderwerpkeuze van de tragediedichters staat ook in die context van gemeenschappelijk leven in de stadstaat. Burgerschap, rechtvaardigheid, het zijn thema's die naast meer interrelationele onderwerpen, het sociaal-maatschappelijk leven aangaan. De geschiedenis, de cultuur van de gemeenschap wordt er in opgenomen en bespiegeld. De hele leefsituatie van mensen in hun concrete dagelijkse bestaan, hun individuele worstelingen tot en met de politieke instabiliteit en strijdigheid en alles wat hen daarbinnen wel en niet te doen staat voor *eudaimonia* komt aan bod. Nussbaum signaleert hierin ook een belangrijk verschil tussen de tragedie en een literair filosofisch werk. In een tragedie wordt het complexe en conflictueuze compleet getoond en niet vermeden of verzacht. In aansluiting met het dagelijks leven van de toeschouwers wordt de werkelijkheid rationeel en emotioneel 'verwerkt'. In laatste instantie dragen tragedies bij aan gemeenschappelijk zoeken naar hoe mensen met elkaar willen samenleven en gedeelde opvattingen van waarden zoeken van het goede leven. Het gemeenschappelijke kijken, de onderlinge verbondenheid (vriendschap, liefde), (emotioneel) participeren en leren, is een *conditio sine qua non*. Nussbaum zegt hierover:

> 'Dit gegeven verdiept ons anticiperende beeld van het contrast met Plato, want deze mensen ervaren de complexe aspecten van de tragedie terwijl en doordat ze een gemeenschap vormen, niet doordat elke ziel los van zijn medezielen afzonderlijk aan de slag gaat. Ze letten op wat gemeenschappelijk is, wat overeenkomt en worden een gezamenlijk reagerende groep. Ze reiken niet naar de eenzame hoogten van beschouwing van waaruit je moeite moet doen om weer naar het gemeenschapsleven af te dalen. Ze nodigt ons niet uit om het goede daarbuiten te zoeken en staat dat zelfs niet toe.'[16]

16 M. Nussbaum, 2012, p. 133.

3.2.4 Moreel leren uit tragische emoties

Nussbaum heeft voor het bespreken van tragedies gekozen en niet voor filosofische werken omdat de complexe tragische gedichten in zo'n compleet toneelstuk het geheel laat zien van de ontwikkeling van een ingewikkeld patroon van afwegingen. Tragedies tonen personages die op zoek zijn naar wat moreel belangrijk is. Ze dwingen de toeschouwers om bij de interpretatie net zo actief te zijn. Bij Aristoteles zal zichtbaar worden dat hij wil vasthouden aan de centrale rol van geleefde ervaring bij praktisch inzicht en aan het belang van tragedies als onderdeel van morele opvoeding van burgers. De tragische teksten zijn voor iedereen beschikbaar die wil uitzoeken wat een goed leven is. Bovendien is een tragedie een zorgvuldige uitwerking van bepaalde thema's en problemen die met een vooropgezet doel onder de aandacht worden gebracht waarbij de spelers góede mensen zijn met wie toeschouwers zich kunnen identificeren. Een tragedie bevordert zelfonderzoek en maakt een vruchtbare discussie mogelijk.

De Anglo-Amerikaanse filosofische traditie duldt geen beroep op emoties, gevoelens en zintuiglijke reacties, zegt Nussbaum. Het intellect moet gescheiden worden van louter menselijke delen, zo is de opvatting die teruggaat tot op John Locke.

De 17e eeuwse filosoof Locke wordt gezien als grondlegger van het liberalisme en invloedrijk voor het gedachtegoed van de Verlichting. Vrijheid en gelijkheid van mensen vormen belangrijke principes. De staatsvorm die hij bepleit is een vrijwillig sociaal contract tussen vrije mensen waarbij 'de macht' niet uit handen gegeven wordt maar bij het volk blijft. Locke's denken heeft invloed gehad op de inhoud van de Declaration of Independence en de Amerikaanse grondwet.

Maar het Verlichtingsdenken dat put uit Locke's erfgoed heeft ook de Schotse Verlichting voortgebracht. In met name de tweede helft van de 18e eeuw komt de Schotse Verlichting op met als belangrijkste denkers Adam Smith, Francis Hutcheson en David Hume. Schotse verlichtingsdenkers

houden zich bezig met normatieve vraagstukken in de stroming van het Moreel Sentimentalisme waarbinnen moreel oordelen niet op grond van de ratio plaatsvindt maar door het niet-rationele gestuurd wordt (passies, emoties). Gevoelens en intenties van waaruit iemand handelt zijn voor de Schotse sentimentalisten moreel criterium.

Nussbaum verkent ethische opvattingen die narratief en dichterlijk gestalte krijgen, waarbij de cognitieve activiteit voornamelijk bestaat uit het bereflecteren van onze emotionele reacties. Het concept '*katharsis*' dat hierbij aan de orde is, brengt Aristoteles in *Poetica* ter sprake.

Wat we vinden van gebeurtenissen, ontdekken we voor een groot deel vanuit een besef hoe we ons voelen, is haar *statement*. Via de eigen emotionele reacties kunnen mensen inzicht krijgen in hun toestand. Ze spreekt over 'de intelligentie van emoties'. Afkeer, schaamte, woede, medelijden; ze informeren over zaken die mensen wel of niet waardevol vinden. Ze geven mensen een beeld van 'het goede leven'. Ze tonen ook behoeftigheid en afhankelijkheid; mensen hebben wat gebeurt niet geheel in de hand.

Tragedies doen mensen ook beseffen dat rampspoed de béste kan overkomen. Soms is tragiek het gevolg van slecht gedrag van góede mensen, soms spelen de antropomorfe Griekse goden een kwalijke rol, maar lijden is ook vaak te wijten aan menselijk wangedrag.

Dít aspect van slecht gedrag benadrukken alle Griekse tragedies; ze koppelen de tragische situatie aan noodzakelijke reflectie op de vraag hoe mensen gerechtigheid kunnen bereiken. 'Schrille fictie' noemt Nussbaum de situaties die tragedies schetsen. Het publiek moet nadenken over moeilijke vragen naar oorzaken van rampspoed, onontkoombaarheid ervan en menselijke verantwoordelijkheid en de vraag waar de scheidslijn daartussen loopt. Daarbij brengt de tragedie niet een boodschap van 'berusting' en 'onveranderlijkheid' maar de opdracht tot zelfonderzoek. Berusting houdt machtigen op de troon, de tragedie brengt door angst en medelijden inzicht in het lijden en de noodlottigheid van anderen (die zijn zoals wij) en dringt tot hándelen; goed-doen.

3.3 PLATO: **EUDAIMONIA** ZONDER KWETSBAARHEID?

Bij mensen die in Lee's ziekenhuis terechtkomen, is het volgens Lee het allerbelangrijkst dat zij een 'positieve genezingservaring' opdoen en daardoor loyale klanten zijn en blijven. Lee komt tot deze prioriteit vanuit het inzicht dat patiënten niet op grond van medisch-technische resultaten hun keuze voor een ziekenhuis bepalen maar op grond van gevoelsmatige, emotionele overwegingen. Niet de 'meetbare' zorg die zij ontvangen hebben maar de 'ervaren' zorg is doorslaggevend. Bij 'ervaren zorg' (perceptie van zorg) blijken medemenselijkheid, bewogenheid met hun lot en een oprechte, inlevende bejegening doorslaggevend te zijn. Lee instrumentaliseert deze menselijke behoefte aan menslievend bijgestaan worden door de perceptie van de patiënt te 'managen' via een strikte regie over omgeving en personeel rond de patiënt. Op een vooralsnog onduidelijke wijze gaan ratio en emoties in zijn ziekenhuisconcept samen op. Beheersing domineert bij Lee evenals controle over het gewenste bedrijfsresultaat (door meten; ook de 'zachte kanten') en continu verbeteren. Wat gebeurt er met ethische waarden (zoals compassievol zorgen voor mensen) in een context van beheersen en meten en welke betekenis heeft dat voor mens-zijn?
In deze paragraaf wordt Plato's streven naar 'beheersen' van tuchè verkend wat mogelijk relevant blijkt voor een beter begrip van het instrumentele omgaan met emoties in Lee's zorgconcept.
De menselijke kwetsbaarheid voor *tuchè* en de spanningen die dat oproept voor authentieke menselijke waarden zoals de tragedies van Aischylos en Sophokles openleggen, zijn voor Plato aanleiding om te zoeken naar een van *tuchè* onafhankelijk leven. Plato, telg van een aristocratische Atheense familie en daarmee voorbestemd tot een politieke carrière, wordt als jonge man leerling van Socrates. Hij wijdt zijn leven -mede door de onrechtvaardige politieke veroordeling van Socrates tot de gifbeker- aan de filosofie. Zijn werken bestaan voornamelijk uit dialogen waarin zijn leermeester een hoofdrol speelt. Nussbaum wijst er op dat deze dialoogvorm het soms moeilijk maakt om te bepalen welke positie Plato uiteindelijk zelf inneemt. Zowel het onderscheiden van eventuele verschillen tussen leermeester en leerling als de dialoogvorm zelf (een zich ontwikkelende discussie) maken dat onderscheid moeilijk. In *Het Bestel* en de *Faidon* is volgens Nussbaum wel duidelijk welke opvattingen Plato verdedigt. De dialogen *Protagoras* en *Symposion* zijn veel minder eenduidig. De *Faidros* interpreteert Nussbaum als een onmiskenbare ommekeer in Plato's denken. Een andersoortige moeilijkheid is dat Plato in de late dialoog de *Faidros* al zijn eerdere werk fundamenteel bekritiseert. In deze paragraaf wordt Plato's denken kort verkend. Het willen beheersen van *tuchè* door *technè* komt in 3.3.1 aan de orde. Zijn anti-tragedie standpunt in 3.3.2 en het volmaakte standpunt van de filosoof in 3.3.3 In 3.3.4 staat Plato's herroepen van *eroos* als bedreiging van rationele orde en stabiliteit centraal.

3.3.1 **Tuchè** en **technè**

Plato wil zich niet neerleggen bij onontkoombaarheid van toeval in het maatschappelijk leven. Menselijke vooruitgang in het omgaan met het onbeheersbare acht hij mogelijk in het verwerven en ontdekken van de *technai*. *Technai*, meervoud van *technè*,[17] wordt in de tijd van Plato niet onderscheiden van epistèmè (wetenschap, kennis, inzicht). Socrates bepleit in de *Protagoras* het ontwikkelen van een nieuwe *technè* die morele afwegingen combineert met de wetenschappelijke nauwkeurig-

17 *Technè* is menselijke kunde of wetenschap. M. Nussbaum, 2012, p. 156.

heid van tellen, wegen en meten, wat tot de gewenste noodzakelijke beheersing van *tuchè* leidt. In de *Protagoras* strijden Socrates en Protagoras over de wetenschappelijke oplossing die gevonden moet worden vanuit de mythe van Prometheus. Prometheus, die aan de onder *tuchè* lijdende mensen *technai* schenkt -een rijke bron van kennis en kunde- heeft *tuchè* daarmee nog onvoldoende verslagen. Mensen worstelen nog met strijdige waarden en plichten en de eigen hartstochten. Prometheus geeft de sprakeloze, weerloze,onkundige mensen in hun ellende, *technai* zoals: bouwvaardigheden (huizen, schepen, land), reken- en taalkundigheid, voorzienend en duidend denkvermogen[18] (interpretatievaardigheid) en geneeskunde.

18 M. Nussbaum, 2012, p. 157.

Er heerst in de dialoog verwarring over waarden. Welke rol kan en mag bijvoorbeeld erotiek spelen? De schoonheid van de begeerlijke Alkibiades roept die vraag steeds op. Wat is nastrevenswaardig en wat moet vermeden worden?
Het algemene probleem van *tuchè* wordt ontleed in drie ziektes van de ziel. Het is de hechting van mensen aan kwetsbare objecten en activiteiten die hen ontvankelijk maakt voor *tuchè*. Vervolgens is de meervoudigheid van waarden problematisch; een gemeenschappelijk vergelijkingscriterium zou onderlinge vergelijking en het vermijden van conflicten mogelijk maken. Daarnaast zijn het hartstochten en behoeften die ziekten van de ziel zijn en plannen doorkruisen. *Technè* kan van deze ziekten genezen. Wat zijn kenmerken van *technè*? Nussbaum beschrijft ze vanuit het latere werk van Aristoteles waarin die kenmerken helder verwoord worden. De criteria voor en de betekenis van *technè* komen al voor in het werk van Hippocrates over geneeskunde en natuurwetenschappen. Aristoteles' weergave stemt overeen met die medische teksten.[19]

19 M. Nussbaum, 2012, p. 163-165.

1 Algemeen geldigheid. Er is een hypothese nodig op grond van wat in één casus werkte, tegenover een theorie over vergelijkbare casussen die getoetst moet worden op houdbaarheid voor het geheel en dan tot een algemeen oordeel kan leiden.
2 Overdraagbaarheid. Algemeengeldigheid van *technè* maakt onderricht mogelijk. *Technè* kan vóór de ervaring zelf overgedragen worden.
3 Nauwkeurigheid. *Technè* zorgt voor helderheid en nauwkeurigheid (*akribeia*) *Akribeia* wordt vaak gekoppeld aan het beschikken over een standaardmaat of norm. Voor een timmerman is dit evident, voor het ambacht van de dokter zijn waarnemingen aan het lichaam van de patiënt minder exact.
4 Gericht zijn op een verklaring. Aristoteles noemt als voorbeeld een arts die medische *technè* heeft geleerd; deze arts kan uitleggen wat er gebeurt als een behandeling wordt toegepast en waarom het zo gebeurt (hoe het werkt). Hierbij gaat het om zo goed mogelijk kunnen voorspellen en beheersen en vandaar uit het resultaat van een behandeling inschatten.

In paragraaf 3.4.3 blijkt dat Aristoteles twee van deze vier criteria afwijst, namelijk algemeen geldigheid en onderlinge vergelijkbaarheid. Daar wordt toegelicht hoe hij pleit voor inductief kennis genereren (richtinggevende kennis), vanuit particuliere, specifieke situaties. Waarden zijn meervoudig en onderling onvergelijkbaar.
Deze vier geven door hun beheersende invloed greep op het toeval. Wat betekent dit voor Plato's zoektocht naar een wetenschappelijke ethiek? *Technai* dragen het meest bij aan concrete producten maar hoe zit het met vaardigheden en manieren van handelen? In het verlengde van wat al optimistisch leeft in het Griekse denken van de oudheid over het menselijk kenvermogen, werkt Plato de visie uit dat zowel cognitieve als ethische connotaties meetbaar zijn. Dat maakt systemisering en veralgemenisering van praktische morele keuzes mogelijk en daarmee overdraagbare principes die leiden tot voorspelbare resultaten. Het Griekse optimisme heeft te maken met kennistheoretische inzichten van bijvoorbeeld Pythagoras die stelt dat iets alleen kenbaar is als het telbaar is. Het meetbare is vergelijkbaar, begrijpelijk en

goed. Het onmeetbare is onbegrensd, chaotisch en slécht.
Meten wordt door Socrates bepleit zodra hij in de dialoog de sterke behoefte van mensen aan een wetenschappelijke, meetbare ethiek heeft aangetoond. Vanuit de eraan voorafgaande discussie of waarden met één enkele maatstaf te meten zijn, kantelt Socrates zijn redenering tot: ze móeten meetbaar zijn. We kúnnen niet overgeleverd aan toeval leven. In de dialoog neemt Socrates diverse stappen om uiteindelijk te komen tot zijn bewijs dat *akrasia* (een toestand waarin gebruikelijke rationele afwegingen tekortschieten) ontstaat vanuit onze vooronderstelling dat er meerdere, onderling vergelijkbare, waarden zijn. Díe aanname leidt tot conflicten en problemen. Het is ons beperkte menselijke standpunt dat ons zo doet denken en daarom is een overstijgend, wetenschappelijk gezichtspunt nodig. Toevallige conflicten kunnen uitgebannen worden door ontstijging aan het verwarrende specifieke dat mensen kwetsbaar maakt voor *tuchè*. Als alles onderling vergelijkbaar is, zijn objecten onderling ook probleemloos uitwisselbaar. Alkibiades is niet onvervangbaar; er zijn zoveel anderen die men kan liefhebben. Liefde, angst en andere waarden en emoties verdwijnen in hun huidige vorm.
Nussbaum becommentarieert: de dialoog stuurt de lezer niet naar een ware opvatting van praktische rationaliteit, maar toont het verband tussen bepaalde dringende behoeften en een bepaalde kunde of wetenschap. Daarmee samenhangend treden er veranderingen en verliezen op door deze kunde. Het lijkt slechts wetenschappelijk meten met eenvoudige middelen ten behoeve van een bepaald doel maar de *technè* zelf blijkt de doelen te beïnvloeden en tot nieuwe waarden en nieuwe afhankelijkheid te leiden. De vele belangrijke waarden die mensen koesteren, gaan niet onverkort samen met meten en beheersen. De vraag is of het elimineren van de pijn die kwetsbaarheid van mensen met zich meebrengt mogelijk leidt tot verlies van mens-zijn.

3.3.2 Een anti-tragedie standpunt

Plato introduceert een nieuwe tekststijl in zijn dialogen die sterk verschilt van de tragedies. Vóór Plato bestond er geen verschil tussen een 'filosofische' en een 'literaire' bespreking van menselijke morele problemen. Allerlei teksten, of dat nu prozaschrijvers of dichters betrof, boden onderricht in ethische kennis. In het zich afzetten tegen de literaire bronnen uit de traditie als belanghebbend voor het ontwikkelen van morele wijsheid erkent Plato impliciet hun functie voor ethisch onderricht. Onder deze bronnen vallen alle bekende typen literatuur: episch, lyrisch, tragisch, komisch, natuurwetenschappelijk, historische verhandelingen en retorica. In *Het Bestel* profileert hij zich vooral ten opzichte van de tragische dichtkunst die in Athene een belangrijke plaats in het onderwijsprogramma had. Filosofie genoot onder Atheners over het algemeen minder aanzien, wat Plato aanzette om filosofisch onderricht via geschriften te stimuleren. De Platonische dialogen lijken in een aantal opzichten op tragische toneelwerken. Ze laten verschillende standpunten zien, gekoppeld aan diverse personen en tonen subtiele verbanden tussen overtuigingen en gedrag; een intellectueel standpunt en een manier van leven. Dialogen geven een procesmatige ontwikkeling weer van moreel wikken en wegen. Daarnaast kennen ze ook *elenchos*; het kruisverhoor. Verder verschillen dialogen diepgaand van tragedies. De personen die erin figureren zijn gewoon en alledaags, ze spreken eenvoudig Attisch Grieks zonder verfraaiingen of het benutten van redenaarskunst. In de dialoog draait het niet om handelingen maar om het intellectuele debat van oordelen en overtuigen. Een dramatisch conflict wordt een kritische wederzijdse ondervraging in *technè* waarbij gezocht wordt naar een verklaring. Plato werkt op deze manier

omdat hij pertinent taal die zintuigen en emoties beïnvloedt op een emotionerende gevoelsmatige wijze, wil vermijden. Het intellectuele deel van de ziel moet gescheiden worden van die verstorende, ongewisse elementen die een mens afbrengen van de ratio. Zowel de tragedie als de dialoog vereisen van toeschouwer of lezer dat deze actief meedenkt, maar de dialoog focust op het redeneervermogen en ontmoedigt nadrukkelijk alle persoonlijke en emotionele reacties. Voor het vinden van waarheid en het echte morele leven helpt het verstand om het emotionele, hartstochtelijke en begerende te boven te komen. In Plato's afkeren van handelingen en moreel leren uit de tragediespelen en toewenden naar het intellectuele debat en het overstijgen van tragiek, neemt hij een anti-tragedie standpunt in.

3.3.3 Het volmaakte standpunt

Een kentheoretische vraag staat voorop: hoe, of vanuit welk standpunt is een toereikend oordeel mogelijk over de waarde van de mogelijke bestanddelen van een moreel leven? Gewone mensen geven doorgaans antwoorden waarvan filosofen oordelen dat het waardeloze activiteiten zijn. Hun antwoorden berusten volgens Plato op misverstanden. Vanuit welk standpunt kan de ziel goed schouwen en welke obstakels zijn er voor goed-zien?
Het beste leven voor een mens, waarin het goede niet kwetsbaar is, is het leven als filosoof beargumenteert Socrates in *Het Bestel*. Deze dialoog bestaat uit meerdere delen waarin het denken van Plato een ontwikkeling doormaakt. De weergave in deze thesis is noodgedwongen uiterst summier en volgt een globale hoofdlijn van dit werk.
Een filosoof doet aan zuiver, enkelvoudig en stabiel nadenken over de waarheid. De rede regeert en ordent verschillende mogelijke doelen.
Socrates ordent aangename activiteiten (respectievelijk 'genoegens') in drie groepen: begerend, emotioneel en verstandelijk. Dat correspondeert met de Platoonse driedeling van 'de ziel'. Plato vergelijkt in *Phaedros* de ziel van een mens met een paardenmenner (intellect) die twee paarden ment waarvan de één 'schoon en goed' is (goede wil) en de ander 'gevaarlijk en moeilijk' (begeerte).[20] Als Socrates' betoog vordert, wordt duidelijk dat het rangschikken van 'genoegens' niet plaatsvindt naar de intensiteit die bij deze genoegens ervaren wordt, maar naar 'echte waarde' of 'objectieve wenselijkheid' van de activiteiten zelf. Dit kan lijnrecht staan tegenover wat mensen 'ervaren' aan genoegens (reden waarom ze daar waarde aan toekennen). Aan het eind van *Het Bestel* heeft Plato de meest gangbare menselijke activiteiten verworpen omdat ze geen echte, of intrinsieke, waarde hebben.
De grote lijn van Plato's waardetheorie is: het leven van een filosoof staat tegenover een leven dat voornamelijk gericht is op aan behoeften verbonden activiteiten. De filosoof richt zich op sterven, dat wil zeggen de scheiding van de ziel van het lichaam. Bij de dood van het lichaam en de verlangens, zal de ziel van een mens voortleven.
Het beste leven is daarom zich wijden aan bespiegelende, wetenschappelijke en esthetische activiteiten. De rest heeft hooguit instrumentele waarde. De door een filosoof gekozen activiteiten zijn intrinsiek waardevol omdat de keuze uit 'echte waarde' voorkomt. Zo is ook het politieke leven van een filosoof waardevol; hij brengt stabiliteit en harmonie in de stad tot stand, maar deze activiteiten zijn wel 'minder' dan 'beschouwing'. Plato's opvatting van 'echte waarde' laat nog de mogelijkheid van een ernstig waardeconflict open. De eisen van filosofische beschouwing kúnnen botsen met de eisen van politiek leiderschap. Hoe minder 'hechtingen' mensen hebben, hoe kleiner de kans op waardeconflicten. De weinige conflicten die

20 Uit: *Platoon Verzameld werk, Plato Phaedros*, Stichting Ars Floreat, 2010, p. 16: 246a,b.

zich kunnen voordoen, worden opgelost met een vernuftige combinatie van morele opvoeding en politieke maatregelen. Socrates richt zich in *Het Bestel* op de twee meest gangbare oorzaken van ernstige waardeconflicten: familie en privébezit. De stad moet daarom eigendom en familiebanden niet helemaal afschaffen maar gelijkelijk verdelen over alle burgers. Socrates doet concrete voorstellen in de dialoog om conflicten vanwege familie of privébezit te voorkomen. Dat kan door menselijke ervaringen te transformeren; baby's laten voeden door verschillende voedsters voorkomt specifieke hechtingen in de jeugd en ook unieke, intieme banden in het latere leven. Alle burgers moeten elkaar als gelijke en geliefde vrienden beschouwen; onderling uitwisselbaar, niet specifiek of particulier. De begeerlijke Alkibiades is door ieder ander te vervangen. Een diepgaand probleem ziet Plato in de eigenliefde van mensen. Onderwijzers moeten al het mogelijke doen om het begrip 'persoonlijk' uit te bannen. De natuur zit mensen tegen en het besef dat de ware aard, de rationele ziel, toevallig in dat begerende lijf zit, moet deze potentiële bron van conflicten uitroeien. Een góed iemand ziet de waarde van mensen als volledig uitwisselbaar met de waarde van bijvoorbeeld instituties of wetenschappen met als gunstig gevolg: minimalisatie van conflicten en maximalisatie van stabiliteit in de stad.

3.3.4 Van **eroos** als 'dictator van de ziel' naar 'ethische waarde van hartstocht'

In de dialoog *Symposion* gaat het gesprek over de waarde van hartstochtelijke erotische liefde waarbij Socrates in debat is met opponenten en later in de dialoog ook met Alkibiades, de belichaming van erotiek en verleidelijke schoonheid. Socrates blijft, anders dan andere aanwezigen, onaangedaan door Alkibiades en hij pleit voor stabiele rationaliteit die dit soort liefde en schoonheid uitsluit. *Eroos* past hooguit instrumenteel in een onpersoonlijke, rationele moraal.
De dialoog *Faidros* speelt in een zinnelijke context die subtiel anticipeert op wat komen gaat. Faidros vraagt in deze dialoog om raad aan Socrates over het al dan niet aangaan van een verstandelijke erotische relatie. In de dialoog, die uit twee delen bestaat, herhaalt Socrates in het eerste deel zijn eerder ingenomen standpunt over *eroos*. Op het moment dat het gesprek ten einde lijkt en Socrates aanstalten maakt om te vertrekken, houdt zijn *daimonion* (een 'duiveltje') hem tegen en vindt een ingrijpende wending plaats. Socrates herroept met de woorden 'dit verhaal is niet waar' wat hij heeft gezegd over *mania* (waanzin) en *eroos*. De dichterlijke woorden 'dit verhaal is niet waar' citeert hij van Stesichoros; het eerder zo strikt vermeden poëtische krijgt in het tweede deel van de dialoog ruimte. Het gaat niet zozeer om eerherstel van de oude dichtkunst maar vooral om een nieuwe visie op filosofie; de ziel is complexer dan gedacht. Ook filosofie is een vorm van waanzin, *mania*; het mag een bezielde, minnende activiteit zijn. Het oude standpunt over waanzin wordt op de volgende punten herroepen: bepaalde vormen van waanzin worden nu eerbaar en nuttig of zelfs noodzakelijk voor *soofrosunè*. *Soofrosunè*[21] is de toestand van de ziel waarin het verstand betrouwbaar leiding geeft aan de andere elementen. Het woord wordt door Plato doorgaans tegenover *mania* geplaatst. De niet-verstandelijke elementen zijn noodzakelijk als bron van motiverende energie. Ze hebben vervolgens een belangrijke, sturende rol bij ons streven naar inzicht. *Mania* gaat ver voorbij het eerder bepleitte instrumentele. De hartstochten en de daardoor geïnspireerde handelingen zijn intrinsiek waardevolle bestanddelen van het beste leven voor een mens. Deze wending van Socrates heeft te maken met de directe ervaring van *eroos* in de aanwezigheid van Faidros. Nussbaum wijst er op dat dit in werkelijkheid niet Socrates overkwam, maar Plato zelf. Het leven keert de

21 M. Nussbaum, 2012, p. 299.

leer? Nussbaum licht allerlei impliciete verwijzingen in de dialoog toe waaruit zou blijken dat Plato hartstochtelijke liefde heeft opgevat voor Dion. Plato maakte al eerder een ontwikkeling door in denken over de ziel, morele kennis en de politiek. De liefde moet niet gezien worden als oorzaak van die ontwikkeling; liefde past er in. De dialoog eindigt met een gebed om liefde tussen lichaam en ziel. Maar de weg naar tragische conflicten is daarmee heropend.

3.4 ARISTOTELES: HET GOEDE MENSELIJKE LEVEN IS BREEKBAAR

Op ten minste twee punten is een vergelijking tussen Plato en Aristoteles interessant voor de probleem- en vraagstelling van deze thesis. Ten eerste wordt ten aanzien van de rol van gevoelens en emoties van mensen een ver uiteenlopend standpunt ingenomen door beide filosofen. Bij Lee's ziekenhuiszorgconcept spelen de menselijke emoties een centrale rol maar worden ze in een instrumenteel kader geregisseerd. Ten tweede nemen beide filosofen een contrasterend standpunt in ten aanzien van het vinden van 'waarheid'. Aristoteles vindt waarheid binnen de verschijnselen, in de wereld van menselijke overtuigingen en percepties. Zorgethiek neemt evenals Aristoteles de particuliere en veranderende werkelijkheid (de zorgbetrekking) als uitgangspunt; daarin toont zich (gaandeweg) het goede.
Het lijkt alsof Lee zijn zorgconcept afleidt uit de (perceptie van) de werkelijkheid van de patiënt en daarmee dicht bij zorgethiek staat. De vraag of dat het geval is, zal in deze thesis steeds terugkomen.
Aristoteles wil niet ontkomen aan *tuchè* maar zich ertoe verhouden omdat de prijs die betaald moet worden voor 'ontkomen' te hoog is. In deze paragraaf komt het belang van concrete overtuigingen en uitspraken van goede mensen als basis voor normatieve theorievorming en toetsing in 3.4.1 aan bod. 3.4.2 gaat over Aristoteles' uitgangspunt dat mensen (rationele) dieren zijn die gedreven door *orexis* (begeerte) handelen. In 3.4.3 en 3.4.4 worden respectievelijk praktisch inzicht en kwetsbaarheid van het goede leven besproken. In 3.4.5 worden de concepten 'perceptie' en 'authenticiteit' uitgelicht.

3.4.1. Verschijnselen

Plato zag filosofie als *technè* die het leven van mensen uit de last van *tuchè* kon redden door gewone menselijke omstandigheden te ontstijgen. Aristoteles reageert in zijn filosofie en ethiek op werken van Plato uit de vroege- en middenperiode. Hij ziet als taak van de filosofie het vinden van evenwicht met de *fainomena*; de dingen die mensen zeggen en geloven, hun uitspraken en overtuigingen. Nussbaum vertaalt *fainomena* met 'verschijnselen' of 'waarnemingen'. Waar Plato zijn uitgangspunt voor een waardevol leven in het menselijk verstand neemt, start Aristoteles bij het alledaagse, geleefde leven van mensen. Dit ethisch antropocentrisme is een gevolg van de meer algemene redenering van Aristoteles dat menselijke overtuigingen zich niet (kunnen) hechten aan objecten die volledig buiten hun denken en taal staan. Aristoteles stelt lijnrecht tegenover Plato: de *fainomena* zijn de beste en enige *paradeigmata* (zienswijzen). Plato zocht *paradeigmata* juist níet in de wereld van menselijke overtuigingen en percepties. Verschijnselen en waarheid staan voor Aristoteles niet tegenover elkaar. Waarheid is er slechts bínnen de verschijnselen.
Daarbij hanteert Aristoteles twee principes:

1 Wat algemeen geloofd wordt, kan niet buiten beschouwing gelaten worden; dat heeft ten minste enige waarde.
2 Niets wat noodzakelijk is voor een betoog of onderzoek mag buiten beschouwing blijven.

Hij wil de *fainomena* en hun waarheid in wetenschap, metafysica én ethiek 'redden' én het in diskrediet geraakte antropocentrisme van de tragedies. Daarbij wil hij geen onderscheid maken tussen natuurwetenschap en menswetenschap. Hij benadrukt ménselijkheid van goede natuurwetenschap in reactie op Parmenides die bewijzen uit zintuiglijke waarnemingen en gegevens op grond van gedeelde taal en

overtuigingen afwees. Aristoteles aanvaardt de begrenzing van menselijke ervaring en neemt ervaring als methodisch uitgangspunt. Zijn methode houdt in *nutshell* in dat hij waarnemingen verzamelt, op grond daarvan theorie vormt en deze theorie vervolgens weer toetst aan de praktijk, zodat de *fainomena* steeds leidend blijven. De praktijk zelf blijkt maatstaven te geven die behulpzaam zijn bij het oplossen van meningsverschillen. Aristoteles noemt het voorbeeld van de arts. Mensen bezoeken een dokter vanuit vertrouwen dat niet keer op keer gerechtvaardigd hoeft te worden. Er is rechtvaardiging in wat mensen (de arts in dit geval) daadwerkelijk dóen. Tegen de Platonische beschuldiging van gemakzucht van de Aristotelische methode benadrukt Aristoteles de zinloosheid en het destructieve van de inspanningen tot het bereiken van een buiten-standpunt. Dergelijk theoretiseren heeft het grote risico van vereenvoudiging. Binnen de geesteswetenschap bijvoorbeeld het risico op materialistisch reductionisme en bij natuurwetenschappelijke verklaringen het risico op mechanisme. Terugkeren naar de *fainomia* confronteert met rijkdom en complexiteit die bij theoretiseren gereduceerd worden. In de *Metafysica* wijst Aristoteles er op dat mensen van nature naar kennis streven, verklaringen zoeken, willen begrijpen. Filosofie is daaruit ontstaan, uit verwondering en zoeken naar inzicht en hoort daarom bij het gewone en aardse leven. Geuite afkeer daarvan, of hang naar het verhevene, is in wezen afkeer van het mens-zijn. Aristoteles noemt als grootste obstakel voor goede filosofie sléchte filosofie die helderheid voorspiegelt, wat een ernstige misleiding is. Aristotelische filosofie zoekt geen eenduidigheid en verklaringen maar een evenwichtig midden tussen uitersten in het alledaagse morele leven. Een evenwichtig midden tussen bijvoorbeeld overmaat aan orde en wanorde, begeren en loslaten, overvloed en gebrek, het goddelijke en dierlijke.

3.4.2 Het handelen van rationele dieren

De leidende vraag is hoe en in hoeverre de wereld het menselijk handelen zal of moet beïnvloeden als mensen op een waardevolle wijze willen leven. Hoeveel lijken mensen op planten (passief en afhankelijk van de buitenwereld) én op verstandelijke wezens zoals de zielen van Plato (zuiver actief)? Wat is een goede wijze van leven voor een mens? Vanuit deze kernvragen zoekt Aristoteles naar de aard van menselijk gedrag. Mensen zijn een specifiek soort dieren, stelt hij, daarom moeten hun activiteiten niet op voorhand gescheiden worden van activiteiten van dieren. Nussbaum refereert aan twee werken van Aristoteles waarin dit aan de orde komt: *De ziel* en *Beweging bij dieren*. Hij neemt het functioneren waar van levende wezens en wil twee bestaande en belangrijke verklaringsmodellen verdisconteren in zijn bevindingen.
Als eerste model noemt hij de materialistische natuurwetenschap die gefocust is op de 'hóe-vraag' (in plaats van de waaróm-vraag) en gedrag, bewegingen van dieren oorzakelijk verklaard (een fysiologische verklaring bij de beweging van A naar B waarbij intentie en doel van de activiteit uit beeld zijn). Met intentionaliteit wordt bedoeld: doelbewuste gerichtheid op externe doelen, prikkels, objectgerichtheid van perceptie en begeerte. Nussbaum wijst op het feit dat natuurwetenschap uit de 5e eeuw voor Christus kennelijk al bezweek voor het terugbrengen van activiteiten tot (hersen)functies in plaats van dat schepsels doelbewust iets dóen.
Het Platonische model is het tweede verklarende model waarbinnen schepselen wel om bepaalde redenen handelen maar omdat bij Plato rationaliteit voorop staat, gaat het alleen over het handelen van ménsen. Aristoteles kritiseert deze beperking tot rationaliteit omdat daarmee een scherp onderscheid tussen mensen en andere dieren gemaakt wordt evenals een scherp onderscheid tussen rationele keuzen en

alle andere handelingen. Bovendien verdwijnt het verschil tussen bewegingen van dieren die veroorzaakt en verklaard worden door verlangens en overtuigingen en bewegingen die zich 'vanzelf' voordoen zoals reflexen of bewegingen in het lichaam ten behoeve van de spijsvertering. Deze twee opties, een fysiologische of een rationele verklaring voor handelen, wijst Aristoteles beide af, omdat ze de waarom-vraag van doelgericht handelen niet beantwoorden. Aristoteles stelt dat bewegingen van dieren de feitelijke oorzaak van het handelen zijn. Hij stelt: alle dierlijk gedrag wordt door begeerte veroorzaakt. Hij noemt dit naar buiten reiken (handelen) door begeerte *orexis*. *Orexis* is een begrip waarvan de strekking volgens Nussbaum het dichtst bij het Duitse '*die Strebung*' en 'das *streben*' komt. Het betreft doelgericht bewegen naar een intentioneel object. Denken, voorstellingsvermogen, keuze, wil en lust zijn 'bewegers' van het dier. Deze vijf vat Aristoteles samen onder: het verstand (*noèsis*) en de begeerte (*orexis*). Cognitieve vermogens (perceptie en denken) zorgen dat het dier zich bewust wordt van het doel én zetten het vanuit zijn *orexis* aan tot een handeling.
Voor het ethisch handelen is het begrip *hekousion* (vrijwillige beweging) belangrijk. Prijzen of afkeuren doen mensen alleen als de handeling vrijwillig is ingezet. *Hekousion* is de noodzakelijke grondslag voor de gecompliceerde ontwikkeling van kinderen die zelf via cognitie en *orexis* selectief op de wereld reageren. Opvoeden is volgens Aristoteles kinderen intentioneel en aandachtig leren om passende begeertes te ontwikkelen en die op een passende wijze te bevredigen. Nussbaum expliciteert dit om kritiek van Terence Irwin op Aristoteles' 'eenvoudige theorie van verantwoordelijkheid' te pareren. Opvoeden staat bij Irwin in een context van behaviorisme en behelst gedragsconditionering.
Menselijke behoeftigheid is niet iets dat beschamend ethische waarden schaadt, maar juist de kern van ethische waarden die -als het goed is- vanaf de vroege jeugd door *paidia* (opvoeding) tot passendheid ontwikkelen.

3.4.3 Praktisch inzicht

Praktisch inzicht bij morele afwegingen is geen *epistèmè*, dat wil zeggen: geen deductief, wetenschappelijk inzicht. Wetenschappelijke theorie kan wel groeien vanuit specifieke situaties en richtinggevend zijn. Aristoteles pleit voor niet-wetenschappelijk afwegen. De passende maatstaf voor een correcte keuze is het oordeel van een mens die kan bogen op een lange en brede ervaring. Onder deze anti-Platoonse visie op het maken van morele afwegingen ligt het standpunt dat het goede leven zelf kwetsbaar en ontvankelijk is. Aristoteles wil niet *tuchè* onderdrukken of elimineren; hij zoekt naar een zich ertoe verhouden. Hij weigert het leven te 'redden' van *tuchè* omdat dan, zo toont hij aan, het goede leven zélf teloor gaat. De filosofische kernvraag naar het goede leven kan alleen bínnen de wereld van verschijnselen gesteld en beantwoord worden. Voor het menselijk goede is geen algemene verklaring te geven. Dat heeft te maken met de contextualiteit van het goede. 'Goed' wordt voor verschillende categorieën gebruikt. 'Het goede' als zodanig is een onmogelijkheid. Het goede leven is soortafhankelijk en soortspecifiek.
Aristoteles verwerpt twee belangrijke pijlers van de wetenschappelijke opzet van Plato's ethiek namelijk algemeen geldigheid en onderlinge vergelijkbaarheid.[22] Die twee kunnen alleen theoretisch gelden maar gaan niet op in in het concrete geleefde leven. Waarden zijn meervoudig en onderling ónvergelijkbaar en bij een ethisch oordeel heeft de perceptie van concrete gevallen voorrang op algemene regels en theorieën. Aristoteles is fel tegen een wetenschap die meetbaarheid van ethiek mogelijk wil maken. Hij valt de enkelvoudige 'maatstaf' van Plato aan en illustreert

22 M. Nussbaum, 2012, p. 409.

met de kandidaat 'genot' dat ook daar meervoudigheid aan de orde is en bovendien is genot niet altijd het doel van menselijk handelen. Mensen streven ook niet-instrumenteel verschillende waarden (zonder genot) na. Een voortreffelijk karakter bestaat deels uit dit 'om-niet' goede handelen.
Algemene principes, samenvattingen van (eerdere) concrete beslissingen, hebben relevantie als vuistregels. Zo beperkt Aristoteles het gezag van regels. Wat ethisch correct is moet in concrete situaties bepaald worden door iemand met praktisch inzicht. Daarbij berust het 'oordeel', 'onderscheid' in ethische kwesties op *aisthèsis*; perceptie. Perceptie is een onderscheidingsvermogen dat gericht is op concrete feiten (zintuiglijke waarneming) en niet op algemene principes. Dit onderscheidingsvermogen kan het bijzondere van situaties, alle nuances en concreetheden, verdisconteren. Dat is een flexibiliteit die principes niet hebben. Aristoteles gebruikt als metafoor een architect die met een rechte meetlat metingen verricht aan ingewikkelde vormen versus een architect die een flexibel metalen lint gebruikt (dat aangepast kan worden aan het te meten object).
De verschijnselen zelf bepalen de regels en zijn maatstaf voor de juistheid van die regels. Praktisch inzicht betreft de *particularia* en kan daarom geen wetenschappelijke kennis zijn die over *universalia* gaat. Langdurige ontwikkeling van praktisch inzicht door keuzes maken, vindingrijkheid en ontvankelijkheid leidt tot praktische perceptie. Aristoteles neemt een arts als voorbeeld. Een arts die bij nieuwe symptomen alleen maar Hippocrates herleest (principes), schiet ernstig tekort. Praktisch inzicht is nodig; nieuwe ontvankelijkheid en verbeeldingskracht om flexibiliteit en opmerkzaamheid te ontwikkelen die leiden tot passendheid. Het is een soort voorwaardelijk redeneren. Bij praktisch inzicht is het handelen onbepaald. Een concrete, ethische situatie omvat unieke, onherhaalbare elementen die niet met *technè* te vatten zijn. Iemand met praktisch inzicht heeft een deugdelijk karakter; bepaalde ethische waarden en het nastreven daarvan zijn hem eigen geworden. Nussbaum wijst er op dat hoewel 'het concrete' uitgangspunt is, er een wisselwerking is met het algemene (als richtinggevend). De begrippen 'juistheid' en 'passendheid' worden door Aristoteles veelvuldig gebruikt voor de vele deugden. De essentie van praktisch inzicht is een vermogen om, op de grens tussen verstand en hartstocht, een weloverwogen keuze te maken. Praktisch inzicht leidt tot dan ook tot gematigdheid.

3.4.4 Het goede menselijke leven is kwetsbaar

3.4.4.1 Belang van deugdzaam kúnnen handelen

Aristoteles' filosofisch onderzoek speelt binnen de wereld van menselijke overtuigingen en ervaringen en goed menselijk handelen is afgestemd op het particuliere van situaties waarbij de verfijnde perceptie maatstaf is voor het specifiek goede. Maar in hoeverre is het goede handelen mogelijk als het dagelijks leven tragisch verstoord wordt en kwetsbaar blijkt voor toeval? Het is een ingewikkelde vraag omdat de verschijnselen moreel gewicht toekennen aan *tuchè* dat in twee tegengestelde visies zichtbaar wordt. Enerzijds vinden mensen hun leven *eudaimon* als ze geluk hebben en niet-*eudaimon* als tragisch toeval hen treft. Zonder uitwendige goederen (toevalafhankelijk) is het niet mogelijk om *eudaimon* te zijn en dat heeft verder niets te maken met inspanningen of een goed karakter. Het gebeurt gewoon wel of niet. Anderzijds leeft de breed gedeelde overtuiging over morele rationaliteit dat toeval een vijand is die beheerst kan en moet worden met ratio. Aristoteles neemt deze extremen serieus omdat ze beide authentiek onderdeel zijn van de verschijnselen en daarom hebben ze ook informatieve waarde. Ze informeren over wat bewaard moet

blijven bij het innemen van een gematigd standpunt waar hij naar streeft. De gewenste uitkomst waarmee mensen kennelijk willen leven moet meewegen in afwegingen door praktisch inzicht. Zo'n standpunt kan tegengesproken worden met andere verschijnselen zoals: andere overtuigingen waarmee het strijdig is of de bredere context waarin mensen hun leven waardevol achten.
De eerste visie toont het fundamentele belang van vrijwillig kunnen handelen en keuzevrijheid hebben. Uit de tweede visie blijkt de enorme impact die *tuchè* kan hebben op het goede leven. De beheersingsreactie en de waardereductie die daarvan de prijs is, tonen dat belang. Aristoteles concludeert dat *eudaimonia* kúnnen-handelen vereist terwijl toeval het handelen kan ontwrichten. Dat betekent dat er een kloof is tussen goed-zijn en goed-leven. Een onverwachte gebeurtenis kan een mens met een goed karakter het handelen verhinderen en daardoor van *eudaimonia* beroven. Opponenten die het 'karakterstandpunt' innemen (een goed karakter blijft altijd *eudaimon*, ook zonder handelen), spreekt Aristoteles tegen. Wanneer objecten of middelen voor voortreffelijke activiteiten ontbreken, verliest een mens *eudaimonia*. Als concrete voorbeelden noemt hij: levenslange slavernij, ernstige ziekte, verlies van dierbaren of extreme armoede. Het goede is kwetsbaar en het kán verloren gaan. Maar iemand met een goed karakter en praktisch inzicht kan zich wel beter tegen dergelijke rampspoed teweerstellen en met wat er is het leven zo goed mogelijk houden. Aristotelische morele voortreffelijkheid bereidt een mens voor op toevalligheden van het lot. Een goed karakter krijgt vervulling en uitdrukking in handelen. Elke invulling van goed leven, die rijk genoeg is om na te streven, loopt het risico door *tuchè* getroffen te worden, *eudaimonia* te verliezen en zelfs, zoals Aristoteles illustreert met de tragedie van Hekabe, van deugdzaam tot ondeugdelijk te keren. Hij laat zien hoe menselijke kernwaarden wezenlijk berusten op behoeften, beperkingen en risico's binnen menselijke contexten. Dat wat waardevol en kostbaar is voor mensen, is tegelijkertijd het meest kwetsbare dat verloren kan gaan door *tuchè*.

3.4.4.2 Belang- en kwetsbaarheid van filia

Deugdzaam handelen vereist bepaalde middelen en bepaalde omstandigheden van buitenaf; externe objecten waarop de deugdzame handeling gericht is. Voor de deugd 'vrijgevigheid' zijn bijvoorbeeld andere mensen nodig aan wie men kan geven. De deugd 'gematigdheid' kan alleen zichtbaar worden als men zich matig kan verhouden tot bijvoorbeeld voedsel.
Sommige menselijke activiteiten kunnen tamelijk onafhankelijk gerealiseerd worden.
Zowel Plato als Aristoteles achten van alle activiteiten 'filosofische beschouwing' het meest onafhankelijk en stabiel. Maar belangrijke waarden die sterk afhankelijk maken, zijn burgerschap en vriendschap. Hier betreft het geen deugdzame toestanden die met activiteiten gecombineerd worden maar relaties waarbij een deel van de activiteit ín de ander zit. Bij de deugd *filia* is de wederkerigheid van liefde of vriendschap essentieel. *Filia* -liefde en vriendschap- omvat zowel familie als vrienden in alle mogelijke gradaties van intimiteit. Daarbij is de ander niet een object dat een goede handeling ontvangt, maar intrinsiek bestanddeel van de liefde zelf. Hechte, intieme vriendschappen hebben zowel instrumentele als intrinsieke waarde. Deze deugd is zó kwetsbaar dat een wisseling van het lot (zoals het sterven van de geliefde) niet alleen het verhinderen van het uiten van de deugd raakt, maar de essentie zelf rechtstreeks treft. Aristoteles bestrijdt de veronderstelling dat mensen zonder relationele goederen kunnen leven. *Filia* is behulpzaam bij het ontwikkelen van een goed karakter bij kinderen, heeft raadgevende en corrigerende elementen, leidt tot gezamenlijk ondernomen activiteiten en heeft een rolmodelfunctie. Daar-

naast verschaft vriendschap plezier, vreugde en genot en is het waardevol voor zelfkennis en het ontwikkelen van een beter zelfbeeld. Mensen kunnen zichzelf alleen door en met anderen (leren) kennen. Zowel sociale en politieke banden als *filia* zijn waardevolle en natuurlijke delen van het goede familiaire en politieke menselijke leven.[23] Volledige deelname aan een goed functionerende *polis* is dan ook een noodzakelijke voorwaarde om andere deugden te kunnen ontwikkelen en uiten. Het begrip *politikon* is daarbij concreter en meer omvattend dan het hedendaagse westerse begrip 'politiek'. De politieke gemeenschap (instabiel in de tijd dat Aristoteles in Athene leefde) vormde voor Aristoteles een onontbeerlijke bedding voor goed handelen en vorming van een goed karakter (onderwijs en wetgeving als belangrijke ordenende principes, voortkomend uit praktisch inzicht en intellect). Aan het honoreren van de rijkdom en vitaliteit van het leven als burger is onontkoombaar de mogelijkheid van toevallige waardeconflicten gebonden.

23 M. Nussbaum, 2012, p. 498 vv.

Met Aristoteles' omschrijving van het goede leven, waarbij de rijkdom van waarden behouden moet worden, is het Aristotelisch samenleven in de stadstaat en met de *filoi* -vrienden- uitermate kwetsbaar voor tegenslag. Het goede leven is een risicovol leven dat daarnaast een lage slagingskans heeft. In die zin is Aristoteles' eis aan de wereld uitzonderlijk; wie dit nastreeft zal waarschijnlijk óngelukkig worden. Het doel van een Aristoteliaan is echter niet zozeer geluk in de zin van 'tevredenheid' nastreven als wel in de zin van een vervuld leven leiden dat rijk is aan waarden. Minder eisen aan de wereld stellen, waarden weglaten is voor Aristoteles geen optie. Een Aristoteliaan accepteert wat de wereld hem geeft (complexiteit, tragiek, schoonheid enzovoort) en kijkt wat daarmee gedaan kan worden.

Nussbaum wijst in een korte uitwijding op Aristoteles' consistente toepassing van zijn filosofie. Ondanks de fundamentele tegenspraak die Aristoteles heeft tegen Plato erkent hij eveneens de aantrekkingskracht van diens intellectualisme. In contradictie met zijn eigen werk stelt Aristoteles meermalen dat *eudaimonia* samenvalt met de activiteit van het beste deel van een mens en dat is zijn filosoferend verstand in beschouwelijke bespiegelingen van het goddelijke. Hij laat de lijnrechte tegenspraak in zijn werk naast elkaar staan en houdt zo complexiteit en tegenstrijdigheid in stand, inclusief zijn opponent met wie hij óók affiniteit heeft.

3.4.4.3 Rehabilitatie van het tragische

Aristoteles kent een opvoedende taak toe aan de tragedies, in zijn werk *Poetica* voor met name jonge burgers. Gilmore en Pine ontlenen naar eigen zeggen delen van hun theaterconcept aan Aristoteles' *Poetica*. Naast dit werk heeft Aristoteles ook in de *Politica* over tragedies geschreven. Daarin noemt hij de motiverende en cognitieve waarde van tragedies. Zijn ethische werk toont dat de waarde van de tragedies aansluit bij zijn gedachtegoed. Het antropocentrisch standpunt, het verwerpen van het buitenwereldlijke standpunt, het uitgangspunt bij de *fainomena*; alledaagse verhalen van goed menselijk handelen en de grote waarde die hij hecht aan emoties en gevoelens als deel van deugdelijkheid en kennis van het juiste handelen, staan bij Aristoteles én de tragedies centraal. De complete, complexe verhalen van de tragedies verfijnen de perceptie van de complexiteit die zich in het dagelijks leven van mensen voordoet. Nussbaum werkt twee aspecten uit die zij belangrijk vindt bij Aristoteles' analyse van de tragedies in verband met opvattingen over het ethische belang van toeval. Het betreft de verbinding tussen tragische handelingen en tragische personages met de aard en waarde van tragische emoties. De focus van de tragedie ligt op het handelen en minder op het karakter van een personage. Aristoteles heeft, zoals gezegd, 'het karakterstandpunt' afgewezen. De tragedie vormt een contrast met het literaire genre van de karakterschets waarin de focus op eigenschappen ligt.[24] Alleen in concrete keuzes wordt iemands *eudaimonia* wel (of niet)

24 Zie 3.4.4.1 van deze thesis.

zichtbaar. Tragedies tonen karakter(kwaliteiten) ín de activiteiten. Er is een verband tussen ethische waarden (opvattingen van *eudaimonia*) en poëtische waarden. De waarde van de tragische handeling is praktisch; ze toont aspecten van het menselijk leven die de moeite waard zijn om te leren, maar alleen vanuit een specifieke opvatting van *eudaimonia*. Voor *eudaimonia* is het onvoldoende om een goed karakter te hebben of in een goede situatie te verkeren. Het gaat over het verschil tussen goedzijn en goed-leven. De wereld kan (bij toeval) teweegbrengen dat iemand die goed was slecht wordt in een conflictueuze situatie; een afschrikwekkende werkelijkheid. Bovendien zijn sommige essentiële deugden (politieke betrokkenheid en vriendschappelijke liefde) extra kwetsbaar omdat karakter en handelen (*hexis* en *praxis*) daarin met elkaar verweven zijn. De tragische verhalen verkennen het verschil tussen het karakter (bedoelingen, idealen, waarden) en in hoeverre mensen erin slagen goed te leven. *Tuchè* is in alle gevallen de beperkende factor. Soms is *tuchè* omstandigheden, soms vaste overtuigingen, dan weer innerlijke, onbeheerste *tuchè* van hartstocht.
Vanuit de kloof daartussen ontstaan de tragische emoties medelijden en angst. Een emotie is voor Aristoteles de combinatie van genot of pijn met een bepaalde opvatting van de wereld. De overtuiging is daarbij leidend. Bijvoorbeeld de overtuiging dat iemand door onverdiend onheil getroffen wordt, leidt tot de emotie medelijden. Nussbaum wil laten zien dat de structuur van overtuigingen die inherent is aan medelijden én aan angst, staat of valt met bepaalde opvattingen over het belang van toeval in het menselijk leven. De gedeelde overtuiging moet zijn: iemand lijdt en dat lijden is ernstig en onverdiend. Maar het belangrijkst is dat in het medelijden (h) erkenning zit van gedeeld mens-zijn en dus kwetsbaar-zijn. Het besef 'wat de ander overkomt kan mij ook zomaar gebeuren'. Medelijden en angst komen meestal samen voor vanwege de overeenkomstige structuur van overtuigingen. Het tragische lot van de ander leert de toeschouwer, door identificatie met de lijdende persoon, over zichzelf, over de eigen situatie en waarden. De kracht van poëzie (in vergelijking met proza) is dat het gaat over wat mensen zou kúnnen gebeuren en vreeswekkend is. Tragedies gaan over 'onszelf' en brengen door medelijden en angst *katharsis* van dergelijke ervaringen tot stand wat Aristoteles duidt als opruiming en verheldering. *Katharsis* is bij hem een psychologische, kentheoretische en cognitieve kwestie. Plato betrekt *katharsis* voornamelijk op leren, zuiveren met het verstand. Volgens Aristoteles zijn reacties op medelijden en angst waardevol voor menselijk inzicht, besef van morele waarden en zijn die emoties zelf onderdeel van de juiste morele perceptie van de situatie.

3.5 AUTHENTICITEIT EN PERCEPTIE

3.5.1 Authenticiteit

Het woord authenticiteit komt op zich niet veel voor in Nussbaum's boek. Wanneer zij het gebruikt is dat als volgt: 'authentiek menselijke waarden' of 'authentiek morele goederen'.
Zij benadrukt dat er niet één authentiek menselijk goed is op grond waarvan alle goedheid en waarden geordend kunnen worden. Om authenticiteit zoals Nussbaum het bij Aristoteles duidt te kunnen vergelijken met Lee's authenticiteitsconcept, beschrijf ik een aantal aspecten daarvan in het besef dat Nussbaum het concept weinig gebruikt en Aristoteles ermee onbekend was. Ik vat onder het moderne concept authenticiteit een aantal aspecten die bij Aristoteles deugdelijk-menselijk zijn. Authentiek mens-zijn is dan:

> Als mens een rijk en complex veelvoud aan morele goederen die bij mens-zijn passen (risicovol), kunnen handhaven waarbij kwetsbaarheid en goedheid samengaan.

Ik licht dit toe in enkele (voornamelijk paradoxale) omschrijvingen die elkaar deels kunnen overlappen. Mensen zijn authentiek als zij:

1. besef hebben dat enerzijds in en door *tuchè* emoties en gevoelens worden aangeboord die een informatieve en motiverende bron zijn voor het juiste morele handelen terwijl anderzijds dezelfde *tuchè* een altijd aanwezige dreiging voor *eudaimonia* is.
2. beseffen dat er een kloof is tussen goed-zijn (een goed karakter hebben) en goedhandelen wat in het ergste geval kan leiden tot verlies van *eudaimonia*.
3. complexiteit van waarden die het menselijk leven verrijkt maar kwetsbaarheid voor- en het risico op tragische conflicten verhoogt, spanningsvol bijeen kunnen houden zonder dit 'op te lossen'.
4. de belangrijkste menselijke waarden, deelnemer zijn van de sociaal-politieke gemeenschap en het hebben van *filoi*, herkennen als wezenseigen, natuurlijke relationaliteit van mensen die tegelijkertijd het meest kwetsbaar maakt voor verlies.
5. onderkennen dat het uitbannen van risico op kwetsbaarheid door rationele moraliteit, door *technè* na te streven, onontkoombaar verlies van belangrijke waarden betekent waardoor een moreel arm leven ontstaat.
6. activiteit in handelingskracht en deugdelijk-leven-léren, samen zien gaan met passiviteit die ontvankelijkheid en flexibiliteit inhoudt evenals afzien van beheersingdrang van risico's en uitkomsten.
7. 'irrationele delen van de ziel' (begeerten, gevoelens, emoties) honoreren als bron van wijsheid in het zoeken naar filosofische en ethische waarheid in combinatie met het rationele van de ziel, waarbij irratio en ratio beide kennisbron voor ethische theorievorming zijn.
8. inzien dat de intuïtieve opvatting (perceptie) van gewone mensen van de verschijnselen als bron geldt van praktische wijsheid. Een praktisch wijs mens is een authentiek mens.
9. zich afhankelijk weten van medemensen om te komen tot zelfkennis.
10. niet berusten in het tragische lijden maar in zelfonderzoek een verandering bewerkstelligen; een juiste verhouding tussen passiviteit en activiteit.

3.5.2 Perceptie

Een ethische theorie kan en moet een passend respect hebben voor oordelen die op ervaring en een 'ontwikkelde perceptie' gebaseerd zijn.[25] Nussbaum schrijft dit naar aanleiding van kritiek dat haar boek antitheoretisch en antirationeel zou zijn. Onderscheid dat op de perceptie rust is onderdeel van een ethische theorie die een algemene analyse van *eudaimonia* geeft en wel degelijk theorie kan zijn ook al is die, vanwege concrete bijzonderheden, voorlopig. Aristoteles' ethische theorie staat bovendien, geheel in lijn met zijn methode, altijd open voor kritiek op percepties die mogelijk vertekend zijn. Ethische theorie moet betrokken blijven op de manier waarop mensen leven, handelen en waarnemen. Er is daarom steeds opnieuw een perceptietoets nodig aan de concrete verschijnselen. Overtuigen geschiedt op grond van de *fainomena* en niet op grond van een betoog. De perceptie van concrete gevallen heeft altijd voorrang boven algemene theorieën die waarde hebben als algemene richtlijnen. Aristoteles onderkent nadrukkelijk het belang van individuele en sociale verplichtingen die in een sociaal weefsel van afspraken en wetten intermenselijke verhoudingen en moraal funderen. Voor die moraal is kunnen vertrouwen op de funderende *nomos* (wet) van groot belang. In de tragedie van Hekabe blijken de vreselijke gevolgen van het wegvallen van die fundering; Hekabe verliest deugdelijkheid.

25 M. Nussbaum, 2012, p. 32.

Ethische kennis en ervaring ontstaat vooral uit intuïtieve perceptie van complexe, complete situaties. Daarbij is de perceptie zowel cognitief als affectief van aard. Een louter verstandelijke perceptie is geen volledige of goede waarneming. Het emotionele waarnemen, zoals toeschouwers bij een tragedie ondergaan (die een complexe en complete situatie vertegenwoordigt), ontsluit morele perceptie in en door het zelf meegesleept worden door het lijden van anderen dat angst en medelijden oproept. Hierin gaan het zoekend verstand en de ontvankelijkheid om verrast en geraakt te worden samen op.

De aard van de Aristotelische perceptie bestaat uit flexibel inspelen op de waargenomen situatie. Iemand die een verfijnde perceptie heeft ontwikkeld door langdurige ervaring in concrete situaties (zoals bijvoorbeeld de arts of verpleegkundige) heeft onderscheidingsvermogen ontwikkeld (praktisch inzicht) om ethisch relevante kenmerken te herkennen en passend te reageren. Passend reageren houdt in dat de juiste morele keuze gemaakt wordt op het grensgebied van rede en emotie. Een belangrijk aspect van het ontwikkelen van een verfijnde, morele perceptie is door Nussbaum benoemd in de context van de tragediespelen. De tragedie stuurt bewust de perceptie van de Atheense burgers om via de emoties medelijden en angst *katharsis* te bewerkstelligen. Dit is geen doel voor de individuele ziel, maar nadrukkelijk een zaak van de gemeenschap.[26] De complexe aspecten van de tragedie worden ervaren binnen de groep toeschouwers die gezamenlijk verwerkt, zoekt naar het gemeenschappelijke en een gezamenlijk reagerende groep wordt. In en door deze gemeenschappelijke perceptie, *katharsis* en het ontdekken van wat er moreel toe doet, worden fundamentele waarden van de gemeenschap benadrukt; de waarden van deel uitmaken van een sociaal- politieke gemeenschap en van vriendschap en liefde.

26 M. Nussbaum, 2012, p. 133.

3.6 COMMENTAAR

In dit hoofdstuk is gekeken naar 'tragisch toeval' dat mensen overkomt in de Griekse tragedies en de interpretatie en duiding daarvan destijds en in de loop van de (moraal)filosofische traditie. Nussbaum benoemt (grote) verschillen tussen de (door Aristoteles deels geïdealiseerde) stadstaat Athene waar de tragedies werden opgevoerd en hedendaagse westerse democratieën. Ook het 'democratisch gehalte' bij Aristoteles bekritiseert zij. Desondanks valt er te leren van de sociaal-politieke bedding en inhoud van het morele leven destijds. In deze thesis is Nussbaum's uitvoerige analyse van verschillen niet weergegeven maar ligt het accent op een perspectief dat verheldering kan bieden bij Lee's werkwijze, met name zijn theaterconcept, tragedie-duiding, emotie-benutten en authentiek-zijn in (zorg)relaties. Impliciet zijn al twee dingen voorondersteld die voor Nussbaum essentieel zijn: het belang van moreel leren uit de traditie evenals moreel leren uit verhalen, in dit geval tragedies. Derhalve: zowel historisch besef en ontzag voor traditie en hermeneutiek door de tijd heen als narratief besef; het herkennen van relevante moraliteit in verhalende-bronnen van velerlei aard. Daarnaast is Nussbaum's perspectief relevant vanwege haar aandacht voor emoties en de informatieve morele kracht die zij daaraan toekent. Moreel, omdat de brede context van al het menselijk handelen 'het goede leven' is.
De tragedies vormen een perspectief op hedendaags denken over toeval en beheersing van noodlottigheid en houden laatmoderne mensen op die wijze een (leerzame) spiegel voor.
In de hedendaagse cultuur, die vaak als 'emotiecultuur' wordt geduid en het toenemend domineren van de 'beleveniseconomie' kan haar perspectief op emoties informeren over Lee's succesvolle receptie van zijn belevenis-gerichte zorgconcept.
Vragen die in het commentaar bij hoofdstuk 1 van deze thesis gesteld zijn, komen deels aan de orde in het onderstaande commentaar waarbij thematisch de relevantie van Nussbaum's perspectief voor een beter zicht op Lee's zorgconcept in kaart gebracht wordt. Deze thema's zijn: politieke context (3.6.1), maakbaarheids-denken (3.6.2), de rolverdeling in Lee's ziekenhuis (3.6.3), rolwisselen (3.6.4), de ethische waarde van emoties (3.5.5), het zoekend vernemen van morele relevantie (3.6.6) en authenticiteit en perceptie (3.6.7).

3.6.1 Politieke context van tragedies

Nussbaum stelt dat haar boek niet zozeer over politieke vraagstukken gaat maar wel (deels) over goed burgerschap. De ethische thema's die zij bespreekt, hebben belangrijke gevolgen voor het denken over politiek. Vooral Aristoteles' opvatting dat mensen zowel kwetsbaar als bekwaam zijn, behoefte hebben aan een rijke pluriformiteit aan waarden (en aan mens-zijn verliezen als die waarden gereduceerd of geëlimineerd worden) en aan sterke banden van liefde en vriendschap (tot en met het burgerlijk leven) is thema in hedendaags politiek-theoretisch denken, volgens Nussbaum. Ze noemt het denken van Alisdair MacIntyre als voorbeeld en karakteriseert hem als katholiek communitarist. Communitaristen benadrukken dat mensen als sociale wezens deel uitmaken van een gemeenschap en daarvan afhankelijk zijn. Alleen in die concrete gemeenschap kunnen gedeelde normen- en waarden ontdekt en ontwikkeld worden.
Kreon's één-dimensionale leiderschap in de stadstaat illustreert op politiek en persoonlijk niveau wat op het spel staat als complexiteit rationeel bedwongen wordt

door één waarde te verabsoluteren en alle andere waarden geherinterpreteerd daaronder te schikken. Kreon belichaamt 'nutsdenken' door stad-staatplicht als hoogste waarde te stellen. Alle andere waarden worden geherkaderd op grond van hun nuttigheid voor deze hoogste waarde. Moderne varianten daarvan zijn zichtbaar in consequentialistische ethieken zoals utilitarisme. Een louter economisch perspectief op de werkelijkheid en zeker met een dominantie ervan zoals Gilmore en Pine voorstaan, wordt in 'de spiegel van Kreon' een 'arm' perspectief. Michael Sandel analyseert deze armoede-in het in wereldwijde dominante winststreven (de Anglosaksische economie) als hoogste waarde- in zijn boek *Niet alles is te koop: De morele grenzen van marktwerking.*
In de inleiding op dit hoofdstuk is al gewezen op een opvallend verschil tussen Lee's theaterbusinessconcept en het tragische theater van de Griekse oudheid. In dit commentaar worden de Griekse tragedies en Aristoteles 'rehabilitatie' van de tragedies in Nussbaum's duiding steeds als een geheel beschouwd. Essentieel kenmerk van Griekse tragedies is de expliciet benoemde morele context. Inmiddels kan daaraan toegevoegd worden dat eveneens de sociaal- politieke context van groot belang is. Deze morele en sociaal- politieke kadering impliceert dat de grote vragen van het menselijk bestaan en het goede leven en de bedreigingen daarvan moreel van aard zijn en zowel de gemeenschap als het individu aangaan.
Gilmore en Pine refereren in *De beleveniseconomie* aan Aristoteles' *Poetica* waaraan zij enkele 'theaterprincipes' ontlenen. Vanuit Nussbaum's openleggen van de tragedies wordt duidelijk dat de wijze waarop zij dit doen een louter instrumentele benadering van de *Poetica* illustreert. Zij benutten op technische wijze dit rijke Aristotelische geschrift, gericht op hun geconstrueerde bedrijfsdoel van het verkopen van 'gedenkwaardige belevenissen'.
Het simpele feit dat *Poetica* over poëzie gaat, de stijl van de tragediedichters, wordt al geheel veronachtzaamd. Aristoteles bespreekt in *Poetica* voornamelijk de tragedies en niet de komedies uitvoerig. De tragedie toont het menselijk handelen van goede mensen die op 'ons' lijken, maar geconfronteerd worden met tragische en onoplosbare morele conflicten waarbij de vraag is of en hoe hun 'goedheid' het houdt bij zulke verschrikkelijke gebeurtenissen en keuzes. Dit is de bedding van het Griekse theater dat toeschouwers tot *katharsis* moet brengen. 'Werk is theater' is bij Gilmore en Pine echter een instrumenteel concept om bepaalde aspecten van de werkelijkheid (emoties, belevenis) die zij als te exploiteren herkennen, te beheersen, respectievelijk regisseren. Bij Lee's theater-concept speelt dit eveneens. Aristoteles heeft in hun werk-is-theater visie geen inhoudelijke maar hooguit een povere referentiële functie. Gilmore, Pine en Lee 'opereren' in een commerciële context, die geheel anders is dan de morele, sociaal-politieke context waarin de tragediedichters en Aristoteles' theatervisie staan en in het vervolg van dit commentaar zal blijken waartoe dat kan leiden.

3.6.2 Maakbaarheids-denken

Voor het instituut gezondheidszorg in Nederland, op de grens publiek-privaat, is de politiek-ethische kant van kwetsbaarheid van mensen en het zorgen voor mensen relevant.
De tragedies confronteren moderne mensen met een gegeven dat herkenbaar is maar in het laatmoderne leven een moeizaam thema is: het onmogelijke streven om *tuchè* uit te bannen. Sinds mensenheugenis is er de wens om greep te krijgen op noodlottigheid die mensen bij toeval treft. Vanaf de moderniteit, is die 'greep' een toenemende dominantie van natuurwetenschappelijk denken en een daarmee

samenhangend geloof in beheersen, berekenen, meten, calculeren, instrumentaliseren vanuit pure ratio. De moderniteit wordt gekarakteriseerd als onttovering van de wereld; in mensenlevens en in de wereld zijn geen voorgegeven betekenissen en doelen. Het hoogst bereikbare is zelf betekenis geven en doelen stellen en nastreven. De wereld is maakbaar, stuurbaar, te exploiteren, managen en ook mensen kunnen hun eigen levens zo ordenen en 'regisseren', zo is het dominante denken vanaf de moderniteit tot in het hedendaagse laatmoderne leven. In 3.4.2 is beschreven hoe Aristoteles fysiologische en rationele verklaringen van handelen van dieren (en dus volgens Aristoteles van mensen), afwijst en een andere verklaring op grond van waarneming poneert. In zijn fenomenologisch waarnemen handelen dieren wel degelijk vrij en doelgericht; een visie die door moderne denkers derhalve niet gedeeld wordt.

Nussbaum toont de menselijke wens om te ontkomen aan noodlottigheid en toeval als een begrijpelijke en tot op zekere hoogte nastrevenswaardige wens. Maar *tuchè* uitbannen is een illusie en vormen van *tuchè* bedwingen eist een prijs die we ons bewust moeten zijn. Waardeverlies of waarde-eliminatie, de twee strategieën om noodlottigheid te weren, hebben het risico in zich van verlies van de essentie van mens-zijn. Dat wat kwetsbaar maakt voor *tuchè* maakt tegelijkertijd deel uit van de belangrijkste waarden in mensenlevens. Conflictloze harmonie bereiken (Hegel) is vanuit de tragediewijsheid onmogelijk. De tragedie streeft geen synthese na maar een zo goed mogelijk inzicht in onoplosbare complexiteit en zoeken naar zo min mogelijk 'kwaad' of zoveel mogelijk 'goed'.

De tragedies zijn erg kritisch over eenduidigheid, het afgebakende en heldere, de consequenties van waarden elimineren, de pogingen om *tuchè* te bedwingen, omdat beheersing 'verlies' met zich meebrengt. Alle vormen van coping met *tuchè* door waardevermindering, prioriteren van één waarde of het elimineren van waarden, verarmen het menselijk bestaan en brengen daarmee nieuwe vormen van tragiek en afhankelijkheid het leven binnen.

Technè past slechts een beperkte plaats omdat *technè* het risico heeft de focus te verleggen van de 'waarom-vraag' naar de 'hoe-vraag' waarbij waarden en doelen veranderen. Loopt Lee dat risico ook? Complexiteit *managed* nu eenmaal zo lastig. Om de rijkdom van het leven te behouden is complexiteit van waarden noodzakelijk en het risico op tragiek en ongewisheid daarin meegegeven, zo is de wijsheid van de tragedies.

In het alledaagse leven ervaren mensen dat noodlottigheid van verlies, ziekte en lijden hen willekeurig treft en confronteert met onbeheersbaarheid, onmacht, het niet-verhelpbare, eenzaam-makende, isolerende van de mensengemeenschap, wat tot wanhoop, angst, verdriet, woede en andere emoties brengt. Het is de confrontatie met de (vaak niet eerder onderkende) kwetsbaarheid en eindigheid van het menselijk leven.

In het ziekenhuis is deze ervaring gemeengoed. Het ziekenhuis is eveneens de plaats waar sterk beheersmatig gedacht en 'geopereerd' wordt. Het medisch-technisch kunnen is sinds de vorige eeuw enorm toegenomen. Dit kúnnen heeft de dubbelheid van veel 'techniek'; het is geen onomstreden 'zegen'. Het zegenrijke houdt in dat ellendige kwalen bestreden kunnen worden, de gevolgen ervan verzacht en het (goede) leven verlengd. Maar dit kúnnen versterkt ook de maakbaarheidillusie en werkt in de praktijk vaak zo uit dat patiënten die zich te repareren objecten voelen en bemerken dat ze niet als méns met gevoelens en emoties gezien worden. In die context introduceert Lee zijn zorgconcept waarin de patiënt centraal staat en met al zijn gevoelens en emoties gezien wordt. Lee herkent de heftige emoties, het drama dat zich vaak afspeelt in ziekenhuis*setting*s tot en met het leed toevoegen door onachtzaamheid en onverschilligheid. Hij benoemt de pijn, het lijden dat

de patiënt moet doorstaan, hij ziet ook de familie van de patiënt en de wens van verzorgend personeel om écht, compassievol te kunnen zorgen vanuit het hart. Hij analyseert wat voor patiënten in die situatie het meest belangrijk is en komt hen daarin tegemoet. Hij herkent in werk-is-theater een theaterbusinessmodel voor het ziekenhuis en werkt dat tot in de *finesses* uit. Maar ís dit zorgend werk 'theater', past het businessmodel wel zo herkenbaar op zorgen als Lee veronderstelt en komt hij op deze wijze tot goede zorg voor de patiënt? In hoeverre doet Lee ook aan maakbaarheidsdenken?

3.6.3 Wie zijn acteurs en publiek in de tragedie?

Nussbaum's verkenning van de Griekse tragediespelen geeft een onverwacht maar verhelderend perspectief op wat gebeurt in Lee's theater*setting* van het ziekenhuis. Bij de Griekse tragediespelen zijn de acteurs de personages die in uiterst moeilijke en onoplosbare (morele) levensdilemma's komen waarbij 'oplossingen' niet schadeloos voorhanden zijn. De door tragiek getroffen spelers maken in die complexiteit van waardeconflicten hun afwegingen. Het publiek ziet en ervaart de ingewikkeldheid, ondergaat angst, herkent de eigen kwetsbaarheid, dilemma's en onmacht, identificeert zich met de spelers en leeft mee, lijdt mee. Door de schok van heftige emoties die de tragedie bij hen oproept, komen de Griekse toeschouwers tot emotionele en rationele kennis die hen inzicht geeft in wat er in hun levens, als het er op aankomt, het meest toe doet. Het is inzicht dat tot zin-zicht leidt en van daar uit tot het goede handelen.
Lee vergelijkt het ziekenhuis met een tragische *setting* waarin zich drama's afspelen. Maar met zijn theaterbusinessconcept verwisselt hij (vanuit het perspectief van de Griekse tragedie gezien) spelers en publiek. In de dagelijkse werkelijkheid van het ziekenhuis is de mens die bij toeval tragisch getroffen wordt de patiënt. Het toneel waar de tragedie zich afspeelt, is het ziekenhuisbed. Dáár is de kwetsbare mens in nood die door ziekte of ongeval ontredderd, moet dealen met pijn, onmacht, tragiek en noodlottigheid.
Als er al in theatertermen gesproken moet worden over wat zich 'afspeelt' in het ziekenhuis tussen patiënt en verpleegkundige, dan is allereerst de patíënt 'acteur' en de verpleegkundige 'publiek'. Lee schetst echter de ziekenhuiskamer als toneel, poneert de verpleegkundige (en alle anderen die de kamer betreden) als acteur(s) en de patiënt als publiek. Overal waar de patiënt in beeld is, moet de omgeving, tot in het kleinste detail geregisseerd decor zijn en iedereen die met de patiënt in contact komt, moet zijn rol spelen.
Wanneer echter de patiënt de tragische speler is en professionals toeschouwers, dan is dat een omkering die verstrekkende gevolgen heeft. Denkend vanuit het Griekse theater en de tragedie-opvoering betekent dit dat professionals degenen zijn van wie de perceptie beïnvloed moet worden. Zíj moeten leren (emotioneel en cognitief) uit de 'tragedie' die zich voor hun ogen afspeelt bij de patiënt in een ziekenhuisbed. Zíj zijn degenen die zich moeten gaan verhouden tot de ellende waarin de 'speler' zich bevindt. Zíj moeten vanuit de gevoelens die het lijden van de 'acteur' bij henzelf oproept (angst en medelijden) 'kennis' opdoen over wat er in een mensenleven toe doet, wat 'het goede leven' inhoudt en tot welk (deugdelijk) handelen dat leidt. Zíj moeten beseffen dat de breekbaarheid van de ander hun eigen breekbaarheid is en dat het lot dat de ander treft op een kwade dag zomaar hun lot kan zijn.
Als dat allemaal aan de orde is blijven professionals niet dezelfde mensen maar veranderen zij door *katharsis* in een altijd doorgaande confrontatie met *tuchè* die iedereen kan treffen. Zíj zijn het die gezamenlijk voortgaand (moeten) leren wat dán

nodig is. Vanuit dat eerste 'weten' in confrontatie met de patiënt begint een eerste vernemen wat die ander, de patiënt, nú behoeft.
Het hele theater van Lee valt in duigen vanuit dit perspectief op spelers en publiek. De 'rollen' zijn omgekeerd. Niet de patiënt moet aan 'een belevenis' geholpen worden maar de professionals moeten (als we Lee's termen volgen)'beleven' (in Griekse tragedietermen *katharsis* ondergaan) en daaruit leren, gemeenschappelijk en individueel over het bedreigde goede leven.
Het perspectief op de relatie tussen professional en patiënt kantelt wanneer de patiënt (h)erkend wordt als tragediespeler. De gevolgen hiervan voor de asymmetrie en wederkerigheid van de zorgbetrekking komen in paragraaf 3.5.6 kort ter sprake. In de hoofdstukken 5 en 6 over het zorgethisch perspectief komen wederkerigheid en asymmetrie in de zorgbetrekking opnieuw aan de orde.
In een globaal schema staat samengevat wie welke rollen vervult, welke doelen nagestreefd worden en welke plaats aan emoties wordt toegekend in respectievelijk het Griekse tragedie, Lee's ziekenhuis en Lee's ziekenhuis wanneer de tragedie op juiste wijze voor de ziekenhuiscontext geduid wordt.[27]

27 Zie bijlage 3.a.

3.6.4 Gevolgen van de 'rolwisseling'

Lee's theaterbusinessconcept lijkt (met zijn huidige motivatie en constellatie) onhoudbaar geworden. Hoe kwam Lee tot het centraal stellen van dit concept? Wat valt er nu uit weg en wat houdt (eventueel) stand?
Lee heeft klantwensen vernomen en geanalyseerd zoals in de tabel[28] summier is beschreven. Hoewel hij vanuit een marktperspectief zoekt naar succesfactoren komen de voorbeelden die hij noemt en de concepten die hij bijeenbrengt dicht bij een zorgethische benadering van voorbeelden en kernconcepten. In de documenten zijn de vijf hoogste scores: zorgzaamheid (verreweg de hoogste), liefde, bewogenheid, medeleven en troost. Bij het overgaan naar een businessmodel en het vaststellen van het te vermarkten product moet Lee deze zorgwaarden omduiden en daarin reduceren. De 'nood' van de patiënt, vernomen uit de genoemde bronnen duidt Lee om in 'behoeften' van een klant (een consumentwens).[29] Dan is er sprake van een categoriewisseling van 'zorg' naar 'markt'. Lee oriënteert zich op 'de markt' (en niet moreel-zorginhoudelijk) voor het vinden van een juist businessmodel voor het ziekenhuis en veronderstelt het moderne, populaire theaterconcept van bedrijven, ontleend aan Disney-*entertainment* als geëigend voor ziekenhuisdrama's op grond van de door hem gemeenschappelijk gedachte 'belevenis' bij Disney en in het ziekenhuis. Met 'de grondslag van ons westerse idee van theater' (Aristoteles in *Poetica*) heeft dit geen verband.[30] 'Zorgzaamheid' en 'bewogenheid' van professionals, als belangrijkste concepten vernomen bij patiënten, worden door Lee -in de context van een economische belevenistrend- versleuteld tot 'aan een ultieme belevenis helpen'. In de zorgbetrekking krijgt de professional de rol van leverancier ten opzichte van een klant die een optimaal 'product' krijgt (bewogen, empathische zorg) met het oog op een achterliggend bedrijfsdoel (loyaliteit). Belangrijke morele waarden, door patiënten zelf genoemd, vermengen zich met marktwaarden bij Lee. Het is een voortdurende verwarringscheppende vermenging waarbij een belangrijke vraag voor deze thesis steeds is of in Lee's verstrengeling van doelen (goede zorg, verstaan als loyaliteit kweken) de zorginhoud (en daarmee verbonden authenticiteit in de zorgbetrekking) verandert. Lee herkent de hunkering van patiënten naar ménselijke zorg in het ziekenhuis, naar bewogenheid met hun lot, naar kunnen leven en óverleven, maar zijn respons op die hunkering gaat in zijn zorgconcept voortdurend vergezeld van een ander doel waarvan de marketeers zeggen dat het

28 Zie bijlage 3.b.

29 Zie bijlage 1.f.

30 J.H. Gilmore - B. Pine, *De beleveniseconomie: Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium*, Academic Service, Den Haag, 2000, p. 147.

altijd prevaleert: organisatieoverleving. Morele waarden worden daarmee ingeruild voor waarden vanuit nutsdenken. De tragische figuur Kreon kan ook een spiegel zijn voor Lee als 'beleven' de hoogste waarde wordt in het ziekenhuis waaraan alles ondergeschikt gemaakt wordt en geherïnterpreteerd. Desondanks is het mogelijk dat Lee's zorgprofessionals goede zorg (blijven) bieden om de eenvoudige reden dat veel professionals dat 'gewoon' willen en doen. Daarnaast is denkbaar dat de omduiding (en reductie) van de concepten en het eígenlijke doel van het bedrijf, zorgprofessionals ontgaat. Ook patiënten kunnen de ervaring opdoen dat zij topzorg ontvangen en de omduiding en reductie die plaatsvindt in de overgang van 'zorg' naar 'markt' niet bemerken. Zowel de professionals als de patiënt zijn in dat geval in het theaterbusinessconcept middel voor bedrijfsdoelen.
Als de patiënt de tragische acteur is, hoeft er geen decor ingericht te worden, medewerkers screnen op talent voor een rol is overbodig evenals een hechte *cast* vormen, de manager is niet langer regisseur, er is geen *on-* en *off stage* (met bijpassend gedrag), scripts tot in detail uitwerken en leren is niet aan de orde, waarheidsmomenten voor perfecte perceptiebeïnvloeding zijn van de baan, evenals het motivationeel en empathietrainend verkennen van het eigen binnenste om vandaar uit authentiek te acteren bij het ziekbed.
Maar aan Lee's concept wordt beslist tekort gedaan als dit de enige constateringen zijn. Lee heeft in zijn ontwerp de vinger op de 'zere plek' in de ziekenhuiszorg gelegd: een essentieel tekort aan menslievendheid. In het ziekenhuis domineren moderne vormen van ingrijpen, instrumentaliseren, interveniëren, gericht op beheersing en controle, waarmee bepaalde 'waarden' uit het oog raken of verloren gaan. Lee's reactie hierop heeft echter dezelfde risico's van waardeverlies vanwege ánder eenzijdig beheersen en verwisseling van zorgwaarden met marktwaarden. Hoewel Lee de rollen van de tragedie in beginsel toebedeelt aan de verkeerde actoren in het ziekenhuis, blijft deze kritiek belangrijk en dat geldt eveneens voor (delen van) zijn respons. In hoofdstuk 7 zal onder 'leren van Lee' opgesomd worden welke zijn verdiensten zijn voor het ziekenhuis. Ik zal daar stellen dat het verdienstelijke wel buiten de commerciële context geplaatst moet worden om aan omduiding en reductie te ontkomen. Hier kan de wijsheid van Aristoteles te binnen gebracht worden om de verschijnselen serieus te nemen wanneer zij deel uitmaken van wat mensen (kennelijk) belangrijk vinden. Lee's concept blijft informatieve waarde houden bij het zoeken naar een evenwichtig standpunt.

3.6.5 Ethische waarde van emoties

Wat kunnen we leren uit de Griekse tragedies als we beseffen dat de patíënt de tragische figuur is; niet als speler, maar reëel?
Het Griekse besef van de tragediedichters is dat emoties ethische waarheid onthullen maar dat ze niet leidend moeten zijn.

a Emoties hebben 'intelligentie'; ken-kracht.

Ze tonen het behoeftig en afhankelijk zijn van mensen. Deze kwetsbaarheid kan de basis zijn van ethiek. Emoties vormen een noodzakelijk deel van 'redelijkheid' én ze moeten 'redelijk' bereflecteerd worden.
In de hedendaagse emotiecultuur worden emoties niet als redelijk gezien, blijven ze doorgaans onbereflecteerd en worden ze winstgericht (beleveniseconomie) geëxploiteerd. Paradoxaal genoeg wordt 'wat goed voelt' tegelijkertijd vandaag de dag vaak als een rechtvaardigend argument gehanteerd.
Emoties informeren ons als we ze bereflecteren over onze 'oordelen' (wat we belangrijk vinden of verwerpelijk) en over onze 'verlangens' (wat we zouden willen

maar (nog) niet, of niet meer hebben). Overtuigingen van mensen zijn leidend bij de reflectie op emoties die opgeroepen worden. Bij de tragedies moet de gedeelde overtuiging zijn dat het lijden dat iemand treft (een gewoon, goed mens) erg is en hem bij toeval overkomt. Juist dat verschil tussen 'een goed mens zijn' en wegraken van 'het goede leven' moet verkend worden.
De Griekse tragedie roept de krachtige emoties angst en medelijden op bij het publiek. Bij Lee ontbreekt opvallend genoeg vrijwel geheel de emotie 'angst'. Angst heeft in het Griekse theater de belangrijke werking dat mensen inzien hoezeer toeval en noodlottigheid bij de tragediespelers ook hún deel kan zijn. Deze angst brengt tot besef van gedeelde menselijke kwetsbaarheid. Niet iedereen is ontvankelijk voor besef van kwetsbaarheid. De drukker die de proefdruk van het geboortekaartje van een van onze kinderen afleverde, had onze tekst *'Lest we forget how fragile we are'*, 'verbeterd' in '*Best we forget how fragile we are*'.
Gedeelde menselijke kwetsbaarheid delen is iets anders dan 'gevoel' delen; daar staat humaniteit op het spel.
De emotie medelijden wordt door Lee terecht centraal gesteld en uitvoerig besproken. Medelijden is onontbeerlijk om lijdende mensen zorgzaam te kunnen bijstaan. Hier komt Lee's concept dicht bij het Griekse theater. Maar waar het losgemaakt is van angst verdwijnt de belangrijke dimensie van kwetsbaarheid, gegeven in de menselijke conditie (contingentie) en in 'toeval' dat mensen van buitenaf noodlottig kan overkomen. Nussbaum gaat ook in op kwetsbaarheid en 'getroffen worden' door eigen schuld en verkeerde keuzen (actuele thema's voor de hedendaagse gezondheidszorg en solidariteit). Thematiek die eveneens door de Griekse toeschouwers lerend verwerkt moet worden om te komen tot het goede leven. Dit blijft in deze thesis verder buiten beschouwing.
In de tragedies zijn emoties belangrijk maar ze gaan altijd samen op met ratio. Emoties *sec* zijn geen goede leidraad. Emoties informeren mensen over wat (bij verstoring door *tuchè*) 'het goede leven' inhoudt. Júist de emotie angst informeert en 'solidariseert' en motiveert mensen om het lijden van anderen diep serieus te nemen en behoedzaam tegemoet te treden. Die laag ontbreekt bij Lee omdat hij angst weglaat. Van de in de tragedies zo belangrijke *katharsis* (met cognitieve, kentheoretische en psychologische dimensies), is bij Lee op de wijze van de tragedies geen sprake om verschillende redenen. De rolverwisseling is genoemd evenals het prioriteren van bewogenheid (en empathie) en het weglaten van de voor *katharsis* essentiële emotie 'angst'.

b Raakbaarheid

Een belangrijk punt dat nog niet genoemd is, is het feit dat de toeschouwers niet allereerst door diep onderzoek in het eigen gevoelsleven tot empathie komen maar door open te staan voor de tragische, verschrikkelijke werkelijkheid van een medemens en emotioneel raakbaar te zijn. Wat verdriet en lijden inhoudt, blijkt in die confrontatie met de ander, die van buitenaf komend (geënsceneerd vanaf 'het toneel', of reëel vanuit het ziekenhuisbed) het eigen binnenste emotioneel overhoop gooit. Dát leidt tot zelfonderzoek en *katharsis*. Dit is leren door *pathos* en, in de Griekse context cruciaal, dit leren geschiedt voornamelijk gemeenschappelijk en daarnaast individueel. Thema's van kwetsbaarheid, verlies van moraliteit, het goede leven, lijden en medelijden en anderen bijstaan, zijn politiek-maatschappelijke thema's en thema's die individuen tot zelfinzicht en kennis brengen.
Bij Lee viel eerder op dat de compassie van de verpleegkundige die getraind wordt tot acteur zo éénduidig door hem beschreven wordt. Compassie is bij Lee niet complex maar puur en onomstreden góed, helder verneembaar voor iemand met ontvankelijkheid voor de eigen gevoelslagen-verkenningen. Het roept geen enkele vraag op voor het eigen breekbare bestaan en is geheel gericht op wat de andere

mens moet meekrijgen om te kunnen 'beleven' (namelijk dat de verpleegkundige hem liefdevol begrijpt). Lee spreekt in zijn boek een paar keer over 'je een plaats in het hart van de patiënt verwerven'. Dat lijkt te wijzen op een warme zorgrelatie maar roept bij mij de vraag op in hoeverre dit 'hartenjagen' menslievende, goede zorg is. Er vindt een verschuiving plaats van genegenheid en liefde die in een zorgbetrekking kan ontstaan, naar zich een plaats in het hart van de patiënt verwerven als doel om die patiënt relationeel te binden aan het ziekenhuis. Ook hierbij valt op hoe eenzijdig het harten winnen is. Krijgt de patiënt ook een plekje in het hart van de verpleegkundige?

c Een rol spelen

De verpleegkundige bij Lee blijft in de theater-getrainde performance een rol spelen met een vorm van onaangedaanheid. Hoe hij zichzelf op dat moment werkelijk voelt moet glimlachend bedekt worden, wat de confrontatie met lijden met hemzelf doet mag de performance die gelijkmatig van hoog niveau moet zijn niet storen. Dit toont de tegenstrijdigheid in Lee's theatervisie dat enerzijds de eigen gevoelens diep verkend moeten worden om wat de ander doormaakt bij benadering te kunnen vatten, terwijl anderzijds de acteurs alle mogelijke verstoringen in het eigen (gevoels) leven moeten elimineren tijdens de performance. *On the record* toont de acteur alleen de functionele emoties die gewenst zijn voor het beïnvloeden van de perceptie van de patiënt. In hoeverre zelfkennis en diep leren en ontwikkelen van morele gevoeligheid en reflexiviteit bij Lee's verpleegkundigen tot stand komt, wordt niet duidelijk. Lee geeft weinig blijk van verontrusting, het onverhelpbare en ondraaglijke en eigen oriëntaties op 'het goede leven'. In wezen ontbreekt het tragische, het toeval dat mensen treft en ontreddert geheel bij hem.

d Het loopt altijd goed af?

In de context van continue kwaliteitsverbetering (waarbij Lee een werknemerscultuur van óntevredenheid bepleit) verwijst hij naar Jim Collins '*good-to-great*-principe' dat Collins ontleent aan de '*Stockdaleparadox*' van krijgsgevangenen in Vietnam. Een rotsvast geloof in de goede afloop van de zaak én discipline hebben om de grimmige feiten van de huidige ontmoedigende situatie onder ogen te zien. Lee ziet dit als 'vereiste om de doorbraak te maken die tot grote prestaties leidt'. De kwaliteit die nagestreefd wordt en de 'grimmige feiten', gaan niet over hoe de patiënt er aan toe is maar over het bedrijf en de marktpositie. Of deze focus op 'ontevredenheid' leidt tot subtiliteit en behoedzaamheid bij een ernstig zieke of wegraakt van zorgvuldig afstemmen in het belang van de patiënt (vanwege het bedrijfsbelang) is de vraag.[31] Dit rotsvaste geloof in een goede afloop ondanks 'grimmige feiten' lijkt ook te gelden voor het bijstaan van de patiënt bij Lee. Wellicht wordt om die reden het lijden van patiënten inhoudelijk niet verkend. Verdriet, pijn en lijden worden door Lee regelmatig in één adem genoemd alsof zij vanzelfsprekend zo gedrieën met elkaar samenhangen. De geleefde praktijk in het ziekenhuis is veel gelaagder. Verdriet en vreugde kunnen ineen liggen of samen opgaan, pijn kán doorstaan moeten worden omwille van verbetering of genezing. Het lijden van mensen is zeer complex en kan samenhangen met bijvoorbeeld angst, schuldgevoelens, fysieke pijn, eenzaamheid, afhankelijkheid en onmacht. Bovendien is bij Lee 'empathie' ongericht; er is geen context waarbinnen vanuit empathie met de patiënt het (zorgend) hándelen of juist nalaten van handelen richting kan vinden. Met 'ongerichte empathie' bedoel ik dat er niet gezocht wordt naar wat -in termen van Lee- ziekte, lijden en verdriet voor die specifieke patiënt betekenen. Er is geen oriëntatie op wat voor die mens het goede leven inhoudt en daardoor ook geen gerichtheid op wat nu op het spel staat in verhouding tot het (toekomstig) leven. Ondanks die ongerichtheid beschrijft Lee nergens (morele) complexiteit en onzekerheid over hoe er gehandeld moet worden. De patiënt-perceptie dat de zorg 'bewogen' geleverd wordt, is kennelijk genoeg. Er

31 F. Lee, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen,* Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 173.

doen zich in zijn voorbeelden wel lastige situaties voor maar die zijn altijd oplosbaar. Onder het (inhoudelijk niet uitgediepte) *keyconcept* bewogenheid, vallen -naar het schijnt- alle dingen uiteindelijk op z'n plaats en eindigen alle zorgsituaties 'ultiem góed'. Dat getuigt vooral van beheersend wensdenken en niet van het onbeheersbare en soms uiterst tragische van concrete zorgsituaties die niet 'goed' te 'krijgen' zijn, alle liefde en inspanningen van verzorgenden en naasten ten spijt.
De Griekse tragedies tonen morele complexiteit waarbij 'de goede keuze' niet mogelijk is. Wat er ook gekozen wordt, het impliceert altijd ook 'kwaad'; een realistische schets van (keuze)situaties die zich in mensenlevens en ziekenhuis*settings* voordoen.
De tragedies confronteren met allerlei menselijke reacties bij dergelijke complexiteit en wat de gevolgen daarvan zijn. Een herkenbare reactie is dat het bittere weg moet, bijvoorbeeld door complexiteit van waarden te verminderen en zo dilemma's uit te bannen. Een andere optie is om de emoties die de pijn doen ervaren zoveel mogelijk te elimineren.
De 'ultieme belevenis' bij Lee zou zo'n vorm van ontkenning kunnen zijn, verabsoluteren van één (nuts)waarde en een patiënt helpen ontsnappen aan complexiteit en tragiek.

3.6.6 Morele relevantie zoekend vernemen

In de Griekse tragedies leren de toeschouwers door een proces van *katharsis* en scherpen zij hun morele gevoeligheid en beoordelingsvermogen. Tragedies zijn (herkenbare) poëtische fictie die helpen bij praktisch leren en handelen in reële situaties. Aristoteles wijdt veel aandacht aan dit praktisch leren vanuit levenssituaties waarbij de praktische wijsheid groeit naarmate ervaring wordt opgedaan.
Morele relevantie toont zich in de concrete, complexe, alledaagse levenssituaties. Dat wat gedaan moet worden is niet op voorhand bekend maar wordt gaandeweg -in een zoekend en op de specifieke situatie afstemmend proces- in voorlopigheid gevonden. Voor zorgsituaties is dit zoekende, procesmatige uitvinden wat voor díe ene patiënt goede zorg inhoudt, een herkenbaar gegeven.

a Leidende vraag is klantvraag

Bij Lee is echter *grosso modo* al bekend wat de patiënt moet 'krijgen' evenals hoe het verstrekt moet worden. De leidende vraag bij Lee is niet 'wat is voor deze patiënt goede zorg?' maar 'wat wil en verwacht de patiënt?' Behalve dat de leidende vraag verandert, is met het vernemen van de klantwens ook het antwoord al helder en ingevuld. De menslievende bijstand waar de patiënt om vraagt, krijgt als antwoord 'een fantastische genezingservaring'.
Lee doet aan casusbesprekingen, met teams van verpleegkundigen om daaruit te leren maar dat leren is gericht op 'beter leveren' van het gewenste product met het oog op de gewenste reactie van de patiënt. Er wordt derhalve bij Lee ook 'gezocht', 'afgestemd', 'geleerd' maar met een ander perspectief en doel dan het Aristoteliaanse praktische leren. Het gaat bij Lee niet om het scherpen van morele gevoeligheid en het beoordelingsvermogen om te zoeken naar wat in zulke situatie het moreel goede is. Multiperspectivisch de morele complexiteit van het tragische verkennen dat mensen overkomt en wat dat met 'de toeschouwer' doet zoals in de tragedies is bij Lee niet aan de orde. Het erkennen en eerbiedigen van complexiteit en de diepte van tragiek staat voorop bij de tragedies maar speelt geen rol bij Lee.
Hoe compassievol ook 'geleverd', zorg (in Lee's betekenis) betreft een afgebakend product en een specifiek doel waarin onzekerheid en lastigheid niet voorkomen.
In de beleveniseconomie is 'het relationele' evenals 'vertrouwen' en 'authenticiteit'

herkend als een sterke klantbehoefte. 'Belevenis' is het massaproduct, de verpleegkundige bemiddelt het 'maatwerk' -via belangrijke productbemiddeling aspecten- aan het ziekbed van de individuele, unieke patiënt.[32] Vergeleken met hoe Aristoteles te werk gaat, is dit een omgekeerde beweging; van massa naar maat, terwijl Aristoteles het particuliere als uitgangspunt neemt en tot (voorlopige, steeds weer aan te passen) algemeenheid komt. Er is bij Lee geen sprake van opdiepen uit die concrete werkelijkheid. Een belevenis creëren is qua richting en inhoud wezenlijk anders dan praktisch wijs, samen met de patiënt, zoeken naar wat voor die unieke mens in die specifieke situatie nódig is.

32 Massamaatwerk staat beschreven in paragraaf 2.2. 1. van deze thesis. Gilmore en Pine vernemen *fine-tuning* met de klant in 'lerende relaties' (paragraaf 2.2.2.)

b De zorgrelatie

Wat betekent dit voor de zorgrelatie bij Lee? Die lijkt eenrichtingverkeer; de een geeft, de ander ontvangt. De patiënt komt passief in beeld; wordt hij bijgestaan of wordt wat hij onder ogen zou moeten zien uit handen genomen en 'opgelost' of 'onteigend'? In dat geval lijkt er sprake te zijn van een nieuwe, moderne vorm van interventionisme en een nieuwe vorm van afhankelijkheid die zich overigens slecht verhoudt met het moderne mensbeeld van de autonome, rationeel kiezende mens. Is er bij Lee ruimte om te onderzoeken of de patiënt erbij gebaat is om zichzelf, met ondersteuning van anderen, te gaan verhouden tot de opgave van het ziek-zijn en misschien niet meer beter worden?

Ook voor de verpleegkundige roept het vragen op. Hoe vrij is de verpleegkundige als de inhoud van de zorg (beleven) vaststaat en praktische wijsheid ónder het *keyconcept* bewogenheid en empathisch een ultieme belevenis bezorgen, wordt geschaard?

In Lee's concept is er behalve dankbaarheid en -op termijn- loyaliteit aan het bedrijf weinig 'wederkerigs' in de zorgbetrekking. Vragen als: 'verándert de patiënt ook het leven van de verzorgenden?', 'lijden verzorgenden onder wat ze aan tragiek meemaken in hun werk?', stelt Lee niet. En doen zich in Lee's ziekenhuis situaties voor waarin die ultieme belevenis maar niet wil lukken? En wat dán? Lee heeft het er niet over.

En wat betekent het gegeven dat 'tevreden patiënten' (die dus mogelijk goede zorg hebben ontvangen) voor Lee niet interessant zijn?

Daarnaast: in hoeverre kan hij zich voorstellen dat zorg góede zorg is terwijl er geen 'resultaten' zijn, medisch-technisch noch psychisch?

Als we de rolwisseling doorvoeren waarbij de patiënt als 'tragische speler' écht centraal staat, mag niet het misverstand ontstaan dat met de perspectiefwisseling de patiënt enkel 'de lijdende' en de verpleegkundige slechts 'de lerende' persoon is. In zorgrelaties is wederkerigheid. Ook de patiënt zélf leert door *pathos*. De 'rollen' liggen niet vast maar wisselen in zekere zin. Er is ongelijkheid in die zorgrelatie door het lijden en de afhankelijkheid van de een en er is gelijkheid op het niveau van gedeeld mens-zijn. In de zorgrelatie ontstaat wederkerigheid wanneer de zorgverlener zich openstelt voor die ander en zoekend (procesmatig) wil vernemen wat voor die andere mens goede zorg inhoudt.

Wie zo naar zorgrelaties wil kijken, doet er wellicht goed aan het hele theaterbusinessidee te laten varen, ook na omkering van 'acteurs' en 'publiek'. Het probleem bij het theaterbusinessmodel zit behalve bij verwarring rond 'theater' vooral in 'business'; daar vindt reducerende versleuteling plaats. Het Griekse theater, en met name de tragedies, biedt een rijke en verdiepende bron wanneer de morele complexiteit en het multiperspectivische niet weggewerkt worden maar juist herkenbaar zijn in het hedendaagse zorgen voor mensen.

Uit de wijsheid van de tragedies en het Aristoteliaans richten op particulariteit en praktisch inzicht valt te leren hoe belangrijk het is om de zorgbetrekking centraal te stellen en daarbinnen te vernemen welke drama's en vreugden er aan de orde zijn

waarbij het patiëntperspectief leidend is. Daarbij kan door álle partijen diep geleerd worden.

c Reactie op lijden?

Wat is de beste reactie op lijden, verdriet en pijn bij de patiënt als 'oplossen' en 'onteigenen' door anderen -zoals aan de orde lijkt bij 'belevenis verstrekken'- in de zorg niet aan de orde zijn? Lerend vanuit de Griekse tragedies: voor wie zich in die situatie bevindt, is de beste reactie het lijden te doorstaan, het conflictueuze en tragische te erkennen evenals het gegeven dat 'het goede leven' uit beeld raakt en er geen simpele uitweg is anders dan 'zich ertoe moeten gaan verhouden'. Voor het koor of het publiek -zorgprofessionals- is de beste reactie erkennen en eerbiedigen van de tragische, complexe situatie en beseffen dat een dergelijke situatie zich in ieder mensenleven kan voordoen. Belangrijk is ook dat naast kwaad het ethisch goede mogelijk blijft, zoals in de emoties pijn en wroeging die serieus genomen moeten worden als intuïtieve kennisbron. In ziekenhuispastoraat komt de emotie wroeging (of lichtere varianten als 'spijt') regelmatig aan het licht vanuit de gedwongen reflexieve situatie waarin een patiënt zich bevindt.

d Evenwicht 'handelen' en 'gevoel'

Last but not least kan bij het verlaten van het theaterperspectief en de eenzijdige focus op 'gevoel' een nieuwe oriëntatie komen op het zorgend 'handelen' waarbij vakkundigheid en medeleven onlosmakelijk en evenwichtig ineen liggen.[33] Waar artsen en verpleegkundigen 'leveranciers' en patiënten 'klanten' zijn, geldt (omwille van het bedrijfsdoel 'klantenbinding') het marktprincipe 'de klant heeft altijd gelijk'. Vakkundigheid van professionals moet wijken voor 'de wil en beleving' van de (eisende) klant. Een nieuwe oriëntatie op vakkundigheid, op de medisch-technische dominantie in menig Nederlands ziekenhuis is nodig omdat juist in reactie op die dominantie de eenzijdige focus op 'emoties' is gekomen.

33 In hoofdstuk 5 en 6 worden noties als deze uitgewerkt.

3.6.7 Authenticiteit en perceptie

Een authentiek mens-worden dient bij Lee het bewogen bijstaan van de patiënt en het realiseren van de vastgestelde, beoogde doelen. Lee's professional is een laatmodern mens die via theater- en acteer kunst contact maakt met de eigen innerlijke gevoelslagen en zó komt tot begrip voor de ander op emotioneel niveau. Dit hedendaagse authenticiteitbegrip stamt uit de periode van de Romantiek waarin de identiteit van een persoon verbonden wordt met individuele creativiteit. Mens-zijn is een authentiek-subject-zijn. Het (creatieve) innerlijk vormt de bron van deze authenticiteit. In hoofdstuk 5 van deze thesis komt dit authenticiteits-verstaan in samenhang met de beleveniseconomie aan de orde.

Het laatmoderne authenticiteitbegrip verschilt sterk van 'authenticiteit' in de tragedies en bij Aristoteles. Zoals eerder gezegd, het begrip authenticiteit komt, net als identiteit, bij Aristoteles niet voor. Zelfkennis en -inzicht en goed, deugdelijk mens-zijn bij Aristoteles, heb ik geduid als authenticiteit in de betekenis van 'echt mens-zijn' om een vergelijking met Lee te kunnen maken.

Echt mens-zijn betekent bij Aristoteles zich gevoelsmatig en verstandig kunnen verhouden tot een rijkdom aan morele waarden, met alle risico's die dat in zich heeft. Authenticiteit is complex, meerlagig, een levenslang leerproces. De (gelaagde, niet eenduidige) zelfkennis en het daarmee verbonden echt-mens-zijn, wordt niet uit het eigen binnenste opgediept, maar komt aan het licht in diepe relaties met anderen (geliefden, vrienden, medeburgers)[34] en in confrontatie met het tragische (al dan niet fictief). Bij authenticiteit hoort het breed en diep verkennen van het alledaagse (de *fainomena*), het particuliere, praktisch wijs worden en handelen; de moreel

34 In identificaties met en distantie van anderen, stelt psychiater Paul Verhaeghe, wiens boek *Identiteit* ter sprake kwam in Wim Brands' tv-boekbespreking van 16-09-2012. P. Verhaeghe, Identiteit, De Bezige Bij Amsterdam, 2012.

goede dingen doen, gelukt en gelukkig leven, kwetsbaar én sterk.
Authenticiteit, als echt mens-zijn geïnterpreteerd en als zodanig op het Aristoteliaans gedachtegoed gelegd, combineert activiteit (handelen) met receptiviteit (ontvankelijkheid) en hangt samen met Aristoteles' perceptieopvatting. Perceptie is bij hem het beproefd, aan de praktijk geleerd, onderscheidingsvermogen door emotioneel en cognitief waarnemen in ontvankelijkheid voor het particuliere.
De tragediespelers beïnvloeden welbewust de perceptie van de toeschouwers om een bepaalde doelstelling te realiseren. In die zin is de perceptiebeïnvloeding van Lee vergelijkbaar. Ook hij stuurt welbewust aan op specifieke beïnvloeding van de waarneming van de patiënt met een duidelijk doel. Zowel de tragediespelers als Lee's verpleegkundigen die binnen zijn theaterbusinessconcept eveneens de rol van tragediespelers op zich (moeten) nemen, sturen de perceptie van de toeschouwer. Maar de perceptiebeïnvloeding van de patiënt bij Lee heeft niet de reikwijdte en diepte waarover Aristoteles spreekt. Het is louter emotiebeïnvloedend gericht.
Met het niet-zien van Lee wie in het ziekenhuisdrama de tragisch getroffene is, hangt zijn perceptie-beïnvloedingsdenken, ingegeven door de belevenis marketeers, in de lucht. Wat betekent dit voor de vraagstelling van deze thesis over authenticiteit in de zorgrelatie bij Lee? Gilmore en Pine hebben er een belangrijke opmerking over gemaakt. Over authenticiteit in het economisch aanbod bij zowel producten als bemiddelende mensen zijn zij ondubbelzinnig helder: alles is nep in de commercie. Geldt dit ook voor Lee's zorgprofessionals nu de theatervoorstelling toch iets anders in elkaar blijkt te zitten dan Lee bedacht had?
Eén ding is duidelijk: aan de authenticiteit van de echte lijdende mens, de patiënt, hoeft niet getwijfeld te worden. Doodziek zijn, doodsbang zijn, kotsmisselijk zijn, niet weten waar je het moet zoeken van de pijn, niet weten of je beter wordt, of wél weten dat je het gaat redden; het is allemaal hartverscheurend écht. Pas als dat is gezien, kan opnieuw nagedacht worden over het belang van meelevendheid en compassie in het zorgend handelen en in welke *setting* (commercieel of moreel) menslievende zorg voor iemand die er zó aan toe is de beste is.

Gerhard Schulze kijkt vanuit een cultuursociologisch perspectief naar de belevenismaatschappij. Hoe is het eigenlijk gekomen tot een belevenis- en emotiecultuur? En waarom zijn die belevenis marketeers zo succesvol?
Mogelijke verarming door waardereductie, conceptuele vervorming en gevolgen van belevingsgericht vereconomiseren van de maatschappij komen vanuit zijn perspectief in het volgende hoofdstuk aan de orde.

DE BELEVENISMAATSCHAPPIJ VANUIT EEN CULTUURSOCIOLOGISCH PERSPECTIEF VAN GERHARD SCHULZE

4

INLEIDING

Maatschappelijke tendensen kunnen verhelderd en verklaard worden door 'cultuur' te bestuderen. 'Cultuur' is daarbij een overkoepelend geheel van waarden en betekenissen in een samenleving. Cultuursociologie, de discipline van waaruit Gerhard Schulze werkt, is een deeldiscipline van sociologie. Schulze onderzoekt in zijn boek vanuit een cultuursociologisch perspectief 'belevenis'. In de Duitse maatschappij (BRD) vanaf de zestiger jaren tot het moment van publicatie van zijn boek in 1992 herkent hij een steeds belangrijker rol van 'belevenissen', een rol die relevant blijkt (in Schulze's retrospectie) voor de opbouw van de sociale wereld.
Dit cultuursociologisch perspectief biedt voor deze thesis een nieuwe invalshoek om het hedendaagse succes van belevenis marketeers, die ook de zorgsector binnendringen met hun verkoopactiviteiten, te kunnen duiden. Eerder in deze thesis is beschreven hoe Fred Lee's commerciële ziekenhuiszorgconcept deel uitmaakt van wat inmiddels wijdverbreid 'de beleveniseconomie' wordt genoemd. Lee stelt dat met zijn concept hedendaagse problemen in de ziekenhuiszorg tot een win-win situatie kunnen worden gekeerd als de patiëntbeleving centraal komt te staan in de zorg. Vanuit het economisch 'binnenperspectief' van de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine zijn de reikwijdten en kansen van de beleveniseconomie voor het bedrijfsleven (en het concept authenticiteit daarbinnen) beschreven.
Het cultuursociologisch perspectief van Schulze biedt een kritische focus om de thematiek van de probleem- en vraagstelling van deze thesis dieper te verkennen. Zorgethiek als sociaal-politieke ethiek impliceert kritiek op de dominante neoliberale cultuur en de daarin vigerende ontkenning van mensen als van elkaar afhankelijke, sociale wezens. Schulze's in kaart brengen en kritiseren van de belevenis- en emotiecultuur verheldert onder meer nieuw ontstane sociale structuren van groepen mensen en afhankelijkheid in kiezen en belevenisconsumptie. Daarnaast maakt hij inzichtelijk wat er gebeurt met morele waarden bij dominantie van 'de belevenismarkt' in allerlei domeinen van het (samen)leven. In die zin biedt zijn scherpe analyse van de belevenismarkt, zijn cultuurkritiek, en het onderliggende verlangen naar zin en geluk ook verheldering voor een zorgethisch perspectief.
Bij de titel van zijn boek '*Die Erlebnisgesellschaft; Kultursociologie der Gegenwart*'[1], licht hij toe dat er een comperatieve karakterisering mee bedoeld is. De Duitse maatschappij is, vergeleken met de eigen historie, zozeer belevenisgeoriënteerd geworden dat het sociologisch interessant wordt om te onderzoeken. Schulze onderzoekt, vanuit dit vergelijken door de tijd heen, retrospectief. Hij onderzoekt op twee lagen: milieustructuur en belevenismarkt. 'Milieustructuur' betreft in een sociologische context de sociaal-maatschappelijke structuren van grote groepen mensen.

1 G. Schulze, *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart,* Kampus Verlag GmbH, Frankfurt/ Mainz, 2005.

Schulze laat in zijn onderzoek zien dat mensen zich in een belevenismaatschappij nog steeds voor elkaar interesseren -en niet zoals velen denken puur individueel leven- maar om andere redenen dan voorheen. Zij kíezen voor het behoren tot groepen in plaats van de vroegere gegevenheid van het behoren tot een groep.
In dit hoofdstuk van deze thesis werk ik vanuit de aanname dat Schulze's onderzoek binnen de specifieke context van Duitsland ook relevant is voor en vergelijkbaar met ontwikkelingen in Nederland.
Hij stelt zich met zijn boek ten doel te laten zien hoe onder invloed van belevenisoriëntatie de milieustructuren in de maatschappij zelf veranderen. Er ontstaan nieuwe sociale structuren die amper of niet te beschrijven zijn vanuit de bestaande cultuursociologische modellen van een gestapelde, hiërarchische maatschappij. Schulze wil -zo mogelijk- nieuwe sociale structurering van groepen ontdekken en benoemen en vanuit cultuurkenmerkende existentiële problemen begrijpen. Zijn benadering van de thematiek is vanuit open vragen waarbij de leidende vraag is of er in een context van welvaart en individualisering nog sprake kan zijn van grote sociale groepen en hoe die gegroepeerd zijn. Enerzijds beschrijft de sociologie het alledaagse leven van individuen als onteigenend. Anderzijds is het individu toenemend eigenzinnig en zelfbewust. In oude sociologische maatschappijmodellen verschijnen 'individueel' en 'massaal' als *patchwork* wat leidt tot een onheldere stand van zaken. De open vragen die Schulze neemt als onderzoekspanorama laten zich het beste karakteriseren door een aantal tegengestelde mógelijke antwoorden. Die tegenstellingen maken zichtbaar waar de vragen spelen: welvaart versus tekort, verticaal versus horizontaal onderscheiden grote sociale groepen, grote groepen versus individualisering, onteigening van het dagelijks leven versus autonomie, massacultuur versus originaliteit en bepaaldheid van het handelen versus spontaniteit van handelen.
Schulze's onderzoek leidt uiteindelijk tot een *tableau* waarin hij de opbrengst van zijn onderzoek van drie culturele overgangsstadia in de BRD vanaf de Tweede Wereldoorlog tot aan het eind van de jaren tachtig presenteert. In de dynamiek van de sociale werkelijkheid, niet in het minst gestuurd door de toenemende invloed van de belevenismarkt, zijn globaal vijf nieuwe, verticaal gespleten, horizontaal gelaagde sociale milieus ontstaan van grote groepen mensen die subjectieve en situatieve kenmerken delen.[2] Algemeen geldt dat voor deze groepenstructuur leeftijd, generatie (jong-oud) en opleidingsniveau nog steeds (als voorheen) van betekenis zijn maar in nauwe samenhang met voorwaarden die belevenisbehoeften structureren.

2 Zie bijlage 4c. en 4d. voor een beknopt overzicht.

In dit hoofdstuk zal het accent vooral liggen op het ontstaan van de belevenismarkt en de positie van het subject daarbinnen. De milieustructuur-thematiek en vooral Schulze's constructieproces daarbij, staat op de achtergrond.
Schulze stelt zich overigens zeer bescheiden op ten aanzien van zijn onderzoeksresultaten. Zijn methode om een reconstructie te maken van maatschappelijke veranderingen, samenhangend met economische veranderingen sinds de Tweede Wereldoorlog, bestaat uit een door hem ontworpen kennistheoretisch kader -met onder meer een nieuwe fundamentele semantiek- en gebruik van (reeds voorhanden) empirische data. Bij het eerste benadrukt hij dat hieraan onontkoombaar aannames ten grondslag liggen. Aannames zijn bijvoorbeeld: toenemende verscheidenheid is teken van een nieuwe fundamentele funderende gemeenschappelijkheid. Dit staat tegenover het heersend denken waarin toenemende verscheidenheid geweten wordt aan algehele individualisering of particularisering. Een andere aanname is: belevenisoriëntering is het perspectief (weliswaar ontoereikend) om de nieuwe sociale werkelijkheid te beschouwen. Bij zijn tweede bron, de empirische data, wijst hij nadrukkelijk op de (subjectieve) rol van de onderzoeker die aan data betekenis

verleent. 'De empirie' op zich spreekt niet, zegt Schulze. Het is de interpretator die betekenis verleent aan empirisch geïnventariseerde data. Empirische bevindingen beschouwt hij als 'bouwstenen'; theoretische verwerking door de onderzoeker maakt van de bouwstenen een bouwwerk. Hij neemt daarbij onder meer intuïtie serieus als te bereflecteren kennisbron. Zo positioneert Schulze zich in een lang lopend debat over het informatie- potentieel van empirische methoden. Hij distantieert zich van een naïef geloof in exactheid (empirici) én van scepticisme (kritisch opponerend tegen wetenschapspositivisme), zoals bij Theodor Adorno van de Frankfurter Schule. Kennistheoretische bescheidenheid acht Schulze bij zijn discipline de gepaste positie.[3] Hij beschrijft tevens de hermeneutische cirkel die bij dit type onderzoek niet te vermijden is. De hermeneutische cirkel leidt van het algemene naar de specifieke betekenis en weer terug. In Schulze's woorden is het probleem bij zijn onderzoek: om de manifestaties te begrijpen heeft men categorieën nodig, om de categorieën te winnen heeft men manifestaties nodig. Hij stelt daarom een lage pretentie: fundamenteel interpreteren betekent een ordeningsprincipe hanteren en niet perfecte ordening. Schulze legt zijn onderzoeksbevindingen naast die van andere onderzoekers; een vorm van triangulatie.[4] Onder veel voorbehoud van beperkingen van het onderzoek, mogelijke vertekening en onscherpte wijst hij er op dat de tijd (als 'toekomsttoets') zijn cultuursociologische onderzoeksresultaten zal valideren of falsificeren. Als beperkingen noemt hij dat alleen de situatie in de BRD is onderzocht tot en met de jaren tachtig en vreemdelingen buiten het onderzoek zijn gebleven om de eenvoudige reden dat er weinig tot geen data over waren. Twee vragen zijn bepalend bij zijn 'toekomsttoets':

1 Verlicht het empirisch gevondene en geïnterpreteerde (de diagnose van het verleden) het verstaan van nieuwe ontwikkelingen?
2 Kan men nieuwe maatschappelijke situaties met het uitgeprobeerde theoretisch instrumentarium adequaat benaderen?

Een nieuwe momentopname, eerste toekomsttoets, staat beschreven in het voorwoord bij de heruitgave van Schulze's boek in 2005 (4.1). In paragraaf 4.2 volgt een schets van de historisch-maatschappelijke ontwikkelingen die Schulze inventariseert en het ontstaan van de belevenismaatschappij. 4.3 beschrijft het project van het mooie leven. Paragraaf 4.4 gaat in op de belevenismarkt. In 4.5 wordt gezocht naar de inhoud van het concept authenticiteit bij zowel het subject in de context van de belevenismarkt als de belevenisaanbieder in die context. Hoofdstuk 4 sluit af met een commentaar (4.6).

3 G. Schulze, 2005, p.25-27.

4 G. Schulze; 2005, p.393.

4.1 MOMENTOPNAME VAN SCHULZE IN 2005

Schulze maakt begin jaren '90 met zijn boek een cultuursociologische tijddiagnose en vat zijn bevindingen samen in het concept 'de belevenismaatschappij'. Hij noemt het 'niet meer dan een momentopname'. Om langdurige processen aan het licht te kunnen brengen zijn vele momentopnamen nodig. In 2005 volgt zo'n nieuwe opname in een vlammend voorwoord bij de verder ongewijzigde heruitgave van zijn boek. Hij kritiseert in dit voorwoord zijn 'vakbroeders' en politici op een aantal punten:

1 Het politieke Duitse discours van de 21e eeuw is een *unisono* van 'neergang'; 'het gaat slecht met de economie'. Schulze wijst op een verwisseling van het deelzicht met het geheel (4.1.1).
2 Het analyseren van de 'vermaakmaatschappij' is geen luxethematiek, zoals collega-sociologen, die blijven focussen op thematiek van sociale ongelijkheid, hem verwijten (4.1.2). Er zijn nieuwe maatschappelijke groepen ontstaan op geheel andere gronden dan voorheen, waaraan de sociologie beslist niet voorbij kan gaan. Daarnaast is er (door medesociologen gemist) inmiddels een tweede ronde van een alledaags discours begonnen; een geluksdiscours.
3 In de belevenismaatschappij heeft zich een verandering voltrokken die buiten beeld blijft wanneer -in termen van Schulze- sociologen blijven 'offeren op het altaar van Bourdieu'. Die verandering houdt in dat met het grotendeels teloorgaan van een hiërarchisch geordende maatschappij, ook de positie van 'slachtoffers' in de onderste sociale laag drastisch gewijzigd is. In de belevenismaatschappij 'kiezen' mensen (vermeend, aldus Schulze) autonoom. Individuen die domme keuzen maken zijn zelf verantwoordelijk voor hun keuzen en de gevolgen daarvan (4.1.3).

4.1.1 Politiek en sociologisch gedeeld -pessimistisch- economisch discours, anno 2005

Schulze wijst op inconsistent en paradoxaal kijken naar economische ontwikkelingen. In de jaren zeventig en tachtig kwamen bewegingen op die (met name om ecologische redenen) pleitten voor grenzen aan economische groei. Dit pleidooi leidde tot een politiek programma. Nu in de 21ste eeuw de groei in Duitsland afneemt, wordt dit algemeen geduid als 'neergang' en een crisistoestand. Schulze acht het absurd om minder snelle groei te interpreteren als 'risicovolle teruggang'. Een nieuwe angst voor 'te weinig' verdringt de eerdere angst voor 'te veel'. Hij noemt dit een paradoxale situatie; mensen hebben nog nooit in de geschiedenis een zo hoog niveau van welvaart gehad als nu het geval is. Niet eerder waren er zoveel kansen om wat van het leven te maken, te doen wat men persoonlijk zinvol vindt. Met de wisseling van expansie naar reductie wordt echter de focus gericht op toename van armoede en sociale splitsing en nieuwe sociale ongelijkheid. Dat wil zeggen: het breed gedeelde beklag geldt alleen de sociale gevolgen van uitblijvende groei. Schulze noemt het leidende perspectief 'sociale alarmologie' van de hele republiek. Dit perspectief op de sociaaleconomische werkelijkheid is waar en niet-waar, stelt hij. Nieuwe vormen van sociale ongelijkheid doen zich daadwerkelijk en onwenselijk voor maar dit is een deelzicht op de werkelijkheid dat verwisseld wordt met zicht op het geheel. Wie focust op het tekort en het gebrek ziet voorbij aan een groot deel van de werkelijkheid waarin een belevenismaatschappij is ontstaan die op z'n minst moet leiden tot een gemengd beeld van overvloed en armoede tegelijkertijd. Schulze wijst erop

dat, anders dan in 1992, er sociale nood is in het rijke Duitsland waarbij ook diegenen die het project van het mooie leven al verwerkelijkt hadden, getroffen kunnen worden door armoede en noodlottigheid die voorheen was voorbehouden aan een 'chronische alimentatie-randgroep'. Hij beschrijft eveneens hoe de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verslechterd is voor arme mensen in Duitsland.
Het 'project van het mooie leven', het dominante discours dat vakbroeders niet onder ogen zien, is inmiddels al een nieuwe fase ingegaan. '*Projekt des schönes Lebens*', vertaal ik, gezien de esthetisering van het alledaagse leven, met 'project van het mooie leven'. Een woord dat zowel 'mooi' als 'goed' omvat zou passender zijn; in 'het levensproject' worden beide nagestreefd. In wezen heeft de annexatie door beleveniseconomen van het streven van mensen naar een goed, gelukkig leven het accent van 'goed' naar 'mooi' verlegd. Een verschuiving derhalve van ethiek naar esthetiek. Onopgemerkt door collega-sociologen wordt de eerste onrijpe fase van het project van het mooie leven door beleveniseconomen en marketeers herzien en aangepast, zo stelt Schulze.

De publicaties van Gilmore en Pine kunnen beschouwd worden als voorbeelden van dergelijke aanpassingen evenals Lee's toepassing van de belevenisthematiek op de ziekenhuiszorg.

De grootste verandering die optrad bij het ontstaan van de belevenismaatschappij was de handelingslogische kern: belevenisrationaliteit. Aanvankelijk werd geprobeerd het instrumentele (vanuit natuurwetenschappelijk denken en een economische rationaliteit) over te brengen op de context van het subjectieve. Gaandeweg werd duidelijk dat het subject en een alledaagse cultuur die de moeite waard is, zich moeizaam verhouden tot deze puur instrumentele rationaliteit. Moderne belevenishandelaren leren snel; om markten te openen moeten economische denkmodellen achter de inmiddels aangeleerde routines zich uitbreiden en aanpassen aan de afnemerswensen. Het louter instrumentele mengt zich met sociale aanpassingen, afgestemd op de klantverwachtingen.

In hoofdstuk 2 (2.6 punt 10), is dit een sociaal-instrumentele benadering genoemd die het operationaliseren van alle domeinen van het leven mogelijk maakt. In hoofdstuk 6 (slot 6.2.5) komt deze belangrijke thematiek die het wezen van de beleveniseconomie raakt opnieuw aan de orde. Ik stel daar dat de fabrieksmatige instrumentele benadering in de zorg, die vanuit zorgethiek bekritiseerd wordt, in de context van de beleveniseconomie vervangen wordt een sociaal-instrumentele benadering die nog steeds wortelt in beheersmatig, probleemoplossend en resultaat gefocust denken.

Behalve de sociale aanpassingen verandert het consumeren zelf ook in de loop van de tijd. Wachten' in plaats van 'haast', 'minder' in plaats van 'meer', 'uniek' in plaats van 'standaard', 'project' in plaats van 'kick', 'maken' in plaats van 'consumeren', niet-ingevulde vrije tijd ('een moment voor jezelf') in plaats van voortdurend multitasken, zijn enkele voorbeelden van nieuw-aangepast-beleven. Bij de stand van zaken in 1992 was 'genot'[5] de leidende belevenis geworden in het project van het mooie leven. In 2005 staat het nadenken over geluk en zin van het leven weer meer centraal. Materiële onzekerheid en geluk- en zingevingthematiek zijn beide aan de orde maar veel collega-sociologen blijven hardnekkig focussen op het eerste en negeren of bagatelliseren het tweede, de hoofdstroom van de hedendaagse maatschappij. Dit bagatelliseren van de prangende thematiek geschiedt volgens Schulze waar het alledaagse discours over geluk door vakgenoten geduid wordt als 'pathologisch' en 'verblind' waarna het afgedaan wordt als 'onbeduidend'. Wat daardoor gemist wordt is de noodzaak om het vragen en zoeken naar geluk en zin van grote groepen mensen serieus te nemen als hedendaagse cruciale thematiek. De geestelijke eisen bij de geluk- en zingevingzoektocht zijn veel groter dan bij het thema ongeluk. Op de immense betekenisbehoefte antwoorden media, bedrijven, de consumentengoederenindustrie, geluksraadgevers, talkshowgasten, popsterren en ieder antwoordt voor zich zo goed als hij kan. Het levensbeschouwelijke- en morele

5 Het Duitse '*Genuss*' dat Schulze hiervoor gebruikt, betekent genot, genieting.

discours wordt daarmee aan ánderen overgelaten. Maar sociologen antwoorden níet en richten alle aandacht op 'behoeftige naasten' aan wie in een 'egomaatschappij' voorbijgezien zou worden. Voor zover er een levensbeschouwelijk- en moreel discours speelt bij vakgenoten, staat dat in een verkeerd perspectief, zegt Schulze. Hij kritiseert zowel het eenzijdig herkennen van 'slachtoffers' in de hedendaagse maatschappij als de vigerende ego-interpretatie en duidt dit als een achterhaald perspectief op de werkelijkheid waarin zich fundamentele en dominante veranderingen hebben doorgezet. Schulze spreekt van een hermeneutische omkering van de stand van zaken. De maatschappijinterpretatie van vakbroeders (en politici) wordt gestuurd vanuit een vooringenomen en arrogant standpunt van een vermeende egomaatschappij.

4.1.2 Luxethematiek versus breed perspectief op de belevenismaatschappij

Schulze spreekt in een metafoor van 'onder de brug' en 'op de brug'. Onder de brug leven de slachtoffers van sociale ongelijkheid, zo is het beeld van veel vakgenoten en boven de brug de egocentrische, rijke, vermaakindividualisten die geen enkele boodschap hebben aan de arme slachtoffers. Vakgenoten verwijten Schulze dat hij met zijn aandacht voor wat zij noemen de 'vermaakindustrie' (of: 'egomaatschappij') de ellende 'onder de brug' veronachtzaamt terwijl hij zich richt op mensen met hooguit luxeproblemen. Hoe durft hij 'geluk' centraal te stellen als er zoveel leed is in de wereld. Schulze bepleit een breder en dieper zicht op vermaak en belevenis; het ging mensen toen en gaat mensen nu om fascinatie, concentratie, zin, gevoel en authenticiteit. De oriëntatie van mensen is in de afgelopen decennia in toenemende mate gericht op het innerlijke leven. In een tijd van stijgende werkeloosheid toont zich deze serieuze kant van de belevenismaatschappij meer dan voorheen. Naast het motief 'geld verdienen' staat het motief 'een zinvol leven leiden' centraal. Zowel de diagnose 'vermaakmaatschappij' als de diagnose 'een maatschappij in neergang' is eenzijdig en tekortschietend. De belevenismaatschappij is voortgegaan met de verinnerlijkingneiging die sinds de jaren zestig heeft ingezet. Dat betekent: leidende voorstellingen van het mooie leven zetten door en worden aangepast in de huidige tijd. Mensen beschouwen hun leven als een vormgevingsopgave.[6] Ze spreken daarover met elkaar, denken erover na en trekken hun conclusies. Levensfilosofische reflectie als deel van het alledaagse leven was bij de eerste momentopname geen modeverschijnsel of luxethematiek maar het begin van een nieuwe epoche. Veronachtzaming van het dominante alledaagse geluksdiscours en de daarbij behorende pathologieën brengt de cultuursociologische reflectie, met de doorgaande gerichtheid op 'tekort' en 'nood', in een wetenschappelijk ernstig beperkte en daarmee zelfs blamerende positie, aldus Schulze. Als voorbeelden van ernstige pathologieën noemt hij ontevredenheid, teleurstelling, angst, verslaving, verloren tijd en gemiste kansen. Het veronachtzamen door collega-sociologen van wat gaande is in de maatschappij heeft tot gevolg dat het discours over het goede leven overgelaten wordt aan reclame, soaps en willekeurig welke adviseurs en raadgevers. Maar intellectueel prestige is met dergelijke kleinburgerlijke, harmoniezuchtige en illusionaire reflectie op het goede leven niet te halen.

6 De daarbij behorende handelinglogische kern 'belevenisrationaliteit' komt aan de orde in 4.4.1.

4.1.3 Nieuwe distinctie; voorbij Bourdieu

Schulze opponeert tegen het hardnekkige vasthouden van vakgenoten aan de Franse socioloog Pierre Bourdieu wiens theorie als *a priori* én sluitsteen wordt toegepast.

Het is wellicht passend voor Frankrijk in de jaren zestig, zeventig, maar niet voor Duitsland in de jaren tachtig, negentig, stelt Schulze. Standaardwerken zoals van Bourdieu helpen beperkt zolang we niet de fout maken om de blik van toen als relevante blik voor nu te beschouwen. Ongekende welvaart en toenemende armoede gaan hand in hand. Schulze dringt aan op tweedimensionaal denken in plaats van de eenzijdige angstfocus waarin men verminderde stijging duidt als potentieel gevaarlijke terugval tot de existentiestrijd van vroeger. Hij stelt: bij minder groeien, 1% groei nú, vergeleken met 6% groei tóen is welstandsteruggang een oneigenlijke conclusie. Het hedendaagse economische discours verwisselt welvaart en groei. Schulze spreekt van 'groeinostalgische desillusionering'. Als mogelijk levensmodel ziet hij een integratie van kunnen-gericht handelen en zijn-gericht handelen.[7]
De theorie van de klassieke scheidslijnen tussen milieus gaat sinds de aanvang van de beleveniseconomie niet meer op. In de beleveniseconomie ontstaan sociale milieus door keuze en niet langer door structurele gegevenheid. Bourdieu hanteert een verticaal, hiërarchisch georganiseerd maatschappijmodel dat plausibel lijkt, maar tekortschiet voor een hedendaagse sociologische waarneming. Vooraanstaande sociologen laten zich echter niet 'verblinden' door de schone schijn van de geluksindustrie, stelt Schulze cynisch vast. Ze zien de permanente reële verergering van de nood van de wereld, de slachtoffers, de zwakken en *Elend der Welt* van Bourdieu belichaamt dit denken; getuigenissen van het dagelijks lijden aan de maatschappij.[8]
De vakbroeders houden vast aan hiërarchisch denken: sociale ongelijkheid is en blijft het uitgangspunt. Deze selectieve blik op het leed in de wereld moet als 'moreel betere zienswijze' gewantrouwd worden, zegt Schulze, omdat de hedendaagse werkelijkheid veel meer is dan dit. Bourdieu's theorie biedt geen zicht op de historische eenmalige verbreding van de mogelijkheidsruimte; een beslissende voorwaarde voor de sociale constructie van een maatschappij. Een historisch flexibele theorie moet de actuele vragen kunnen bereflecteren rond keuzevrijheid in alledaagse levensstijl en beslissingsvrijheid omtrent omgang met mensen.
In de beleveniseconomie heeft zich een ander bewustzijn ontwikkeld van verticaliteit en hiërarchie dan waar Bourdieu en zijn navolgers het over hebben. Wie vroeger bij de onderste sociale laag hoorde was een machteloos, uitgebuit 'slachtoffer' en object van liefdadigheid die in redelijke solidariteit werd betracht. In een nieuwe dominante visie die zich heeft doorgezet de laatste jaren is het object subject, het slachtoffer dader geworden. Schulze spreekt over een nieuwe distinctie die zich voordoet in de moderne belevenismaatschappij waarbinnen hiërarchisch denken drastisch is afgenomen vergeleken met de klassieke situatie. De nieuwe distinctie is neerbuigendheid, verachting van bijvoorbeeld het pulp-tv-kijkgedrag van ánderen. De enkeling in de belevenismaatschappij is tot een verantwoordelijk wezen verklaard. Wie niet werkt, zich vol eet en drinkt en pulp-tv-kijkt, is een slappeling die zelf voor de gevolgen moet opdraaien. '*Glücksversager*' zijn het die het aan stijl en verstand ontbreekt om iets zinvols van hun leven te maken.[9] Vroeger zou je zulke mensen helpen, nu houd je ze verantwoordelijk voor hun mislukkende levens, is de optiek 'boven op de brug'. Dit is wat botst met de volgehouden moraalcodex van sociologen die alleen maar 'onder de brug' kijken.
Schulze ontmaskert tegenspraak in het *a priori* van medesociologen die slachtoffers willen redden zoals voorheen in de hiërarchisch geordende maatschappij. Sociologen kijken met een 'verlichtingsblik' naar de werkelijkheid; ieder moet autonoom, bevrijd en zelfbepaald kunnen leven. De sociologische discipline is in de tijd van de Verlichting ontstaan; Schulze suggereert dat zijn vakgenoten daarin zijn blijven hangen en niet zien wat zich dominant heeft voltrokken in de maatschappij. Met het (door de vakbroeders) volgehouden *a priori* van slachtoffers, de sociaal gedetermineerde mens, marionet van objectieve voorwaarden, klem in de maatschappijin-

7 In paragraaf 4.2 worden deze twee handelingrationaliteiten nader toegelicht.

8 Schulze, 2005, p. XVIII

9 Psychotherapeut Paul Verhaeghe beschrijft op vergelijkbare wijze hoe patiënten in zijn praktijk in de laatmoderne samenleving als '*losers*' worden beschreven. P. Verhaeghe, *Identiteit*, De Bezige Bij Amsterdam, 2012.

richting, worden sommige mensen juist altijd buiten 'autonomie' en 'zelfbepaling' gehouden. Voor een goed zicht op wat 'onder de brug' gebeurt, is het nodig het perspectief te verbreden naar wat zich succesvol en dominant heeft voltrokken 'boven de brug'. Schulze zal laten zien dat dit succes uiterst serieus genomen moet worden.

4.2 HISTORISCH-MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN; ONTSTAAN VAN DE BELEVENISMAATSCHAPPIJ

Schulze schetst in zijn boek (de tekst van begin jaren negentig) drie momentopnamen van de maatschappij sinds de Tweede Wereldoorlog die, aan elkaar geschakeld, een historisch-maatschappelijke ontwikkeling tonen. Hij relativeert daarbij meermalen de analyse-resultaten van zijn onderzoek, vanwege het onvermijdelijke subjectieve perspectief van de interpretator. In deze paragraaf worden die drie momenten geschetst en toegelicht naar hun relevantie voor het begrijpen van het ontstaan van de belevenismaatschappij.
In 4.2.1 komt het eerste beeld ter sprake; de opleving van de vooroorlogse, traditionele industriële maatschappij met de daarbij horende hiërarchische structuur van sociale groepen. 4.2.2 schetst de overgangsperiode vanaf de jaren zestig waarin de vertrouwde verticale groepenstructuur van de maatschappij ondermijnd wordt en verticale sociale lagen in toenemende mate splijten. In 4.2.3 wordt het ontstaan van de belevenismaatschappij beschreven.[10]

10 Daarna kunnen drie thema's ten behoeve van de probleem- en vraagstelling van deze thesis in de paragrafen 4.3 (het project van het mooie leven), 4.4 (de belevenismarkt) en 4.5 (authenticiteit) nader uitgewerkt worden.

4.2.1 Het naoorlogse restaureren van de industriemaatschappij

In de naoorlogse jaren wordt als vanzelfsprekend de maatschappijstructuur van voor de Tweede Wereldoorlog hersteld; een structuur van verticaal gescheiden sociale milieus, gecentreerd rond het productieproces. De sociaal-economische posities van massa en elite, als gegevenheid (lot), domineren de maatschappelijke ordening. Schulze merkt op dat de maatschappij van de jaren vijftig sociaal-economisch gezien dichter bij de 19e eeuw staat dan bij 'generatie 1968'. De generatie '68, oftewel '*babyboom*generatie', is opgegroeid onder gunstige sociaal-economische omstandigheden. Deze jongeren reageren heftig op de oudere generatie die geslaagd was in het verwezenlijken van een maatschappij met sociale zekerheden; een verzorgingsstaat. De nog steeds autoritaire en antidemocratisch bevonden conservatieve regering moet van de -door Marxistische theorieën gedreven jongeren- spreiding van kennis, macht en inkomen bewerkstelligen en zo een groeiende kloof tussen rijk en arm dichten.
Het perspectief van de normale existentiële probleemdefinitie van de gerestaureerde hiërarchische maatschappij na de Tweede Wereldoorlog is 'overleven'. Een 'normale existentiële probleemdefinitie' is een bovengeordende, subjectieve zingeving van het handelen. In een tijd van schaarste, is dat (buitengeoriënteerd) 'overleven'. In de volgende paragrafen zal duidelijk worden dat er een wisseling plaatsvindt van 'overleven' naar (binnengeoriënteerd) 'beleven'.
In de gerestaureerde hiërarchische maatschappij is dat nog niet aan de orde. De oriëntatie is sterk naar buiten gericht, situatiegeoriënteerd; arbeid staat centraal en een bepaalde levensstandaard moet bevochten worden. Er is geringe mobiliteit, er zijn weinig mogelijkheden, cultuur valt uiteen in 'hoog' en 'laag'. Traditionele waarneming- en handelingsschema's worden hernieuwd. Het traditionele waarnemingsmodel kent een hiërarchisch perspectief: meer en minder, onder en boven. Schulze schetst de tegenstellingen van weleer die de traditionele polen van 'hoogcultuur' en 'laagcultuur' (triviaal' noemt Schulze deze cultuur) representeren zoals: kunst en kitsch, gecultiveerd en ongeschoold, niveau en primitief, Apollo en tuinkabouter, orgelconcert en schlagermuziek.
De oude milieudefiniërende tekenen zijn: levensstandaard, arbeid (plaats in het

productieproces), omgeving en het horen bij een religieuze gemeenschap. Milieudefiniërende tekenen zijn kenmerken die significant en evident personen herkenbaar maken als behorend bij een bepaalde sociale groep.
Posities zijn van buitenaf bepaald en als heersende *modi* gelden: begrenzen, sociale controle en invoegen in de eigen sociale groep.
De semantiek[11] is economisch (meer en minder 'hebben'), het wereldbeeld hiërarchisch en onderscheid tussen sociale groepen uit zich in distinctie (van bovenlaag ten opzichte van onderlaag) en afgunst (van onderlaag ten opzichte van bovenlaag). De bovenlaag verzekert het eigen bestaan en consumeert 'demonstratief' terwijl de onderlaag streeft naar vermeerdering van bezit en consumptie. Tot de jaren '60 is dit een sociaalhistorisch passende beschrijving. Het is de periode van de wederopbouw waarin zich gaandeweg het '*Wirtschaftwunder*' voltrekt; een ongekende toename van consumptiegoederen die de situatie van 'tekort' en 'overleven' voor de sociale onderlaag fundamenteel verandert. Van iedereen neemt de levensstandaard toe; mensen beschikken over meer vrije tijd, er is een expansie van opleidingsmogelijkheden, technische vooruitgang en het leven wordt niet langer gedetermineerd door een star biografisch lot. Op alle front vindt vermeerdering van mogelijkheden plaats.
De belevenisvraag blijft beperkt tot vooralsnog schaarse vrijetijdsbesteding. 'Belevenisvraag' is de term die Schulze gebruikt voor consumenten van belevenissen die zich oriënteren bij producenten van belevenisaanbod. Innerlijk georiënteerd consumeren, wat in de belevenismaatschappij regel wordt, is in de vijftiger jaren uitzondering. Bevrediging van een belevenisvraag is nog makkelijk bereikbaar. Schulze gebruikt het beeld van een kind dat in de vijftiger, begin zestiger jaren tevreden speelt met één stuk speelgoed, versus een kind in de belevenismaatschappij dat zich niet kan vermaken met een berg speelgoed.

11 Semantiek is de leer of wetenschap van de betekenis van taal en woorden.

4.2.2 Vanaf de jaren '60; cultuurconflict en scheuren van verticale, hiërarchische structuren

De metamorfose van grote groepen vanaf de zestiger jaren is sociologisch geruime tijd als uitzondering geduid en niet begrepen. Wat zich nieuw voltrekt is niet te vatten in de gebruikelijke beschrijvingen. Groepen hoogopgeleide jongeren bewerken in protest, een subcultuur, een sociale beweging, een omwenteling in de maatschappij. Het perspectief van het establishment raakt gedateerd, economische hiërarchie wordt doorkruist door een leeftijd hiërarchie; jong en vitaal is wat voortaan telt. Het centrale existentiële probleem 'overleven' wijzigt in een situatie van consumptiewelvaart in 'beleven' wat grote gevolgen zal hebben voor sociale groepen in de maatschappij. De categorieën van economische semantiek maken plaats voor, wat Schulze noemt, een psychofysische semantiek. Een psychofysische semantiek is een nieuw type fundamentele semantiek die berust op elementaire psychofysische ervaringen respectievelijk belevenissen. Psycho refereert aan het cognitieve aspect (denken en handelen) en fysisch aan het lichamelijke aspect van belevenissen. Jaren zestig jongeren hanteren ook nieuwe milieu-identificerende tekens, met name leeftijd en stijl. Stijl is de laag van 'tekens' van alledaags esthetische episoden, bijvoorbeeld kleding, meubilair, tentoonstellingenkeuze, tv-programmakeuze, die iets tonen van wie iemand is. Het toekennen van betekenis hoort ook bij stijl. Persoonlijke stijl is een evident en significant teken bij de constitutie van sociale milieus onder de voorwaarden van belevenisoriëntering en relatiekeuzen. Een nieuwe centrale *modus* van 'keuze' vervangt de eerdere *modi* 'noodzakelijkheid' en 'sociale controle'. Betrekkingen onderling zijn niet langer een gegeven, maar een keuze. De vroeger naar buiten gerichte oriëntatie (situatiegeoriënteerd) keert naar een innerlijk gerichte oriëntatie

(subject georiënteerd).[12] Traditioneel gesitueerde groepen worden subjectgekozen groepen waarbinnen, vanuit de subjectoriëntatie, narcistische tendensen opkomen. In plaats van de oude verdelingsstrijd in een situatie van schaarste treedt een cultuurstrijd waarin stijl, meningen en levensfilosofie subjectief belangrijker worden dan vraagstukken van sociale gerechtigheid, gelijke kansen en stijging van levensstandaard. De arbeidersklassenstrijd van oudsher wordt een jongeren-milieustrijd om ruimte voor een vrije, jeugdspecifieke alledaags-esthetische stijl. Integratie van de symboolcultuur van de eigen milieus wordt afgedwongen, bijvoorbeeld door het dragen van jeans, marihuanagebruik en vrije seks. Alledaags-esthetisch schema is een term die Schulze gebruikt voor sociale collectieven die zich met verschillende overeenkomstige *modi* onderscheiden van anderen. Mensen herkennen elkaar (globaal gesproken) aan drie alledaags-esthetische schema's: hoogcultuurschema, triviaalschema en spanningsschema.[13]

12 In het vervolg gebruik ik daarvoor de begrippen 'buitenoriëntatie' en 'binnenoriëntatie'; letterlijke vertalingen van Schulze's begrippen *Innenorientierung* en *Aussenorientierung*.

13 Zie bijlage 4.c.

Met de pluralisering van leefstijlen kunnen ook diverse schema's gelijktijdig gebruikt worden. Dit alles betekent dat de werkelijkheid niet langer ééndimensionaal beschreven kan worden maar alleen in complexere verhoudingen van nabijheid en distantie ten opzichte van diverse alledaags-esthetische schema's.

De wezenlijke cultuuromslag die plaatsvindt is de wending naar esthetisering van het bestaan. Traditionele definities van levenszin worden vervangen door subjectgeoriënteerde definities van belevenis. Schulze noemt het 'een innerlijk georiënteerde consumeermotivatie' die onbeperkt is. Onbeperkt zijn in tijd, geld, mobiliteit en apparatuur maakt onbeperktheid in belevenisconsumptie mogelijk: muziek, reizen, kleding, eten, drinken, seks, uitgaan, dansen *et cetera*.

Aanbieders (producenten) op de belevenismarkt benutten de expansiemogelijkheden volop door cumulatie en abstractie van het aanbod. Cumulatie wil zeggen de beleveniscapaciteit van de vragers wordt geïntensiveerd; belevenissen volgen elkaar sneller op of worden 'gestapeld' (meerdere belevenissen tegelijkertijd ervaren). Abstractie wil zeggen: er is afwisseling en continue belevenisverrijking van producten. Massaproductie van het aanbod noodzaakt aanbieders tot het vormen van grote corporaties en het doorontwikkelen van professionele kennis en technieken om de belevenismarkt te bestendigen en uit te breiden.

4.2.3 Cultuuromslag naar esthetisering van het bestaan; de belevenismaatschappij

Sociale milieus zijn in de ontwikkelde beleveniseconomie overwegend geordend naar overeenkomst van de existentiële zienswijze en de psychofysische semantiek. De existentiële zienswijze is een subjectief werkelijkheidsmodel met een a priorisch karakter. Drie componenten maken deel uit van een existentiële zienswijze: de normale existentiële probleemdefinitie (overleven of beleven), de ik-wereldbetrekking (situatiegeoriënteerd of subjectgeoriënteerd) en het primaire perspectief (een funderende voorstelling van de plaats waar het subject zichzelf classificeert). Categorieën van een innerlijk georiënteerde semantiek beelden psychofysische gebeurtenissen af. Bij de psychofysische semantiek bepalen twee polariteiten de binnenoriëntatie: complexiteit en eenvoud (polariteit van het denken), ordening en spontaneïteit (polariteit van het handelen).

Wanneer sociale milieus zich ordenen volgens overeenkomst in existentiële zienswijze en psychofysische semantiek is dit de milieustructuur die vergaand gegrond is in belevenisdisposities.

Existentiële probleemdefinities, verschillend per sociaal milieu, hebben gemeenschappelijk dat ze alle innerlijk georiënteerd zijn; belevenisgeoriënteerd.

Centraal in Schulze's onderzoek staat de vraag: hoe verstaan mensen in onze maatschappij hun levensopgave? Het antwoord op die vraag is de categorie van de normale existentiële probleemdefinitie. Tot het einde van de 19e eeuw was die voor vrijwel iedereen gemeenschappelijk: fysiek overleven. Nu delen mensen vrijwel allemaal gemeenschappelijk 'beleven'.
Sociale milieus van de 20ste eeuw zijn -anders dan voorheen- bovenregionaal en ze vormen zich door betrekkingenkeuze. Ze oriënteren zich aan 'tekenklassen': leeftijd, opleiding en stijl. In de belevenismaatschappij existeren diverse sociale milieugroepen horizontaal, vrijwel niet-hiërarchisch en zonder onderlinge denkbetrekkingen. Tussen de milieus heerst een klimaat van onverschilligheid of schouderophalend verachten.
De gangbare alledaags-sociologische denkfiguur van een gezamenlijke grote groepenconstellatie, heeft plaats gemaakt voor wat Schulze 'een soort milieu ethnocentrisme' noemt. Ieder individu is in zijn eigen milieu op milieuspecifieke wijze met zichzelf bezig. Het universele heeft aan betekenis verloren tegenover het particuliere; waarde wordt vooral gehecht aan de indruk die men binnen het eigen milieu maakt.
Deze historische gang toont de noodzaak van een ander perspectief van een sociologische analyse; van situatie- naar subjectgeoriënteerd. In de nieuwe onoverzichtelijkheid, die sommigen duiden als politieke perspectiefloosheid, herkent Schulze in de maatschappij een universeel grondpatroon van de betrekking mens-wereld. Belevenisoriëntering is het nieuwe gemeenschappelijke. Daarnaast wordt duidelijk dat hiërarchisch denken gedateerd is en daarmee samenhangend is de sociale interpretatie van ongelijkheid gedateerd. Die interpretatie wordt verdrongen door een nieuwe werkelijkheid waarin 'buitenoriëntatie' plaats gemaakt heeft voor 'binnenoriëntatie'. Traditionele (hiërarchische) dimensies van sociale ongelijkheid zijn daarin onbelangrijk. Met de veranderde levensvoorwaarden verandert ook datgene wat mensen rationeel lijkt; een ontwikkeling heeft plaatsgevonden van 'zijn' naar 'hebben' naar 'kunnen'. Vanuit drie thema's worden deze wending en de gevolgen daarvan in de volgende paragrafen beschreven. Het project van het mooie leven in 4.3, de belevenismarkt in 4.4 en 'authenticiteit' in 4.5.

4.3 HET PROJECT VAN HET MOOIE LEVEN

De situatie van nood en tekort waarin mensen moesten strijden om te overleven, heeft plaatsgemaakt voor een situatie van ongekende overvloed en mogelijkheden. Naast de welvaart is er onopvallend maar veelvuldig schaarste, zo stelt Schulze. Die onopvallende schaarste komt ter sprake in paragraaf 4.4. De leidende (technische) vraag van mensen was: 'Hoe bereik ik X?' Deze vraag is, met de veranderde levensvoorwaarden, vervangen door de filosofische vraag: 'Wat wíl ik?' Schulze stelt dat onder het schijnbare makkelijke, maakbare, zelf te sturen en kiezen leven van hedendaagse mensen problemen schuilen. Wat zich voorheen hooguit als neveneffect toonde, is nu doel van het handelen geworden: 'beleven van het leven'. Het leven zélf is een 'belevenisproject' geworden dat veel verder gaat dan 'vrijetijdssociologie'. In 4.3.1 wordt de esthetisering van het bestaan beschreven. 4.3.2 licht de 'belevenisrationaliteit' uit. 4.3.3 gaat in op de 'de nieuwe imperatief' en de lastigheden daarbij. In 4.3.4 staan maakbaarheid, keuze en dwang centraal. 4.3.5 schetst de paradox van belevenisverlies bij prioritering van beleven.

4.3.1 Esthetisering van het bestaan

De betrekking van mensen tot goederen en diensten verandert van gebruikswaarde naar beleveniswaarde; dit is een proces van esthetisering. Gebruikswaarde is gericht op doelmatigheid, houdbaarheid en technische perfectie. Bij beleveniswaarde zijn producten en diensten niet langer middelen tot bepaalde doelen maar zelf het doel. Kwaliteit van producten wordt voorondersteld terwijl design en imago bepalend zijn voor de belevenis. Schulze wijst erop dat ironisch genoeg esthetiek als 'doelmatig', versluierd opgevoerd wordt. Hij noemt als voorbeeld terreinwagens die worden geësthetiseerd met chromen stootranden wat op asfaltwegen niet-functioneel is. Daarnaast vindt allerlei pseudo-esthetisering plaats die verder gaat dan alleen bij producten en diensten. Zelfverwerkelijking, een mooi leven leiden, gelukkig zijn, genieten, zijn omschrijvingen van esthetisering van het leven zélf. 'Het mooie leven' is een verzamelomschrijving van positief gewaardeerde belevenissen. Dit 'mooie' komt niet van buiten (situatie) naar binnen (subject) maar wordt juist door het subject zélf in situaties of voorwerpen gelegd, aan situaties of voorwerpen toegekend. Elk product kan binnengeoriënteerd aangeboden en gevraagd worden (een bril kopen omdat het mooi staat, niet omdat je er beter mee kan zien). Veel producten worden uitsluitend door binnengeoriënteerde motivatie gevraagd zoals bijvoorbeeld tv, theater of muziek. Binnen- en buitenoriëntatie kan ook gemengd voorkomen zoals bij kleding of voeding of de genoemde bril (zowel 'mooi'(esthetisch) als 'beter zien' (doelmatig)). Belevenisbeschrijvingen zijn derhalve geen objectbeschrijvingen, ze voltrekken zich in het innerlijk van subjecten. Het project van het mooie leven vraagt daarom van een individu het optimaal arrangeren van zowel situatie als de eigen innerlijkheid (een bepaalde zelfbetrekking; hoe te leven, wat te willen en te proberen), zodat een gewenste belevenis daadwerkelijk kan plaatsvinden. Dit vergt 'belevenisoriëntatie' én systematische hulp daarbij: 'belevenisrationaliteit'.

4.3.2 Belevenisoriëntatie en belevenisrationaliteit

Belevenisoriëntering moet herkend worden als de onmededeelzame vorm van het zoeken naar geluk, is Schulze's bevinding. Hij stelt *a priori* een moderne basismo-

tivatie van belevenisoriëntering waardoor de zin van het leven gedefinieerd wordt door de kwaliteit van subjectieve processen. Mensen willen leuk, interessant en fascinerend leven. Zelfontplooiing, direct beleven en genieten staan voorop in een maatschappij van overvloed. Schulze benadrukt dat dit cultuurspecifiek geldt en niet algemeen antropologisch.
In plaats van situatiegeoriënteerde levensproblemen komen subjectgeoriënteerde levensproblemen. Hoe handelen mensen als ze kunnen kiezen uit een enorm aanbod zonder enige noodzaak, alleen omwille van een mooie belevenis voor zichzelf? In de vele mogelijkheden is 'belevenisoriëntering' de nieuwe existentiële probleemdefinitie geworden waarbij binnen (innerlijk) en buitengeoriënteerde zinelementen zich in wisselende mengverhoudingen voordoen. Belevenisoriënteringen zijn gericht op verschillende individuele belevenisvoorkeuren die milieuspecifiek voorgeconstrueerd zijn. De milieuspecifieke *setting* biedt op deze wijze oriëntatiehulp. Deze *settings* geven milieuspecifieke varianten van de normale existentiële probleemdefinitie.
Waar geprobeerd wordt de stroom van belevenisaanbod te reguleren, handelen mensen belevenisrationeel; het is systematisering van een belevenisoriëntatie. Het subject wordt zichzelf tot object omdat het situaties tot belevenisdoelen instrumentaliseert. De mens wordt manager van subjectiviteit, manipulator van het innerlijk (be)leven.
Schulze wijst op het tekortschieten van de indruktheorie waarin een mens een indruk-ontvangend subject is. Belevenissen zijn juist moeilijk te manipuleren omdat het doel ín iemand ligt en niet door een indruk van buitenaf wordt bepaald. Verschillende personen beleven om die reden eenzelfde belevenis verschillend. Een individu kent ook zelf instabiliteit van belevenissen. Een complexere belevenistheorie van verwerken is nodig. Wat van buiten komt (een 'oorsprongsbelevenis'), wordt door een subject innerlijk 'verwerkt', dat wil zeggen, op een bepaalde wijze toegeëigend. Schulze noemt drie elementen van de verwerkingstheorie:

1 Subjectbepaaldheid (een gebeurtenis wordt door integratie in de subjectcontext tot een belevenis).
2 Reflectie (zelfverwerking door het subject; vertellen, herinneren, interpreteren helpen het toe-eigenen van de oorsprongsbelevenis).
3 Onwillekeurigheid (de oorsprongsbelevenis wordt reflectief 'bewerkt' en eventueel gecorrigeerd of geherinterpreteerd).

Een belangrijk terrein van belevenisrationeel handelen is dat van alledaagse-esthetische episoden zoals: inkopen doen, muziek maken, sport beoefenen, tv-programma kijken, uitgaan, eten *et cetera*. Alledaags-esthetische episoden zijn derhalve handelingen die iedereen op alle mogelijke tijden doet. Als belevenisoriëntering gezien wordt als een plan ('willen') is alledaags-esthetisch handelen de veelvuldig herhaalde uitvoering ervan ('handelen'). Handelingslogisch is er geen verschil tussen een boek van Kafka kopen of een doktersroman, of tussen frites eten bij McDonalds en dineren in een sterrenrestaurant. In beide gevallen wordt een milieuspecifiek getypeerd doelrationeel belevenismiddel gekocht.

4.3.3 De nieuwe imperatief

Waar het beleven van het leven in het centrum komt te staan, geldt de imperatief: leef je leven! Deze imperatief heeft het dubbele karakter van vrijheid (alles is keuzemogelijk) en dringendheid (kiezen móet en wel góed). De enorme aanbodcapaciteit, het grote consumptiepotentiaal, de weggevallen toegangsbarrières en het niet beperkt zijn door voorgegevenheid wenken én dwingen belevenisvragende individuen

tot wat Schulze 'keuzezuigkracht' noemt. Daarbij staat 'zin' als 'trek' en 'smaak' centraal. De in die context handelende mens ervaart zichzelf niet als een moreel wezen dat strijdt voor een beter leven, een goede toekomst, bevrijding uit onderdrukking, of als iemand die zijn plicht vervult, zich offers getroost; dat alles voor zichzelf, voor naasten of een achtergestelde groep. Dergelijke traditionele doelen worden en zijn verdrongen door instrumentalisering van het eigen organisme als belevenismedium. Hoe aantrekkelijk het project van het mooie leven temidden van grenzeloze overvloed ook lijkt, het gaat onontkoombaar gepaard met twee fundamentele problemen: onzekerheid en teleurstelling. Luxeproblemen vanuit de optiek van bedreigd leven maar vanuit de optiek van het verzadigde leven van belang, stelt Schulze, omdat deze problemen maatschappelijke gevolgen hebben.

4.3.3.1 Onzekerheid

Het leven op zich is niet langer een probleem. Het kernprobleem, dat in een belevenismaatschappij het alledaagse handelen bepaalt, is 'plezier beleven' aan het leven. Onzekerheid komt mee met de vraag: wat wil ik eigenlijk? Wat bevalt me? Wil ik het wel écht? Wat loop ik mis als ik het één kies en het ander niet? Onzekerheid hoort onvermijdelijk bij binnengeoriënteerd consumeren. Argumentatielogisch bevindt men zich hier op de laag van laatste waarden, zegt Schulze; iets willen omdat het op zichzelf mooi is. Het kwaliteitscriterium van het binnengeoriënteerde consumeren is de psychofysische uitwerking ervan op de consument zelf. Waarom de consument het één wel en het ander niet 'mooi' vindt, is veel moeilijker te duiden dan of schoenen de juiste maat hebben.

In zware leefomstandigheden weten mensen wat ze willen en wat ze te doen staat. Hun handelen wordt gemotiveerd door problemen en hoop op ooit béter; zij willen middelen verwerven om aan die problemen te ontkomen. Het tekort daaraan is een middelencrisis. Maar wie middelen heeft, wordt geconfronteerd met problematiek van radeloosheid: een zincrisis. Betekenis geven aan het leven blijkt verbonden met het streven naar levensdoelen. Alledaagse voorstellingen vanuit de vraag 'Wat wil ik?' passen niet maar zo op die betekenis. Het gecompliceerde van het 'ik' dat 'iets wil' komt in paragraaf 4.5 onder authenticiteit kort ter sprake.

Onzekerheid, ook wel 'oriëntatiebehoefte', als vaste compagnon bij belevenisoriëntering heeft twee bronnen: de openheid van reflectievormen (het 'verwerken' van een oorsprongsbelevenis) en het niet calculeerbare van oorsprongsbelevenissen. Schulze toont in zijn onderzoek aan dat collectieve -of institutionele oriëntatiehulp wordt gezocht.

De wens om het leven te beleven en de oriëntatieproblematiek die zich daarbij voordoet, vormen belangrijke redenen voor het op de voorgrond treden van bepaalde sociale structuren in de maatschappij.

Een tweede aspect bij onzekerheid is dat dit gepaard gaat met een zekere angst en een daardoor bepaalde geloofsbereidheid. Zowel de oriëntatiehulp als angst en geloofsbereidheid, twee nieuwe gestalten van afhankelijkheid, worden door belevenisaanbieders herkend en in aanbod omgezet zo zal verderop in dit hoofdstuk ter sprake komen.[14] Voor mensen die in extra kwetsbare omstandigheden verkeren, zoals bijvoorbeeld bij ziekte of verlies, is het denkbaar dat de 'geloofsbereidheid' bij een belevenis groter is dan bij een 'gewone klant'. Ziekte en andere vormen van extra kwetsbaarheid en hulpbehoevendheid brengen altijd afhankelijkheid van anderen, onzekerheid, angst en verlangen naar 'hulp' en bijgestaan worden met zich mee.

14 Zie 4.3.3.1, 4.4.4.4 en 4.6.2 ▪b.

4.3.3.2 Teleurstelling

Elk belevenisvoornemen heeft het risico van teleurstelling. Objectief verbetert levenskwaliteit wanneer producten en diensten verbeteren maar subjectief gaat dat

slechts ten dele op. Met de focus op symboolwaarde in plaats van gebruikswaarde besteedt men geen tijd en geld aan wat nodig is maar aan wat nieuw is en de prikkeling geeft van iets bijzonders. Het betreft direct vervullen van mógelijke behoeften waarvoor geen offers gebracht hoeven te worden, geen strijd geleverd en niet langdurig geduld geoefend. En juist dat leidt tot vermindering van de vreugdebelevenis bij het consumeren. Schulze beschrijft hoe teleurstelling vaak uitmondt in veelvuldiger en diverser belevenissen najagen met een tegengesteld effect dan wat beoogd werd. Hoe meer belevenisconsumptie, des te groter de ontgoocheling. De vraag is of en hoe het risico op teleurstelling verkleind kan worden en hoe mensen cognitief en emotioneel op orde kunnen blijven in situaties van onzekerheid en teleurstelling. Schulze constateert dat mensen desondanks consistent kunnen handelen en hij werkt dit uit in de hermeneutiek van de stijl waarbij een semantisch paradigma funderend is. Ik laat dit verder liggen.

4.3.3.3 Maakbaarheid, keuze en dwang

Het leven in de belevenismaatschappij lijkt meer dan ooit maakbaar. Vroeger domineerde het lot dat mensen willekeurig trof, nu valt het leven te vormen en sturen. Tal van mogelijkheden dienen zich aan. Wie geld, tijd en aandacht te besteden heeft, kan een gewenst, mooi leven met een zelfontworpen identiteit en een gekozen netwerk van betrekkingen creëren. Het lijkt een tijdperk van volstrekte vrijheid en blijheid maar er doen zich paradoxen voor. Kiezen blijkt niet zo eenvoudig en dat maakt onzeker. Bovendien leidt kiezen tot wégkiezen van andere opties. Kiezen blijkt zelfs samen te gaan met een vorm van dwang en zelfvastlegging. Eenmaal gekozen móet de keuze leiden tot de gewenste belevenis en genot en geluk geven. De keuzedwang veroorzaakt een existentiële zorg het leven te 'beleven'. De maakbaarheid van het leven valt tegen, kiezen geeft minder vrijheid dan verwacht en beleving komt niet op afroep in het binnenste tot stand. Ondermeer bij de producenten van het belevenisaanbod wordt hulp ingeroepen bij het kiezen, consumeren en verwerven van de zo begeerde belevenis die steeds meer vervlakt en uitblijft. Hoe vrij kiezend en belevend is de belevenisgeoriënteerde mens eigenlijk?

4.3.3.4 De paradox van belevenisafname bij belevenisconsumptie-toename

Onze levensomstandigheden die het toelaten dat we belevenissen tot hoofdzaak maken, doen mooie belevenissen vervluchtigen. Hoe meer men over van alles kan beschikken, des te bleker en teleurstellender wordt het. Toename van belevenisconsumptie als reactie op het vervluchtigen leidt eens te meer tot minder beleveniservaring.[15] Schulze wijst op Karl Oldenberg die deze 'wet van afname bij toename' al in 1923 benoemde.

15 G. Schulze, 2005, p. 64.

Continue verfijningen en kwaliteitsverbeteringen van producten kunnen deze afzwakking van de belevenisintensiteit evenmin tegengaan. Welke verbeteringen, tegemoetkomingen dan ook, alleen het belevenisaanbod is te koop, niet de belevenis zelf.

In tijden van 'overleven' als normale existentiële probleemdefinitie waren belevenissen bijzaak en leidden (noodzakelijk) uitgestelde 'consumpties' tot vreugde bij het uiteindelijk verwerven. Waar belevenis hoofdzaak is geworden, gaat -paradoxaal- wat men wenst, behoeft en begeert juist verloren. Belevenisvaardigheid blijkt zich met een toenemend aantal belevenissen curvevormig te ontwikkelen. De paradox kan zich zelfs al vóór de belevenis voordoen wanneer belevenisoriëntering op zich een voortdurende honger is die geen verzadiging meer vindt. Continue verwachtingendruk en angst voor het uitblijven van belevenissen versterken het verliesrisico van bevrediging.

Maar het gaat mensen in de belevenismaatschappij om het ter hand nemen van

het project van het mooie leven. Wat is daarbij dan -kennelijk- zo problematisch? Hoe kan een mooi leven moeilijk te verwerven zijn als men over alle bronnen kan beschikken?
Schulze laat zien dat belevenisrationaliteit, het functionaliseren van uiterlijke omstandigheden ten behoeve van het binnenleven, veel complexer is dan op het eerste gezicht lijkt. Omstandigheden moeten zodanig gemanipuleerd worden dat het subject zichzelf in staat stelt een belevenis als mooi te ervaren. Schulze noemt dit: belevenisrationele beïnvloeding van het innerlijk leven door situatiemanagement. Daarvoor moet gekozen en bewerkt worden; gereflecteerd en geherinterpreteerd. Het subject is een verbinding tussen bewustzijn en lichaam en het bevindt zich in een specifieke situatie. Bij het (willen) opdoen van een belevenis ontstaan in wisselwerking verbindingen tussen deze drie sferen. De innerlijke rol van regisseren, manipuleren, verwerken en reflecteren is ernstig onderschat maar essentieel voor het 'beleven'. Elk van deze innerlijke taken lijdt aan risico op onzekerheid en teleurstelling. Behalve de onderschatting van de eigen rol van een subject, zijn de complicaties van de zelfgekozen imperatief 'Beleef je leven' niet onderkend. Complicaties die te maken hebben met de taakstelling die achter deze imperatief schuilt: zingeven aan het bestaan. 'Zin' die ondoordacht en versimpeld aan 'beleving' gekoppeld wordt en nader (milieuspecifiek) bepaald wordt in allerlei vormen van genietingen die het mooie, gelukkige leven zouden bewerkstelligen. Dit alles speelt zich af in een binnen- en buiten werkelijkheid van subjecten die veel pluriformer en complexer is dan eenvoudigweg 'kiezen' en 'krijgen'.
Belevenisoriëntatie leek een einde te maken aan alle problemen waarmee mensen eeuwenlang geworsteld hebben maar op een andere laag doen zich nieuwe problemen voor; het leven is niet langer bedreigd, maar de zín van het leven wel. De rationele handelingsplanning is niet in staat om het nagestreefde gevolg van belevenisgeoriënteerd handelen te bewerkstelligen. Dat ligt niet aan de handelingsplanning, maar aan de inhoud van belevenissen zelf. Belevenissen zijn een 'paradevoorbeeld' voor 'toestanden die wezenlijk nevenproduct zijn', volgens socioloog en politiek theoreticus Jon Elster.[16] De hiermee verbonden discussie over hedendaags hedonisme waar Schulze aan refereert door te verwijzen naar kritiek van Herbert Marcuse (filosoof, socioloog) op het hedonisme en de Kyrenaïsche richting uit de oudheid (geluk verkrijgt men door zich elke denkbare lust zo vaak mogelijk te gunnen) laat ik buiten beschouwing.[17] Zodra men belevenissen tot hoofdproduct en -doel maakt en met grote inzet nastreeft, worden ze '*fragwürdig*'. Het is een vicieuze cirkel; belevenissen nastreven leidt niet tot bevrediging maar het vergroot juist bij de navrager de belevenishonger, die hij vervolgens probeert te stillen met steeds hetzelfde resultaat van onbevredigd zijn en hongeren naar meer.
In deze vicieuze cirkel vindt de dynamiek van de belevenismarkt plaats met enerzijds de aandrijving door -het hele leven omvattende- innerlijk georiënteerde zingeving en anderzijds de aandrijving vanuit onzekerheid en teleurstelling die verdreven moet worden door nieuwe belevenissen.

16 G. Schulze, 2005, p. 548.

17 G. Schulze, 2005, p. 67.

4.4 DE BELEVENISMARKT

In paragraaf 4.3. is de vraagkant van de belevenismarkt in beeld gebracht waarbij subjecten binnengeoriënteerd belevenissen zoeken en consumeren, gericht op een mooi, gelukkig leven. Nieuwe sociale groepen vormen zich van subjecten waarbij herkennen- of distantiëren van belevenisspecifieke patronen leidend is. De innerlijke oriëntatie wordt vergezeld door onzekerheid en bereidheid om het collectief voorhandene over te nemen. Hoe individueel mensen ook mogen lijken, ze oriënteren zich aan elkaar en er ontwikkelt zich een vervlechting van gemeenschappelijkheid gereguleerd door een fundamentele psychofysische semantiek. Bij die semantiek horen: alledaags esthetische schema's, sociale milieus, karakteristieke existentievormen, existentiële zienswijzen, rationaliteittypen, tekenkosmen en '*Szenen*'. De sociologische betekenis van *Szene* is een *incrowdgroep* die een bepaalde culturele context heeft.

Schulze's werkhypothese is dat alles wat zich aan verandering heeft voltrokken in economie en maatschappij, met alle gevolgen van dien voor subjecten, samenhangt met de belevenismarkt. Zonder de ontwikkeling van de belevenismarkt zou de sociale werkelijkheid er niet uitzien zoals nu (anno 1992) het geval is qua grote sociale groepen en de alledaagse esthetiek. Het project van het mooie leven is een massafenomeen geworden. Er is een 'publiek' ontstaan voor massaconsumptie, milieugeoriënteerd in *Szenen* te traceren. Schulze noemt, in een naar eigen zeggen eerste poging, vijf van dergelijke *Szenen* (*Hochkulturszene, Neue Kulturszene, Kulturladenszene, Kneipenszene, Sportszene, Volksfestszene*).

Door de enorme groei van de belevenismarkt en de invloed daarvan op maatschappijstructuren is 'het publiek' naar voren gekomen en sociologisch relevant geworden vanwege integratie van overspannende netwerken en *Szenen*.

In een spanningsveld van doelen en strategieën acteren belevenisvragers en belevenisaanbieders op 'de markt' met elk hun eigen rationaliteiten. De rationaliteit van de vragers kent binnen-gerichte doelen, de rationaliteit van de aanbieders is buitengericht en heeft als handelingsdoel 'publiekswerkzaamheid'.

Uitgangspunt van de moderne rationaliteit is dat subjecten rationeel handelen wanneer zij volgens hun bedoeling middelen inzetten om hun doel te bereiken.[18]

18 G. Schulze, 2005, p. 420, 421.

Dieper uitwerken van de modernisering in relatie tot doelrationeel handelen voert voor deze thesis te ver maar is de moeite waard vanuit Schulze's signalering dat er een verschil is tussen 'willen' en 'werkelijkheid'. Subjectieve en objectieve doelrationaliteit vallen niet maar zo samen. Bij de onzekerheid en teleurstelling thematiek is dat kort aan de orde geweest.

Dat het handelingsdoel bij de consumenten in het subject zelf ligt, is sociologisch gezien ongewoon. Schulze stelt dat de handelingstheoretische analyse van belevenisoriëntatie weinig aanleiding geeft tot optimisme over de slagingskans. De subjectgeoriënteerdheid impliceert een hoger faalrisico. Het is niet te vatten, laat staan manipuleren, hoe een belevenis de ene keer wel en de andere keer niet 'slaagt'. Slagen wil zeggen: in de perceptie van de klant als 'succesvolle belevenis' ervaren en als zodanig geëvalueerd.

Schulze merkt fijntjes op dat het denken van Elster niet heeft doorgezet. Zou dat wel gebeurd zijn dan was álle belevenisrationeel handelingsplannen een utopie gebleken. Rationaliteit zou in dat geval juist zijn: alle planning van en focus op beleven vermijden!

Doelrationaliteiten van vragers en aanbieders komen, evenals strategieën van beide zijden om belevenissen (meer) consumeerbaar te maken, in 4.4.1 aan de orde. In 4.4.2 wordt de dynamiek van de belevenismarkt besproken. 4.4.3 is gewijd aan 'es-

thetisering' van ongeluk en 'marginalisering' van problemen en 4.4.4 aan de positie van het subject.

4.4.1 Eigen rationaliteittypen van belevenisvragers en -aanbieders[19]

19 Zie bijlage 4a.

Belevenisvragers en -aanbieders handelen vanuit verschillende doelrationaliteiten, is de these van Schulze. Op de belevenismarkt treffen zij elkaar en vindt de uitruil plaats van belevenisvraag en -aanbod.
Enerzijds zijn er producten verkrijgbaar die in esthetische begrippen gedefinieerd worden zoals mooi, spannend, stijlvol, interessant, onderscheidend. Producten hebben hierbij over het algemeen veel van hun gebruikswaarde verloren en aan belevingswaarde gewonnen. Er blijven natuurlijk ook 'gewone' gebruiksgoederen op de markt, al dan niet 'verrijkt' met beleveniscomponenten.
Anderzijds is er de belevenisvraag; binnengeoriënteerd consumeren waar de consument geld, tijd of opmerkzaamheid voor biedt. Schulze wijst er op dat voor de aanbieders tijd, opmerkzaamheid en waardering van de klant voor het aanbod, naast geld, ook belangrijke tegenprestaties zijn die een rol spelen in de concurrentie. Om die reden vindt hij een puur economisch marktbegrip voor het sociologische fenomeen onvoldoende. Niet alleen de vorm van de tegenprestatie is belangrijk voor het begrijpen van de belevenismarkt maar ook het motief; de beleveniswens.

4.4.1.1 Rationaliteit van de belevenisvraag

Zonder enige noodzaak wordt een mooie belevenis gezocht. Achter de belevenisvraag zit de vooronderstelling dat bij een passende keuze een mooie belevenis dichterbij gebracht kan worden. De belevenisconsument negeert de vragen wat hij precies voor belevenis nastreeft en of die belevenis binnenin adequaat 'verwerkt' zal/kan worden; hij richt zich op kiezen uit het aanbod. Het (vaak) ontbreken van een duidelijk belevenisdoel en ontoereikendheid van consumptie voor het beleven, leidt tot strategieën die kiezen en beleven tot een rationaliteittype maken. Vijf principes karakteriseren (onderling samenhangend) dit type rationaliteit van de belevenisvraag:

1. **Correspondentie** met de persoonlijke consumeerstijl.
2. **Abstractie** die helpt om een voorkeuze te maken in productstromen; zowel afgrenzend van als openstellend voor.
3. **Cumulatie** van belevenissen door stapeling en verdichting in de tijd; het opvoeren van de belevenissnelheid derhalve waarbij verlies aan belevenisdiepte op de koop toegenomen moet worden.
4. **Variatie** in de consumptie vergroot de kans nog iets te voelen bij de voortdurende *stimulus*.
5. **Autosuggestie** sterkt tot succesvol consumeren. Hierbij is sociale duidinghulp onontbeerlijk. De zienswijze van (veel) anderen stuurt de beleveniskeuze en de belevenisreflectie en versterkt de suggestie van de juiste consumptie. Autosuggestie is een belangrijke strategie om angst voor niets (meer) beleven te elimineren. De rationele belevenisconsument wil en wenst suggestie!

4.4.1.2 Rationaliteit van het belevenisaanbod

Belevenisaanbieders willen met hun specifieke strategieën de handelingsmodellen van belevenisvragers zoveel mogelijk voor hun eigen doelen benutten. Hun rationaliteittype is volledig buítengeoriënteerd. Hun belevenisproductie kent geen 'doel in zich' zoals bijvoorbeeld 'kunst omwille van de kunst'; waarbij een werk op zichzelf als 'waardevol' telt en eventuele bewondering van het publiek een nevenef-

fect is.
Bij geïndustrialiseerd belevenisaanbod telt doelbewust een buitenliggend doel en is de 'gunst' van het publiek essentieel en leidend voor het aanbod. Schulze spreekt van 'publieksdoeltreffendheid' als integrerend handelingsdoel. Bovengeordende doelen zijn: winst, overleven van de corporatie of in sommige gevallen creatieve zelfverwerkelijking.
Belevenisvragers met binnengeoriënteerde belevenis-consumeerwensen en belevenisaanbieders met buitengeoriënteerde belevenisproducten-aanbod zijn met elkaar verstrengeld. Hun rationaliteiten en betekenissystemen zijn verschillend; de een wil binnen(be)leven, de ander publieksdoeltreffend verkopen. De aanbieders richten zich met publieksdoeltreffendheid weliswaar op binnen(be)leven, maar daar betreft het ánderen, niet de belevenisaanbieders zelf.
Aanbieders zijn in het voordeel met hun buitenoriëntatie. Dit rationaliteittype is makkelijker te verwezenlijken en te controleren. Controleren op: doeltreffendheid, winst, corporatief overleven en sociale erkenning. Daarnaast hebben ze een nutsvoorsprong vanwege hun doorgaans corporatieve structuur. De productie van belevenissen raakt steeds meer in handen van corporaties en minder bij privé-belevenisaanbieders zoals schrijvers, kunstenaars, musici. Voor een organisatie is het optimaliseren van handelingsstrategieën eenvoudiger dan voor een enkeling, zeker wanneer dit individu binnengeoriënteerd handelt, nog wél gedreven door 'kunst omwille van de kunst'.
De corporatieve structuur versterkt de rationaliteit van het hoofddoel: corporatief overleven van de firma. Corporatief overleven wordt in de dynamiek van de belevenismarkt hoofddoel maar de organisatie presenteert zich aan het publiek als binnengeoriënteerd gemotiveerd. Binnengeoriënteerde motivatie voor productie van belevenisaanbod is voor het hoofddoel (overleven) niet noodzakelijk, maar het moet bij het publiek wel gesuggereerd worden om de afname van het product te stimuleren. Bedrijven die dit eerste belang van de organisatie (het eigen voortbestaan) niet vóóropstellen en daarvoor alle middelen aanwenden, gaan ten onder op de markt. Er is voor de aanbieders daarom alle reden om volledig af te stemmen op de rationaliteit van de vrager en een eigen bedrijfinnerlijke motivatie bij de klant te suggereren.

Het versterken van de suggestie bij de klant dat het bedrijf innerlijk gemotiveerd is om de klant een specifiek product te leveren zal voor een kritisch perspectief op Fred Lee (hoofdstuk 7) essentieel blijken. In hoofdstuk 2 staat beschreven hoe belangrijk de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine 'echtheid' suggestie (authenticiteit) van het aanbod in bepaalde contexten vinden. Het ziekenhuis is zo'n context. Zie 2.6 punt 9.

Het denken van aanbieders kent drie punten van een driehoek waarvan de eerste twee, producteigenschappen en omzet, voor de aanbieder geheel inzichtelijk zijn. De derde is: het publiek, de consumenten. Vermoedens over en onderzoek naar de rationaliteit van de consument leidt bij producenten tot het uitwerken van verschillende strategieën van 'collectief belevenismanagement'. Perfect afgestemd op de rationaliteit van de belevenisvraag reageren aanbieders met vier strategieën van belevenisaanbod.

1 **Schematisering** waarmee heel precies ingespeeld wordt op de smaak van consumenten in deelculturen. Het is via *trial and error*, ironiseert Schulze, hoe de markt de aanbieders sociologisch schoolt tot esthetisch-specialistisch afstemmen.
2 **Profilering** van het aanbod behelst verfijning van het product door het te omgeven met een aura van uniciteit dat past bij het esthetisch schema van een deelmarkt. Het productimago is bepalend voor aanbieders om hun identiteit op de markt te construeren. Binnen het zelfverwerkelijkingsmilieu is 'originaliteit' bijvoorbeeld populair, binnen het hoogcultuurmilieu 'persoonlijke attributen'

of 'interpretatieve bijzonderheden' (zoals het 'aura' rond een kunstenaar), stelt Schulze.

3 **Variatie** is geboden omdat alle aanbod 'went'. Subjectieve 'verbeteringen', vernieuwingen zijn noodzaak .Vroeger zat 'verbetering' objectief in producteigenschappen, nu in subjectieve nieuw-beleving; iets voor nieuw houden is voldoende.

4 **Suggestie**. Bij het steeds weer 'nieuwe' gaat het om de beléving dat het nieuw is; dat hoeft feitelijk niet het geval te zijn. De binnenwereld telt, dus suggestie is geen leugen als de consumenten het 'geloven'. Ze wíllen het zelfs graag geloven. Schulze benadrukt dat het te eenzijdig is om dit als 'misleiding' te zien. Op de buitengeoriënteerde markt is het misleiding, op de binnengeoriënteerde markt niet. Daar is het consumeerdoel bereikt als de klant de belevenis heeft die hij zich wenst. 'Verleiding' van aanbieders en autosuggestie van vragers werken samen aan de wederzijds gestelde doelen. Autosuggestie moet bewust versterkt worden vanuit de rationaliteit van belevenisaanbieders zodat de klant op ultieme wijze de gewenste psychofysische belevenis opdoet.

4.4.2 Dynamiek van de belevenismarkt

De beide rationaliteitstypen grijpen in elkaar, versterken elkaar in voordurende wederzijdse bevestiging en toename van vraag en aanbod. De op deze wijze verstrengelde actoren (vragers en aanbieders) laten zich niets gezeggen door critici of marktverlaters, aldus Schulze. De soort betrekking tussen beide handelende partijen is desondanks eenzijdig. Uit de interactie van de rationaliteiten van beide marktpartijen komt de dynamiek van de belevenismarkt voort.

4.4.2.1 Een asymmetrische betrekking

Producenten van belevenisaanbod moeten zoveel mogelijk consumenten in hun calculaties betrekken. Consumenten van hun kant hebben geen interesse in de aanbieders, anders dan het product verkrijgen. Het zijn de aanbieders die expliciet de vragers beïnvloeden terwijl deze consumenten zich niet strikt gepland tot de producenten richten. De sociale betrekking is asymmetrisch en dat wordt het meest zichtbaar bij het vergelijken van beider handelingsstrategieën. Het is éénrichtingverkeer van aanbieders naar vragers.

De vijf genoemde strategieën[20] van aanbieders spelen consistent en minutieus in op de vier beschreven strategieën[21] van vragers. Dit asymmetrische samenspel dynamiseert de belevenismarkt.

20 Zie 4.1.2.

21 Zie 4.1.1.

4.4.2.2 Dynamiek vanuit de asymmetrie[22]

Zeven[23] hoofdaspecten tonen deze dynamiek.

1 Belevenisgeorieënteerde verandering van de productstructuur. Drie trends van toenemende belevenisoriëntatie:

a innovatie (nieuwe producten zoals tv, muziek, massatoerisme)
b diversificatie (concurrerende vergelijkbare producten)
c omduiding (van gebruiksgoederen naar belevenisgoederen), omschrijft een kwalitatieve ontwikkeling in de afgelopen decennia van het complete productaanbod tot belevenisproductaanbod.

2 Expansie van het ruilvolume. Wanneer de beleveniscapaciteit van de bevolking een constante grootheid zou zijn, was er slechts een geringe economische prikkel tot diversificatie van producten. De afnemerscapaciteit fluctueert echter onder meer door concurrentie tussen aanbieders. Aanbieders reageren hierop met het

22 Zie bijlage 4b.

23 De eerste vijf staan genoemd onder 4.4.2.2 en de overige twee onder 4.4.2.3.

stimuleren van cumulatie van belevenisconsumptie waarbij geen grenzen gelden. Hiervoor is het begrip 'maatschappelijk ruilvolume' op de belevenismarkt geïntroduceerd. Intensivering van consumptie geschiedt door het aantal consumeerhandelingen per persoon per eenheid op te voeren of door de geldwaarde van consumeerhandelingen te laten toenemen (prijsverhoging dus). 'Consumeerhandelingen' opvoeren wil zeggen: vaker kroegen en restaurants bezoeken en daar meer drinken en eten, in kortere tijdsbestekken. Of vaker van garderobe wisselen en meer kleding kopen per tijdseenheid.
Een volgende stap van intensivering is het verkorten van tijdruimten tussen belevenisepisoden. Daarop volgt verkorting van de belevenisduur en het laten overlappen van meerdere belevenissen tegelijkertijd. Hierbij schetst Schulze het beeld van multi-taskende consumenten die gelijktijdig op diverse manieren consumeren: tv kijken, muziek afspelen, computer gebruiken, daarbij eten en drinken en sociale contacten onderhouden.
Dan rest aanbieders nog productbetrokken intensivering van belevenisconsumptie door verfijning, verrijking en verluxing van het aanbod.

3 Ruimtelijke expansie van afzetgebieden en ontregionalisering. Aanbieders willen een zo groot mogelijk publiek en zoveel mogelijk afzetgebied. Een natuurlijke grens is daarbij wereldwijde vermarkting. Diverse deelmarkten naderen deze grens, zegt Schulze. Voorbeelden daarvan zijn: sport-, film- en tv industrie, muziek (in alle Europese discotheken hetzelfde), modeconcerns, voedsel, drank, auto's, tijdschriften, waarvan geldt dat ze in toenemende mate wereldwijd vrijwel identiek 'consumeerbaar' zijn. Kleine bedrijvigheid en regionale bijzonderheden delven het onderspit bij deze expansie.

Anno 2013 keren regionale bedrijvigheid en regiospecifiek aanbod weer terug. Belevenisaanbieders spelen daar op in met 'puur', 'authentiek', 'ambachtelijk' aanbod dat -net als vroeger- vertrouwd één-op-één geleverd wordt.

4 Corporatisering en concentratie. Aanbieders die de eerder genoemde strategieën van rationaliteit van het belevenisaanbod toepassen, boeken meer resultaat dan anderen. Daarbij heeft een corporatie een betere positie op de belevenismarkt dan enkelingen en biedt concentratie van corporaties eveneens meer mogelijkheden. De rationaliteit van het belevenisaanbod creëert door corporatisering en concentratie voor zichzelf binnen de sociale structuur een stevige positie. De groei van corporaties dekt alle branches van belevenisproducten. Schulze's omschrijving van corporatisering komt neer op het voor lange duur verstevigen van handelingssamenhangen. Daarbij noemt hij gebouwen, machines, inrichtingen, plannen, arbeidsdeling, professionalisering (designers, reclamelui, marktonderzoekers, regisseurs *et cetera*) als voorbeelden. Tot corporatisering behoort ook de uitbouw van marktonderzoek om door wat marktobservaties leren de bedrijfstoekomst te zekeren.

5 Progrediëntie. Schulze noemt de beschreven ontwikkelingen progrediënt. Progrediëntie betekent het voortschrijden van een ziekte of het verslechteren van een gezondheidstoestand. De dynamiek van de belevenismarkt is ongeremd, kent geen grenzen en evenmin verzadiging. Hooguit zullen effecten die zich aan de achterkant van de belevenismarkt voordoen leiden tot een halt aan belevenisconsumptie en terugkeer tot buitengeoriënteerd consumeren. Schulze doelt op wereldwijde milieuproblematiek en alle gevolgen daarvan. Deze problematiek hangt onmiskenbaar samen met de belevenismarkt maar kan alleen nog ontkend worden -zoals tot dan toe gebeurt- tot het moment dat ecologische problemen zich onontkoombaar en onontkenbaar voordoen. Juist de nevenwerkingen van belevenisrationeel handelen kúnnen uiteindelijk tot de ineenstorting van de belevenismarkt leiden, stelt Schulze. In 4.4.3 wordt dit verder toegelicht.

Ruim twintig jaar nadat Schulze zijn boek gepubliceerd heeft, is de beleveniseconomie ondanks een ecologische crisis en economische crisis nog springlevend en weinig bekritiseerd. Het 'beleven' is in vrijwel alle domeinen van het leven binnengedrongen.

Ziekelijk noemt Schulze de toenemende verwijdering van een wereld zónder belevenisaanbod en toenemend onvermogen van mensen om buiten 'de markt' zinnig te leven en beleven.

De weg van distantiëring van belevenisaanbod is stenig zegt Schulze, het vraagt zelfoverwinning en eigen bemoeienis.

Onverzadigbaarheid van vragers en onvermoeibaarheid van aanbieders leiden nog tot andere vragen op levenbeschouwelijk terrein. Op dergelijke vragen wordt deels ingegaan in 4.4.5.

4.4.2.3 Evolutie van de belevenismarkt

De ziekelijke werkingen van de belevenismarkt -zoals grenzeloosheid, verslaafdheid en onverzadigbaarheid- kunnen niet toereikend verklaard worden vanuit de toename van vrije tijd en financiële middelen. Het is nodig om de rationaliteiten van vragers en aanbieders te doorgronden. Belevenisbehoeften zijn onvergelijkbaar met primaire levensbehoeften; ze zijn intrinsiek onstilbaar en hongeren voortdurend naar meer. Op die onbegrensde vraag volgt een onbegrensd aanbod. De twee eerder genoemde uitgestelde hoofdaspecten van de dynamiek van de belevenismarkt zijn: ontwikkeling van de alledaags esthetische schema's en belevenismarkt-medebepaaldheid van milieusegmentering. Zowel vragers als aanbieders zijn gebaat bij een nauwgezette afstemming van het aanbod. Efficiëntie en doeltreffendheid worden aanzienlijk vergroot voor beide partijen als het alledaags-esthetisch schema, globaal-karakteristiek voor elk van de verschillende milieugroepen bekend is bij de aanbieders in verband met gerichte, specifieke productafstemming.

De internetverkoper bol.com is een van de vele hedendaagse voorbeelden van gericht attenderen van klanten op aanbod, gebaseerd op interessegebieden die afgeleid worden uit eerdere bestellingen.

Voor de vragers is het eveneens efficiënt en doeltreffend om te weten welke aanbieders gericht en specifiek datgene verkopen dat zij wensen. Op die wijze gaan alledaags-esthetische schema's als een kompas werken. Vragers kunnen het aanbod makkelijk classificeren ('wat bevalt me wel of niet'), aanbieders kunnen corresponderen (zo goed mogelijk vernemen wat het binnenleven van een consument in een bepaald milieu behoeft). Belevenisaanbieders en -vragers werken in de dynamiek van het uitspelen van hun rationaliteiten samen aan verandering van de alledaagse-esthetiek en de sociale structuur van de maatschappij. Schulze constateert dat zich hierbij twee belangrijke evoluerende ontwikkelingen voordoen.

1 **Er vindt semantische stagnatie plaats**. Door de enorme toename van esthetische episoden onder invloed van de markt, neemt de belevenisintensiteit af maar de relatieve betekenis van genot, in verhouding tot distinctie[24] en levensfilosofie, neemt toe. De psychofysische semantiek vervlakt daarmee samenhangend tot vrijwel alleen genotsemantiek ('ik doe wat ik lekker vind'). Hiermee komt de onderlinge dynamiek van genot, distinctie en levensfilosofie tot stilstand. In het voorwoord bij de heruitgave van zijn boek in 2005, beschrijft Schulze dat deze genotfocus weer is afgenomen en zingevingthematiek toegenomen.

2 **Dimensionale ontkoppeling**. Milieu-interne druk en esthetische groepshomogeniteit van voorheen bestaan niet meer. De traditionele bipolaire structuur van hoogcultuur en triviaalcultuur heeft plaatsgemaakt voor unipolaire dimensies die onafhankelijk naast elkaar bestaan en desgewenst combinaties kunnen vormen van alledaags esthetische schema's.

24 Distinctie is een sociaal onderscheid dat uitgedrukt wordt in een esthetisch teken. Zie bijlage 4c.

4.4.3 Modellen van omduiding: esthetisering en marginalisering

In paragraaf 4.1 is gewezen op Schulze's verwijt in 2005 aan vakbroeders die de hedendaagse werkelijkheid vanuit klassieke maatschappijstructuren blijven beschouwen terwijl maatschappelijke veranderingen dit klassieke model ontoereikend gemaakt hebben. Met de metafoor van mensen onder de brug en op de brug heeft Schulze gepleit voor 'anders' kijken naar hedendaagse mensen in de marge. Een pleidooi voor solidariteit en hulpverlening aan de behoeftigen vindt niet meer het gehoor van weleer. Op de brug en dominant in de maatschappij, is dusdanig veel veranderd dat 'slachtoffers' van vroeger vandaag de dag *losers* zijn die verantwoordelijk gehouden moeten worden voor hun eigen sores. Er heeft een omduiding plaatsgevonden die alleen begrepen kan worden vanuit zicht op wat binnen de belevenismarkt gaande is. Achter de intensivering van steeds nieuw belevenisaanbod schuilen veranderingen van alledaags-esthetische schema's en groepsvorming. De nieuwe existentiële probleemdefinitie (beleven in plaats van overleven) richt de blik (en het handelen) naar de binnenwereld van subjecten. Naast problematiek die zich bij subjecten zelf voordoet bij binnengericht consumeren, wijst Schulze ook op andere problemen die samenhangen met de nieuwe existentiële probleemdefinitie. Dat zijn de problemen die in de 'buitenwereld' spelen en buiten de focus van binnengeoriënteerd handelen vallen. Ziekte, dood, catastrofen, oorlog, misdaad, honger, epidemieën, drugs, armoede, werkeloosheid, milieuproblematiek; dit alles voor zover het ánderen betreft valt buiten de nieuwe existentiële probleemdefinitie. Dergelijke problematiek wordt ook 'subjectief verwerkt', vooral in de volgende twee modellen van omduiding.

4.4.3.1 Esthetisering van ongeluk

In de wijze waarop informatie over wat in de wereld speelt tot ons komt, signaleert Schulze esthetisering van ongeluk. Diegenen die informatie aanbieden in nieuwsberichten, verdichten dagelijkse gruwelijkheden van oorlogen en rampen tot korte, beleefbare eenheden in zorgvuldige composities. Door die compositieregie (afwisseling met *entertainment* en sport bijvoorbeeld), komt ongeluk en rampspoed in de sfeer van het onwerkelijke. Hoe vreselijk een bericht ook is, het wordt gewisseld én gewist met een volgend item. Medelijden en bezorgdheid worden poses die voyeurisme moeten verhullen en naar de hoofdzaak voeren: beleven.

4.4.3.2 Marginalisering van problemen

Schulze licht er twee uit: armoede en milieurisico's. Hij beperkt zich bij 'armoede' tot de situatie in de BRD. In de maatschappij van voorheen waarin velen tekort kwamen, oriënteerden welvarenden zich aan de normale existentiële probleemdefinitie van de meerderheid van tóen, de armen. Dat leidde zowel tot het verzekeren van de eigen positie als tot weldoen aan de armen. In de huidige maatschappij oriënteren armen zich aan de normale existentiële probleemdefinitie van de meerderheid van nú die welvarend is. De uitgeslotenen van de vloed aan belevenismogelijkheden maken zich onzichtbaar en ze worden onzichtbaar gemaakt. Het zijn de werkelozen, uitkeringsontvangers, weduwen met een klein pensioen, daklozen en andere probleemgroepen die amper voorkomen in statistieken en krantenberichten. Armoede wordt als uitzondering gedefinieerd, ook als het langdurend of altijddurend is. Het algemene paradigma is dat mensen altijd alles kúnnen hebben. Voor welgestelden bestaan armen hooguit als achtergrondillustratie van het eigen 'geluk'. Bij de algemeen vanzelfsprekende, oneindige mogelijkheden, komen geen vragen op bij het lot van sommigen. In het voorwoord van 2005 stelt Schulze dat dergelijke vragen pas gaan spelen wanneer de tot dan toe succesvollen het risico lopen om ook in de

marge te raken.
Een vergelijkbare kloof tussen realiteit en interpretatie is zichtbaar bij milieurisico's. Op wereldschaal neemt de dreiging van een ecologisch rampscenario toe, mede veroorzaakt door onmatige exploitatie van natuur en milieu om commerciële redenen maar het leidt niet tot tegenbewegende activiteiten die het overleven van de wereld bevorderen. Het beleven gaat onverminderd voort. Schulze noemt als voorbeeld dat bij uitblijvende sneeuw op de Alpen een sneeuwkanon wordt ingezet, of een alternatief sportprogramma, of de mogelijkheid van omboeken. Zorgen over klimaatverandering zijn niet aan de orde. De vraag van het beleven blijft centraal; niet de vraag naar óverleven. Hij duidt deze vormen van marginalisering als gevolgen van binnengeoriënteerd handelen. Het bereik van het subjectieve staat centraal en niet het objectieve gezichtspunt over bijvoorbeeld productieverhoudingen, inkomensverschillen, grondstoffenvoorraden of kinderarbeid. Het subject is in de beleveniseconomie het uitgangspunt van theorievorming over de werkelijkheid. In 2005 refereert Schulze niet aan deze thematiek. Als bekend oud sociologisch gegeven noemt Schulze dat de organisatie van het sociale handelen bouwt op interpretaties, al zijn die nog zo scheef. Pas wanneer objectieve problemen inwerken op de betrekking subject-situatie, zullen de theoretische perspectieven veranderen.

4.4.4 Crisis van het subject?

Op een aantal vlakken heeft Schulze een crisis van het subject benoemd, overigens zonder dat het subject zelf zich over het algemeen bewust is van deze crisis. In het laatste deel van deze paragraaf worden enkele aspecten van een dergelijke crisis geïnventariseerd. Deze paragraaf vormt daarmee een opmaat voor 4.5 over authenticiteit. Genoemd zijn de problemen van het subject die zich onontkoombaar voordoen bij binnenoriëntatie, gericht op het project van het mooie leven. Oriëntatiehulp door de eigen milieugroep maar vooral door belevenisaanbieders leidt tot nieuwe vormen van afhankelijkheid en onvrijheid die weinig benoemd worden binnen de belevenismarkt waar volgehouden wordt door alle betrokkenen (producenten en consumenten) dat er (keuze)vrijheid is. Onder de vraag om oriëntatiehulp schuilt een laag die Schulze eveneens noemt en uiterst belangrijk acht voor nader onderzoek: het is angst die mensen drijft tot meer, vaker, intensiever (belevenis) consumeren. Belevenisaanbieders hebben zich een plek verworven tot diep in het persoonlijk binnenleven van mensen; een gegeven dat Schulze in termen van verslaving bespreekt. Daarnaast heeft zich een prioritering voltrokken van 'genot' als belangrijkste beleving waarbij distinctie en levensfilosofie ver op de achtergrond zijn geraakt. Een notie die Schulze zoals gezegd in 2005 bijstelt als hij signaleert dat een 'geluksdiscours' de levensfilosofische vraag weer naar voren haalt. Op 'annexatie van het binnenleven', 'verslaving' 'genot' en 'angst' wordt nu nader ingegaan.

4.4.4.1 Annexatie van het binnenleven

Sociale milieus zijn belevenisgemeenschappen en de belevenismarkt is tot een beheersend deel van het dagelijks leven geworden. Tot in detail worden consumenten in alle mogelijke alledaagse esthetische schema's door producenten voorzien in en gestimuleerd tot voortdurend meer belevenis consumeren. Belevenismarketing is van expansie, via intensivering tot toenemende suggestie van beleving overgegaan. De belevenisvragers hebben alles al eens meegemaakt. Hoeveel afwisseling ook geboden wordt, er valt weinig nieuws te beleven. Het is vooral herhaling, al geschiedt de presentatie van deze herhaling altijd onder de vlag van 'innovatie'. In deze situatie nog spreken van 'consumentenbehoeften' vindt Schulze ver bezijden de realiteit.

'Esthetische ervaringshonger' acht hij een adequater typering. Ongegeneerd worden dagelijkse, persoonlijke, innerlijke bereiken van subjecten ontgonnen voor nieuwe markten. Belevenisaanspraken vormen het centrum van persoonlijke waarden; ze vormen de maatstaf bóven waarden en onwaarden van het leven en definiëren 'zin' van het leven. Een leger aan begeleiders helpt professioneel individuen aan 'belevenis'. Professionals zoals: entertainers, animators, reisbegeleiders, psychologen, opvoeders, sociale werkers, cultuurwerkers, vrije tijd pedagogen.

4.4.4.2 Verslaving

Schulze schetst bij de nieuw ontstane afhankelijkheid van 'beleven' het beeld van een drugsverslaafde. Binnengeoriënteerde subjecten hebben hun dagelijkse shots nodig om psychofysisch bevredigd en verdoofd te worden. Onverzadigbare belevenishonger is niet anders dan een verslaving waarbij steeds meer 'middel' (en vooral suggestie en versterking van autosuggestie) nodig is om het gewenste resultaat te bereiken.

4.4.4.3 Genot

25 zie 4.2.2.

In de periode van cultuurconflict[25] werd het subject centraal gesteld en ontstond de levensfilosofie van het narcisme. Het was een fase van pluralisering en ontverticalisering waarbij distinctie en levensfilosofie belangrijk werden. Met het doorzetten van de ontwikkeling van de belevenismaatschappij -het project van het mooie leven- is het mooie leven steeds minder te karakteriseren vanuit distinctie en levensfilosofie en steeds meer vanuit psychische en fysieke vormen van 'genot'. Schulze noemt hierbij als voorbeelden: een goed humeur, ontspanning, opwinding, gemoedelijkheid, coolness, sensaties van zintuigen; het nooit geziene, nooit gehoorde, onvergelijkbare gevoel.

De belangrijkste impuls voor de relatieve toename van het genotmotief ligt bij belevenisaanbieders. Het aanbod appelleert vooral aan 'genieten'.

Voordat de belevenismarkt zich ontplooide speelde het betekenisniveau van de levensfilosofie een belangrijke rol (naast distinctie). Het begrip *katharsis* dat centraal staat in de esthetiek van het Griekse drama als levensfilosofische verheldering bleef lange tijd die rol vervullen, met name bij de hoogcultuur. Mensbeeld, wereldbeeld, metafysische vragen, (nationale) identiteitsvragen, sociale en politieke grondwaarden, zin van het leven, muziek, poëzie, kunst, architectuur, theater; Schulze somt ze allemaal op als illustratievormen van levensfilosofische posities van de auteurs én als onderwerpen voor levensbeschouwelijk ontrafelen door het publiek. In alle alledaagse esthetische schema's heeft het vooropstellen van genot plaatsgevonden maar het meest in moderne hoogcultuurschema's. De levensfilosofische dimensie legt het af tegen het beleven, inhoudelijke diepte die verkend moet worden is verwisseld voor suggestie van betekenis en esthetisch uiterlijke criteria van perfectie, belangrijke namen, nieuwigheden en prikkels. Centraal staat de publiekswerkzaamheid; de vermaakwaarde. *Katharsis* is niet langer levensfilosofische verheldering en verdieping en verkenning van het eigen (emotionele) leven. Schulze noemt *katharsis* een 'smaakversterker' van hoogcultureel aanbod en consumeren. Normatieve connotaties van esthetiek zijn verpieterd. Gevoelskwaliteiten op het niveau van levensfilosofie, zoals bijvoorbeeld betrokkenheid, zijn categorieën van het genot geworden. Het gaat niet om verkenning van het eigen leven en de wereld maar om 'aan gevoelens komen'. Toch begon het project van mooie leven met de bedoeling om zin te vinden en zichzelf te verwerkelijken.

4.4.4.4 Angst

Elk belevenisaanbod bevrijdt mensen van de opgave om zélf iets met zichzelf aan te vangen en bevrijdt van de angst bij deze opgave te mislukken. Angst en afhankelijkheid van oriëntatie op de belevenismarkt wordt door belevenisaanbieders met nieuw aanbod verdoofd. Wie niet weerbaar genoeg is om alle beleven te kunnen weerstaan, moet genoegen nemen met afnemende beleving bij toenemende belevingbehoefte, zelfbedrog en ontkenning van onzekerheid, teleurstelling en afhankelijkheid. De angst om zin, geluk of vreugde te missen, voedt de dynamiek van de belevenismarkt. De rationaliteit van aanbieders van belevenis is niet gericht op levensbeschouwelijke of morele kanttekeningen bij deze verstrengeling van vraag en aanbod die appelleert aan kwetsbare kanten van het mens-zijn. Aanbieders beroepen zich op de dwang van de markt en ze hebben tot op zekere hoogte gelijk.

4.5 AUTHENTICITEIT BIJ SCHULZE; EEN VOORLOPIGE DUIDING

Met de fundamentele verandering van de normale existentiële probleemdefinitie (van 'overleven' naar 'beleven'), is de zingevingvraag 'Hoe bereik ik X?' vervangen door 'Wat wil ik?' Dit betekent een ingrijpende switch van noodzaak en nut naar vrijheid en mogelijkheden. Mensen kunnen voortaan zelf-verwerkelijkend leven. Schulze schetst in zijn boek een maatschappij waarin verschillende nieuw ontstane grote groepen elk op een eigen wijze antwoorden op de wat-wil-ik-vraag waarbij er, al is het gering, sporen van gemeenschappelijkheid te traceren zijn. Die gemeenschappelijkheid zit in het gegeven dat in alle vijf milieus mensen zelfgestelde doelen nastreven, dat zij allen de zingevingvraag binnengeoriënteerd opvatten en dat die binnenoriëntatie uitloopt op willen 'beleven' van het leven. De milieuspecifieke invullingen van 'beleven' lopen uiteen.
Het zelfverwerkelijkend leven roept echter vragen op rond het 'zelf' en '(be)leven'. Onder de gemeenschappelijke oriëntatie 'het project van het mooie leven' blijkt de nieuwe vrijheid paradoxaal genoeg samen te gaan met een imperatief (een handelingslogische opgave)'Lééf een mooi leven', met duidingproblemen rond 'mooi' en het niet zomaar samengaan van 'willen' en 'bewerkstelligen' van belevenissen. Hoe zien moderne individuen zichzelf, weten ze 'echt' wat ze willen en realiseren ze daarin zelfverwerkelijkend wie ze 'echt', authentiek zijn? Het woord 'authentiek' of 'authenticiteit' *sec* wordt door Schulze amper gebruikt. Waar het over 'het ik' gaat komen begrippen voor als: subject, individu, enkeling, 'het ik', persoon (autonoom, vrij) en 'manager van het innerlijk', 'een gewenst-gecreëerd-ik', ik-doe-wat-ik-lekker-vind, jezelf-zijn, auto-suggestie. Voorbeelden van begrippen die verbonden zijn met 'echtheid' of 'geloofwaardigheid' van personen, met het 'innerlijk leven' en individualiteit zijn: zelfverwerkelijking, zelfontplooiing, uniciteit, innerlijk beleven, innerlijke kern, binnenoriëntatie. De algehele oriëntatie van individuen op het eigen innerlijk is op zich authenticiteitstreven, zoals het concept in de periode van de Romantiek is ontstaan. Nieuw, in het licht van de belevenismarkt, is de consumeerdruk om het authentieke ik te verwerkelijken door 'belevenissen' te consumeren. Een druk die subjecten zichzelf (en elkaar) opleggen en die belevenisaanbieders van hun kant versterken, verbreden en intensiveren.
In deze paragraaf wordt gepoogd authenticiteit van mensen naar aanleiding van drie globale ordeningen in beeld te brengen.
1. In de hedendaagse maatschappij wordt enerzijds in termen van 'onteigend leven' van individuen gesproken en anderzijds in termen van eigenzinnige individualiseringtendensen (4.5.1). 2. Individuen verschijnen (individueel) als binnengeoriënteerde subjecten en (gemeenschappelijk) als individuen die door eigen keuze bij niveauspecifieke groepen horen (4.5.2). 3. Op de belevenismarkt komen individuen in beeld als binnengeoriënteerde klanten tegenover buitengeoriënteerde corporatieven van belevenisaanbieders (4.5.3).

4.5.1 Onteigend leven versus autonoom leven

In de discussie onder sociologen over het duiden van maatschappelijke ontwikkelingen rond grote sociale groepen is er overeenstemming over het gegeven dat zich in de laatmoderne tijd een individualiseringstendens voordoet. De meningen gaan uiteen bij de vraag of de grote sociale groepen hiermee definitief verdwijnen of zich in andere, nieuwe gestalten manifesteren. Net zo tegenstrijdig is de sociologische discussie over de verhouding tussen instituten en individuen. Er doet zich een toe-

name voor van organisaties en corporaties die het leven van individuen verregaand beïnvloeden en reguleren. Op allerlei levensterreinen zijn levensopgaven gedelegeerd zoals bijvoorbeeld: risicovoorzorg aan sociaal-politieke instellingen, ontspanning aan de belevenismarkt en persoonlijke problematiek aan psychotherapeuten. Dit leidt tot de constatering vanuit de sociologie dat het moderne leven gekenmerkt wordt door onteigening. Het leven van individuen wordt door instanties gepland, bureaucratisch gereglementeerd, door voorgeprogrammeerd, gestandaardiseerd aanbod gestuurd en op allerlei terrein 'professioneel' begeleid. Tegelijkertijd is er de sterke aanwezigheid van toenemende eigenzinnigheid van individuen die hun eigen spoor trekken, zelfhulp organiseren, autoriteiten en voorschriften negeren en eigen sociale bewegingen initiëren. Autonomie en groepsvorming gaan hierin samen op. Het roept voor Schulze de vraag op of deze individualisering leidt tot emancipatie; uítbreken uit het gekoloniseerde leven. Bij alle onhelderheid onder vakgenoten over de interpretatie van het heden (1992) voegt Schulze nog een omstreden vraag toe: hoe staat het met de afhankelijkheid van het menselijk handelen? Schulze houdt het op indetermineerd; het is onbestemd. Mogelijkheden zijn toegenomen qua geld, tijd, aanbod, toegankelijkheid en dwang door sociale controle is grotendeels weggevallen. Maar bij het afnemen van de dwang door 'de situatie' is dwang door 'prikkeling' toegenomen. En er zijn handelingsbeperkingen gekomen, respectievelijk gekozen, door bijvoorbeeld de behoefte aan in ieder geval minimale sociale ordening.
Aan het eind van Schulze's boek komt een mogelijk toegenomen vorm van onteigening van het leven aan de orde vanuit de groeiende dominantie van de belevenismarkt-dynamiek die tot in de finesses van het alledaags-esthetische leven reikt. Hier doet zich de paradox voor van vrije, kiezende individuen die zich willens en wetens uitleveren aan de belevenisaanbieders met hun nooit-aflatend belevenisaanbod vol beloften. Eigen keuzen, manipulatie van beleving, onafhankelijkheid (individu) en afhankelijkheid (milieugemeenschap moet keuze en reflectie bevestigen en versterken) en verslavingselementen, zoals Schulze het duidt, roepen tal van vragen en tegenstrijdigheden op rond autonomie, het mooie leven en authenticiteit. Hoe echt zijn mensen in (zelf gewilde) gecreëerde, geënsceneerde, maar niet aan de oorspronkelijke wensen beantwoordende, teleurstellende belevenissen? Is het vermeend vrije, individuele leven op deze wijze opnieuw onteigend?

4.5.2 Authenticiteit van individu in groep versus afzonderlijk individu

Hoewel uitvoerig ingaan op wat Schulze milieuspecifiek rubriceert ongetwijfeld relevante informatie zou opleveren over duidingen van authenticiteit van individuen binnen deze milieus, heb ik er toch voor gekozen dit achterwege te laten omdat het te ver van de probleem- en vraagstelling van deze thesis wegvoert. Bij 'milieuspecifiek rubriceren' gaat het over stijl, manifestaties in alledaagse ervaringen, tekenkenmerken in alledaagse esthetiek, betekenistoekenning van alledaagse esthetiek, subjectaspecten, situatie en de kennissociologische interpretatie daarvan.[26]
In algemene bewoordingen worden in de volgende deelparagrafen enkele opmerkingen gemaakt over aspecten van de verhouding individu- gemeenschap die te maken hebben met authentiek mens-zijn in sociale groepen en van het afzonderlijke individu.

26 In bijlage 4 wordt wel een beknopte beschrijving gegeven van de milieus en de (vak) termen die Schulze gebruikt.

4.5.2.1 Globale authenticiteitaspecten van individuen in een sociale groepscontext

De maatschappij wordt gekenmerkt door individualisering maar er blijkt eveneens behoefte te zijn aan vormen van collectiviteit, zij het in onderscheiden milieus waarin mensen elkaar kiezen (vinden) op grond van gemeenschappelijke beleve-

nisoriëntatie. Die keuze komt tot stand vanuit drie gezichtspunten: wat mensen van elkaar **willen** (1), hoe ze elkaar **waarnemen** (2) en hoe ze die waarnemingen **duiden** (3). Mensen **functionaliseren** elkaar voor het belevenis consumeren (4).

1 Wat mensen van elkaar **willen** is individuele versterking bij onder meer de volgende drie dingen:

a De belevenisoriëntatie (vermindering van onzekerheid en teleurstelling).
b De belevenisconsumptie (belevenisintensiteit neemt toe in gemeenschappelijke contexten zoals een concert of voetbalwedstrijd).
c De belevenisverwerking (het proces van verwerken door reflecteren, toe-eigenen, suggestie versterken en eventueel omduiden).

2|3 Hoe ze elkaar **waarnemen** omschrijft Schulze als processen van '*Gestalt*' waarneming; binnen enkele seconden vormen mensen zich een eerste, voorlopig beeld van elkaar dat bij nadere kennismaking getoetst wordt (**duiden**) aan onbewuste, vanzelfsprekende voorstellingen.De eerste voorlopige totale-persoonswaarneming geschiedt op grond van onder meer: kleding, stem, uitdrukkingswijze, mimiek, leeftijd, geslacht en fysieke verschijning (stijl). Bij de onbewuste, vanzelfsprekende voorstellingen is het 'normaal'- 'afwijkend' interpreteren van belang; dat leidt uiteindelijk bij een individu tot erbij willen horen of zich distantiëren.

Bij de vraag of er gemeenschappelijke belevenissen bestaan, stelt Schulze dat er geen toereikend antwoord is. Er doet zich gemeenschappelijk gedrag voor (allen lachen om een grap in het theater, juichen bij een doelpunt van de favoriet) maar de belevenis voltrekt zich vermoedelijk in subjectieve singulariteit.

Nieuwe vormen van deelcollectieven doen zich voor in de diverse *Szenes* die ontstaan zijn en zelfervaring mogelijk maken.

Mensen zoeken 'identiteit' door zich zowel groepsgewijs te verenigen als van elkaar te onderscheiden (distinctie). Daarbij beoordelen zij elkaars denkstijlen (cognitie; variërend van complexiteit tot eenvoud) en handelingsstijlen (variërend van ordening tot spontaniteit)

4 Schulze wijst er op dat belevenisgericht handelende individuen met hun innerlijke belevenisbehoeften-bevrediging en hun gedeeltelijke afhankelijkheid van suggestieversterking door ánderen (sociale groepsgenoten) hiermee andere mensen **functionaliseren**.

4.5.2.2 Globale aspecten die samenhangen met authenticiteit van individuen

1 Individuen staan voor de taak te kiezen hoe hun authentieke leven eruit ziet. Wie willen ze zijn? Hoe willen ze het project van het mooie leven invullen? Wat vinden ze zinvol en betekenisvol? Op welke wijze verwerkelijken ze zichzelf? Wat betekent 'zelfontplooiing'? Onder deze verschillende manieren van eenzelfde vraag stellen, schuilt de veronderstelling dat er een 'zelf' is dat zich in de gunstige omstandigheden van het heden kan ontvouwen. Concepten van zelfontplooiing (een zelf is daarin verondersteld) en een te creëren zelf (er is geen voorgegeven zelf) lijken beide aan de orde te zijn. Authenticiteit is in beide gevallen 'zelfwording'.
2 Individuen gaan zich anders tot zichzelf verhouden dan voorheen. Het subject wordt zichzelf tot object, individuen moeten het innerlijk 'managen'. Het individu is *Gestaltbar*; dat impliceert een vorm van instrumentalisering van het eigen organisme. Het organisme moet immers optimaal gearrangeerd zijn om het antwoord op de gestelde vragen te kunnen realiseren. Dat antwoord is: het leven beleven. Gestaltbaarheid veronderstelt eveneens een idee van 'het authentieke ik'.
3 Terwijl individuen, door de nodige strategieën geholpen, zich oriënteren op belevenissen is er onzekerheid over welke keuze de juiste is bij het eigen ik en zijn er twijfels over de authenticiteit van het eigen gevoel bij de belevenis. Deze

twee bedreigen en ondermijnen het authenticiteitmanagement en brengen het individu in een staat van crisis.

4 Voor zover 'de wil' van een individu duidelijk wordt, blijkt het omzetten van die wil naar 'werkelijkheid (de binnengeconsumeerde belevenis) niet eenvoudig. Daarmee wordt het realiseren van een authentiek leven moeilijk. Er treden problemen op van verschillende aard. De belevenis moet in het binnenste van het subject 'gecreëerd worden' (verwerkelijken), het beleven onttrekt zich eigenzinnig en onplanbaar of reguleerbaar aan het zelfmanagement (onwillekeurigheid). Beïnvloeding, zelfmanipulatie en (auto)suggestie zijn nodig om de innerlijke gewenste belevenis zoveel mogelijk op te doen, maar hoe verhoudt zich dat tot authenticiteit ? Vanuit een 'binnenoptiek' is dit rationeel en authentiek, vanuit een buitenperspectief irrationeel en gemanipuleerde-illusie-'authenticiteit' die in werkelijkheid onvrij is.

5 Authenticiteit hangt samen met de ik-wereld betrekking die algemeen gesproken verschilt tussen ouderen en jongeren. Bij ouderen is de ik-wereld betrekking veelal wereld-verankerd, bij jongeren meer ik-verankerd, wat bij de laatstgenoemden leidt tot sterke gerichtheid op 'de innerlijke kern' en 'de eigen behoeften'.

6 Voor zover een subject authentiek kan verschijnen, wordt deze echtheid bedreigd door de onvrije aspecten die verbonden zijn aan het beleven; de zuigkracht van het belevenisaanbod, de afhankelijkheid van 'beleven', de angst om niet te beleven, het ontglippende karakter van belevenissen (en dus verlies van regie), de benodigde illusie-creatie (door auto-suggestie en belevenis-hulp van allerlei aard) en het wegraken van oorspronkelijke doelen van belevenissen. Doelen als: mogelijkheden benutten, vrij kiezen en levenszin beleven.

4.5.3 Authenticiteit bij buitengeoriënteerde belevenisaanbieders

Tegenover individuen die authentiek willen leven, het mooie leven innerlijk willen consumeren in belevenissenconsumptie, staan diegenen die aan de behoeften en wensen van deze individuen tegemoet komen met hun belevenisaanbod.

4.5.3.1 Authenticiteitduiding is sfeerafhankelijk

Vanuit Schulze's onderscheid tussen de handelingsrationaliteiten van vragers en aanbieders, wordt duidelijk dat authenticiteit van aanbieders vanuit sfeereigen normen- en waardepatronen van de (belevenis)markt een andere inhoud heeft dan bijvoorbeeld in filosofie of ethiek.

Met 'sfeereigen' wordt Michael Walzer's terminologie gebruikt voor het duiden van onderscheiden domeinen in het maatschappelijk veld die elk hun eigen interne morele logica en eigen verdelingsprincipes hebben om sociale goederen rechtvaardig te verdelen.[27]

In de sfeer van de markt, met bijbehorende markteigen principes, zijn aanbieders authentiek wanneer zij hun 'waar' in vrije uitwisseling tussen producent en klant aan de mens brengen. Zolang de klant vrij kan kiezen en zelf uitmaakt waaraan hij tijd, geld en aandacht wil geven, lijkt er weinig aan de hand. De overheid reguleert doorgaans handelrisico's op vele grensgebieden zoals volksgezondheid (bijvoorbeeld: sigaretten, alcohol) en milieu (bijvoorbeeld: gifstoffen, afval) en veiligheid. Maar er zijn in eerdere paragrafen van dit hoofdstuk al kanttekeningen geplaatst bij deze vermeende keuzevrijheid en autonomie van de klant.

27 M. Walzer, *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, Basic Books, 1983.

4.5.3.2 Binnenperspectief van de belevenismarkt

Vanuit een binnenperspectief is belevenisaanbod authentiek wanneer de (zelf)beïnvloeding van de klant succesvol verloopt en de gewenste belevenis wordt opgedaan. Beslissend is of klanten het belevenisaanbod als authentiek ervaren. De authenticiteitservaring van het belevenisproduct hoeft niet te stroken met 'de werkelijkheid'. De perceptie telt en van aanbieders wordt verwacht dat zij alles doen om authenticiteit creatie te bewerkstelligen. Alleen vanuit een buitenperspectief óp de markt kan dit gekritiseerd worden als manipulatie.

4.5.3.3 Buitenperspectief op belevenismarkt-authenticiteit

Problemen met de belevenishandel ontstaan wanneer authenticiteit van belevenisaanbieders vanuit een moreel perspectief wordt bezien. Dan komen vragen op rond het diep doordringen van belevenisaanbieders in het innerlijk leven van hun klanten, het niet-verantwoordelijk zijn voor 'het goede'(moreel gezien) van medemensen die als klanten in beeld komen. Het goede dat geduid kan worden als welzijn, zingeving en gezondheid. Of in negatieve termen: niet verslaafd zijn, niet onder druk van angst toevlucht nemen tot belevenisaanbod. Het gegeven dat mensen instrumenteel gereduceerd worden tot louter objecten aan wie geld te verdienen valt is moreel discutabel, ook als ze daar zelf voor 'kiezen'. Wat betekent de crisis waarin belevenisafnemers terecht kunnen komen in verhouding tot voortgaand aanbieden, respectievelijk consumptiedruk uitoefenen? Afhankelijkheid, angst, verslavende aspecten van belevenisconsumenten worden door belevenisproducenten niet herkend als thema's waarvoor zij (enige) verantwoordelijkheid dragen. Belevenishandel vanuit een moreel perspectief duiden, roept vragen op rond de effecten van de handel waarbij het belevenisaanbod binnendringt in andere domeinen dan de markt van vraag en aanbod (zoals bijvoorbeeld onderwijs of zorg) en de eigen moraliteit van die domeinen verdringt door marktprincipes. Met het in de sfeer van de markt halen van concepten zoals authenticiteit, vriendschap, relatie, compassie vindt inhoudelijke omduiding plaats van die concepten.

Dominantie van de markt in andere sferen dan de sfeer van vrije handel impliceert machtsthematiek die nader vervolgonderzoek vraagt. In hoofdstuk 6 komt 'macht', naar aanleiding van een artikel van Joan Tronto dat daar besproken wordt, summier ter sprake.

4.6 COMMENTAAR

Inleiding

De stand van zaken die Schulze opmaakt is dat sociale milieus in de ontwikkelde beleveniseconomie overwegend gegrond zijn in belevenisdisposities. Mensen kiezen naar overeenkomst van de existentiële zienswijze en de psychofysische semantiek. Sociale milieus verschillen qua existentiële probleemdefinitie maar hebben de innerlijke oriëntatie gemeenschappelijk. Opvallend is dat Lee nergens in zijn boek rept over milieuverschillen van individuen die in zijn ziekenhuis de ultieme ervaring opdoen, terwijl de inhoud van wat als passende belevenissen ervaren wordt volgens Schulze behoorlijk milieuspecifiek is. Dit kan met de specifieke Amerikaanse context van zijn zorgconcept te maken hebben. Het is ook denkbaar dat Lee's publiek zich al vergaand uitsorteert; bemiddelde klanten behoren vermoedelijk tot zijn doelgroepen.
Hedendaagse sociale milieus zijn boven-regionaal, door betrekkingen-keuze tot stand gekomen en belevenisgeoriënteerd.
Schulze's boek biedt een uitermate rijke bron tot beter verstaan van processen die zich in de Duitse maatschappij voltrokken hebben op individueel en sociaal-maatschappelijk niveau wat geleid heeft tot het dominante discours van de belevenismaatschappij.
Schulze onderzoekt parallel aan de vragen rond grote sociale groepen en de belevenismarkt ook steeds de ontwikkelingen van de cultuurpolitiek in de BRD die interacteren met de belevenismarktontwikkelingen. Hoofdstuk 11, dat daaraan geheel gewijd is, zou bij vervolgonderzoek een relevant vergelijkingsmodel kunnen vormen voor ontwikkelingen in de volksgezondheidspolitiek in Nederland. In deze thesis is het buiten beschouwing gelaten.
Vanuit een onderzoeksmethode waarin een zelf ontworpen raamwerk, empirische data, intuïtie en subjectieve ervaringen gezamenlijk tot theorievorming leiden, is hij gekomen tot een cultuurkritisch perspectief op de belevenismaatschappij en de rationaliteiten van vragers en aanbieders op de belevenismarkt.
Een onderzoeksmethode derhalve die dicht bij de Aristoteliaanse niet-wetenschappelijke afweging komt waarbij in voorlopigheid theorie wordt ontwikkeld die in de loop van de tijd in de werkelijkheid al dan niet herkend zal worden.
Onder individualiseringstendensen herkent hij (anders dan zijn collega's) zingevingsvragen, een zoektocht van mensen naar een gelukt en gelukkig leven, waarop belevenisaanbieders inspelen met hun producten. Schulze brengt deze zingevingsvragen onder de beleveniswens in verband met na-oorlogse maatschappelijke ontwikkelingen die geleid hebben tot 'de belevenismarkt'. Door het dominante discours in kaart te brengen, verheldert hij eveneens het hedendaags ervaren gebrek aan solidariteit met '*losers*' (in zijn voorwoord van 2005).
Voor de gezondheidszorg is die afbrokkelende solidariteit en de wijze waarop ziektekostenverzekeraars daarop inspelen anno 2013 relevant. Dit wordt in deze thesis niet verder uitgewerkt.
In dit commentaar worden de handelingsrationaliteitstypen van belevenisvragers en belevenisaanbieders op de belevenismarkt (en de onderliggende zinvragen) betrokken op Lee's ziekenhuiszorgconcept wat wellicht verheldering biedt bij de zowel compassievolle als geïnstrumentaliseerde en functionele benadering van Lee. Daarnaast wordt kort ingegaan op 'de moraliteit van de markt' die zichtbaar maakt

waarom perceptiebeïnvloeding, het creëren en manipuleren van de werkelijkheid en het versterken van (auto)suggestie gewenst en gewild is door vragers en aanbieders terwijl het vanuit een moreel perspectief verwerpelijk is.

4.6.1 Belevenisaanbieders; een extrinsiek doel

a Een extrinsiek doel

Het handelingsrationaliteitstype dat belevenisaanbieders hanteren, is volledig buitengeoriënteerd. Het kent geen intrinsiek doel maar uitsluitend een extrinsiek doel. Commercieel belevenisaanbod heeft als hoofddoel: publiekswerkzaamheid (respectievelijk publieksdoeltreffendheid). De 'gunst' van het publiek 'meet' de doeltreffendheid. Lee gebruikt voor de gunst van zijn specifieke patiëntenpubliek de term 'loyaliteit'. Publieksdoeltreffendheid is een 'integrerend handelingsdoel'; het integreert meerdere doelen tegelijkertijd wanneer de gunst van het publiek, respectievelijk de loyaliteit van de patiënt, gehaald wordt. Schulze benadrukt dat het hoofddoel van een commercieel bedrijf altijd corporatief overleven is wat inhoudt: winst maken. Gilmore en Pine bevestigen herhaaldelijk hoezeer dit overleven noodzakelijk is en hoofddoel moet zijn. Ook Lee doet dit, zij het steeds in combinatie met zijn ultieme-belevenis-zorgdoel voor de patiënt. De managementlogistiek moet strategisch sturen op dit standhouden op de markt. Voor Lee betekent dit: nauwgezet vernemen wat de klant wil en wenst en alles in de organisatie ondergeschikt maken aan die behoeften en wensen; 'de patiënt centraal'. Schulze wijst er op dat naast winst ook andere doelen kunnen meespelen zoals eer, macht, aanzien, een sociaal imago.

b Markt vergroten

Bij de extrinsieke doelen is expansie van het productaanbod (markt vergroten), het intensiveren van productafname (in volume en tempo) en het verkennen en creëren van nieuwe behoeften een economische noodzaak. De dynamiek die daarbij hoort, heeft Schulze omschreven als gericht op onbegrensde expansie en stimuleren van de onstilbaarheid van belevenisverlangens en wensen van het publiek, evenals deze wensen koesteren (er optimaal aan tegemoet komen) en uitbreiden. Hoe dergelijke consumptietoename in de ziekenhuispraktijk van Lee uitwerkt is vooralsnog onduidelijk. Deze aspecten van de belevenisdynamiek zijn met name belangrijk in het licht van Lee's stelling dat zijn businessconcept (onder meer) positief zal bijdragen aan het grote probleem van kostenbeheersing in de ziekenhuiszorg. De geschetste dynamiek van de belevenismarkt, lijkt geen aanleiding te geven tot een te verwachten kostenbeheersing maar eerder tot het tegendeel omdat expansie van volume en intensivering van consumptie wezenlijk tot de belevenismarkt overlevingsstrategieën behoren.

c Publiekscommunicatie

Hoewel het hoofddoel (winstmaken) evident is, werkt de communicatie met het publiek beter wanneer een 'binnengemotiveerde oriëntatie van productie' wordt gesuggereerd. Toegepast op Lee's ziekenhuis betekent dit: de patiënt moet denken dat het in dit ziekenhuis écht enkel en alleen om zijn welzijn gaat. Het is een vorm van suggestie die de belevenis (patiënt-centraal) versterkt en de productafname (innerlijke verwerking van de belevenis) stimuleert.

d Perceptiebeïnvloeding

Hiermee verbonden is het paradoxale gegeven dat het in de beleveniseconomie rationeel is om suggestie te bevorderen (verkopers) en erin te geloven (kopers). Strategieën van beïnvloeding van de perceptie van de klant, gericht op optimaliseren van de slagingskans van een succesvolle belevenisconsumptie, zijn daarom binnen

de doelrationaliteit van belevenisaanbieders voor de hand liggend. Natuurlijk wil de klant/patiënt de best mogelijke belevenis, is de marktconforme vooronderstelling van beide partijen waarop de handelingsrationaliteit van de aanbieder zich richt. Door het creëren van de ultieme belevenis bij Lee wordt het leidende doel van het bedrijf gehaald; de beste zijn op de markt, winst maken en overleven. Schulze beschrijft hoe de handelingsrationaliteit van de aanbieder verstrengeld is met de handelingsrationaliteit van de vrager.

e Aanbodstrategieën van belevenisproducenten.

Vier strategieën van belevenisaanbieders beschrijven een zo exact mogelijk inspelen op de belevenisbehoefte van de klant.[28] Voor de ziekenhuispatiënt is met name het 'aura van uniciteit' belangrijk. De patiënt moet de perceptie hebben dat iedereen om zijn lot bekommerd is. Lee gebruikt soms het begrip 'indruk' maar vaker 'perceptie' bij het sturen en beïnvloeden van de belevenis van een patiënt. De indruktheorie die Schulze te mager vindt, wordt door Lee gepromoot. Het theaterbusinessconcept is geheel gebaseerd op het perfect en tot in detail manipuleren en regisseren van de buitenwereld, de omgeving van de patiënt inclusief 'het gedrag', het handelen van de medewerkers van het ziekenhuis. Een verschil in de beschrijving van de belevenisconsumptie is het feit dat in Lee's ziekenhuis het belevenisaanbod in wezen belichaamd wordt door concrete mensen die de patiënt nabij zijn.

28 Zie 4.4.1.2. van deze thesis.

Bij de strategieën hoort ook het creëren van 'een relatie' waarin de zorgverlener ragfijn afstemt, proactief, op de patiënt. De menselijke, inlevende zorgbetrekking versterkt de (auto)suggestie van de klant dat het bedrijf binnengeoriënteerd gemotiveerd de gewenste belevenis aan de klant levert. Op dit punt mengen zich Lee's doelrationaliteit en de (nader te analyseren) zorgmotieven van zorgprofessionals die (hoogstwaarschijnlijk) vanuit een andere rationaliteit voortkomen. Van de praktijkvoorbeelden die Lee opvoert is al eerder gezegd dat ze wel getuigen van een breder en dieper verstaan van de zorgbetrekking. Vanuit de optiek van de belevenisaanbieder (Lee) geldt in elk geval: doel bereikt (patiënt beleeft maximaal en is loyaal) is hetzelfde als 'goed gezorgd'. De zorgbetrekking is vanuit deze optiek, hoe empathisch ook gevuld, gewoon een economische betrekking tussen een belevenisaanbieder en een belevenisafnemer.

f Klantenbinding

Vanuit de rationaliteit van belevenisaanbieders is klanten vasthouden en de kring vergroten, bij voorkeur door mond op mond reclame, erg belangrijk. De memorabele gebeurtenis moet gedeeld worden met familie en vrienden zoals iedereen die iets bijzonders meemaakt die ervaring deelt met anderen.

Lee noemt veelvuldig 'loyaliteit' van de patiënt aan zijn ziekenhuis als bedrijfsdoel. Hij spreekt over 'een plaats verwerven in het hart van mensen'. Los van de vraag of dit een nastrevenswaardig gezondheidszorgdoel is, speelt nog een andere vraag waar Schulze op wijst. Belevenisaanbieders hebben zich een plek verworven tot diep in het persoonlijk binnenleven van mensen; een gegeven dat Schulze in termen van verslaving bespreekt. Hoewel 'verslaving' voor de ziekenhuisklant niet op eenzelfde wijze aan de orde is als Schulze analyseert, zijn er wel punten van vergelijking. In het ziekenhuis verkeren mensen sowieso al in afhankelijke posities. Het lijkt er bij Lee's zorgconcept op dat zij niet geholpen worden om zo lang mogelijk en zoveel mogelijk lós van zorg hun levens te leiden maar juist het omgekeerde. Zij moeten 'vrijwillig' binding met het bedrijf aangaan en bovendien vanuit de eigen loyaliteit ook anderen werven. Hun 'afhankelijkheid' wordt versterkt. De 'relatie' verpleegkundige-patiënt dient het harten-werven voor de voortgaande 'relatie' met de ziekenhuis-patiënt én diens naasten.

Een eveneens klantenbinding versterkend effect heeft de 'belevenis' zelf. Schulze stelt dat elk belevenisaanbod mensen van de lastige taak ontslaat om zelf iets met

hun leven aan te vangen. In het ziekenhuis van Lee lijkt de belevenis de patiënt van de taak te ontslaan om het ziek-zijn onder ogen te zien. De innerlijke last wordt in dat geval met 'de ultieme ervaring' , 'uit handen' genomen. Dat is een verdovende, verslavende en momentane werking van belevenissen, vindt Schulze, die mensen (overigens naar eigen wil en wens) afhoudt van verwerken wat in hun leven gebeurt. Hiermee verbonden is de 'geloofsbereidheid' die bij de patiënt in diens kwetsbare positie eens te meer meespeelt. Het is bij uitstek de situatie waarin een mens wil ervaren dat anderen écht om hem bekommerd zijn.
Voor belevenisaanbieders is de kwetsbare, afhankelijke en geloofsbereide klant, zolang hij vermogend is, de ideale klant.

g Kwaliteit- en tevredenheidscores

Om de situatie waarin de klant verkeert te vernemen en wat diens binnenleven behoeft aan soort belevenis, is een analyse nodig van succesfactoren bij klanten. Om die reden analyseert Lee intensief allerlei kwaliteit- en tevredenheidonderzoeken. Hij kritiseert het gegeven dat 'de beleving van de patiënt' er lange tijd amper of niet in voorkwam. Inmiddels wordt daaraan meer aandacht geschonken in vragenlijsten en wordt de beleving ook via focusgroep-gesprekken vernomen. Vanuit de Disney-principes weet Lee welk soort scores voor een bedrijf interessant zijn: alleen die van zeer tevreden klanten. Wat zij het belangrijkst vinden, biedt derhalve essentiële informatie voor de bedrijfsstrategie. Alle lagere scores komen van wellicht tevreden- maar niet 'loyale' respondenten. De loyaliteitsfactor is leidend voor het ziekenhuisaanbod aan patiënten. Mochten de ziekenhuisklant-wensen de komende jaren veranderen dan zal daarop direct adequaat ingespeeld worden met (ver)nieuw(d) aanbod.
Lee refereert in zijn boek aan diverse onderzoeken en ontleent daaraan welke belevenissen klanten willen die producenten vervolgens moeten creëren. In hoofdstuk 1 van deze thesis staat Lee's bronnengebruik beschreven van waaruit hij het concept 'bewogenheid' tot kernconcept stelt.[29] Vandaag de dag is de klantwens 'esthetisch' terwijl 'kwaliteit' (medisch technisch) als vanzelfsprekend verondersteld wordt. De belevenis, 'het verhaal', de unieke details doen ertoe en worden beoordeeld. Het oorspronkelijke 'product' (de feitelijke geneeskundige behandeling) is voor klantenbinding bijzaak.

29 Zie bijlage 1e en 1f.

h Vakmanschap

Als de ervaring doorslaggevend is en klanten bindt, heeft dat gevolgen voor het vakmanschap van artsen en verpleegkundigen. In de 'tweedeling' die vaak gemaakt wordt tussen 'ambachtelijke handeling' en 'beleving' (van die handeling), richt de belevenisaanbieder zich geheel op het laatste. Een verlegging van 'gebruikswaarde' naar 'belevingswaarde' in termen van Schulze (terwijl de kwaliteit wel top moet blijven). Wat betekent dit voor het ambachtelijke aspect van het werk van de professionals? Een hiermee verbonden vraag is in hoeverre de arts of verpleegkundige in het (medisch) belang van de klant vakkundige druk kan en mag uitoefenen (wat mogelijk de scores negatief beïnvloedt).
In een praktijkvoorbeeld van bloed prikken dat Lee noemt, benadrukt hij zorgvuldige communicatie met de patiënt bij onaangename handelingen.[30]
Vanuit de door Gilmore en Pine herkende klanthonger naar authenticiteit en de hedendaagse populariteit voor écht, origineel vakwerk, zoals zichtbaar is in hedendaags belevenisaanbod, valt te verwachten dat ook in de zorg de focus weer meer richting vakkundigheid zal gaan.
Beleveniseconomen leren snel van klanten en kritiek op eenzijdigheid van 'beleven' zal ook leiden tot nieuw afgestemd aanbod waarbij behalve de patiënt-centraal ook de dokter weer in beeld mag komen. Overigens zijn vakkundigheid en ambachtelijkheid van zorgverleners zijn twee onderscheiden begrippen. Bij ambachtelijkheid ligt

30 Zie hoofdstuk 2 noot 2; in het daar genoemde filmpje komt het voorbeeld voor.

het accent meer op het individuele, originele 'bewerken' van het materiaal terwijl bij vakkundigheid de beheersende kennis en kunde van het vak centraal staat.

i Lee's literatuurbronnen zijn, op enkele uitzonderingen na, aan management, economie en kwaliteitsonderzoek gerelateerd.[31] Slechts één boek, van Florence Nightingale, heeft met verpleegkundig zorgen te maken. Vanuit het buitengerichte handelingsdoelrationaliteitstype van de belevenisaanbieder is deze bronnenkeuze inderdaad 'rationeel'.

31 In bijlage 1h. is een literatuurlijst opgenomen; Lee verwijst in zijn boek regelmatig naar bronnen maar heeft geen literatuuroverzicht toegevoegd.

4.6.2 De belevenisvragers; een intrinsiek doel

a Een intrinsiek doel.

Het handelingsrationaliteitstype van klanten is in de context van de belevenismarkt binnengeoriënteerd. De opgave van klanten om tot een belevenis te komen is veel groter dan de opgave van leveranciers om producten te leveren. Het feit dat de belevenis ín iemand 'plaatsvindt' en het ingewikkelde proces om die belevenis te consumeren wordt naar Schulze's zeggen onvoldoende onderkend. De mens die subjectgeoriënteerd is, wordt zichzelf tot object. Hij moet situaties tot belevenisdoelen instrumentaliseren en wordt in die zin manager van subjectiviteit, iemand die het innerlijk (be)leven moet manipuleren, verwerken en bereflecteren om tot het gewenste resultaat te komen. Het zijn innerlijke taken die vaak tot onzekerheid en teleurstelling leiden. Die innerlijke rol die essentieel is voor beleven, wordt ernstig onderschat. Lee wijst erop dat belevenissen een innerlijk product zijn maar zegt niets over deze genoemde ingewikkeldheid. Het theaterbusinessmodel acht hij kennelijk toereikend om de perceptie van de patiënt te sturen naar het zorgdoel: de gewenste belevenis.

b Geloofsbereidheid en angst

Schulze beschrijft de intense wens van mensen om te beleven en daarmee de ervaring op te doen dat ze een mooi en interessant leven hebben. Die sterke wens leidt tot wat hij noemt 'geloofsbereidheid'. Dat wil zeggen: de persoon in kwestie zal er alles aan (laten) doen om te beleven. Een patiënt bevindt zich in een afhankelijke en vaak moeilijke situatie van onzekerheid en angst en is daardoor vermoedelijk eens te meer 'geloofsbereid' dan een 'gewone' klant. Suggestie vanuit de omgeving en autosuggestie vanuit de klant zelf bevorderen het consumeren van de belevenis. Als dit voor Lee's ziekenhuiszorg opgaat betekent het: Lee houdt om die reden volledige regie over de omgeving van de patiënt en met name de mensen die met de patiënt in contact komen. Vooral bevestiging door anderen is een belangrijke suggestieve impuls om een belevenis als zodanig te begrijpen. Het is al eerder opgemerkt dat Lee niet spreekt over de mogelijkheid van het niet-succesvol een patiënt de genezingservaring laten opdoen. Omdat Schulze een teleurstellingrisico direct verbindt aan consumptie die belevenis tot hoofddoel heeft, verbaast dat zwijgen van Lee. Misschien speelt de afhankelijkheid van een patiënt en zijn verlangen naar liefdevolle, meelevende zorg een rol bij het 'makkelijk' opdoen van een belevenis? In elk geval kan vastgesteld worden dat de onzekerheid rond het (kunnen) beleven in 'angst' en 'geloofsbereidheid' twee nieuwe vormen van afhankelijkheid creëert.

c Innerlijke leegte

Het project van het mooie leven begon met ruimte, tijd en geld om zin te vinden in het leven en zichzelf te verwerkelijken. In 2005 constateert Schulze dat na een periode van verschraling van betekenisgeving aan belevenissen tot vrijwel uitsluitend 'genot', een nieuwe oriëntatie zichtbaar werd op zingeving en geluk, anders dan als 'waarden' geherinterpreteerd onder het geprioriteerde genot.

Met spijt constateert Schulze dat het begrip *katharsis* geen rol speelt in levens-

filosofische verkenningen van het eigen emotionele leven maar zélf als een beleveniscategorie wordt aangewend. Als consumeer-smaakversterker is het losgeraakt van normativiteit. Zelfkennis opdoen door *katharsis* heeft plaatsgemaakt voor 'iets beleven'. Hoe innerlijk georiënteerd de belevenisconsument ook is, het blijft een oppervlakkige innerlijkheid. Schulze spreekt over innerlijke leegte. Mensen leveren hun innerlijk uit aan belevenisverkopers terwijl doelen nastreven, verlangen uithouden, ergens voor staan en vechten, belangrijke dingen zijn voor authentiek leven. Het is allemaal in zekere zin herkenbaar in de ziekenhuiscontext van Lee. Met de ultieme ervaring opdoen, loopt de patiënt het risico eigen levensopgaven (eens te meer in de confronterende context van ziekte en eindigheid van het leven) uit te leveren aan de professional. De patiënt verschijnt lijdend passief, de verpleegkundige vrolijk lachend actief. Hoe wordt de patiënt bijgestaan om zich leren verhouden tot opgaven die onontkoombaar verbonden zijn met ziek-zijn, lijden en sterven. Wordt mensen bij vormen van onteigening (wat 'doen beleven' kan zijn) niet (deels) goede zorg onthouden?

d Autonoom kiezende klant?

In de beleveniseconomie doet zich de paradox voor van het samengaan van zowel autonomie (vrij kiezen) en afhankelijkheid als van rede en gevoelens. Hoewel belevenisaanbieders en vragers beiden de dynamiek van de markt aanzwengelen tot meer beleven, vindt Schulze de verhouding klant-leverancier asymmetrisch. De klant leeft met de (zelfopgelegde) imperatief om te (be)leven. Maar het innerlijk blijkt niet zo stuurbaar en maakbaar als vermeend. De vrije keuze is dwang om te (be)leven geworden en ontaardt naar Schulze's zeggen zelfs in verslaving en voortgaand verdoven van angst. Van rede, keuze, gelijkheid en vrijheid, is dan geen sprake meer.[32] De innerlijke doelen die beoogd werden, gelukkig zijn, genieten, beleven, zijn ver weggeraakt. Het belevenisaanbod dringt onverminderd en beloftevol 'innovatief' tot voortgaand belevenisconsumeren.

32 Zie hoofdstuk 1 vraag 2c uit 1.7.3.2.

Het wordt uit Lee's boek niet duidelijk in hoeverre de ziekenhuisklant dergelijke risico's loopt en of Schulze met dit deel van zijn analyse en theorie gelijk heeft. Eén ding is duidelijk: van een vrij kiezende klant kan in het ziekenhuis geen sprake zijn. En bij de belevenisrespons op de vernomen wensen van de patiënt weet Lee misschien van eronder schuilend verlangen naar zin en betekenis, maar kan zijn product daar niet aan voldoen juist omdat het een product is en geen proces. Het open einde van processen en de ongewisheid van de inhoud maakt het moeilijk vermarktbaar. Schulze acht spreken over 'consumentenbehoeften' in de belevenismarkt oneigenlijk. Hij neemt 'esthetische ervaringshonger' waar, honger die welbewust door aanbieders gestimuleerd wordt en die klanten niet kunnen en willen weerstaan.

e De aard van de belevenissen zelf

Het allergrootste probleem bij het opdoen van belevenissen is gelegen in de aard van belevenissen zelf. Ze zijn slechts beperkt 'planbaar'. Naar hun aard zijn ze neveneffecten, je doet ze op als je er niet naar streeft. Ze horen bij wat mensen niet-regisseerbaar kan overkomen. Aristoteles beschrijft hoe 'geluk' een mens ten deel kan vallen wanneer hij zich bekwaamt in wat hij graag doet en waar hij goed in wil worden. De goede dingen (deugdelijk) doen, leidt tot een gelukt en gelukkig leven. Zónder geduld oefenen, offers brengen, moeiten doorstaan en verlangen, vermindert de vreugde- geluk- en zinbelevenis bij het consumeren van belevenissen. Bij Lee komen belevenissen als niet-planbare neveneffecten geheel niet aan de orde en het is niet te zeggen of en hoe dit in zijn ziekenhuis speelt.

4.6.3 Belevenisvraag- en aanbod en moraliteit

a Geen verantwoordelijkheid voor macro-neveneffecten

Het enige dat telt in de doelrationaliteit van belevenisaanbieders is éénduidig gericht zijn op de doelen en die meetbaar halen. Eventuele neveneffecten van belevenishandel zijn niet interessant. Ze leiden alleen maar af van de hoofdzaak. 'Beleven' is het leidende concept, de dominante waarde en wat zich voordoet in het dagelijks (samen)leven wordt vanuit die waarde geïnterpreteerd. Schulze heeft esthetisering en marginalisering van macroproblemen in de wereld benoemd.[33] Medelijden en bezorgdheid bij ongeluk en rampspoed wordt in de beleveniseconomie onder leiding van de hoofdwaarde 'beleven' een pose. Het brengt ellende die (ándere) mensen overkomt in de sfeer van onwerkelijkheid. Of dit in Lee's ziekenhuiszorg doorwerkt (bijvoorbeeld met het theaterconcept) en wat het in dat geval betekent, is een open vraag. Marginalisering van problemen op twee fronten heeft Schulze vanuit het dominante belevenismarkt discours verhelderd. Voor Lee's ziekenhuiszorg is het marginaliseren van niet-welvarende groepen mensen die buiten de belevenismarkt vallen, relevant. Vanuit het dominante maakbaarheidsdenken bij de eigen levensinrichting worden groepen mensen die het niet redden in de samenleving weggezet als zelf-verantwoordelijke *losers*. Anno 2013 worden sommigen *winners* van toen, als gevolg van de economische crisis, *losers* van nu. Maar de dominante visie lijkt onveranderd. Wie iets van z'n leven wil maken, kan en moet dat doen. In het commentaar bij hoofdstuk 1 van deze thesis is gevraagd naar de toegankelijkheid van de zorg en is ook een vraag gesteld naar de gevolgen van klantdenken in plaats van zorginhoudelijk denken.[34] Het dominante belevenisdiscours dat opgaat voor draagkrachtigen, de marginalisering van de 'mislukkelingen', 'levensprojectfalenden, doet vermoeden dat wanneer Schulze gelijk heeft bij Lee's ziekenhuis aan de poort selectie plaatsvindt. Publieksdoeltreffendheid (en daardoor winstgevend overleven) is in de beleveniseconomie immers hoofddoel.

33 Zie paragraaf 4.4.3.2. en 4.4.3.3.

34 In 1.7.2. van deze thesis vraag 3 en in 1.7.3. vraag 10.

b Complexe producten?

Publieksdoeltreffendheid als hoofddoel roept nog andere vragen op dan naar de vermogendheid van de cliëntèle. Welke kwalen worden in Lee's ziekenhuis 'behandeld' oftewel welke kwalen zijn 'verhandelbaar'? Wat betekent dit zorgconcept concreet voor chronisch zieken, mensen met multimorbiditeit, mensen met een langdurig (terminaal) ziekteproces, zeldzame ziekten *et cetera*. Met andere woorden: het '(belevenis)product' is niet altijd zo makkelijk te vatten en al het niet-zo-makkelijk vatbare is doorgaans economisch onrendabel. Hoe gaat Lee daar mee om? Leidt dit tot nieuwe marginalisering als dergelijke lastige(r) ziekenhuisklanten de hoge kosten uiteindelijk niet kunnen opbrengen?

c De resultaten legitimeren?

Lee spreekt over applaus van het publiek als uiting van dankbaarheid en beloning voor het verrichte zorgwerk. Dit applaus is een uiting van publieksdoeltreffendheid. Als de belevenis succesvol is (patiënt heeft ultiem beleefd en is loyaal geworden), dan was de voorstelling 'perfect' (al kan het altijd béter). Schulze wijst erop dat er in de beleveniseconomie een ándere legitimatie van het handelen is gekomen dan buiten deze vorm van economie gold. Het publieksresultaat is resultaatindicator geworden. Dat wil zeggen: de legitimatie van het handelen is niet gelegen in het intrinsiek goede handelen maar in de mate waarin het publiek overtuigd is geraakt. Inhoudelijke criteria zijn ten onder gegaan aan succes-resultaat-meten. De belevenisaanbieders zetten vervolgens de publiekswerkzaamheid strategisch in. Voor de legitimatie van de zorg is dit een belangrijk gegeven. In de beleveniseconomie ís klantloyaliteit 'goede zorg'. Dit punt is ontleend aan Schulze's beschrijving van de Duitse cultuurpolitiek geschiedenis in hoofdstuk 11 van zijn boek. Een hoofdstuk dat

relevant lijkt voor vervolgonderzoek vanwege parallellen met politieke bemoeienissen met de gezondheidszorg in Nederland. Schulze gaat in deze context bijvoorbeeld ook in op de prikkel om de economische rationaliteit boven de maatschappijpolitieke rationaliteit van cultuurpolitiek te ordenen. De economische rationaliteit beschikt immers over twee wenselijke eigenschappen: eenvoudig praktiseerbaar en algemeen nuttig (aannames die Schulze kritiseert).[35]

35 Zie 1.7.2 vraag 5.

c Marktprincipe: vrijheid en gelijkheid

Marktprincipes zijn domeinspecifiek. Op de economische markt gelden de principes (keuze)vrijheid en gelijkheid van producenten en consumenten bij transacties. Dit gegeven wrikt met de situatie waarin patiënten zich bevinden, zo is al eerder opgemerkt. Een situatie van nood, urgentie, afhankelijkheid, tijdsdruk en soms levensbedreiging is niet vergelijkbaar met die van een vrij kiezende klant. Belevenisoriëntatie vooronderstelt keuze uit het aanbod zónder enige noodzaak om het te kopen. Dat roept opnieuw vragen op bij de 'nood' van de patiënt, het kwaad van ziekte en de absolute ónvrijwilligheid van de 'zorgvraag' die daaruit voortkomt. Hoe geëigend is het om 'belevenis' in een ziekenhuis te verhandelen?[36]

36 Zie 1.7.3 vraag 1.

d Marktprincipe: concurrentie

Op de markt wordt geconcurreerd en Lee benadrukt meermalen de strijd die geleverd wordt om 'het hart van de klant'. Vanuit marktnormen is concurrentie om de klant te winnen normaal maar past het ook bij ziekenhuiszorg? Bij concurrentie horen bijvoorbeeld reclame (vertekening om klant te verleiden), klantenbindingwensen (zorg-oneigen), beïnvloeding tot positief beeld van de leverancier (mogelijk minder goede zorg omwille van de loyaliteit), korte termijn denken (klant moet nú geboekt worden), ongewisheid bij kwalen vermijden (selectie).[37]

37 Zie 1.7.2 vraag 4.

e Marktprincipe: klantenbinding

Het is onder het vorige punt al genoemd maar verdient ook expliciete aandacht; klantenbinding is wezensvreemd aan zorgen.

In dit commentaar is gewezen op een tégengesteld streven dat in de zorg geldt: de patiënt bijstaan dient het zoveel mogelijk lós van de zorg kunnen leven. Bovendien geldt in de zorg zo min mogelijk 'leveren' (afgestemd op de nood en het welzijn van de patiënt) terwijl op de markt juist 'zo veel mogelijk leveren' (inspelend op klantbehoeften en afgestemd op het bedrijfsdoel; winst, eer, macht) geldt.

f Marktprincipe: klant-wil is leidend.

Gilmore en Pine beroepen zich op onontkoombare economische ontwikkelingen 'waar de klant om smeekt'. Zij noemen het een niet te stuiten evolutie die vooral niet (door bijvoorbeeld regeringsmaatregelen) beteugeld moet worden. Dat zou een verwerpelijke ingreep in de vrijheid en autonomie van mensen (vragers en aanbieders) betekenen en hun authenticiteitverwerkelijking onaanvaardbaar belemmeren. Aan feitelijke onvrijheid hebben zij geen boodschap; mensen zijn altijd verantwoordelijk voor hun eigen gedrag en keuzen. Schulze kritiseert dit onontkoombaar evolutie-denken en de keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van klanten, door een normatief buitenstandpunt in te nemen ten opzichte van de belevenismarkt. Bij Lee is duidelijk dat de klant-wil eveneens leidend is. Over vrijheid en autonomie van de patiënt spreekt hij niet. Publieksdoeltreffendheid is voor hem hét bewijs dat de klant-wil bevredigd is. Hiermee is legitimatie van de 'onderneming' naar de resultaatkant verlegd en niet intrinsiek gemotiveerd.

g Belevenismarktprincipe: doelmatigheid van beleven

Normatieve begrippen van waarheid en echtheid, of van leugen en manipulatie blijken binnen de belevenismarkt onbruikbaar voor normatieve beoordeling van authenticiteit van het belevenisaanbod of van de belevenisaanbieders.[38] De belevenismarkt heeft sfeer-eigen normen en waarden en derhalve een eigen duiding van authenticiteit. Bij Gilmore en Pine werd dit al duidelijk en Schulze's analyse

38 Zie 1.7.3 vraag 3.

bevestigt dit. Bovendien, zo stelt hij eveneens in lijn met de bevindingen van de beide marketeers, willen klanten zélf verleiding, manipulatie en autosuggestie om op ultieme wijze de gewenste psychofysische belevenis op te doen. Aanbieders en vragers werken samen aan de wederzijds gestelde doelen. Mensen wíllen het zelfs graag geloven. Op de buitengeoriënteerde markt is dit misleiding, op de binnengeoriënteerde markt niet. Daar is het consumeerdoel bereikt als de klant de belevenis heeft die hij zich wenst. Hoe werkzamer de suggestie des te beter het product! Wat buíten de belevenismarkt geldt als 'manipulatie' of 'bedrog' is binnen de markt 'rationeel'. Deze toelichting op de verschillende rationaliteiten van vragers en aanbieders biedt verheldering voor het begrijpen van Lee's tegenstrijdig lijkende perceptie en werkelijkheid.[39] Het laat zien waarom normatieve begrippen van 'waarheid' en 'leugen' in deze context van binnenbeleven onbruikbaar zijn.

39 Zie 1.4.3, 2.3.4 en 2.5.3.

h Omduidingen

In de belevenisproduct-vermarkting worden veelvuldig normatieve concepten (zoals 'waarheid', 'betrouwbaarheid', 'trouw', 'echtheid') gebruikt om klantvertrouwen te winnen en klantrelaties te stichten. Deze concepten worden ondergebracht onder het hoofdconcept 'beleven'. Onder deze hoofdwaarde 'beleven' verandert de inhoud van de concepten. Dit doet denken aan wat in hoofdstuk 3 beschreven is naar aanleiding van de tragedie Antigone waar Kreon allerlei waarden onderschikt aan zijn nutsgeoriënteerde hoofdwaarde 'de stad'. Hiermee vereenvoudigt hij complexiteit maar -in de duiding van de tragedie- leidt het ook tot een dramatische verarming van zijn morele leven. Hoe gaat dat bij Lee die allerlei morele concepten (menslievendheid, bewogenheid, zorgzaamheid, empathie, authenticiteit) in verband brengt met zijn hoofdwaarde 'beleven'? Vindt hier eveneens omduiding plaats?
Is wellicht het hele idee dat ziekenhuismedewerkers toneelspelers zijn en hun werk theater is zo'n omduiding? Nog afgezien van de abusievelijke roltoedeling die Lee maakt in vergelijking met de tragedierollen in de Griekse oudheid.
Er is al gewezen op esthetisering en marginalisering van problemen in de wereld; vormen van omduiding respectievelijk versleutelen van wat speelt onder de dominante waarde van 'beleven'. Ellende van anderen als toeschouwers 'beleven' heeft een vorm van 'genieting' in zich die doet denken aan 'valse compassie'. In hoofdstuk 5 komt valse compassie expliciet ter sprake.[40] Het betreft genieten van het eigen belevenisgevoel dat niet ontreddert en in beweging brengt maar onder de hoofdwaarde 'beleven' tot kortstondig innerlijk zelf-genieten van de momentane 'compassie' leidt. De omduiding van het begrip *katharsis* tot een vorm van genieting onder de hoofdwaarde 'beleven' is al genoemd. Onder de hoofdwaarde 'beleven' krijgen verveling, angst en verslaving de omduidingen van 'het is een keuze' en 'er komt nieuw aanbod op'.

40 Zie 5.5.4.

Maar wellicht is de belangrijkste omduiding die op de belevenismarkt plaatsvindt de versleuteling van het verlangen van mensen naar een zinvol en gelukkig leven tot 'beleven'. Gilmore en Pine reageren op dit verlangen met hun transformatie-aanbod. Authenticiteit is een contextafhankelijk concept gebleken. Aanbieders op de belevenismarkt zijn authentiek wanneer zij hun waar in marktbetrekkingen en volgens marktprincipes verkopen. Hoe moeten we in dat licht Lee's verpleegkundigen duiden die op 'waarheidsmomenten' de gewenste perceptiebeïnvloeding tot stand brengen vanuit hun authentieke bewogenheid, aldus Lee? Zij vormen een bijzondere tussenschakel bij het leveren van het belevenisproduct waarbij de eigenlijke leverancier (het bedrijf) gebruik maakt van hun talent om klantvertrouwen te winnen en klantrelatie te stichten. Dit roept diverse vagen van verschillende aard op. Zijn zij zich bewust van hun instrumentele rol bij klantenbinding? Is zorgen van professionals niet altijd 'instrumenteel' maar verschillen de doelen daarbij en wat betekent dat voor 'authenticiteit'? Zijn ze authentiek wanneer ze het bedrijfsdoel verwerke-

lijken (patiënt ultiem tevreden en loyaal) of wanneer ze vanuit hun zorgbezieling goede zorg verlenen en hoe zijn die twee verstrengeld bij Lee? Wat betekent hun authenticiteit als de zorg verleend wordt aan een geprivilegeerd gezelschap van rijken die zich de unieke belevenis kunnen permitteren terwijl het vele anderen aan eenvoudige basiszorg ontbreekt?
Met andere woorden een 'buitenperspectief of 'binnenperspectief ' op marktdoelen, zorgdoelen en de context waarin het plaatsvindt maken het beschrijven van authenticiteit in de klant-zorg-relatie op z'n zachtst gezegd ingewikkeld.
Belevenisvragers (patiënten zijn volgens Lee zulke klanten) zijn authentiek wanneer zij het eigen organisme dusdanig instrumentaliseren dat een gewenste belevenis, versterkt door suggestie en manipulatie en bevestiging van de belevenisgeoriënteerd gekozen groep, daadwerkelijk tot stand komt. Het heeft volgens Schulze de onmiskenbare keerzijde van verlies van beleven omdat belevenissen niet maakbaar zijn. In plaats van genieten, worden angst en afhankelijkheid ervaren en zijn zinervaring en geluk ver te zoeken. Hoe deze waarneming van Schulze zich verhoudt tot Lee's patiënten is onduidelijk.
Binnen de beleveniseconomie is het gelukkige, zinvolle leven dat gezocht wordt sinds 'óverleven' voor het merendeel van westerse mensen geen levensdoel meer is, omgeduid tot mooi en maakbaar (be)leven. In een laatmodern jasje van 'zinduiding' is het verhandelbaar gemaakt. Schulze herkent een dominante cultuur met de existentiële problemen van zin- en betekenisbehoefte. Hij toont de discrepantie tussen levensfilosofische vragen en de respons daarop vanuit de belevenismarkt evenals de gezamenlijke verantwoordelijkheid van beide partijen voor dit voortgaande dynamische vraag- en aanbodproces. Hij beschrijft de triestheid van de vermeende autonomie van de klant die de facto ónvrij, afhankelijk en zelfs als een verslaafde het nieuwe aanbod -dat de zingevingbehoefte niet stilt- keer op keer tot zich neemt. Hij spreekt hierbij over 'heerschappij' van de belevenisoriëntering.
Er werd gezocht naar geluk en vreugde maar het resultaat is verlies aan mens-zijn. Voor Schulze is markt-normativiteit geen afdoend antwoord op de prangende vragen die het voortgaand 'beleven' oproepen. Het buitenperspectief moet wat hem betreft ingenomen worden om wat zich voordoet in de belevenismarkt te kritiseren. Dat is vanuit Schulze's discipline cultuurkritiek. Hij wenst en hoopt dat er te zijner tijd een evenwicht gevonden zal worden tussen 'zijn', 'hebben' en 'kunnen', zodanig dat zinvol en gelukkig leven mensen toevalt als ze zich bezighouden met 'goede dingen' nastreven.
Voor het verder verkennen van authenticiteit in de zorgrelatie van patiënt en professional in Lee's ziekenhuis wordt in het volgende hoofdstuk een zorgethisch standpunt betrokken. Zingevingvragen die schuilgaan onder beleveniswensen van mensen zullen opnieuw aan de orde komen. Het is aannemelijk dat dergelijke vragen in een ziekenhuiscontext veelvuldig spelen, al dan niet herkend door patiënten en professionals.
De leidende vraag voor het volgende hoofdstuk is: wat houdt 'goede zorg' voor de patiënt en 'authentiek bijstaan' van de patiënt in in de zorgbetrekking in vanuit het zorgethische perspectief van Frits de Lange?

William Blake

The body is that part of the soul which can be seen

EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF VAN FRITS DE LANGE, ZORGEN ALS AUTONOMIE-HERSTEL

5

INLEIDING

Frits de Lange (theoloog en ethicus) wil in zijn boek *In andermans handen* een zorgethisch perspectief innemen op wat er binnen 'de zorg', in de hedendaagse politiek maatschappelijke context in Nederland, speelt.[1] Hij omschrijft de zorg breed; behalve gezondheidszorg schaart hij er ook (delen van) welzijn, onderwijs en pastoraat onder. Het is 'een' zorgethisch perspectief omdat zorgethiek een (internationale) beweging is die zich in onderzoek en debat ontwikkelt. Belangrijke thema's van debat zijn: de '(a)symmetrie van de zorgrelatie', 'erkenning', 'compassie' en 'autonomie'. Binnen de zorgethische beweging is men het erover eens dat een relationeel mensbeeld, waarin mensen afhankelijk zijn van elkaar, kwetsbaar en eindig en waarin oog is voor de narratieve dimensie van identiteit, recht doet aan de werkelijkheid. Het dominante neoliberale mensbeeld waarin mensen autonoom, individueel, rationeel en vrij kiezend verschijnen wordt daarmee fundamenteel bekritiseerd. Wat dit betekent voor een zorgethische visie op autonomie is *in progress.* Er worden verschillende richtingen van antwoorden uitgeprobeerd door zorgethici en zorgethiek-sympatisanten en De Lange voegt zich in dit voortgaande debat. Hij streeft met zijn boek twee hoofddoelen na.

1 F. de Lange, *In andermans handen:Over flow en grenzen in de zorg,* 2011.

Zijn eerste doel is verhelderen wat zorg is door 'ethisch orde te scheppen in de complexiteit van de zorgbetrekking'. Hij toont aan dat compassie essentieel is maar niet de kern van zorgen. Professionals staan in meerdere 'werelden' tegelijkertijd en hebben te maken met een veelvoudig ethisch discours in de zorg dat de complexiteit van zorgen en hun ingewikkelde positie zichtbaar maakt. Zijn these is: complexiteit moet niet worden 'opgelost' -dat is onmogelijk- maar vanuit een verbindende laag zoveel mogelijk bijeengehouden.

Zijn tweede doel is 'oog te krijgen voor het vreugdevolle in de zorg'.[2] De blik moet niet allereerst zorgelijk gericht zijn op het ethisch tekort maar op de *flow of goodness* die premoreel en vreugdescheppend mensen drijft tot voor elkaar zorgen. Vanuit dat perspectief is 'de zorg' de sector van de hoop; 'hopelozen' en hedendaagse afgeschreven *losers* tellen er vol-waardig mee.

2 F. de Lange, 2011, p. 9.

In het licht van de probleem- en vraagstelling van deze thesis wordt met name vanuit de volgende vragen De Lange's zorgethisch perspectief verkend:

1 Fred Lee heeft een uitgesproken dubbel zorgdoel: de patiënt een ultieme genezingservaring laten opdoen opdat deze een loyale klant wordt. Welk zorgdoel streeft De Lange na?
2 Lee verneemt wat de patiënt behoeft (wil, wenst) vanuit klantevaluaties en loyaliteitsscores op grond waarvan hij de zorgbetrekking tussen patiënt en (met name) verpleegkundige centraal stelt. Hoe verneemt De Lange wat de patiënt behoeft en hoe ziet hij de zorgbetrekking?

3 Lee schept met het invoeren van het theaterbusinessconcept in het ziekenhuis naar eigen zeggen (en besef dat het niet eenvoudig is) de juiste bedrijfscultuur om de zorgdoelen te halen en verbeteren. Hoe beschrijft De Lange de Nederlandse institutionele *setting* van de gezondheidszorg en het marktdenken daarbinnen?
4 Lee benadrukt authentiek inleven in en meeleven met de patiënt als de belangrijkste kwaliteit van de verpleegkundige; authenticiteit die verworven wordt door diep zelfinzicht op gevoelsmatig niveau. Hoe ziet De Lange authenticiteit, empathie en compassie in de zorgbetrekking en hoe komt een zorgverlener tot authentiek, meelevend handelen?

In 5.1 gaat het over De Lange's voornaamste zorgdoel: autonomieherstel. Daarna (5.2) wordt ingegaan op de complexiteit van de zorgbetrekking waarbinnen de zorgverlener moet vernemen wat de patiënt behoeft terwijl hij drie werelden met vier discoursen (elk met een eigen moreel register) in zich moet verenigen. Verbindend onder de verschillende discoursen is de relationaliteit van de zorgbetrekking met als kern 'vertrouwen'; dat komt in 5.3 ter sprake evenals het premorele vanzelfsprekende van zorgen versus de realiteit van grenzen in de zorg. 5.4 gaat over authenticiteit in de zorgbetrekking. In 5.5 wordt De Lange's concept 'bekommernis' uitgelicht. Hoofdstuk 5 sluit af met een commentaar (5.6).

5.1 ZORGETHISCH AUTONOMIECONCEPT VAN DE LANGE

5.1.1 De historische context

De wereld van '*travail sur autrui*' -de term is afkomstig van de Franse socioloog François Dubet- in zorg, welzijn of educatie is de afgelopen eeuw sterk veranderd. Ruim honderd jaar geleden vond al dit werk, zo beschrijft De Lange refererend aan Dubet, plaats in grote instituties en maakten alle werknemers deel uit van een Institutioneel Programma dat gekenmerkt werd door 'normalisering' van zieken, ongeletterden, armen en zondaars. Onder strikte discipline voor zowel werkers als doelgroepen, werd gewerkt aan beschaving, herstel en aanpassing. Gebleven is het werken met mensen waarbij invloed uitgeoefend wordt op hun levens. Verdwenen zijn 'roeping' en *caritas* gegrond in persoonlijke betrokkenheid en morele bewogenheid in de collectieve context van deelnemen aan een heilige missie van beschaven en zielenheil.[3] Eénduidige doelen, gedeelde normen en waarden, heldere gezagsstructuren en een motiverende gedeelde levensbeschouwing kenmerken deze periode. De maatschappij is niet langer hiërarchisch geordend en het individu is centraal komen te staan wat leidt tot een veel persoonlijker zorgbetrekking, stelt De Lange.

3 F. de Lange, 2011, p. 13.

Tegelijkertijd is er een tendens in de gezondheidszorg om professionaliteit in termen van distantie te definiëren en flexibele inzet van professionals te bevorderen. De Lange benoemt wel de 'verzakelijking' maar niet deze distantiërende vorm van professionalisering.

De zorgarbeid is van *caritas* naar carrière verschoven, verzakelijkt en 'professioneel' geworden. Relevant voor het hedendaags autonomie-verstaan is het gegeven dat zorgprofessionals individuele doelen nastreven in hun werk zoals zelfontplooiing, 'iets voor mensen betekenen', of 'in een leuk team met mensen werken'.[4] Grote instituties verdampen, het instituut van het individu blijft, zegt De Lange. Maar die autonomie is kwetsbaar omdat zorgen voor anderen plaatsvindt in een onoverzichtelijke, complexe context waar 'leuk' lang niet altijd op past.

4 F. de Lange, 2011, p. 15.

Ook zorgontvangers zijn veranderd. Zij zijn gelijke burgers geworden die niet centraal van bovenaf gedisciplineerd worden.

Socialisatie omvat hooguit individuele interne *(self)control*. De Britse socioloog en politicus Anthony Giddens spreekt van 'het laatmoderne zelf' dat 'een reflexieve identiteit' moet ontwikkelen om zijn leven gestalte te geven in voor- en tegenspoed.[5] Voor de institutionele rol van zorg- en welzijnsinstellingen betekent dit een wending van liefdadigheid (hiërarchisch) naar een maatschappelijke, dienstverlenende onderneming (op het grensvlak van privaat en publiek), die cliënten faciliteert op basis van gelijk, individueel burgerschap. De disciplineringsmacht van de grote instituties is van 'collectief' versnipperd tot 'individueel', subjectief en verinnerlijkt zelfbepalen.

5 F. de Lange, 2011, p. 16.

Maar er doen zich wel nieuwe vormen van 'discipline' voor, op organisatieniveau in bijvoorbeeld systemisering, bureaucratisering en protocoldruk. Daarnaast is er disciplinerende prestatiedruk (kwaliteits- en loyaliteitsmetingen) bij toenemende vermarkting van zorg. Of, bij nieuwe zorgconcepten, in wisselende professionaliteitduidingen zoals rollen van gastvrijheid (gastheer, gastvrouw) en acteur-zijn.

Er is niet langer een controlerend, beschermend panopticum dat alles in een zinsverband houdt. Een synopticum noodzaakt mensen tot zelfdoen.[6]

6 F. de Lange, 2011, p. 27.

Voor het eerst in de geschiedenis doet zich psychisch leed voor dat niet herleidbaar is tot sociaal onrecht en slechte leefomstandigheden. Hierin stemmen De Lange en

Gerhard Schulze, vanuit verschillende perspectieven op de samenleving overeen: de hedendaagse individuele mens worstelt met bestaans- en zingevingvragen. De Lange duidt dit positief en vindt de hedendaagse situatie, vergeleken met een eeuw geleden, 'alleen maar winst'.[7]

7 F. de Lange, 2011, p. 30.

De vraag naar wat het leven goed maakt -bestaansethische vraag- staat weer centraal, stelt hij.

Deze pure winst moet echter wel breder bevraagd worden vanuit het perspectief dat door Schulze geschetst is. Op de bestaans- en zingevingbehoeften van hedendaagse mensen is en wordt op problematische wijze ingespeeld door de belevenismarkt die deze behoeften herkent en vertaalt in een economisch aanbod.

Voor de zorgbetrekking is het onderkennen van deze bestaansethiek van belang, zegt De Lange. Persoonlijke erkenning van de zorgafhankelijke mens bevestigt dat die mens 'ertoe doet' en 'de moeite waard is'. Dat vormt een wezenlijke basis voor 'subject van het eigen leven worden', wat De Lange als nastrevenswaardig doel binnen de zorgbetrekking zal uitwerken.

De zorgbetrekking is een gelijkheidsrelatie geworden, formeel in elk geval. Moreel eveneens, stelt hij, in het spoor van de filosoof Paul Ricoeur. Sinds de Verlichting is persoonlijke autonomie een opdracht. Destijds alleen een opdracht voor de elite maar inmiddels, vanuit autonomie als emancipatietaak voor iedereen, ook voor kwetsbare mensen. Het is een ideaal, een richtingwijzer, om te worden wat mensen (nog) niet zijn. Het beschermend karakter ervan, het afbakenen van eigen ruimte tegenover heteronomie van anderen in macht- en overheersing, moet daarbij bewaard worden.

5.1.2 De **loser**-context van hedendaags zorgen

Bijna anderhalf miljoen mensen werken in Nederland in 'de zorg'. Volgens CBS gegevens uit 2011 is de zorg hiermee de één na grootste werkgever. De Lange omschrijft 'zorgverleners' als: 'Iedereen die professioneel bezig is het leven van anderen (weer) op de rails te krijgen, is te beschouwen als zorgwerker'. In zorgwerk zijn vak, expertise en respectvolle bejegening met elkaar vervlochten.[8]

8 F. de Lange, 2011, p. 7,8.

De term 'respectvolle bejegening' die De Lange gebruikt, wordt door anderen binnen zorgethiek vaak gemeden omdat 'respect voor de ander' niet samenvalt met 'erkenning van de ander' en 'bejegening' het risico heeft van een aan te leren 'houding'. De Lange wil dit -ondanks zijn gebruik van de termen- juist vermijden.

De medemens is voor de zorgverlener object van ambachtelijkheid en subject van compassie.

Gezien de enorme omvang van dagelijks zorgwerk zou erkentelijkheid vanuit de samenleving voor zorgprofessionals voor de hand liggen maar paradoxaal genoeg is dit niet het geval. Het gebrek aan waardering heeft te maken met het vigerend autonomiebegrip waarin diegenen die zorgafhankelijk zijn of worden als *loser*s gelden. Het beeld dat hij schetst is deels vergelijkbaar met Schulze's analyse van *winners* en *losers* in de dominante hedendaagse cultuur. De Lange citeert schrijver, journalist Jan Kuitenbrouwer die de huidige tijd omschrijft als 'meritocratisch fundamentalisme' (sociaal-economische posities zijn gegrond in individuele verdiensten); mensen hebben hun eigen lot en geluk in handen. Nu mensen schepper zijn geworden van hun eigen leven en levensgeluk, zijn de onsuccesvollen niet zoals vroeger 'kansarmen' of 'pechvogels' maar verliezers door 'eigen schuld'.

De Lange stelt dat zijn boek het opneemt voor zorg voor *losers* door de kern van zorgen centraal te stellen; het leven van mensen ligt (deels) in andermans handen. Het ideaal van waaruit zorgprofessionals werken is: opkomen voor vermeende *lo-*

sers, zódanig dat duidelijk wordt dat geen mens bestemd of gedoemd is tot *loser*. Een sector die het opneemt voor de *losers* hoeft, in een context van vigerend denken in termen van onafhankelijkheid en zelfredzaamheid, niet te rekenen op hoog aanzien.[9] [10]

De Lange spreekt over de zorgsector als geheel; het ***loser***-aanzien van zorgen zal bij de verschillende zorgdomeinen aanzienlijk verschillen evenals bij de diverse beroepsgroepen die erin werkzaam zijn. Het is bovendien de vraag in hoeverre 'de zorgsector' daadwerkelijk opkomt voor ***losers*** in allerlei gradaties.

De Lange wil het begrip 'zelfredzaamheid' onderscheiden van zelfstandigheid, maar hij beschrijft zijn interpretatie van zelfredzaamheid niet. Hij plaatst het begrip naast 'onafhankelijkheid' en wil het wellicht als een vergelijkbare term duiden.

Het begrip *loser* wil hij kantelen door te laten zien dat wie vermeend ónafhankelijk leeft van anderen de werkelijke verliezer is. We zijn een samenleving van *losers* als we niet zien hoezeer ons leven in andermans handen ligt. Hij omschrijft de kern van zorg en samenleven als onuitgesproken, fundamenteel vertrouwen dat anderen je bijstaan als dat nodig is.

In die zin is 'zorg' als 'vertrouwen op bijstand' een kernwaarde. De Lange spitst het toe op professionele zorg en situaties waarin een mens daarvan afhankelijk wordt.

De Lange gaat niet in op Joan Tronto's die als basis van zorgethiek beschrijft dat mensen feitelijk levenslang altijd en overal van elkaars zorg afhankelijk zijn. Dit over en weer benodigde zorgen wordt echter veronachtzaamd (niet opgemerkt), stelt Tronto, is ongelijk verdeeld (gender- en rassenthematiek) en wordt op de 'lage' niveaus van zorg slecht betaald en amper gewaardeerd. Het 'fundamentele vertrouwen dat anderen je bijstaan als dat nodig is', heeft het risico van veronachtzaming van deze ongelijkheid in zorgen en het risico van eenzijdigheid. Een besef van eigen afhankelijkheid impliceert niet vanzelfsprekend de wederkerigheid van afhankelijkheid en evenmin de ongelijkheid.

Fundamenteel vertrouwen op bijstand is een morele kern die tevens de basis vormt van de ethiek van zorgprofessionals. De Lange wil echter niet komen tot een betoog contra individualisme en autonomie en pro gemeenschaps-denken en solidariteit. Zijn zorgethiek heeft geherformuleerde autonomie als uitgangspunt en doel.

9 F. de Lange, 2011, p. 9.

10 F. de Lange, 2011, p. 22,23.

5.1.3 Aanval op en verdediging van autonomie

Het neoliberale autonomiebegrip als onafhankelijk en zelfredzaam kan niet op De Lange's sympathie rekenen. Hij herdefinieert autonomie (in een beknopte omschrijving) als:

> 'Autonomie is het vermogen van mensen om aan hun uniciteit vorm te geven, waarvoor ze anderen nodig hebben'.[11]

Hier brengt De Lange het concept 'uniciteit' voor het eerst ter sprake. Hij poneert dit concept als vanzelfsprekend (omschrijft het verder niet) en koppelt het later in zijn essay aan het gestalte kunnen geven aan menselijke vermogens; het ***homme capable***-zijn. Hij spreekt over uniciteit als 'bouwen van een persoonlijke identiteit', 'zich handhaven in de tijd' en 'zelfwaardering en zelfrespect als de unieke mens die iemand is'. Uniciteit heeft bij De Lange kennelijk de inhoud van: identiteitvorming, regie houden en menselijke waardigheid.

Hij gaat niet in op het zorgethisch debat over 'uniciteit' (wel of niet te essentialistisch) en '(de-) humanisering' in de zorgbetrekking. In dit debat spreekt Annelies van Heijst over uniciteit ín de betrekking terwijl Frans Vosman uniciteit ván de betrekking bepleit (in plaats van de persoon).[12]

De Lange omschrijft autonomie in termen van: 'voor eigen rekening leven', 'toerekeningsvatbaar zijn' en 'persoonlijke verantwoordelijkheid voor het eigen leven nemen' en daarnaast ook onlosmakelijk verbonden met kwetsbaarheid. Wie zorgaf-

11 F. de Lange, 2011, p. 9.

12 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

hankelijk wordt, levert derhalve niet zijn autonomie in; dat blijft grond en intrinsiek doel van zorgen.

5.1.3.1 Autonomie en kwetsbaarheid

Ricoeur benoemt de paradoxale situatie waarin mensen zich bevinden; ze zijn kwetsbaar en ook vaak onvrij maar tegelijkertijd vooronderstelt een samenleving in het recht en de moraal dat mensen ieder voor zich vrij en verantwoordelijk (rechtssubject) zijn. Ricoeur houdt autonomie en kwetsbaarheid samen door het ideaal van autonomie antropologisch te verbinden aan wat hij noemt 'kwetsbare vitaliteit' van de menselijke conditie en niet historisch aan de moderniteit. Aanhaken bij vitaliteit geeft een ander perspectief op het leven dan het eenzijdig benadrukken van kwetsbaarheid. De Lange kritiseert Van Heijst als een representant van zorgethiek die het autonomie ideaal vanuit de neoliberale duiding misleidend vindt en verruilt voor een paradigma dat inzet bij menselijke behoeftigheid.[13]

13 F. de Lange, 2011, p. 23 en p. 115 noot 9.

Van Heijst wil hierbij wel het goede van autonomie, zoals de emancipatiekracht en bewustzijn van machtsrelaties behouden maar dit noemt De Lange niet. Die kritische kracht kan bijvoorbeeld zorginstellingen gelden die patiënten en bewoners bevoogden.[14]

14 F. de Lange, 2011, p. 91, zie 6.3.7 punt 4.

Van Heijst wil vanuit de presentiebenadering de zorgbetrekking radicaal in asymmetrische behoeftigheid denken. Gelijkheid en gelijkwaardigheid van zorgverlener en zorgontvanger steunen op de antropologisch gedeelde behoeftigheid. Fictieve autonomie verhult volgens Van Heijst het werkelijke zorgdoel; de ander bijstaan in zijn nood. De Lange voert hier ook Vosman op als criticus van 'de fictiescheppende antropologie van de consequentialistische ethiek'.[15]

15 Zie 6.3.

Een keuze voor inzetten bij 'vitaliteit' of 'behoeftigheid', heeft vergaande gevolgen voor de inhoud van een zorgethiek die daarop gebaseerd wordt. In dit hoofdstuk wordt De Lange's visie uitgewerkt en in hoofdstuk 7 enkele punten van verschil in visie (voor zover die relevant zijn met het oog op Lee), van Van Heijst, Vosman (en Tronto).

De Lange start bij vitaliteit en duidt vitaliteit als de wil en het vermogen om iets uit te richten.[16] Dit perspectief staat tegenover Heideggers 'Sein zum Tode' waarbij het leven uit een eindigheidperspectief wordt benaderd. De Lange volgt Ricoeur die aansluit bij filosofe Hannah Arendt; zij ziet ieder mens als 'boreling' met wiens komst de wereld verandert. Ricoeur schetst de mens ontologisch als '*homme capable*' en neemt daarbij Baruch Spinoza's omschrijving op in zijn autonomie begrip. De menselijke levensdrift kent volgens Spinoza slechts twee aandoeningen: vreugde en droefheid.

16 F. de Lange, 2011, p.18.

> 'Als de levenswil toeneemt, wordt de mens zich hiervan als 'vreugde' bewust. Een vermindering van dit vermogen is droefheid'.[17]

17 F. de Lange, 2011, p. 18.

Vreugdevolle levensdrift als vermogen er als persoon te zijn en persoon te blijven, is het vertrekpunt voor autonomie bij Ricoeur en De Lange volgt hem daarin. Het kunnen willen en willen kunnen is het oer-menselijke. Maar in het kúnnen -*conatus essendi* (het natuurlijke streven naar continuïteit in het eigen zijn) zegt Spinoza- zijn mensen van de wieg tot het graf kwetsbaar.

Het lijkt erop dat De Lange autonomie, levenswil en 'vermogens' op één lijn stelt. De vraag of dit één en hetzelfde is, laat ik verder liggen. Bij vitaliteit zijn in elk geval de concepten 'willen' en 'kunnen' belangrijk.

Mensen zijn fundamenteel en onontkoombaar kwetsbaar in 'het kunnen' vanwege terreinen van het bestaan die niet beheersbaar zijn. Sommigen ontbreekt het aan het vermogen van spreken, handelen, een identiteit opbouwen, zelfwaardering en -respect en allen delen het sterfelijk zijn. In die zin gaan autonomie en kwetsbaarheid altijd samen op. Waar autonomie begrepen wordt als 'vermogens kunnen uitleven' betekent verlies van autonomie lijden. Lijden aan vermindering van het (vreugdescheppende) vermogen om iets uit te richten in de wereld. Teruggeworpen op een

ónvermogend zelf ervaart een mens gescheidenheid van anderen die hem noch begrijpen noch kunnen helpen. Aantasting van het handelingsvermogen veroordeelt tot passiviteit (aan bed gekluisterd, aan huis gebonden).

Kluisteren en binden zijn beide aanduidingen van ongewilde onvrijheid.

De Lange volgt Ricoeur's lijdensinterpretatie van vermogensverlies, gebrokenheid, woede, verdriet, onmacht, waardeloosheid en zelfhaat. Lijden is destructief, zegt hij, juist vanwege het niet langer *homme capable*-zijn. De uniciteit van de mens wordt in die situatie tot een last. De Lange citeert filosofe Simone Weil die spreekt over lijden in termen van slavernij, gewelddadigheid en zielsverlies. De theoloog Karl Barth spreekt op vergelijkbare wijze over de vermogens van mensen (psychisch en fysiek) die nodig zijn om waardig mens te zijn.[18] De wil tot gezondheid maakt deel uit van de levenswil, maar gezondheid is daarbij niet hetzelfde als 'niet-ziek-zijn' en evenmin een doel in zich. Het is 'kracht tot mens-zijn' waarop ziekte een aanslag kán plegen. Barth ziet ethiek aan het ziekbed als de zieke aanspreken op zijn wil tot gezondheid in de zin van '*Fähigkeit*'. Voluit leven -met eventueel (ziekte)beperkingen- is daarbij het perspectief. Op déze wijze wil De Lange, met behulp van Ricoeur en Barth, autonomie als waardevol ideaal in de zorg plaatsen. Zorg is dan gericht is op zoveel mogelijk (binnen institutionele beperkingen) realiseren van vrijheid tot uniek mens-zijn. Hiermee verandert het perspectief van de zorg. De focus ligt op (zoveel mogelijk) vrijheidherstel, iemand in staat stellen het zelf gewenste, waardevolle leven te leiden (niet gericht zijn op wat iemand niet kan maar op wat hij (nog) wel kan). In het debat over 'kwaliteit van leven', wil De Lange het verlangen naar *homme capable*-zijn voorop stellen. Een dergelijke gerichtheid op zo snel mogelijk zelfstandig worden van de zorgafhankelijke persoon is, volgens De Lange, ook al zichtbaar in het denken van verpleegkundige en onderzoekster Virginia Henderson, grondlegster van de moderne verpleegwetenschap.[19] Erkenning van dit menselijk verlangen naar zelfstandigheid acht hij wezenlijk, ook als het onvervulbaar is. Hij spreekt daarbij vrijwel niet over (leren) leven met verlies van zelfstandigheid en het onverhelpbare.

18 F. de Lange, 2011, p. 18.

19 F. de Lange, 2011, p. 23.

Of lijden ook andere (wellicht zelfs positieve) aspecten van mens-zijn aan het licht kan brengen, is geen thema dat De Lange inbrengt. Een diepere verkenning van wat met mensen gebeurt áls zij 'vermogens' van 'kunnen en willen' verliezen, brengt bijvoorbeeld de ervaring van afhankelijk worden of -zijn in beeld en de daarmee verbonden noodzaak een beroep te doen op 'zorg' van anderen. Dit gaat vaak gepaard met (schuld)gevoelens van 'een ander tot last zijn', of het gevoel zelf nutteloos en overbodig te zijn (een 'over-datum-product'). Gevoelens die bijvoorbeeld bij ouderen versterkt worden door de maatschappelijke trend om hen als belastende 'kostenpost' te kenschetsen die vooral in hun laatste levensjaar 'onze' zorgkosten hoog doen oplopen. Het niet-meer-zelfkunnen heeft dan de lijdensdiepte van 'er niet meer toe doen', 'er beter niet meer kunnen zijn', betekenisloos, overbodig, waardeloos zijn en 'veel te duur'.

De Lange refereert wel aan andere aspecten van lijden maar werkt die mijns inziens niet voldoende uit terwijl hij dat met ***homme capable***-zijn wel doet. Hij noemt bijvoorbeeld de ervaring van 'gescheidenheid' van mensen. Dan gaat het over lijden aan eenzaamheid, losstaan van liefdevolle relaties en zijn 'vermogens om iets uit te richten in de wereld' niet aan de orde. Als het er zo voorstaat zijn andere dingen nodig dan autonomieherstel. Dan ligt het hoofdaccent van zorgen op: aandacht voor de ander, verkennen waar die mens zich bevindt in z'n gescheidenheid van anderen en eenzaamheid en wat dát voor hem betekent. Zorgen houdt dan in; de waarde van de ander hooghouden, die ander doet ertoe, is de moeite waard, beminnenswaard en te eerbiedigen De Lange noemt het wel deels maar focust sterk op autonomieherstel.

5.1.3.2 Autonomie en de modus van de hoop[20]

De Lange geeft geen omschrijving van '*modus*'. Ik interpreteer het concept in de filosofische betekenis van 'hoedanigheid', dimensie. Volgens De Lange opent de hoe-

20 F. de Lange, 2011, p. 24.

danigheid van de hoop een nieuw, relatief en relationeel perspectief op autonomie in de zorgbetrekking. Het relatieve hangt samen met de menselijke conditie; mensen delen allen kwetsbaarheid en behoeftigheid. Het relationele betekent dat autonomie alleen door en met anderen in en door hun zorg en ondersteuning tot stand komt. De Lange beseft terdege dat 'herstel' in *cure* en *care* drastisch kan verschillen. In de *care* kán 'herstel' het 'beschermen en bewaren van iemands unieke identiteit' omvatten maar misschien is het slechts 'redden wat er te redden valt.[21] In dat laatste geval is autonomie een fictie, bijvoorbeeld bij zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapte of dementerende mensen. Dan is het heílzame fictie, zegt De Lange, nog steeds gericht op behoud van een uniek mens. Bij mensen met dementie citeert hij instemmend filosofe en bioethica Hilde Lindemann waar het gaat over bewarende zorg: '*Holding the person in her identitity*'.[22]

21 F. de Lange, 2011, p. 23.

22 F. de Lange, 2011, p. 24.

Beter dan spreken over feit en fictie acht hij de '*modus* van de hoop'. In de *modus* van de hoop 'weet' een zorgafhankelijk mens dat hij een medestrijder heeft, gericht op toekomstig herstel. De *modus* van de hoop ondersteunt verlangen en houdt de mogelijkheid van verbetering levend. Hoop vitaliseert en honoreert de zorgafhankelijke mens tot het einde toe als unieke persoon. De Lange bespreekt de *modus* van de hoop bij het zorgend handelen met vier termen van filosofe en feministe Margareth Urban Walker. *Futurity*; gerichtheid op toekomst. *Desirability* verlangen naar een leven voorbij ziekte of tragiek. *Possibility*; het voor mogelijk houden dat iemand weer op eigen verantwoordelijkheid kan gaan leven. En *efficacy*; de overtuiging dat de zorg bijdraagt aan toekomst en eigen verantwoordelijkheid nemen.[23] Of het realistisch is of heilzame fictie; deze vier maken de zorgrelatie vitaal, stelt hij. Ze helpen om sluimerende levenskracht bij de zorgontvanger te wekken.

23 F. de Lange, 2011, p. 24, 25.

Heilzaam en positief hierin vind ik De Lange's wens om iemand bij de mensengemeenschap te willen houden. Maar heilloze of ziekelijke vormen van hoop, valse hoop zijn in zijn overwegend vitaliserende benadering geen opties die De Lange bespreekt. Hiermee loopt hij het risico vormen van zorgend handelen in stand houden die niet 'het goed' van de patiënt dienen. Hoe vaak worden in ziekenhuizen nieuwe interventies gepleegd met een geringe kans op succes die valse hoop in stand houden? 'Hoop' kán het onvermogen verhullen om het onverhelpbare onder ogen te zien en mensen bij te staan in zich (gaan) verhouden tot ziekte, verlies, tragiek en eindigheid van het leven. Dan moeten ten minste de ***modi*** van aandacht en troost meespelen en kan -waar dat aan de orde is- langs die weg geherinterpreteerd 'verhopen' of 'mee-verlangen' meeklinken.

De Lange citeert de Franse verpleegkundige en filosoof Philippe Svandra die de *modus* van de hoop in de zorgbetrekking onder meer omschrijft als de situatie waarin de zorgverlener vakkundig en empathisch streeft naar het opnieuw mogelijk maken van 'vermogend leven' door autonomie te versterken.[24] De *modus* van de hoop behelst het zorgzaam verhopen van autonomie, zelfs bij het allerkleinste eigen-iets dat niet vernietigd is, ook tegen beter weten in.

24 F. de Lange, 2011, p. 25.

5.1.3.3 Autonomie-herstel als basale zorgtaak

Anderen zijn per definitie nodig om eigen regie te nemen, herwinnen of houden en (zoveel mogelijk) voor eigen rekening te leven. Bij welke specifieke doelgroep dan ook, het gaat om ondersteuning bij ontwikkelingsmogelijkheden van een persoon waarbij zowel leven met als leven voorbij een aandoening in het vizier zijn en steun gegeven wordt zolang het nodig is.

Iemand die zorgt, probeert een gekwetst individu over zichzelf te laten beschikken. Wegnemen van pijn, leed en angst is (vaak) niet mogelijk, verlichten van de last ervan wel. De Lange herkent het interventie-denken van de moderniteit en het in stand houden van de illusie dat ook aan noodlottigheid en tragiek in het ziekenhuis 'stuurbaar' en 'maakbaar' tegemoet gekomen kan worden. Wie noodlottig getroffen is zal zich daartoe moeten leren verhouden. Een lijdend mens voelt zich een 'ding',

overbodig en zonder waarde. De zorgrelatie houdt hem bij de gemeenschap van mensen en is in die zin 'politiek' van aard; het ordent betrekkingen. Zorgverlener en zorgontvanger verhouden zich vanuit 'gelijkheid' tot elkaar. In elk geval fictieve gelijkheid waarbij de zorgverlener, feitelijk de sterke in de zorgrelatie, de levenskracht, de sluimerende autonomiewil, wekt, steunt en versterkt. De Lange spreekt erover in verschillende bewoordingen, steeds vanuit het perspectief van de zorgverlener. Hij noemt zorgen *empowerment*, gericht op 'zelfmanagement'. En hij stelt: onder elke hulp- of zorgrelatie schuilt deze 'pedagogiek van verantwoordelijkheid'. 'Responsabiliseren' is de basale zorgtaak en de 'rehabilitatiebenadering' in de psychiatrie is een goed voorbeeld van werken aan vergrote zelfstandigheid.
In de tijd van het Institutionele Programma bepaalden anderen wat 'goed' was voor de zorgontvangers van toen. De gezondheidsethiek die hierop in de tweede helft van de twintigste eeuw reageerde, koos tegenover dit 'paternalisme' positie in het basisprincipe 'autonomie van de zorgontvanger'. Autonomie verstaan als onafhankelijke zelfbeschikking waarbij wil en wensen van de zorgontvanger voorop staan. Enerzijds biedt dit autonomie-verstaan bescherming tegen machtsuitoefening en overheersing in zorgrelaties. Anderzijds leidt dit autonomiebegrip ertoe dat veel mensen buiten de mensengemeenschap vallen én buiten de zorg omdat het een onhaalbaar ideaal is dat hen echter wel terugwerpt op zichzelf. Dat impliceert verkeerd verstaan van responsabiliseren. Contextloos, ideologisch toekennen van zelfbeschikking onder het mom van eigen verantwoordelijkheid bij mensen die dat niet aankunnen is een drogreden. Het juiste zorgethische verstaan van autonomie omvat altijd het behoedzaam zoeken naar het (moreel) goede voor die specifieke ander in diens specifieke context waarbij de zorgbetrekking de ruimte is om dat goede gaandeweg op het spoor te komen.

De Lange's zorgdoel is met zijn autonomie-herstel-interpretatie ondanks alle nuanceringen duidelijk sturend. Daarnaast erkent hij in de zorgrelatie feitelijke ongelijkheid maar steekt hij desondanks in op gelijkheid en verantwoordelijk (helpen) maken. Hiermee lijkt loopt hij het risico machtsthematiek in de asymmetrische betrekking te missen.

5.2 ETHISCHE DIMENSIES EN MORELE DISCOURSEN IN DE ZORGBETREKKING

De Lange's these is dat er verschillende relationele dimensies in de zorgbetrekking zijn die elk een eigen moreel register hebben met een eigen type discours. Hij beschrijft drie 'werelden' waarin zorgverleners tegelijkertijd staan en vier morele discoursen die daaraan gekoppeld kunnen worden. In elke van de vier discoursen hebben zorgverlener en zorgontvanger een eigen rol te vervullen.[25] 5.2.1 beschrijft de drie werelden van de zorgverlener en de verschillende relationele dimensies van de zorgbetrekking. In 5.2.2 worden de vier morele discoursen weergegeven.

25 Zie ter vergelijking bijlage 1d waarin Lee's drie 'verzorgingsniveaus' staan.

5.2.1 Spagaat van de zorgverlener

5.2.1.1 Drie werelden van de professional

Professionals verenigen in hun werk drie werelden. Ze zijn werkzaam als persoon, beroepsmatig en ze hebben een rol binnen het instituut. Als persoon bewegen ze zich in de existentiële wereld van de subjectiviteit en de zuivere persoonlijke relatie van de zorgbetrekking.[26] De term 'zuivere relatie' komt van Dubet. Hij bedoelt volgens De Lange: een persoon staat rechtstreeks en onafgeschermd tegenover een ander in de zorgbetrekking. Dit zuiver persoonlijke is het gevolg van het teloorgaan van de hiërarchisch geordende maatschappij (en daarbinnen het Institutioneel Programma) waarin standen de persoonlijke levenssferen van mensen scheidden. De zorgbetrekking in de egalitaire maatschappij is 'gelijk' en direct-persoonlijk.
Als beroepskracht beoefenen zorgverleners een ambachtelijk vak en binnen de instelling hebben ze een rol op politiek, economisch en bestuurlijk terrein. Deze drie werelden zijn niet hiërarchisch geordend maar verhouden zich in wisselwerking tot elkaar. De professional moet ze bij elkaar zien te houden, wat een lastige opgave is gezien onontkoombare onderlinge spanningen en conflicterende belangen. Ieder ontwikkelt hierin gaandeweg een eigen stijl en evenwicht om alle drie de werelden in het zorgend handelen in te sluiten. Ethisch gesproken, zegt De Lange, gaat het hier om verwerven en behouden van professionele integriteit; iemand vindt een manier om trouw te zijn aan de verschillende commitments met de drie werelden. Een existentieel commitment met de zorgontvanger, een vakmatig commitment met de eigen beroepsgroep en een commitment met de zorginstelling waarvoor men werkt.

Het is de vraag of in deze drie werelden niet feitelijk een hiërarchie is, of die hiërarchie een wenselijke is en of de individuele zorgverlener een evenwicht kan en moet vinden zoals De Lange beschrijft. Houdt 'erkennen' van zorgverleners niet veeleer het zien en benoemen van dominantie van één 'wereld' in die goed zorgen belemmert?

26 F. de Lange, 2011, p. 13, 28, 31.

5.2.1.2 Bestaansethiek[27]

'Normatieve professionalisering' noemt socioloog Harry Kunneman het wegen en op elkaar betrekken van de spanningsvelden tussen de drie werelden waarin de zorgverlener staat. Wat ethisch in de zorgbetrekking aan de orde is, speelt daarom tegelijk ethisch op persoonlijk, beroepsmatig (in bijvoorbeeld beroepsethiek en protocollen) en organisatorisch niveau. Ethiek van de zorgbetrekking is om die reden niet beperkt tot de patiënt-professional relatie maar reikt tot in het organisatorisch

27 F. de Lange, 2011, p. 30. De term 'bestaansethiek' komt van Victor van den Bersselaar.

kader. De zorgbetrekking als persoonlijke relatie is wel de kwetsbare kern van de hele onderneming.
De ethische complexiteit van de professionele identiteit is moeilijk maar, vergeleken met hiërarchisch Institutioneel Programma is het een wenselijker situatie, volgens De Lange. De naoorlogse ontworsteling aan het disciplineringparadigma en het centraal stellen van bestaansethische vragen over de eigen identiteit, de levensvoering en zingevingvragen halen het ethisch karakter van de zorgverlening weer naar voren. Dat ethisch karakter is het Barmhartige Samaritaan karakter, zegt De Lange, refererend aan Van Bersselaar, waarbij de leidende vraag is: wat is het goede voor deze mens? In plaats van 'moralisering' van vroeger staat nu de zorgvraag centraal als inzet van bestaansethiek, stelt De Lange. Zorgverleners helpen anderen nu door te appelleren aan 'een eigen leven willen voeren'.[28]

28 F. de Lange, 2011, p. 31.

Hoe zich De Lange's waarneming van het centraal stellen van bestaansethische vragen en zingeving verhoudt tot het binnen zorginstellingen veelvuldig ervaren tekort aan moreel bewustzijn (systemisering, instrumenteel-technische overheersing), gebrek aan morele reflectie en het domineren van een 'populatie-bejeging' wordt niet duidelijk. Hij lijkt te doelen op het centraal stellen van autonomie van de bewoner, patiënt of 'cliënt' in deze bestaansethische context. In hoeverre dit met het Barmhartige Samaritaan-karakter van zorgen te verbinden is laat zich lastig denken.
Hij kritiseert 'moraliseren' van voorheen en lijkt daarin niet 'het goede doen' in de context van tóen te herkennen. Daarnaast loopt hij het risico op een eigen wijze te 'moraliseren' door te focussen op 'regie over het eigen leven voeren'. Is regie voeren niet teveel terminologie van '***winners***'?
Een ander aspect van bestaansethiek is de confrontatie met de menselijke conditie in de zuivere relatie, de eindigheid van het leven en het lijden waarbij professionals, anders dan vroeger, moeten teruggrijpen op de persoonlijke motivatie en overtuiging. De zuivere relatie, direct van persoon tot persoon, betekent dat een zorgverlener 'zichzelf' moet inzetten in de zorgbetrekking. Hij kan zich niet zoals vroeger als uitvoerende verschuilen achter een programma of vandaag de dag, als zorgverlener achter een protocol of zorgleefplan, stelt De Lange. Als de ander niet als uniek en 'vermogend' mens die er toe doet erkend wordt (wat een zuivere relatie vergt), mislukt de zorgbetrekking. Met zo'n groot beroep op het eigen persoonlijke van de zorgverlener, ook wat betreft motivatie en overtuiging en de *exposure* aan leed, is het niet verbazend dat de zorg op grenzen stuit, stelt hij.
Maar is niet juist de hedendaagse werkelijkheid een feitelijke verschuilen van zorgverleners achter protocollen en zorgleefplannen (al dan niet door hun leidinggevenden in die positie gebracht, bijvoorbeeld in de verpleeghuiszorg), die de zorgverlener op meer afstand stellen dan ten tijde van de ***caritas*** in zorgbetrekkingen het geval was?
Zorg is wel én niet 'gewoon' werk. Het vindt plaats tegen een aangevochten horizon van hoop die niet meer van 'buiten en boven' wordt bevestigd, maar innerlijk en in de relatie zelf gevonden moet worden. Zorg is goede zorg wanneer een professional het persoonlijke, vakmatige en institutionele bijeen houdt en niet versmalt tot louter een zorghouding van mededogen in de relatie. De Lange benadrukt dat zorg 'een vorm van handelen' is en vindt daarom het begrip 'bekommernis' meer geëigend dan 'mededogen'; het houdt emotie én handeling ineen. Bekommernis wordt zichtbaar ín zorgende, vakkundige handelingen.

5.2.1.3 Relatiematrix

Verschillende typen relaties spelen in de zorgbetrekking op twee assen.
De ene as varieert van symmetrie naar asymmetrie, de andere van formeel naar informeel.
Bij symmetrie (horizontale relaties) zijn relaties gelijk bijvoorbeeld qua functieniveau (als collega), liefde (als partner), waardigheid (als mens), rechten en plichten (als burger).

Bij asymmetrie (verticale relaties) is ongelijkheid in bijvoorbeeld kennis (arts-patiënt), ziek/niet-ziek zijn, ervaring (oud-jong).
Op de as formeel-informeel is de formele relatie (institutionele rol van beiden) die tussen 'professional' en 'cliënt'. Ricoeur onderscheidt tussen 'naaste' en '*socius*'. De relatie tot de patiënt als *socius* is formeel, institutioneel bemiddeld. De relatie tot de patiënt als naaste is informeel, onbemiddeld, persoonlijk en van mens-tot-mens, zoals in het verhaal van de Barmhartige Samaritaan.
De Lange bespreekt niet de vraag hoe zich dit '***naaste-socius***' idee verhoudt tot een vigerend verstaan van professionaliteit als afstandhouden ten opzichte van de cliënt in plaats van het binnen zorgethiek bepleitte nabijzijn. Overheerst ***socius***-denken wellicht teveel in de praktijk?
De zorg van de professional voor de patiënt-*socius* is eindig, begrensd en gericht op beheersing. De zorg van de professional voor de patiënt-naaste is onvoorspelbaar in inhoud en eindigheid. Formeel, informeel asymmetrisch en symmetrisch doen zich alle voor in één en dezelfde zorgrelatie.
De spanningsvelden tussen de drie werelden waarin een zorgverlener tegelijkertijd verkeert, de individuele confrontatie met lijden en eindigheid en de relatiematrix-verscheidenheid, brengen zorgverleners in een spagaat en dan is nog niet gesproken over de eigen moraliteit en het eigen vertoog van de verschillende relatievormen.
De Lange beschrijft niet wat er zou kunnen gebeuren (met 'goede zorg') in de zorgbetrekking als deze typen relaties uit balans gaan terwijl disbalans feitelijk de stand van zaken is in diverse domeinen van de zorg. De Lange laat het balanceren tussen (a)symmetrie en (in)formeel in de zorgrelatie over aan de individuele zorgverlener. Dit lijkt een weinig realistische voorstelling van zaken. Ook een evenwichtige positie vinden in de meerdere discoursen met eigen moraliteit (zie de onderstaande paragraaf), dient door zorgprofessionals zelf bijeen gehouden te worden; een bijkans onmogelijke opgave in de concrete zorgpraktijk. Het veronachtzamen van de 'strijd'-context waarin professionals zich vaak bevinden, kan 'erkennen van het goede dat zij doen' tot 'miskenning' maken (het miskennen van professionele nood). Lee heeft er een goed oor voor!

5.2.2 Vier discoursen[29]

29 Zie bijlage 4e.

In de beschreven complexe mix van relaties en in elk van de drie werelden die zorgverleners samen proberen te houden, domineert steeds één bepaalde relatievorm met een eigen moraliteit en een eigen vertoog. De Lange analyseert voornamelijk vanuit het perspectief van de zorgverlener. De patiënt verschijnt bij hem vanuit de rollen van de professional gezien drieledig: voor de vakkundige-professional als patiënt, voor de persoon-professional als behoeftige naaste of vriend en voor de instituut-professional als burger, cliënt of *socius*. De vier discoursen van de zorgverleners staan hieronder beschreven.

5.2.2.1 Discours van deskundigheid in de wereld van vakmanschap

In het vakkundig handelen staat centraal: 'de dingen goed doen en de goede dingen doen'. Hierbij past het Aristotelische praktijk- en deugdbegrip. Een arts, verpleegkundige is bezig met 'een praktijk'.[30] In een specifieke praktijk, zoals een zorgsituatie, worden goederen gerealiseerd die intrinsiek eigen zijn aan die praktijk en gedeeld worden door anderen (gezondheid bijvoorbeeld). Om te kunnen voldoen aan standaarden van excellentie heeft men *arètai*; voortreffelijkheden, deugden nodig. In de klassieke oudheid staat de arts model voor de ethiek van vakmanschap. Hij zet *technè* in om een zieke te genezen en weet bij die *technè* of en hoe het uitwerkt. Aristoteles levert de kenmerkende criteria voor professionele technieken.[31] Het op de juiste wijze inzetten van *technai* veronderstelt het ambachtelijk beheersen ervan evenals een praktisch oordeel en wijsheid (*gnomè* en *sophia*). De omschrij-

30 F. de Lange, 2011, p. 42. De Lange citeert McIntyre's omschrijving van een praktijk.

31 Zie hoofdstuk 3.3.1. van deze thesis. De Lange laat Aristoteles' kritiek op twee van de vier criteria onbesproken.

vingen van goede zorgvakbekwaamheid vormen tevens de ethische normen ervan. Wie de *technè*, *sophia* en *gnomè* niet beheerst, berokkent de zorgafhankelijke mens schade (vakmatig), doet daarmee 'kwaad' (moreel; geschonden vertrouwen, leed toegevoegd) en schaadt daarin ook de beroepsgroep.

5.2.2.2 Discours van bekommernis in de persoonlijke wereld

Bekommernis vormt de warme levendige kern van de zorgbetrekking. De zorgverlener is de mens die geraakt wordt door de nood van de ander, die de ander gaat bijstaan en die nood, waar mogelijk, verlicht. Bekommernis houdt meer in dan een innerlijke gesteldheid of attitude. Het ambachtelijke en humaniserende zit ineen en voor beide aspecten geldt dat het de waardigheid van de ander bevestigt. De zorgrelatie vanuit bekommernis lijkt sterk asymmetrisch maar Ricoeur wijst erop dat hier fundamentele morele wederkerigheid is. Beide personen in de zorgrelatie delen menselijke kwetsbaarheid en behoeftigheid; de lijdende mens die bekommernis behoeft 'is als ik'. Op die wijze 'ontvangt' de zorgverlener inzicht in en verdieping van het eigen existentiële verstaan. Bekommernis leert de zorgverlener bovendien hoezeer de ander, die op een bepaalde manier sprekend op hem lijkt, tegelijk een unieke ander is, onvervangbaar, kostbaar en hoog te achten.

De Lange focust op morele wederkerigheid en vindt daarin gelijkheid in de zorgrelatie. De feitelijke ongelijkheid (gekwetstheid van de een, gezondheid van de ander) blijft uit beeld. Met het centraal stellen van autonomieherstel als zorgdoel, verstaan als 'regisseur van het eigen leven worden' en 'uniek-persoon-zijn realiseren', benadrukt De Lange 'uniciteit' van mensen. Hij licht niet toe hoe die uniciteit en zelfverwerkelijking in relationaliteit, inhoudelijk gedacht moet worden. Binnen het zorgethisch debat wordt verschillend gedacht over 'uniciteit' en 'onvervangbaarheid' van personen. Overeenstemming is er in het hoogachten, eerbiedigen van mensen, los van antwoorden op uniciteitsvragen.

De Lange refereert instemmend aan Emmanuel Housset's filosofische rehabilatie van bekommernis als kern van de zorgbetrekking. Erbarmen, *pitié*, is voor Housset een zijnsbestemming en geen gevoel of individuele emotie. Erbarmen is een prereflexief aandachtig (en behoedzaam en beschroomd) uitgaan naar de ander; onvoorwaardelijk en verplichtend. De ethiek komt pas als reflectie daarna.

Wezenlijk bij Housset is dat dit erbarmen subjectiviteit en 'het ik' fundeert in die ontmoeting. Ricoeur, Housset en de filosoof Emmanuel Levinas stemmen overeen in: erbarmen singulariseert, maakt een persoon (De Lange bedoelt hier de professional) tot een individu. Dat is een andere richting dan hedendaags 'bezig-zijn met jezelf' als hoogste doel. Erbarmen ont-eigent, decentraliseert een mens. De Lange pleit met Housset voor 'sterke compassie' die hij omschrijft als vechten, meestrijden met een lijdend mens in plaats van enkel meehuilen of overmand worden door angst ('zal het mij ook overkomen') of valse compassievreugde ('gelukkig, het treft niet mij'). Housset's fenomenologie van bekommernis maakt duidelijk waarom mensen ondanks het weinig erkende van zorgen (financieel en moreel) dit werk toch gaan doen. Het heeft te maken met dat onontkoombare appèl van anderen.

De Lange maakt geen onderscheid tussen niveaus, rollen, gender-ongelijkheid, beloningen en erkenning in de diverse zorginstellingen die onderling ook verschillend 'gehonoreerd' worden. Het 'weinig erkende' gaat niet op voor artsen, managers en bestuurders in de zorg. Binnen de zorgsector zijn sommigen instellingen meer '***loser***' dan andere en dat geldt vervolgens ook voor zowel professionals als patiënten/bewoners in die instellingen.

5.2.2.3 Discours van vriendschap in de persoonlijke wereld

De Lange erkent dat in de presentiebenadering van Andries Baart persoonlijke vriendschap, inclusief professionele distantie, mogelijk is. Maar bij de politieke dimensie die Vosman in een vriendschapsrelatie van de zorgbetrekking inbrengt, heeft

hij aarzelingen. Vosman beschrijft, in een context van geprotocolliseerde en gestandaardiseerde professionaliteit, vriendschap als een geschikt model voor professionele zorg; vitaal voor een ethos van goede zorg. Dat vraagt wel een heroriëntatie op het klassieke Aristotelische vriendschapsbegrip, ontdaan van later ingeslopen 'romantische', emotionele intieme vriendschapsideeën. Thomas van Aquino heeft (Aristotelische) vriendschap omschreven als:

> 'Allereerst wil een vriend met zijn vriend verkeren en leven, voorts wil hij de dingen die goed voor zijn vriend zijn, goed jegens hem handelen, vreugdevol met hem leven, met zijn hart bij het hart van zijn vriend zijn, met hem verheugd en met hem bedroefd zijn.'[32]

32 F. de Lange, 2011, p. 50.

De filosoof Nigal Biggar onderscheidt sterke en zwakke vriendschapsvormen. Vosman noemt zwakke vriendschap -*civic friendship*- een geschikte vorm voor de zorgverlening. 'Op de positie van vriendschap kunnen gaan staan', zegt hij, houdt een betrekking in waarin de een zich met de ander persoonlijk engageert in meer dan een private context (namelijk vanuit een institutionele context). Deze relatie is asymmetrisch vanwege verschil in positie en kennis, maar belangrijker is de gelijkheid die daaronder ligt op het niveau van burgerschap. Zwakke vriendschap heeft de kenmerken van gelijkwaardigheid, omgang met elkaar, wederkerigheid en intimiteit. Vanuit het medeburger-zijn, volksgenoot-zijn, is de ander meer dan 'een cliënt' en wordt iets van de klassieke ethische inhoud ingebracht in een modern, formeel burgerschap-verstaan.[33] De zorgbetrekking kan via burgervriendschap in het politieke domein binnengebracht worden en uit het privédomein van mededogen gehaald. De Lange honoreert de politieke dimensie van de zorgbetrekking maar dan bij voorkeur in termen van verantwoordelijkheid. Vriendschap is 'een' dimensie van zorg, stelt hij, waarvan de verdienste het in balans brengen van de asymmetrie is.

33 F. de Lange, 2011, p. 99,100.

5.2.2.4 Discours van verantwoordelijkheid in de wereld van de instelling

Het begrip verantwoordelijkheid gebruikt De Lange in de oorspronkelijke juridische betekenis: iemand wordt geacht zijn leven voor eigen rekening te nemen. Zorgethici nemen vaak de latere morele betekenis als uitgangspunt waarbij iemand verantwoordelijk gehouden wordt voor het lot van een kwetsbare ander. De Lange blijft bij de eerste betekenis om het perspectief op autonomie te houden. Iemand op verantwoordelijkheid aanspreken betekent erkenning van diens waardigheid in de gerichtheid op herstel van de autonomie van die persoon. Waardigheid berust niet alleen op gedeelde behoeftigheid, maar ook op gedeelde zelfwaardering. Ook bij fictieve hoop op herstel van een *homme capable*-zijn, blijft er bij goede zorg een beroep op de wil tot gezondheid. Hopeloosheid is in de zorg een ondenkbare horizon. Op deze wijze is de zorgrelatie een verantwoordelijkheidsrelatie waarin beide partijen voor eigen rekening willen leven. Wie verantwoordelijkheid neemt moet rekenschap afleggen aan derden. De professional moet extern (instelling, overheid) rekenschap afleggen en binnen de beroepsgroep en de zorgontvanger moet dat als patiënt met rechten en plichten. De zorgbetrekking slaagt als beide partijen hun verantwoordelijkheid nemen, zegt De Lange en hij voegt eraan toe dat de werkelijkheid vaak anders is.

Het lijkt erop dat De Lange voorkeur geeft aan een liberale burgerschapsvisie door zorgen te duiden in met name termen van een moreel-juridische verantwoordelijkheid van burgers met en voor elkaar. Een rechtendiscours derhalve. De professional, een burger in een openbare professie, en de patiënt-burger/cliënt/***socius***, hebben een contractuele verhouding waarin rechten en plichten geregeld zijn. Instituties zijn anonieme verdeelmachines van rechten en plichten zonder aanzien des persoons vanuit de eis van gelijke behandeling waarop het rechtvaardigheidsbeginsel rust Verwijzend naar Løgstrup stelt De Lange dat alleen zo (geïnstitutionaliseerd in het recht, vanuit gelijkheid) utilistisch de ontplooiing van zoveel mogelijk individuen gegarandeerd kan worden. Voor de zorg geldt dat dit altijd en onontkoombaar (in de mix van compassie, rechtvaardigheid en redelijk-

heid), tekort schiet in de zorgbetrekking. Andere zorgethici benadrukken eveneens het belang van een rechtendiscours bij zorgen maar evenzeer de andere moraliteit in de humaniseringgrond van institutioneel zorgen. Daar zegt De Lange niets over.
In de vier discoursen gebruikt hij verschillende aanduidingen voor 'de patiënt'. Om zijn diverse posities te schetsen is dat wellicht verhelderend. Ik zou er wel voor pleiten om de aanduiding 'patiënt' overal te handhaven.

5.3 INTERVAL VAN VERTROUWEN EN **FLOW OF GOODNESS**

De vier discoursen hebben elk hun eigen rationaliteiten, kenmerkend voor de tijd waarin we leven. De Lange ziet ethische eenheid, onderlinge verbinding in relationaliteit.[34] Deze relationaliteit als verbindende fundering is niet vanzelfsprekend. Zorg kan op allerlei manieren in de ethiek worden geënt. Levinas begint bij het (transcendente) morele appèl van een noodlijdende ander. Nel Noddings (filosofe, feministe, onderwijskundige) ziet de oorsprong van de zorg daarentegen bij (persoonlijke eigenschappen van) de zorgverlener. De relatie, zoals De Lange het interpreteert, bevindt zich tússen zorgvrager (bij Levinas) en zorggever (bij Nodding) in. Hij wil hiermee de interdependentie van mensen, het in elkaars handen liggen, breder dan in een één-op-één relatie benadrukken. Relationaliteit houdt bijeen wat soms los dreigt te raken: het elementaire begin van waaruit iemand zich om een ander bekommert en de sociale praktijk van de zorg. Waar mensen met elkaar in relatie staan, hoe (in)formeel of (a)symmetrisch ook, is de kern van de zorgbetrekking 'vertrouwen'.
In 5.3.1 wordt 'vertrouwen' toegelicht vanuit het werk van filosoof en theoloog Knud Løgstrup dat De Lange daartoe benut. Als de harde kern van de zorgrelatie (de interval van) vertrouwen is, waar ligt dan de oorsprong van het goeddoen van de ander waarop vertrouwen anticipeert? Die vraag wordt in 5.3.2 uitgewerkt.

34 F. de Lange, 2011, p. 56,57 en p. 117 noot 20.

5.3.1 Interval van vertrouwen

Logstrup, die in de fenomenologische traditie staat, stelt vast dat mensen onmiskenbaar sociale wezens zijn; voor allen geldt dat hun lot, minstens te dele, in andermans hand ligt. Dat gegeven vormt het uitgangspunt voor zijn ethiek die voortbouwt op fenomenologisch beschrijven en duiden. Fenomenologie kritiseert natuurwetenschappelijk reductionisme dat waarnemingen herleidt tot empirisch controleerbare feiten of wil onderwerpen aan logische, rationele denkstructuren. Fenomenologie beschrijft (verstaan als niet denkend construeren) de dingen (fenomenen) zoals ze aan ons verschijnen. Een volgende stap na dergelijk waarnemen is de fenomenologische betekenis (proberen te) beschrijven. Via het waarnemen, anticiperend vertrouwen en de ethische eis bespreekt De Lange 'de interval van vertrouwen'.

5.3.1.1 Fenomenologie van de morele ervaring

Het is een prebewuste ervaring dat mensen fundamenteel op elkaar aangewezen zijn. Maar wat is de fenomenologische betekenis hiervan? Wat gebeurt er in een ontmoeting, een dialoog? Het is een uitwisseling met intervallen waarna steeds (verhoopt, verwacht) beantwoord wordt aan de intentie van wat daarvoor is gezegd. Die interval, het ingehouden moment van verwachten, noemt De Lange 'de interval van vertrouwen'.
Løgstrup beschrijft als fenomenoloog een dialoog vooral in termen van tempo, ritmiek en lichaams-'taal' en minder op inhoud. Een tweegesprek lijkt op een dans of een muziekstuk, waarin mensen opgaan, meegesleept worden en in gemeenschappelijkheid en wederkerigheid zich openen. Het is ook risicovol. Op verschillende manieren kan de dialoog misgaan: in plaats van reactie is er stilte, in plaats van meeslependheid komt er verwijdering. Bovendien is wie zich voor een ander opent kwetsbaar.

5.3.1.2 Uitleverend vertrouwen

In elk gesprek worden de genoemde risico's genomen, maar ondanks die onzekerheid is er het primaire vertrouwen dat de ander geen kwaad zal doen. Die verwachting is '*einem Sichhervorwagen auf ein Entgegenkommen*'.[35] Dit basale vertrouwen in anderen vormt het morele gebinte, de zijnsstructuur van ons bestaan, volgens Løgstrup. Als vanzelfsprekend basisvertrouwen is het zichtbaar in hoe een kind verwachtingsvol de wereld tegemoet treedt met een drievoudig geloof: 'de wereld is welwillend', 'de wereld heeft betekenis' en 'ik ben van waarde'. We 'beheren' of 'beheersen' het vertrouwen niet. Ánderen kunnen dit vertrouwen maken en breken, zeker in relaties van machtsongelijkheid. Wantrouwen ontstaat wanneer dit fundamenteel gegevene beschaamd wordt.

35 F. de Lange, 2011, p. 64.

5.3.1.3 Ethische eis

In de fenomenologische waarneming zijn tot dusver de stappen 'verwachten', 'openen', 'vertrouwen' benoemd maar in het op-elkaar-aangewezen-zijn, ligt nog een betekenis verborgen die voor Løgstrup, ethisch gezien, het belangrijkst is. In en met het aanspreken wordt iets geëist; hij noemt dat 'de ethische eis'.[36]

36 F. de Lange, 2011, p. 68.

De term 'ethische eis' schept enige verwarring. Løgstrup gebruikt deze term voor de spontane, onbewuste (premorele) vervulling van de verwachting terwijl dezelfde term zich als eis meldt zodra niet beantwoord wordt aan de verwachting van de ander om hem goed te doen.

De Lange merkt op dat fenomenologen geen probleem zien in de overgang van '*is*' naar '*ought*', de '*naturalistic fallacy*'. Moderne kritiek dat feit en norm ontoelaatbaar vermengd worden, pareert Løgstrup met kritiek op het naturalistische, gereduceerde 'feit' dat al op voorhand gezuiverd is van alle ethiek. Wat in de natuurwetenschappelijke benadering 'feit' genoemd wordt, is een geabstraheerde reductie van de veelgelaagde (ook morele) dynamiek van de ontmoeting.

In de waarneming dat mensen van elkaar afhankelijk zijn, schuilt tevens de (ethische) eis om het anticiperende vertrouwen, waarmee de ander zich kwetsbaar opent, niet te beschamen. Løgstrup ent de ethiek in de dynamische ontologische structuur van de relatie. De ethische eis om góed te doen, komt niet uit de hoogte maar uit de ontmoeting. Hiermee ligt het fundament van zorg niet in 'mijn' sympathie of mededogen, noch in een moreel gebod of een zedenwet. Zorg ontspringt gedachteloos (premoreel) aan het moment van gesteld vertrouwen. Als het goed is, wordt ónbewust (spontaan) aan de ethische eis voldaan. Het geweten of de moraal komt pas in beeld als aan dat vertrouwen niet beantwoord is en de ethische eis zich meldt als geconstrueerde moraal. In theologische taal:

> 'In de soevereine bestaansexpressie heerst de vrijheid van de goede schepping, in de gebodervaring beseffen we dat we in een zondige wereld leven'. Het is niet altijd 'goed' en dat noodzaakt tot een geconstrueerde moraal, maar dat blijft surrogaat voor het échte.[37]

37 F. de Lange, 2011, p. 80.

Het natuurlijke goede van mensen staat voorop. Kritische vragen hierbij, bijvoorbeeld van Tronto, hoe het komt dat aan zo ongeveer de helft van de mensheid (***male***) deze ethische eis (zowel premoreel als geconstrueerd moreel) nogal eens voorbijgaat en de andere helft (***female***) er al dan niet vrijwillig gehoor aan geeft, worden door De Lange niet opgeworpen. Het is misschien niet toevallig dat juist de Samaritaan (kwetsbare positie) 'raakbaar' is en het gevestigde religieuze tweetal dat voorbijgaat níet. Hoe kijkt De Lange naar posities, dominantie en macht?

5.3.2 De **flow of goodness**

De gedachteloze reactie om de ander goed te doen gaat aan mensen vóóraf; mensen zijn 'van nature' op goede zorg gebouwd. Vertrouwen en liefhebben zijn natuurlijke realiteiten. In deze subparagraaf wordt Løgstrup's 'soevereine bestaansexpressie'

beschreven evenals het vanzelfsprekende van goed zorgen. 'Zorgen' plaatst De Lange in de context van 'ontvangen hebben' en dat wat gedaan moet worden is gevat in het gebod van de naastenliefde.

5.3.2.1 Soevereine bestaansexpressie

Bij Løgstrup is van belang dat de toewending naar de naaste en de wereld en niet het naar binnen keren op zoek naar het ware zelf, de wijze is waarop een mens 'zich-zelf' wordt en het leven, ook in religieuze zin, vervult. Niet reflectie en verinnerlijking, dénken over persoonsvorming, jezelf worden of je tot-jezelf-verhouden, zorgt dat een mens méns wordt maar naar buiten gerichte overgave aan het soevereine leven. Souverein wil zeggen: voorafgaand aan denken of willen. Wie zorgt laat zich meeslepen in een *flow of goodness* is volledig gericht op het goede voor de ander. Løgstrup is sterk beïnvloed door de levensfilosofie van Friedrich Nietzsche en Henri Bergson, waarin de nadruk ligt op het creatieve en dynamische van het leven zelf wat niet te vatten is in wetenschappelijke en rationele begrippen. Volgens De Lange, wordt daarmee soevereine zelfexpressie niet amoreel blind stromend leven; een risicovol vitalisme.

Meegesleept worden betekent niet zelfontkenning maar juist vreugdevolle zelfexpressie. De ethische eis is geen indringer van buitenaf maar een gebod, een appèl, dat ervaren wordt in interactie van mensen. Vertrouwen, openheid, verontwaardiging, compassie, hoop; het zijn soevereine bestaansexpressies die niet in of uit onszelf voortkomen maar spontaan, soeverein ons óverkomen en meeslepen. Het is tegennatuurlijk om je als mens niet over te geven aan die vanzelfsprekendheid, die *flow*-ervaring. Soevereine bestaansexpressies zijn uitdrukkingen van het goede maar vanwege hun onvoorwaardelijkheid en compromisloosheid niet geschikt om structuur en orde aan te brengen in de samenleving. Daarvoor moet een vertaalslag gemaakt worden naar ethische concepten.

Løgstrups wijsgerige ethiek is amper gerelateerd aan metafysica. Hij wil geen openbaringskennis of metafysische overwegingen inbrengen in zijn filosofisch denken, maar zo dicht mogelijk bij de elementaire ervaring blijven van wat in de relatie tussen mensen gebeurt. Tegelijkertijd ligt 'het gebod' heel dicht bij die menselijke ervaring. Zoals De Lange illustreert met een bekende Bijbeltekst; Deut. 30: 11-16. De strekking van deze tekst is dat de geboden van God nabij, doenlijk, te volbrengen en leven- en vreugdescheppend zijn.

De Lange gaat niet in op de onderliggende voortdurende spanning van 'haalbaarheid' van het gebod (en daarmee verbonden (samen)leven) en de realiteit van er vaak géén gehoor aan geven en daarmee verbonden 'doodsmachten' die (samen)leven ontwrichten.

Hij constateert dat er een *match* is 'tussen onze ethiek en de zijnsstructuur van het bestaan die op het goede is aangelegd'.[38] Heeft Løgstrup te weinig oog voor kwaadaardige tegenspraak die zich veelvuldig voordoet? Feitelijke kennis heft de ethische eis niet op, licht De Lange toe. Het ís nu eenmaal zo dat de ander zijn leven (deels) in mijn handen legt. De theoretische tegenspraak tussen de ervaring van de soevereine zelfexpressie (uit op het goede van de ander) en de feitelijke macht van zelfzucht (uit op het eigen belang) laat Løgstrup naast elkaar staan als uitdrukking van het voortdurend aanwezige ethische conflict.

38 F. de Lange, 2011, p. 73.

De vraag blijft of bij het fenomeen van het 'vanzelfsprekend goede' voor de ander niet ook het fenomeen van het 'vanzelfsprekend kwade' waarneembaar is. Is het voldoende om het kwaad te bespreken in het verlengde van het goede? Blijft de genoemde spanning van het ethisch conflict dan voldoende staan? Hoe die ***match*** tussen ethiek en ontologie van het bestaan gefrustreerd kan worden in het hedendaagse zorgen door organisatiestructuren, dominante organisatiemoraal, systemische- en technische druk ***et cetera*** benoemt De Lange niet. Hij gaat alleen in op kwaadaardigheid die in zorgverleners kan schuilen. Maar ook 'structuren' kunnen vormen van kwaadaardig-

heid herbergen (zoals hij bij de Grote Instituties wel waarneemt). De Lange volgt Løgstrup in het spanningsvol bijeenhouden van onbaatzuchtigheid en zelfzucht. Een meer fundamentele vraag in de gezondheidszorg is de vraag in hoeverre het instituut nog beantwoordt aan de morele grondslag van menslievend zorgen voor mensen die niet (meer) in staat zijn voor zichzelf te zorgen (als georganiseerde samenlevingsopgave). De feitelijke stand van zaken van het instituut gezondheidszorg in Nederland toont systemische dominantie en versplintering van de eigen morele grondslag. Met andere woorden: maakt De Lange zich druk over de meest prangende kwesties binnen de zorg of stelt hij minder wezenlijke thematieken (vanzelfsprekende goedheid versus kwaadwilligheid in de zorgbetrekking) aan de orde, voorbijgaand aan groter 'kwaad'.

5.3.2.2 Vanzelfsprekend goed zorgen

Zorg voor medemensen kan als een plicht worden opgevat, een ethisch gebod, of voortkomend uit het geweten. Løgstrup's insteek bij vertrouwen en de vanzelfsprekende beaming ervan spreekt De Lange aan omdat hij in de zorgbetrekking zijn uitgangspunt wil nemen bij goede, gelukte zorg als spontane toewijding en niet bij verplichting of falende zorg. Veel zorg gaat 'gewoon' goed. Bij gelukte zorg is er die *flow of goodness* (door een team ervaren) waarbij goeddoen en gelukkig zijn samengaan zoals het Griekse *euprattein* uitdrukt. De Lange verwijst naar een Zweeds onderzoek in de jaren '90 onder verpleegkundigen in de palliatieve zorg waarbij de focus gericht was op gelúkte zorg, geanalyseerd vanuit kernbegrippen uit Løgstrups ethiek met als kernbegrippen ethische eis, soevereine bestaansexpressie, interdependentie en macht.[39] De belangrijke bevindingen zijn:

1 Het vanzelfsprekende van de ervaring van goede, gelukte zorg, afgestemd op het welzijn van de patiënt, waarbij weinig of niet nagedacht wordt over 'het ethische' van zorgen.
2 Onopvallend aanwezig in de verhalen van de verpleegkundigen -maar wezenlijk- zijn de ervaringen van interdependentie en macht; het besef dat een mensenleven in andermans handen ligt en dat die handen zowel gewelddadig als liefdevol kunnen zijn.

39 F. de Lange, 2011, p. 74.

Impliciet wordt aan ethiek gedaan zonder daar bij stil te staan, stelt De Lange. Onberedeneerd vertrouwen over en weer ligt ten grondslag aan hun werk.
Met een vergelijking die De Lange maakt tussen Levinas, bij wie ethiek heteronoom is, ontspringt aan de a/Ander en Løgstrup bij wie het appèl immanent is en ontologisch, wordt het gewone en natuurlijke van de ethische eis nogmaals verhelderd. Wijsgerig-ethisch gesproken staat hier de *devine-command*-theorie tegenover natuurrecht. Theologisch gesproken is het gebod bij Levinas in God gelegen en bij Løgstrup in de goede schepping.[40] De Lange kiest overtuigd voor de laatste (dat wil zeggen: natuurrecht, respectievelijk schepping). Pas als het goede, gelukte en gelukkig-makende gezien en benoemd is als het gewóne, kan gesproken worden over wat niet-lukt, tekortschiet en frustreert in de zorg.

40 F. de Lange, 2011, p. 79.

5.3.2.3 Do quia mihi datum est

Het vanzelfsprekende, gewone en vreugdevolle van goed zorgen, staat in de context van *do quia mihi datum est*: 'Ik geef omdat aan mij gegeven is'. Het leven is een geschenk, zegt Løgstrup; een geloofswaarheid die door niet-gelovigen tegengesproken kan worden. Onomstreden is dat niemand zichzelf in leven heeft geroepen en evenmin schepper is van het goede dat al aan ons voorafgaat. Dit besef kan leiden tot het loslaten van beheersing van het leven en zich overgeven aan overvloed, of -theologisch gesproken- aan genade.
De Lange citeert de theoloog en ethicus Trutz Rendtorff die stelt dat zelfsturing van het leven begint bij het aanvaarden van het leven als gegeven.[41] Een ethiek kan niet beginnen met verantwoordelijkheid, autonomie, zelfbeschikking; dat komt allemaal

41 F. de Lange, 2011, p. 82.

later als het gegeven leven geleefd wordt. Het leven moet beaamd worden en 'eigen' gemaakt; een levenslange opgave. In crisissituaties (die zich in de zorg veelvuldig voordoen) dient dat eigen-maken zich verscherpt en opnieuw aan, zegt De Lange, verwijzend naar de Bijbelse figuur Job die zijn geboortedag, zijn leven, vervloekt in alle misère die hij ondergaat. Het leven wordt vaak helemaal niet als een 'geschenk' ervaren en de ander doet zich ook niet altijd als 'geschenk' voor. Levenskracht verliezen door ziekte of andere noodlottigheid doorkruist de geschenkervaring. Maar het beamen van het leven-als-geschenk wordt het meest dwarsgezeten door de illusie dat mensen zelf oorsprong, schepper zijn van hun leven en dat de zin van het leven zelfexpansie is. De Lange vergelijkt de geschenkervaring (voor wie de gelovige optiek niet meemaakt) met de ervaring van gegevenheid van liefde tussen twee mensen. Het vanzelfsprekende, onverdiende liefdegeschenk gaat vooraf aan reflectie. Daar is het geluk van de ander geen middel voor eigen doelen, maar één geheel met eigen vreugde en geluk. De (eenzijdige) ethische eis én de natuurlijke liefde, delen volgens Løgstrup dezelfde spirituele bestaanservaring.

5.3.2.4 Het gebod van de naastenliefde

Løgstrup formuleert een algemene ethiek van naastenliefde in slechts één (Bijbels) gebod: 'Heb je naaste lief als jezelf'.[42] De ethische basisstructuur is: onvoorwaardelijke toewijding aan de ander. Dit gebod moet 'vervoegd' worden, zegt De Lange, in verschillende levensdomeinen en voor de specifieke verantwoordelijkheden daarbinnen.

42 F. de Lange, 2011, p. 84.

Uit De Lange's beschrijving van Løgstrup's gebod van de naastenliefde wordt niet duidelijk of het gebod in de private sfeer geldt en vervolgens breder wordt toegepast of van meet af aan voor het onderling samenleven op maatschappelijk niveau wordt verondersteld. Gezien het 'vervoegen' van het gebod in de verschillende domeinen met specifieke verantwoordelijkheden lijkt het laatste het geval. De Lange gaat het in elk geval naar de zorgsector 'vervoegen'.

De pragmatiek van de zorg onderscheidt soorten handelingen vanuit die ene ethiek die niet tegen elkaar uitgespeeld moeten worden wat in de praktijk wel vaak gebeurt, stelt hij. Zoals bijvoorbeeld: systeem tegen leefwereld, management tegen compassie of vakkundigheid van de professional tegen ontferming.[43]

43 F. de Lange, 2011, p. 85. Zie ook p. 99.

Tegen elkaar uitspelen is niet zinvol maar de tegenstrijdigheden (en dominantie van het één over het ander) moeten wel degelijk gespreksthema zijn.

Het gebod van de naastenliefde is essentieel in de Joods-christelijke traditie maar dat is geen exclusiviteit van deze traditie; de natuur leert het eveneens, stelt De Lange.

Wanneer het (aangepaste) gebod benoemd wordt als centraal gebod in de geloofstraditie heeft dit wel toelichting nodig. Niet onbelangrijk is in de Joods-christelijke traditie omtrent het gebod van naastenliefde, is het door Løgstrup en De Lange weggelaten eerste deel van het gebod dat de Godsliefde betreft. Om het gebod toegankelijk(er) te maken voor niet-gelovigen kunnen er goede redenen zijn het zó te verwoorden. Het is geen 'exclusief gebod'.

Van belang is dat, vergeleken met het antieke ethos, de Joods-christelijke traditie het accent verlegt van rechtvaardigheid naar naastenliefde, stelt De Lange. Dat betekent een verlegging van waar de ander 'recht' op heeft naar wat hij 'nodig' heeft. De naaste, *plesion*, is in de Bijbelse geschriften aanvankelijk de nabije mens -familie of volksgenoot- maar later ook de onbekende of zelfs de vijand aan wie liefde betoond moet worden als hij in nood is.

Løgstrup interpreteert het liefhebben 'als jezelf' als een beroep op verbeeldingskracht, als een inlevings-eis, gebaseerd op de Gulden Regel. De Gulden Regel luidt: behandel anderen zoals je zou willen dat ze jou behandelen. De Lange omschrijft de inlevingseis vanuit de twee posities van de relatie. Enerzijds als een voorstellen hoe we zelf door anderen behandeld zouden willen worden (ik-perspectief). Ander-

zijds, daarmee samenhangend, door (al is het beperkt mogelijk) in te denken wat de ander vanuit diens positie van ons verlangt, respectievelijk nodig heeft (de anderperspectief). Hij geeft twee (met elkaar verbonden) richtingen van antwoorden op de ik-perspectief vraag 'Waarmee doet de ander mij goed?' Het eerste antwoord is van Ricoeur; de ander doet mij goed als hij mij helpt mijzelf zo te ontplooien dat ik uiteindelijk als *homme capable* kan leven. Het tweede antwoord komt van schrijver en filosoof Alain de Botton: ten diepste willen we dat anderen ons onbegrensd liefhebben. De Botton zegt dat het leven van een volwassene door twee grote liefdesverhalen bepaald wordt. Het eerste gaat over de zoektocht naar lichamelijke liefde, het tweede over het zoeken naar liefde in de wereld; het gezien, gehoord, gewaardeerd, gekoesterd, gestreeld willen worden. De Botton duidt dit tweede zoeken als 'geheimer' en 'beschamender'.

De Lange lijkt dat 'beschamende' te duiden vanuit menselijke afhankelijkheid van anderen. Hij werkt 'schaamte' inhoudelijk echter niet uit. Hij focust bij de vraag 'waarmee doet de ander mij goed?' op het antwoord van Ricoeur terwijl ik het accent zou willen leggen op de diep menselijke behoefte om geliefd te zijn en daarin fundamenteel kwetsbaar. Hij lijkt het liefdegebod te richten op bijstaan in 'capabel-maken'.

In dit fundamenteel op elkaar aangewezen zijn, hebben mensen macht, daarom komt Løgstrup tot een herformulering van het gebod:

> 'Je zult de macht die je door de interdependentie is verleend over de andere mens, tot zijn welzijn gebruiken'.[44]

Hoe De Lange 'welzijn' duidt in de zorg wordt niet geheel duidelijk. Elders benadrukt hij dat het in zorgethiek niet gaat om bevorderen van (onder meer) 'welzijn' maar om iets dat 'dieper' ligt; het aangetaste vermogen om de persoon te zijn die men wil zijn.[45]

44 F. de Lange, 2011, p. 89.

45 F. de Lange, 2011, p. 20,21

5.3.3 Grenzen aan de inhoud van 'het goede' voor de ander

5.3.3.1 'Het goede' voor de ander

Løgstrup wil wat goed is voor de ander openhouden. Dienstbaarheid bestaat in de ander bijstaan en zijn wereld 'ruim' maken en houden en daarin 'koninklijk leven'.[46] De zorgbetrekking, zegt De Lange, is de ruimte om te ontdekken wat goed is voor de ander en voor onszelf. Daarbij is een innerlijke grens; uiteindelijk weten we niet wat goed is voor de ander, noch voor onszelf.[47] Het goede voor de ander eenvoudigweg gelijk stellen aan 'wat de ander wil' is te simpel evenals 'het goede doen' gelijkstellen aan 'zelfbeschikking honoreren'. Het gezamenlijk zoeken in de zorgbetrekking naar 'het goede' is zoeken naar dat wat voor de ander betekenis heeft, zijn waarden, zijn levensoriëntatie en wat in een situatie van ziekte en lijden, verdrukt en ontredderd raakt. Op de manier van 'zelfbeschikking' een beroep doen op eigen meesterschap kan zelfs een vorm van vermijden van verantwoordelijkheid voor de ander inhouden. Het luistert dus zeer nauw als De Lange geherinterpreteerde autonomie in de zorgbetrekking als uitgangspunt en horizon neemt. Voor de ethische eis geldt dat deze een open horizon heeft vanwege het niet-weten hoe het goede in levensgeschiedenissen een weg vindt. De vervulling van de ethische eis is -theologisch gesproken- eschatologisch, zegt De Lange, verwijzend naar (een deel van) de Mattheus-tekst dat bekend staat als 'de werken van barmhartigheid'.[48] Ónwetend blijkt in deze gelijkenis het goede gedaan. Deze eschatologische horizon relativeert het (zo vaak geconstateerde) tekortschieten in zorgpraktijken. Het goede dat door mensen vanzelfsprekend en onbewust gedaan wordt, vergt ook een sober autonomie-begrip, zegt De Lange, waarbij de eschatologische horizon open is.

46 F. de Lange, 2011, p. 92.

47 Een 'uiterlijke grens' die gegeven is met georganiseerde zorg komt in 5.3.3.2. ter sprake.

48 F. de Lange, 2011, p. 92,93. Mattheus 25: 35-45.

De Lange gaat niet in op de specifieke duiding van 'de ander' in de gelijkenis; 'de onaanzienlijke' en evenmin op de behoeftige context van deze andere(n). Theologisch gezien is de Christus-verborgenheid in 'de allerminste van mijn broeders' essentieel (epifanie-karakter). Daar ligt ook een verbinding met de Barmhartige Samaritaantekst. Bij het duiden van hedendaagse '***winners***' en '***losers***' kan dat relevant zijn en krijgen beide teksten een bredere en kritische betekenis (met name geloofs-praxis-kritiek met een politieke lading) dan enkel binnen de zorgrelatie. Opnieuw benoemt De Lange niet de thematiek van het niet-barmhartigheid betonen wat ook 'onwetend' geschiedt en waarover veroordelend gesproken wordt. Dat stelt echter 'tekortschieten' spanningsvol in een ander licht.

5.3.3.2 De onmogelijkheid van de radicale ethische eis

In de praktijk van het georganiseerde zorgen zijn er grenzen van verschillende aard aan het kunnen voldoen aan de radicale ethische eis om de ander goed te doen. In de ethiek moet gedeald worden met de onmogelijke radicaliteit van de ethische eis versus de realiteit. Conventies -'een verzamelbegrip voor het stelsel van sociale betrekkingen in recht, moraal en gewoonte'-[49] bemiddelen daarbij als derde instantie: ze hebben een vormgevende én een afstand scheppende rol. In de zorg zijn beide functies zichtbaar in het kanaliseren van vertrouwen waarbij de spontaniteit beperkt wordt en in het neutraliseren van wantrouwen dat afschermt tegen onverschilligheid en kwaad. Het functioneren van zorginstellingen in het publieke domein, berust op wat De Lange noemt 'georganiseerd vertrouwen'.[50] Een sociaal stelsel dat doortrokken is van dergelijke normativiteit genereert in de praktijk ook vertrouwen (betrouwbaarheid wordt een deugd).[51] 'Gegeneraliseerde wederkerigheid' noemt de Amerikaanse politicoloog Robert Putnam dit. Als 'conventionele wederkerigheid' duidt De Lange het voor de zorgbetrekking. Een burger (hulpvrager) doet een beroep op een hulpverlener en verwacht de hulp waar hij 'recht' op heeft (symmetrie). De professional heeft een beroepsmatige verplichting tot helpen. Waar aan vertrouwen op die plicht tegemoet gekomen wordt, 'slaapt het recht', zegt De Lange.
Maar er is ook een type wederkerigheid dat op wantrouwen is gebaseerd en zich voordoet in het zuivere vrije marktprincipe. Dat betreft een anonieme ruilwederkerigheid, een *do ut des*- principe waarbij vertrouwen hinderlijk is (en geminimaliseerd moet worden) omdat contracten (bij voorkeur onpersoonlijk) met iedereen aangegaan moeten kunnen worden, ook met ónbetrouwbaren. Bij de zuivere markt staat binding (vertrouwen, relatie) tegenover concurrentie en publiek belang tegenover privaat belang. De Lange wijst erop dat het vrije markt beginsel dat de economie stuurt, ook de zorg is binnengedrongen als regulerend principe.[52]

In het woord 'gedrongen' klinkt impliciete kritiek die De Lange niet expliciet uitwerkt op eventuele gevolgen voor de zorginhoud. Dergelijke eventuele gevolgen kunnen hooguit afgeleid worden uit zijn opmerking over 'concurrentie' en 'privaat belang', het benoemde, onderliggende dominante wantrouwen en verdringen van de ethische verwachting vanuit vertrouwen. Hij gaat hiermee ook voorbij aan hedendaagse marktgestuurde zorgconcepten die inzetten op 'de relatie' en 'vertrouwen'.

Op een bepaalde manier is *do ut des* ook in de zorgbetrekking aan de orde; de cliënt betaalt voor de zorg en wil 'waar' voor zijn geld. Het juridisch geclausuleerde zorgcontract wordt soms als wezensvreemd aan zorgen weggezet.[53] Vanuit de wereld van het vakkundig- en institutionele handelen oordeelt De Lange:

> 'Hoofd wordt tegenover hart geplaatst, het contract tegenover de ontferming, geld en macht worden uitgespeeld tegenover echte zorg voor mensen'.[54]

Beter acht hij het om in *do ut des* de ethische eis in verdunde vorm te (h)erkennen als onontkoombaar in een institutionele context. Daarvoor moet particuliere passie in een algemeen idee of principe worden samengevoegd, zoals het ethisch idee 'gelijkheid' waarop het rechtvaardigheidsbeginsel rust. In de zorgrelatie doet zich een

49 F. de Lange, 2011, p. 95.

50 F. de Lange, 2011, p. 97.

51 F. de Lange, 2011, p. 97.

52 F. de Lange, 2011, p. 98.

53 Stelt De Lange, verwijzend naar Harry Kunneman.

54 F. de Lange, 2011, p. 99.

mix van compassie, rechtvaardigheid en redelijkheid voor die altijd een ethisch tekort inhoudt. Bij georganiseerde zorg is de institutie de anonieme verdeler van zorg; een derde instantie die zakelijk ordent. Het is onmogelijk om een zorginstelling louter op 'ethiek' te bouwen, zegt De Lange; er is een duidelijk zakelijke kant aan zorgen, die niet noodzakelijk haaks op 'zorgen' staat. De richting van wie verantwoording aan wie moet afleggen moet wel helder zijn: het stelsel (financieel, organisatorisch) moet verantwoording afleggen over hoe het bijdraagt aan goede zorg en niet andersom.[55] Een wrikkende verhouding tussen ethische eis en realiteit moet in die spanning samengehouden worden, vindt Løgstrup, wat De Lange beaamt.

55 F. de Lange, 2011, p. 101.

De Lange gaat weinig in op feitelijke dominantie in zorginstellingen van 'het zakelijke' en 'bedrijfsmatige' al dan niet in juridische contracten en alle gevolgen van dien voor professionals en patiënten/bewoners. De zakelijkheid en het bedrijfsmatige aspect van zorgen, waarbij Van Heijst 'dienstbaarheid' aan de (morele) doelstelling van het hele 'bedrijf' bepleit, lijkt bij hem een neutraal en onontkoombaar gegeven dat alleen op het terrein van kwaliteit- en veiligheidverantwoording kritisch bezien moet worden.

5.3.3.3 Morele grens

Behalve het instituut als substituut en *second best* van de radicaliteit van de ethische eis is er nog een andere grens bij het eraan kunnen voldoen. De zorgverlener kent drie morele grenzen.

1 Uiteindelijk is de inhoud van het goede voor de ander onbekend. Dat maakt onzeker, maar tegelijk geeft het niet-weten ook lucht in de zorg.
2 De zorg schiet tekort omdat in de zorg de autonomie van de ander te weinig vooropstaat (de zorgverlener is meer met zichzelf bezig).
3 De ander kan zich onttrekken aan het goede; de zorg breekt af.

Eigen geldingsdrang en zelfontplooiings-wens ten koste van anderen, gebrek aan empathie en verbeeldingskracht, donkere kanten in de eigen ziel zoals onverschilligheid of gewelddadigheid, wilszwakte (en daardoor nalaten wat nodig is) of juist bemoeizucht of obsessieve expressies, het leidt allemaal tot De Lange's conclusie dat we in de zorg schuldig staan.[56] Løgstrup noemt als voorbeelden van obsessieve expressie jaloezie en het gevoel tekort gedaan te worden. Het staat als andersoortige expressie tegenover soevereine zelfexpressie. Beter dan juridische aansprakelijkheidsescapes acht hij een ethiek van schuld bekennen, vergeven, verzoenen en waar mogelijk herstellen. De vergeldingsroute leidt tot angst en heimelijkheid, morele verzwakking, zorgverlamming, vluchtgedrag in vaktechniek en dus schuld omdat 'het goede' niet geschiedt. Daarnaast zijn er voor zorgverleners grenzen van niet-morele aard zoals oververmoeidheid, overbelasting, bureaucratie en verkokerde zorg, waar De Lange verder weinig op in gaat.

56 F. de Lange, 2011, p. 106,107.

Als laatste grens bij zorgverlenen noemt hij 'het tragische'. Tragiek die kan samenhangen met de ander die behalve naaste ook cliënt is in de formele, symmetrische dimensie van de zorgbetrekking. Het staat een cliënt vrij de zorgrelatie van wederkerige verantwoordelijkheid te verbreken om welke reden dan ook.

Bij 'het tragische' ontbreekt opvallend genoeg het onverhelpbare en de onverbiddelijke grens van de eindigheid van het leven.

Verantwoordelijkheidsethiek en compassie-ethiek horen ongedeeld bijeen in de zorg, stelt De Lange. De handen van de zorgverlener 'behandelen' de ander drie keer anders. Ze ontvangen de zorgbehoeftige (bekommernis), ze interveniëren vakkundig (professie) en leiden naar zelfstandigheid en loslaten (pedagogiek). Maar uiteindelijk staat een zorgverlener onvermogend omdat een zorgontvanger zélf verantwoordelijk is voor zijn leven en dat kan niemand overnemen.

5.4 AUTHENTICITEIT IN DE ZORGBETREKKING

De Lange gebruikt het concept 'authenticiteit' vrijwel niet. Hij spreekt wel over 'vormgeven aan uniciteit', 'uniek-zijn' of 'zichzelf-zijn', 'persoon-zijn', 'identiteit', 'het individu', of 'het laatmoderne zelf'. Kernbegrip in zijn zorgethisch perspectief is autonomie waarin hij zelfbeschikking, kwetsbaarheid en relationaliteit samenbrengt. Authenticiteit, authentiek mens-zijn, interpreteer ik in het verlengde van zijn autonomiebegrip. Autonomie is dan het in-vrijheid- stellen om een echt, authentiek mens te zijn (of te worden). 'Vormgeven aan uniciteit' en daarbij 'anderen nodig hebben' om 'uniek' of 'zichzelf' te worden, maakt deel uit van authentiek mens zijn evenals de menselijke conditie van fundamentele kwetsbaarheid. Belangrijk is daarbij dat anders dan in het authenticiteitbegrip uit de Romantiek (esthetisch, creatief, kunstzinnig), De Lange authenticiteit, verstaan als een uniek (zich)zelf worden, niet verbindt met zelfvinding en ontplooiing vanuit het diepste binnenste maar in en door relaties met anderen; van buiten af derhalve. In 'uniciteit' ligt het accent meer op het onderscheiden zijn van anderen als een uniek individu. In eigen woorden omschrijf ik authenticiteit bij De Lange als:

> Authentiek is een mens die zoveel mogelijk voor eigen verantwoordelijkheid kan leven zoals hij dat waardevol vindt, balancerend tussen capabel-zijn én kwetsbaar-zijn, in vanzelfsprekende relationaliteit, waarin en waardoor een mens uniek 'zichzelf' wordt.

In deze paragraaf wordt geïnventariseerd wat authenticiteit in de zorgrelatie vanuit De Lange's perspectief op de zorgverlener inhoudt.
In 5.4.1 worden (zijn geherinterpreteerde) autonomie (en door mij omschreven authenticiteit) vergeleken met modern authenticiteitsverstaan. 5.4.2 gaat over spanbreedte en horizon van autonomie en authenticiteit en 5.4.3 over de vraag 'Hoe wordt een mens 'zichzelf'?

5.4.1 Moderne authenticiteit versus zorgethische authenticiteit

5.4.1.1 Moderne authenticiteit

Vroeger was authentiek leven niets anders dan invoegen in de plek die iemand van geboorte had in een hiërarchisch geordende, godsdienstig gelegitimeerde samenleving. Hiërarchie en godsdienst spelen op die wijze geen rol meer in de huidige samenleving. Voor zorgverleners heeft de omslag van heteronomie (van Grote Instituties met gezag over gedrag) naar autonomie een wisseling veroorzaakt van van buitenaf gemeenschappelijk bepaalde doelen naar van binnenuit bepaalde en gemotiveerde individuele doelen. De moderne zorgverlener is op zichzelf teruggeworpen en werkt vanuit een modern autonomie-verstaan. Individuele doelen van zelfontplooiing en collegialiteit domineren. Voor het reflectieve verwerken van de problematische kanten van zorgen moeten zorgverleners voornamelijk het eigen innerlijk raadplegen. Zowel zorgmotivatie als zorgreflectie zijn privézaken geworden waarvoor men bij zichzelf te rade moet gaan. Bij levensbeschouwelijke- en zingevingvragen geldt eenzelfde zelfredzaamheid. Dit is een nieuwe vorm van 'dwang' -innerlijke discipline- voor het laatmoderne zelf om het leven richting en vorm te geven.
In de discussie tussen voor- en tegenstanders van 'moderne vrijheid' en 'zelfbepalend individualisme' neemt De Lange een tussenpositie in. De winst van de moderne tijd -zelfbeschikking- wil hij vasthouden in zijn geherdefinieerde autonomiebegrip. Onder 'verlies' moeten de volgende noties gerekend worden:

1 Veronachtzaming van levensbeschouwelijke- en zingevings thematiek waarbinnen bijvoorbeeld de gegevenheid van het leven bereflecteerd wordt, of het lijden, of het tekortschieten en falen en 'schuld' evenals het staan in een traditie en specifieke cultuur.
2 Een zwakke of afwezige oriëntatie op de morele inhoud van 'het goede leven'. Moraliteit wordt door critici gewantrouwd; in het diepste innerlijk vinden mensen eigen waarden en waarden van buitenaf of in de werkelijkheid herkend achten zij bevoogdend (of onmogelijk; de werkelijkheid is een neutraal domein).
3 Het veronachtzamen van premorele en prerationele fenomenen in mensenlevens die meeslepen en vreugde schenken (zoals liefde, vertrouwen, compassie) en van de intelligentie van gevoelens en emoties.
4 De veelvoorkomende illusie van maakbaarheid van het leven; een instrumentele, technische, rationele visie op het eigen leven en de werkelijkheid waarin besef van kwetsbaarheid en het tragische ontbreekt.
5 Het ontbreken van besef van interdependentie, het nódig hebben van anderen onder meer om een uniek mens te worden.
6 Het bestempelen van de niet-succesvollen in de zelfredzame samenleving (én diegenen die het voor hen opnemen) tot *losers*.

5.4.1.2 Zorgethisch authenticiteitdoel voor de patiënt volgens De Lange

De Lange ontleent vanuit de filosofische en theologische tradities morele oriëntatie op en inzicht in fundamenten en inhouden van 'het goede'. Ricoeur zet hem op het spoor om autonomie en kwetsbaarheid samen te houden. Vanuit zijn autonomie-begrip verschijnt een authentiek mens als iemand die willend en vermogend daadwerkelijk iets uitricht in de wereld in het besef dat hij fundamenteel kwetsbaar is en afhankelijk van anderen. Dan houdt authenticiteit in: vreugdevol *homme capable*-zijn. Voor een zorgethische visie op het zorgdoel betekent dit: autonomie zoveel mogelijk herstellen, leidt tot (meer) authentiek kunnen leven. Verlies van vitaliteit kan tot een bepaalde grens nog samengehouden worden met *homme capable*-zijn maar er is een ondergrens. De kloof tussen levenswil en feitelijke beperkingen om die wil uit te voeren is dan te groot geworden. Authentiek mens-zijn wordt in die situatie gefrustreerd wat verdriet en leed teweegbrengt. Het is dit lijden aan niet-meer-kunnen dat iemands persoon-zijn, respectievelijk authentiek mens-zijn afbreekt; hij verliest eigenheid (authenticiteit), zijn zelfwaardering brokkelt af en hij is eenzaam.
Autonomie als *capability* zien om authentiek te kunnen leven, staat haaks op het individualistische zelfbeschikkingsideaal, vanwege het relatieve (het is lang niet altijd 'haalbaar') en het relationele (afhankelijk-zijn van anderen).
Het intrinsieke doel van de zorgpraktijk, geïnterpreteerd als 'iemands uniciteit vormgeven', geldt zelfs als het fictie is. Het blijft heilzaam omdat dan het bedreigde unieke zelf bewaard moet worden. De Lange spreekt hierbij over 'eren' als gered wordt wat er te redden valt.

5.4.1.3. Authentieke zorgverlener

Authenticiteit van de zorgverlener heeft te maken met het zich capabel, evenwichtig verhouden tot de complexiteit van werelden en discoursen en de dragende grond hieronder; op vertrouwen gebaseerde relationaliteit. Wie daarentegen de balans verliest tussen compassie, rechtvaardigheid en redelijkheid, door bijvoorbeeld de zorgrelatie voornamelijk in klant-leverancier categorieën te denken, verliest authenticiteit.
De Lange benoemt meermalen het probleem voor laatmoderne mensen -zorgverleners- die op zichzelf, hun eigen innerlijk, teruggeworpen zijn in een tijd waarin de moraal subjectief is geworden en niet van bovenaf gegeven. Met het herkenbare,

van buitenaf komende appèl en de vanzelfsprekende reactie om goed te doen, lijkt hij die subjectiviteit te doorbreken met een menselijk gedeeld basisvertrouwen dat mensen elkaar als het er op aankomt goeddoen. Authenticiteit van de zorgverlener is in dat geval openstaan voor en raakbaar zijn door de ander die hulp behoeft; voor 'de ethische eis'.
Bij het naastenliefdegebod houdt het 'liefhebben als jezelf' het mobiliseren van het voorstellingsvermogen in hoe de zorgverlener zelf door anderen bejegend zou willen worden. Dat stelt in staat om te weten wat de ander vanuit zijn perspectief vraagt. Een aspect van authentiek zorgverlenen is daarin eigenbelang opzij zetten en verbeeldingskracht hebben. Het gebod (de ethische eis) is daarmee een inlevingseis en onmogelijk radicaal omdat niemand zichzelf zo kan vergeten dat hij in staat is de situatie van ander volledig te begrijpen.
Een authentiek zorgverlener weet ook evenwicht te vinden in 'zwak paternalisme', geringe drang en zo groot mogelijke vrijheid voor de zorgontvanger. Hier wordt autonomie van de zorgontvanger gerelativeerd door het belang van beïnvloeding en een zekere disciplinering. *Travail sur autri* is op de ander ínwerken, zegt De Lange. Daarbij verandert de zorgverlener in die relatie ook zélf. Hij ontvangt in confrontatie met de kwetsbaarheid van de ander inzicht in het eigen kwetsbare leven wat bijdraagt aan authentiek mens-zijn.

5.4.2. Spanbreedte en horizon van autonomie en authenticiteit

5.4.2.1. Spanbreedte

De spanbreedte van autonomie en authenticiteit heeft als uiterste polen voor de zorgontvanger: 'volledig autonomie- herstel' aan de ene kant en 'bewarende zorg' aan de andere kant. Opnieuw als *homme capable* kunnen leven betekent (weer) zelf gestalte kunnen geven aan authentiek mens zijn in relatie met anderen. Bij bewarende zorg voor mensen die niet (meer) voor zichzelf kunnen zorgen, is dit volgens De Lange nog steeds aan de orde maar met een geheel andere invulling. Daar betreft het beschermen en bewaren van iemands uniciteit op een wijze die voor mensen zelf herkenbaar en aanvaardbaar is.

Dit 'bewaren' onder autonomie als ***homme-capable***-zijn blijven vatten, doet geforceerd aan. Ondanks de goede bedoeling (mensen bij de mensengemeenschap willen houden en als persoon eerbiedigen) kan het evenzeer kwetsend zijn vanwege de discrepantie tussen capabel-leven en de realiteit waarin een zorgafhankelijk mens zich bevindt.

Voor wie nog weinig bewust is van zijn toestand houdt het in: continueren van wat voor die mens van waarde was. Tussen de twee polen bevinden zich mensen in allerlei soorten zorgbetrekkingen met meer of minder perspectief op autonomie (en daarmee samenhangend meer of minder authentiek mens-zijn). In alle gevallen is zorgen een proces van voortdurende afstemming op de zorgontvanger, op wat 'het goede' voor die mens inhoudt, binnen de begrensde mogelijkheden van een instelling, benadrukt De Lange. In de (morele) gelijkwaardigheid is er de oproep voor de zorgverlener om te zoeken naar hoe iemand 'eigenaar van zijn leven' kan zijn of worden.[57] Dat zoeken heeft de gestalten van aanmoedigen, ondersteunen, verantwoordelijk stellen, erkennen, eren, waarde toekennen, ruimte creëren, helpen-verhouden-tot (ziekte, verlies), gerichtheid op (toekomstig, deels) zelfmanagement. De zorgverlener die steunt, strijdt mee met de ander en honoreert die ander. Dit meestrijden, meehopen, meedragen, van niet te vervullen verlangens die wezenlijk horen bij authentiek mens-zijn maar niet meer geleefd kunnen worden, is een vorm van erkenning. Erkenning van het verlangen en het onvermogen door het te zíen.

57 F. de Lange, 2011, p. 26.

Wezenlijk is over de hele spanbreedte van autonomie en authenticiteit dat er altijd íets unieks is bij mensen dat niet ten onder gaat en ondersteuning behoeft. Allen horen bij de mensengemeenschap, hoe ze er ook aan toe zijn. Hun unieke gehavende mens-zijn wordt zorgend geëerbiedigd.

5.4.2.2. Horizon

Autonomie en authenticiteit hebben als horizon in de zorgbetrekking 'hoop' en 'toekomst'. De *modus* van de hoop is relationeel van aard en geldt in *cure* en *care* waarbij de invulling ervan situatie en persoon bepaald is. Hoop heeft voor de zorgontvanger de reikwijdte van (weer, deels) *homme capable* worden tot en met 'heilzame fictie'. Hoop is gekoppeld aan de belofte van de ene mens aan de ander: 'Ik laat je niet in de steek in je lijden'.[58] Hoopvol handelen is in de zorgrelatie een voorschot nemen op de toekomst, zegt De Lange. Daarbij kan het hopen tegen beter weten in zijn; 'verhopen'. Dan is de belofte (de ander niet verlaten), die reikt vanaf het heden tot en met de toekomst en het einde toe, de inhoud van de hoop.

58 F. de Lange, 2011, p.24.

De horizon van hoop en toekomst heeft nog een ander aspect waarover De Lange spreekt in de context van de ethische eis die een open horizon heeft en principieel onafgesloten is. Mensen weten uiteindelijk niet wat goed is voor een ander en vaak evenmin voor zichzelf en ook dat maakt deel uit van authentiek mens-zijn.

5.4.3. Hoe is of wordt een mens 'zichzelf'?

Een authentiek mens is 'echt' en 'zichzelf'. Maar hoe wordt iemand zichzelf? Antwoorden op deze vraag variëren nogal. De Lange kenschetst theoloog en filosoof Søren Kierkegaard en Løgstrup als twee tegengestelde posities.[56] Bij Løgstrup wordt een mens zichzelf door overgave aan de *flow of goodness* in de betrekking. Maar Kierkegaard verwacht dat het goede van buiten komt, als Godsgeschenk. Hij wantrouwt de onmiddelijke ervaring van vertrouwen en liefde die Løgstrup juist als een ontologische structuur van de werkelijkheid waarneemt. Kierkegaard neemt de mensenmassa waar als onnadenkend en onmiddellijk levend in zelfbevestiging. Daarentegen keert het authentieke zelf zich naar binnen om te ontdekken hoe ver het van God verwijderd is en van zijn ware zelf. Echte liefde kent zelfverloochening. Bij Løgstrup werkt het omgekeerd: niet de toewending tot zichzelf maar tot de wereld en de naaste is de ware vervulling van het (ook religieuze) leven. Over persoonswording, zelfwording, een verhouding tot zichzelf, hoeft een mens niet zozeer na te denken. Hij verwerkelijkt zichzelf in de soevereine expressie van het leven; het vanzelfsprekende en meeslepende goede dat samenhangt met de ander en altijd naar 'buiten' trekt. De *flow* raakt wel het innerlijk maar komt er niet uit voort. Dát zorgt ervoor dat een mens méns wordt; zichzelf en dus authentiek. Jezelf worden door jezelf te 'verliezen'. De Lange volgt het denken van Løgstrup en werkt het (levensbeschouwelijke) 'geschenkkarakter' van het menselijk leven uit. Zelfsturing van het leven begint met (in dialogische relaties) aanvaarden van het ontvangen leven; een levenslang proces.

59 F. de Lange, 2011, p. 69.

De soevereine bestaansexpressie wil enkel en alleen het goede voor de ander. Dit fenomeen legt De Lange op de zorgrelatie waaraan, met allerlei mitsen en maren, het spontaan goede voor anderen wíllen en dóen ten grondslag ligt. Vertrouwen en *goodness* vormen de premorele, vanzelfsprekende grondslag voor zorgverlening. Beide begrippen horen bij authentiek mens-zijn. Wie besef heeft van het *datum est*-karakter van leven, kan om die reden een gave willen zijn voor mensen die lijden aan hun bestaan en zelf geen 'geschenkervaring' bij hun leven opdoen. Erbarmen van de zorgverlener trekt die zorgverlener weg uit het hedendaagse 'bezig-zijn met

jezelf' en ont-eigent op die wijze positief; het maakt een persoon tot een individu en voert weg van de focus op het 'eigen ik'. Het blijkt uiterst heilzaam te zijn om weg te raken van het 'eigen centrum' en een gave voor een ander te zijn. Erbarmen fundeert subjectiviteit en het ik, zegt Housset. Wat in de algemeen beschreven *flow of goodness* ervaren wordt, doet zich in de zorg ook voor; met het goeddoen aan de ander is eigen geluk en vreugde verbonden. Er werd niet naar gezocht, het was niet beoogd maar doet zich voor als nevengeschenk en draagt bij aan authentiek mens-zijn.
Er is nog een ander aspect van 'zichzelf' worden of zijn. Vanuit het gebod van de naastenliefde komt dat ter sprake als De Lange onderzoekt wat het betekent om de naaste lief te hebben 'als jezelf'. Hier is het wél nodig om naar binnen te keren en verbeeldingskracht en inlevingsvermogen aan te spreken maar de beweging van zoveel mogelijk 'in de schoenen' van de ander te gaan staan is evenzeer nodig. Perspectief wisselen dus, om de ander te kunnen naderen en zichzelf te leren kennen.

5.5 BEKOMMERNIS IN DE ZORGBETREKKING

'Bekommernis' is een moreel concept dat emotie en (vakkundig) handelen beide omvat. Handelingen zijn de enige uitingsvormen van bekommernis zelfs als er niets meer te 'doen' valt. Van Heijst noemt dit handelen 'uitdrukkingshandelen'.[60] Niet-functioneel gericht zijn uitdrukkingshandelingen bijvoorbeeld eerbied betonen, of liefde, of kostbaarheid van een ander mens. De Lange kritiseert de dominante neoliberale autonomieopvatting waarin 'rede' en 'recht' centraal staan, emoties en gevoelens geen plaats hebben en mensen als losse atomen verschijnen. Hij komt vanuit het denken van Løgstrup en Housset tot een premorele, prerationele oorsprong van menselijke bewogenheid, vertrouwen en relationaliteit. Wie een ander ziet lijden, wordt 'in zijn binnenste' bewogen; fysiek en emotioneel geraakt zoals de parabel van de Barmhartige Samaritaan verhaalt. Dat betekent: de aanvang van een normatieve oriëntatie is lijfelijk, emotioneel en niet be-rede-neerd. Het gebeurt van buitenaf, het overkomt iemand en roept een spontane, vanzelfsprekende respons op; barmhartigheid dóen. De rede komt pas later in beeld. Aan normativiteit gaat *sumpatein* vooraf; het menselijk vermogen tot medelijden. Mede-lijden is niet lijden op dezelfde manier als degene die het ondergaat maar op enige wijze parallel daaraan omdat de menselijke zijnswijze is dat mensen gevoelens en emoties delen.[61] Tot op zekere hoogte is in te leven wat een ander meemaakt en daar ligt het beginpunt van menselijke betrokkenheid op elkaar. Dat is de aanvang van de betrekking die vanuit een zorgethisch perspectief de kern van 'zorgen' vormt.

60 F. de Lange, 2011, p. 33.

61 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

De prereflexieve aanvang van voor een ander willen zorgen en de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg staan in een spanningsvolle verhouding tot elkaar.
In deze paragraaf wordt het zorgethisch perspectief op enkele aspecten van 'bekommernis' (en equivalenten) in de zorgbetrekking uitgelicht.
In 5.5.1 gaat het over de intelligentie van emoties en 5.5.2 over zorg funderen in relationaliteit. 5.5.3 stelt bekommernis in de context van 'zorg als praktijk' aan de orde. 5.5.4 gaat in op 'sterke compassie' en 5.5.5 op 'het tekort' in de zorg.

5.5.1 De intelligentie van gemoedsaandoeningen[62]

62 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

De Lange refereert aan Housset's filosofische herwaardering van bekommernis als fundamentele menselijke zijnsbestemming, waarbij bekommernis een gemoedsaandoening is. De ervaring gaat aan het denken vooraf, medelijden geschiedt prereflexief.
Housset is het die het beschroomde bij het erbarmen benoemt. Schroom heeft in het naderen van de ander tegelijk terughoudendheid als vorm van behoedzaamheid en respect voor de uniciteit van de ander.
Housset benadrukt ook het aspect van overgeleverd zijn aan wat erbarmen met een mens doet, het niet te beheersen of sturen karakter van *pitié*. De ethiek komt later, pas op het moment dat lijden en vreugde gedeeld zijn in reflectie op de ervaring. Op die wijze geeft hij gemoedsaandoeningen een plaats als kennisbron. Gemoedsaandoeningen, respectievelijk bewegingen van de ziel, verschillen van gevoelens en emoties; De Lange gaat er niet verder op in. Er zit een vorm van intelligentie in het geraakt worden. Het emotionele, het domein van de gevoelens, hoort daarom thuis in de filosofie, stelt Housset.[62] De emoties van verdriet, boosheid, compassie tónen wat mensen wel en niet belangrijk vinden en hoe zij zich het goede leven voorstellen. Bedroefdheid wijst bijvoorbeeld op wat verloren gegaan is en node gemist wordt. Vreugde informeert over wat er in een mensenleven toe doet. Daarbij gelden

63 Hierin stemt Housset overeen met Martha Nussbaum die emoties een 'intuïtieve kennisbron' noemt (3.2.1), stelt dat emoties 'intelligentie' hebben (3.2.4) en spreekt over 'kenkracht' van emoties (3.6.5.)

geen vaste betekenissen voor emoties. Betekenissen zijn situatie- en individu afhankelijk; een belangrijke notie voor de zorgbetrekking.
Betekenis toekennen aan emoties (hun informatieve laag openleggen) geldt zowel de emoties van de zorgverlener (in het zoeken naar en afstemmen op de nood van de patiënt en in reflectie op het zorgen) als de zorgontvanger (in het zich (gaan) verhouden tot wat hem overkomt en wat dat doet en betekent in zijn leven).

5.5.2. Zorg enten in relationaliteit

De Lange zoekt naar een coherentielaag onder de vier verschillende discoursen in de zorgbetrekking en hij wil die vier vertogen van zorg ethisch tezamen verbinden in relationaliteit. De zorgbetrekking, gegrond in relationaliteit, is 'vertrekpunt' en 'checkpunt'. De persoonlijke relatie in de zorgbetrekking is één van deze discoursen en moet daarom enigszins gerelativeerd worden. Compassie en mededogen zijn essentieel in de persoonlijke relatie én in de zorgbetrekking breder verstaan. Ze zijn het hart van de zorg, zegt De Lange, maar ze vormen niet het entpunt en ijkpunt. De Lange verheldert met Joan Tronto's vier verstrengelde betekenislagen van *care*, als doorgaand en gelaagd proces, wat hij beoogt met relationaliteit als samenhanghoudend begrip.[64] Tronto onderscheidt met haar vier betekenislagen van *care* zowel het persoonlijke geraakt worden wat iemand dóet ontfermen over een ander (*caring about*, taking *care* of) als zorgen als een sociale praktijk (*care-giving, care-receiving)*. De relationaliteit van de zorgbetrekking houdt deze twee bij elkaar.[65] De Lange verwijst naar psychologe Carol Gilligan en Tronto. Rehabilitatie van waarden die vaak voor typisch vrouwelijk werden en worden gehouden is winst. Behalve rationaliteit, autonomie en rechtvaardigheid wordt nu ook empathie belangrijk geacht. Tronto wil veel verder gaan. Goede zorg is meer dan bekommernis. Het is van cruciaal belang om de morele grens van privé en publiek waarbij 'zorgen' in het privédomein wordt gehouden, te verleggen. Zorgen moet (h)erkend worden als een vitale, maatschappelijke praktijk. Als vertrekpunt en checkpunt duidelijk zijn, is een volgende vraag waarop de relationaliteit van de betrekking gebaseerd is. Daar zet De Lange Løgstrups 'vertrouwen' in. In de drie werelden van de zorgprofessional, de vier discoursen van de zorgbetrekking, en alle dimensies van de relatiematrix is de kern van de zorgbetrekking een beroep op vertrouwen. Het fenomeen dat het lot van mensen (deels) in andermans handen ligt (waarbij erop vertrouwd wordt dat die handen het goede zullen doen), vormt Løgstrups uitgangspunt voor ethiek. De zorgbetrekking, gebed in vertrouwen, gedreven door mededogen, is het middel om te verkennen en af te stemmen (in een doorgaand proces van wisselwerking) en uit te vinden wat nodig is voor die specifieke mens.

64 F. de Lange, 2011, p. 57.

65 F. de Lange, 2011, p. 117, noot 20.

5.5.3. Zorg als praktijk

Voor het concrete hedendaagse zorgen gebruikt De Lange bij voorkeur het woord 'bekommernis' omdat dit woord zowel (de emotie) 'mededogen' als 'het handelen' omvat. Bezorgdheid die alleen blijft steken in gevoelens is geen goede zorg zoals technisch handelen zonder bekommernis dat evenmin is. Bekommernis is 'het warme hart van de zorgbetrekking' maar daarmee is niet alles gezegd.[66] De persoonlijke relatie is één van de dimensies maar het ethische in de zorgbetrekking omvat meer dan het persoonlijke momentane. De zorgbetrekking is complex en omvat het vakkundig handelen en de institutionele context en een verschillende

66 F. de Lange, 2011, p. 34.

gelaagdheid van (in)formeel en (a)symmetrisch. Die hele complexe zorgpraktijk valt onder de ethische toets of bijgedragen wordt aan 'het goed' van de zorgontvanger. Hier spreekt De Lange van de pragmatiek van de zorg als praktijk. De ongedeelde zorgpraktijk als georganiseerde activiteit omvat verschillende vormen van handelen die alle samenhangend (ethisch idealiter) gericht zijn op het goede van de zorgontvanger. Met het versmallen van de ethische toets tot 'houding' van de zorgprofessional of 'innerlijke gesteldheid', raken belangrijke andere delen van de complexe zorgpraktijk buiten (het zorgethische) beeld. Zorgethiek omvat de hele zorgpraktijk. Juist het lósmaken van het vakkundig (instrumenteel) handelen en wat als 'houding' geduid wordt (compassie, empathie *et cetera*), staat onder kritiek vanuit een zorgethisch perspectief. Zorgzaamheid als bekommerd voor de ander zorgen omvat derhalve méér dan alleen het persoonlijke, compassievolle contact van sommige 'patiënt centraal' zorgconcepten.

5.5.4. Sterke compassie

Nu het risico dat de ethiek alleen een rol speelt in de persoonlijke relatie van de zorgbetrekking benoemd is, kan vervolgens kort de aandacht gevestigd worden op compassie in de persoonlijke relatie. Compassie, mededogen, *pitié* moet bij Housset uit de sfeer van individuele emoties. De premorele aard van compassie is al eerder genoemd. Vanuit authentieke compassie wordt onbewust, gedachteloos datgene gedaan dat nodig is. Maar er zijn, zo benadrukt De Lange, ook vormen van valse compassie, van 'zwak medelijden' wat kerkvader Augustinus al als verwerpelijke zelf-genietende-compassie herkende. Dit komt in de paradox *malivola benevolentia* tot uitdrukking; kwaadwillende welwillendheid. Hierbij staat niet het lijden van de ander en inzet dat dit lijden stopt voorop maar een vorm van eigenbelang; genieting van het eigen aangedaan-zijn en daarna over tot de orde van de dag. Dit komt dicht bij wat Schulze als een soort *entertainment*-compassie beschrijft.[67]

67 Zie 4.4.3.1

Sterke compassie verontrust en ontregelt degene die erin meegesleept wordt en is 'sterk' als het 'decentraliseren' en het innerlijk-ontredderd-raken, leidt tot solidariseren met de lijdende ander. Sterke compassie is er op gericht mensen binnen de mensengemeenschap te houden en in te staan voor humaniteit en waardigheid. Dat vraagt een opvatting van professionaliteit waarin raakbaarheid, solidariteit, nabijheid en overgave aan het onbeheersbare centraal staan. Als dat vooropstaat is het vervolgens nodig om de grens te onderzoeken die een zorgverlener moet trekken om niet zelf ten onder te gaan, om voor meerdere mensen tegelijkertijd te kunnen blijven zorgen en reflectief, individueel en in de collegiale context, te leren uit wat zich voordoet in de zorgrelatie en vooral wat dat met de zorgverlener zelf dóet.
De Lange wijst op een belangrijke bron van motivatie in het zorgen voor anderen waarvoor het noodzakelijk is dat een instelling daarvoor alle ruimte biedt aan zorgverleners:

> 'Als mededogen de motor is die zorg voortdrijft, dan is voldoening en vreugde de brandstof die hem gaande houdt'.[68]

68 F. de Lange, 2011, p. 9, 10.

Voor De Lange is het oog hebben voor het goede en vreugdevolle in de zorg en het vanzelfsprekende van compassioneel zorgen (dat hij, zich bewust van enige overdrijving, voorop stelt) het eerste dat benadrukt moet worden bij georganiseerde zorg waarin de blik vaak gericht is op falen.

5.5.5. Tekort en falen in de zorg

Het goede dat veelvuldig aanwezig in het alledaagse zorgen moet voorop staan. De *flow of goodness* en *basic trust* horen beide bij authentiek mens-zijn. Dit vraagt van mensen het vermogen om los te laten, niet te willen beheersen, over te geven aan- en vertrouwen op het gegeven dat mensenlevens met elkaar verbonden zijn en van elkaar afhankelijk. Zowel de *goodness* als de *basic trust* zijn daarin en daardoor risicovol. Voordat de Barmhartige Samaritaan te hulp komt zijn twee anderen aan het slachtoffer voorbijgegaan. Om welke redenen zij afhaken, vertelt de parabel niet. De focus ligt volgens De Lange op het vanzelfsprekende bijstaan tot en met de overdracht aan de herbergier bij wie het slachtoffer wordt ondergebracht.

In deze parabel die De Lange 'oericoon van de zorg noemt', is er drie keer iemand die het slachtoffer langs de weg zíet. Polemisch kritisch wordt van de eerste twee verteld dat zij religieuze functionarissen zijn, die aan de mens in nood voorbijgaan. Over de derde, een vreemdeling, staat beschreven hoe hij 'ziende' zich over de man gaat ontfermen. In het werkwoord voor 'zich ontfermen', 'zich erbarmen', zit het zelfstandig naamwoord 'ingewanden', waarmee de ***locus*** van het menselijk gevoel wordt aangeduid. In de huidige tijd zou het geduid worden met 'in het hart geraakt worden'. In de slotvraag na het vertellen van de parabel -Wie is de ***plesion***, de naaste, geweest?- blijkt het essentiële verband tussen zien en barmhartigheid-dóen. Degene die barmhartigheid gedáán heeft is de naaste. Het komt mij voor dat het hoofdaccent in deze parabel juist niet op de vanzelfsprekendheid van het bijstaan ligt.

De Lange spreekt over 'onderhandelen' over de prijs van de zorg met de herbergier, maar opvallend is juist in de tekst de expliciet uitgesproken bereidheid van de Samaritaan om later, zo nodig, bij te betalen. Dat benadrukt het aspect dat het zorgen voor de ander nu en in de toekomst goed moet zijn en nota bene de zorgverlener wat mag kosten.

De toehoorders van toen doen de onaangename verrassing op dat een *loser* 'naaste' wordt. Hiermee krijgt het verhaal een context en geschiedenis, stelt De Lange.

Falen en tekort bij zorgen heeft te maken met niet geraakt (willen) worden en daarom geen zorgverantwoordelijkheid nemen, of wel geraakt worden, maar niet tot handelen overgaan (valse, zwakke compassie) of niet kúnnen overgaan (begrensd door het instituut). Het kan ook zijn: geraakt worden, handelen, maar bij het zorgend handelen op allerlei manieren 'hinder' ondervinden en daardoor tekortschieten.

Compassie heeft ethisch geen, maar feitelijk wel een grens die op verschillende manieren 'schuldig' kan maken.

Misschien kan bij het vooropstellen van het vreugdevolle van zorgen, zoals De Lange doet, met besef van altijd 'tekortschieten' om vele redenen, ook gesproken worden over zorg die op een bepaald moment 'goed genoeg' is. 'Goed genoeg' dient niet om tekortschieten te legitimeren of een ondergrens vast te stellen of iets dergelijks. Behalve daadwerkelijk en schuldig tekort in de zorg is er ook een door 'ultieme' kwaliteits- en verbetereisen gecreëerd 'tekort' dat zorgprofessionals altijd onder externe verbeter-druk zet. Het expliciet benoemen van zorg die góed is verlicht van die druk.

5.6 COMMENTAAR

Inleiding

De Lange's zorgethisch perspectief op de gezondheidszorg verschilt in diverse opzichten van Lee's perspectief op ziekenhuiszorg. In dit commentaar wordt opnieuw gekeken naar het macro- en microniveau. Met het inventariseren van verschillen tussen en overeenkomsten van de benaderingen van De Lange en Lee wordt tevens nader ingegaan op vragen die in commentaren van eerdere hoofdstukken van deze thesis zijn opgeworpen.
In 5.6.1. worden enkele verschillen op politiek-maatschappelijk terrein genoemd en in 5.6.2. komt het micro niveau, de zorgbetrekking, bij De Lange en Lee ter sprake.

5.6.1. Macroniveau

1 Zorgethiek als politieke ethiek
Met het benoemen van de maatschappelijke context, het dominante neoliberale denken en de impopulariteit van zorgarbeid, steekt De Lange dieper af dan Lee met zijn analyse van wat zorg inhoudt (en bij de huidige problemen nodig heeft). Hij stelt van meet af aan dat hij het opneemt voor *losers* door de kern van samenleven en zorgen te benoemen: íeder mens is afhankelijk van anderen. Samenleven is gebaseerd op vertrouwen dat mensen elkaar bijstaan. De zorgsector is een specifiek deel van de samenleving waarin deze interdependentie van mensen zeer zichtbaar wordt. Zorg is voor De Lange een politieke activiteit van burgers met en voor elkaar waarbij, vanuit de eis van gelijke behandeling, het instituut gezondheidszorg fair de toegang van alle burgers tot zorg verdeelt evenals hoeveel budget daarvoor beschikbaar is.
Lee's ziekenhuis, als particulier bedrijf los van de andere domeinen van zorg, staat in een concurrentie-strijd-context in de samenleving ten opzichte van andere ziekenhuisbedrijven. In plaats van 'zorgen' als samenlevingstaak en gezamenlijke gerichtheid op 'het goede' voor de patiënt concurreert Lee met anderen óm de patiënt. Om dat succesvol te kunnen doen, wendt hij diverse management- en marketing strategieën aan. Een vooronderstelling daarbij is dat via concurrentie de beste zorg voor patiënten uitgeselecteerd wordt; patiënten geven dat immers te kennen via hun ziekenhuiskeuze.
2 De context van het goede leven?
Bij De Lange is zorg ingebed het (samen)leven van mensen in het besef dat zij fundamenteel van elkaar afhankelijk zijn. Geherdefinieerde autonomie, *homme capable*-zijn, is voor De Lange van belang als 'iets in de wereld uitrichten in relatie met anderen' en kern van 'het goede leven'. Hiermee lijkt het goede leven (in dit besproken boek van De Lange) toch -al is het in afhankelijkheid van anderen een sterk individuele 'onderneming' van mensen die 'willen en kunnen'.
Filosofische en theologische bronnen uit een lange traditie worden ingebracht om een positie te betrekken die herkenbaar is voor hedendaagse mensen in een pluralistische maatschappij. Het alledaagse geleefde leven (in verleden en heden) staat centraal, voornamelijk benaderd vanuit de fenomenologische methode van waarnemen en betekenis verlenen. Hiermee schept hij ruimte voor het 'ondergaan', de passibiliteit van mensen (die zich spanningsvol verhoudt tot capabel-zijn). Hij verbindt de

fenomenologische ervaringen met het aloude gebod (naastenliefde, barmhartigheid) dat in lijn is met die ervaring en dus ook laatmoderne mensen past. Het minder passende en onaangename van machtsthematieken, ongelijkheid en strijd laat hij echter liggen. De goedaardigheid heeft prioriteit boven de weinig besproken kwaadaardigheid. Voor over het ter sprake komt is het kwaadaardigheid bij mensen, niet in structuren. Lee heeft het nergens over 'het kwaad'!
In hoeverre De Lange zich -uitgezonderd het Zweedse onderzoek waaraan hij refereert- ook baseert op kwalitatief (fenomenologisch) onderzoek binnen de zorg blijft onduidelijk.
Voor zover hij zich uitspreekt over de samenlevingscontext van zorgen doet hij dat voornamelijk vanuit een juridische benadering waarin gelijke burgers, gelijke rechten hebben op goed georganiseerde verantwoordelijke zorg in instellingen.
Lee kent betekenis toe aan wat hij (behalve aan kwaliteits- en tevredenheidsonderzoeken) aan de werkelijkheid ontleent vanuit praktijkvoorbeelden die hij opvoert. Een soort fenomenologie *light*. Met voorvallen, interacties in het ziekenhuis of andere bedrijfsmatige praktijken al dan niet zorg gerelateerd, illustreert hij voor managers en zorgprofessionals wat patiëntgerichte zorg moet inhouden. Anders dan bij De Lange staat dat niet in de context van samenleven en is het niet ingebed in een traditie van samenleven en zorgen en daarmee gepaard gaande zingevingvragen en spelen hedendaagse vragen rond autonomie (maatschappelijk en individueel) bij de zorgrelatie geen rol. Impliciet, een enkele maal expliciet, refereert Lee aan het christelijk geloof waarbinnen hij zichzelf lijkt te positioneren.
De historische context van de Amerikaanse en Europese zorggeschiedenis en -ontwikkelingen is verschillend maar Lee besteedt er geen aandacht aan. Hij noemt terugkijkend op het Amerikaanse verleden alleen de economische ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg van kwaliteitsverbetering, naar *service excellence* en de huidige beleveniseconomie. Daarbij ontbreekt een kritisch- analytisch perspectief. Ook het bredere perspectief op hedendaags zorgen voor grote groepen mensen vanuit *caritas* is geen woord waard. Bij Lee reikt het besef van de maatschappelijke context van (georganiseerd) zorgen niet verder dan het benoemen van de financiële, economische en juridische malaise waarin ziekenhuizen in de V.S. verkeren. Keuzevrijheid van klanten wordt door Lee verondersteld en dat dringt hem tot klantenbindingstrategieën. Hij verneemt vanuit de door hem opgevoerde voorbeelden nauwgezet wat patiënten over het algemeen als klanten wensen. Op grond daarvan maakt hij de vertaalslag naar (belevenis)aanbod in het ziekenhuis. Het goede leven reikt voor hem, naar het lijkt, niet verder dan Disney-beleven. Disney is immers de (belevenis) lat bij het bepalen wie de concurrent is waaraan ziekenhuizen zich moeten meten.

3 Dominantie van 'de markt'?

Bij het economische vrije marktbeginsel geldt een andere vorm van gelijkheid en wederkerigheid dan vanuit zorgethiek, stelt De Lange. Hij acht marktwerking strijdig met zorgbeginselen omdat in een economische betrekking vertrouwen (kern van de zorgbetrekking) zoveel mogelijk geminimaliseerd moet worden. Bovendien staat niet het relationele maar het oppositionele centraal (concurrentie) en tegenover publiek belang staat in de markt privé (ondernemings)belang. In marktbetrekkingen is anonimiteit een voordeel en is wantrouwen ingecalculeerd wat wezensvreemd is aan zorgen. De Lange brengt de marktthematiek ter sprake in een context waarin sommigen (zoals Kunneman) de gelijkheid en wederkerigheidthematiek van maatschappelijk georganiseerd zorgen bevragen. De Lange heeft geen moeite met het juridische zorgcontract en pleit ervoor dit niet als zorg-oneigen af te wijzen of te verwarren met vormen van marktdenken. Ook de zorg kent een formele dimensie, stelt hij. Het is de vraag of hij hiermee de kracht, macht en belangen van

de commerciële wereld en juridisering van zorgrelaties, die de zorg binnendringen, voldoende aan de orde stelt.

4 Complexiteit oplossen?

Die formele dimensie is slechts één van meerdere dimensies, werelden en morele discoursen waarmee professionals moeten dealen in zorginstellingen. De Lange analyseert en benoemt deze complexiteit en constateert dat dit niet opgelost kan worden anders dan door individuele evenwichtskunst.

Lee prioriteert de persoonlijke, bewogen zorgbetrekking naar aanleiding van de vraag: 'wat is het beste voor mijn klant?' Deze focus van het bedrijf schept 'eenvoud' in complexiteit, zoals Dean Hubberd in het voorwoord bij de Amerikaanse uitgave waarderend schrijft.[69] Complexiteit in zorginstellingen zoals De Lange beschrijft, komt bij Lee niet op vergelijkbare wijze aan de orde. Waar Lee over complexiteit spreekt, zonder deze term te gebruiken, is dat gericht op organisatiestructuren die het verwerkelijken van de organisatiedoelen kunnen dwarsbomen. Hiermee schetst Lee een organisatiestructuur van ziekenhuizen die ook voor de Nederlandse situatie herkenbaar is en goede zorg belemmert. De institutionele grond van zorgen en de daaruit afgeleide doelen zijn allang in een proces van verbrokkeling en vermenging van meerdere andere doelen. De Lange spreekt hier overigens niet over. De complexiteit in Nederlandse ziekenhuizen met diverse strijdende rationaliteiten is vrijwel niet meer te overzien, laat staan op te lossen. Lee suggereert een oplossing. Zijn organisatiemodel is eenvoudig, zijn zorgdoel eenduidig en zijn zorgprofessionals verschijnen in het boek niet in de complexe morele verwikkelingen die De Lange schetst. Deze eenvoud in complexiteit kan deels met de specifieke Amerikaanse *setting* van Lee's ziekenhuiszorg te maken hebben (commerciële context) maar mogelijk ook met Lee's desinteresse voor een geëxpliciteerde morele bedding van zorgen. Het kan te maken hebben met het gegeven dat er (voorzover mij bekend) nog geen ziekenhuizen volledig volgens zijn zorgconcept ingericht zijn, of met het (theoretisch denkbare) gegeven dat aan de poort van Lee's ziekenhuis selectie plaatsvindt (klanten die om allerlei redenen 'lastig' zijn, komen niet in zijn ziekenhuis terecht). Vanuit een zorgethisch perspectief is het nog maar de vraag of deze eenvoud in complexiteit van Lee (patiënt-wens centraal), bijdraagt aan 'goede zorg'. Ook binnen zorgethiek vindt een vorm van prioritering plaats; de zorgbetrekking staat centraal, wat een bredere benadering inhoudt dan de patiënt-centraal. Lee zégt dat de patiënt centraal staat, maar een kritische vraag blijft of niet feitelijk zijn ziekenhuisbelang centraal staat waarvoor de patiënt op een voor hem (hem kan zowel verwijzen naar Lee als naar de patiënt) prettige wijze benut wordt.

69 F. Lee, 2009, p. 7.

5 Verantwoordelijkheid professional en patiënt

Het instituut gezondheidszorg bevindt zich in de maatschappij op het grensvlak van publiek en privé. Binnen een ziekenhuis staat een professional in een persoonlijke relatie met een individuele patiënt én is diezelfde professional, via de instelling waarbinnen gewerkt wordt verantwoording schuldig aan derden. De Lange wil die verantwoordelijkheid nadrukkelijk moreel-juridisch duiden in de betekenis van 'aansprakelijk voor' en 'rekenschap afleggen van'. Op die wijze wordt duidelijk dat zorg verlenen een politieke activiteit is van burgers gezamenlijk over en weer (WGBO uit 1995). De Lange wijst erop dat bij wet verantwoordelijkheden van behandelaars en patiënten geregeld zijn. Dit aspect van verantwoordelijkheid is zonder twijfel belangrijk. Maar wellicht wordt het morele van zorgen in een samenleving sterker onderstreept als de tweede betekenis van verantwoordelijk hier toegepast wordt; een samenleving die antwoord geeft op nood van mensen in die gemeenschap.

Bij Lee speelt burgerschap en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid geen rol. Van een eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, zoals De Lange het benoemt

en de zachte druk die een zorgverlener uitoefent omwille van het goede leven voor de patiënt, nu en op termijn, rept hij niet. Zijn verantwoordelijkheid is die van een leverancier ten opzichte van een klant.

6 Kwaliteit en klanttevredenheid meten

Opvallend afwezig bij De Lange zijn verwijzingen naar kwaliteitsscores, tevredenheids onderzoeken, klantbevindingen en vergelijkingen daarbij, die legio voorkomen in Lee's boek. 'Kwaliteit' komt slechts één keer expliciet ter sprake, daar waar het gaat om verantwoording afleggen van de instelling aan de politiek. De Lange stelt dat calculerende zakelijkheid niet wezensvreemd is aan 'zorgen' maar, vervolgt hij kritisch, de verantwoordingsrichting ligt ethisch gezien anders dan vanuit de politiek vaak gedacht wordt. Wat verantwoord moet worden (of zou moeten worden), is wat het stelsel bijdraagt aan goede zorg. Kwaliteit van zorg wordt vandaag de dag vaak gezien als toetsing aan financiële en organisatorische kaders van het stelsel. De vraag naar éthisch goede zorg en dáárvan verantwoording afleggen zou centraal moeten staan. De conventie moet worden gemeten aan de ethische eis en niet andersom. Binnen het zorgethisch debat is een belangrijke constatering dat 'verantwoorde zorg' in de huidige benadering van kwaliteitsdenken en -toetsen vaak geen goede zorg is maar juist situaties van mis*match* oplevert.

Bij Lee dienen de kwaliteitsscores een ander doel dan toetsen of 'ethisch goede zorg' is verleend. Scores moeten aan het licht brengen of het product (ultieme belevenis) geleid heeft tot de gewenste klantenbinding. Waar die scores gehaald worden, mag geen werknemersklimaat van tevredenheid ontstaan. Eén van de Disney-principes is immers: creëer een klimaat van óntevredenheid. Het werk kan altijd béter, efficiënter en competenter. Lee stelt dat mensen een genot-ervaring (een laatmoderne belevenisbonus?) opdoen wanneer zij (team-gewijs) streven naar meer competent zijn. De Lange zet het vreugdevolle en goede, dat zich veelvuldig en als vanzelfsprekend voordoet in de zorg, voorop. Zonder het belang van efficiëntie, vakbekwaamheid en bekommernis te relativeren, is bij hem geen sprake van continue verbeter- en innovatiedruk. Het 'goede' in zorgen wordt vanuit een zorgethisch perspectief ánders 'gemeten' en bevorderd dan bij Lee. Een vraag hierbij is in hoeverre de patiëntevaluatie bij Lee zich verhoudt tot 'legitimatie van de patiënt' die aangeeft of zorg góede zorg was. Vanuit een zorgethische benadering is niet de vraag of zorg 'goed voelde' voor de patiënt maar of 'een goed' (moreel, betekenisvol verstaan) is opengelegd in de zorgbetrekking. De Lange duidt het goed dat opengelegd kan worden in de zorgrelatie als het herstellen van autonomie waar mogelijk; een binnen zorgethiek omstreden zorgdoel.

7 Grens aan goede zorg

In maatschappelijk georganiseerd zorgen kan de ethische eis om de ander (als naaste) onbegrensd bij te staan niet onverkort gelden. De conventie geeft vorm aan- en schept afstand in de betrekking met de ander die hier vooral '*socius*' is. De Lange benoemt reële beperkingen in financiën, in menskracht en draagkracht van zorgverleners en het moeten verdelen van zorg over velen. De conventie helpt om in sociale betrekkingen van recht, moraal en gewoonte op 'betrouwbaarheid' te kunnen blijven koersen. Zorginstellingen functioneren in het publieke domein als vormen van 'georganiseerd vertrouwen'. De beide 'partijen' staan gelijk en wederkerig ten opzichte van elkaar in deze zorgbetrekking die rust op onderling stilzwijgend vertrouwen. De zorgbetrekking staat centraal wat iets anders is dan de patiënt-centraal. Het ziekenhuis is er omwille van het goed van de patiënt (idealiter), maar wat dat goed inhoudt, wordt in die betrekking gaandeweg vernomen.

In Lee's commerciële ziekenhuis is geen sprake van een evenwicht vinden tussen ethische eis en de realiteit van vele zorgbehoeftigen en rechtvaardig verdelen van tijd, geld en zorgende aandacht. Hij denkt vanuit bedrijfsmatige categorieën en

prioriteert omwille van de marktpositie (belevenis van) de patiënt-centraal. Zijn zorgconcept is onbegrensd; wat klanten willen en wensen is, zolang zij het kunnen betalen, in wezen een oneindige bron voor nieuw, grenzeloos aanbod.

5.6.2. Microniveau

Een aantal verschillen op microniveau wordt hieronder benoemd.

1 De zorgbetrekking

In zorgethiek staat de zorgbetrekking centraal. Die betrekking is complex, zo laat de Lange zien. Er is tegelijkertijd ongelijkheid en gelijkheid, een formele en een informele relatie en de zorgverlener moet een evenwicht vinden in nabijheid en distantie vanuit het bijeen houden van het persoonlijke, ambachtelijke en institutionele. Zakelijk gezien maakt dit de professionele identiteit ingewikkeld. Ethisch gezien staat in de zorgpraktijk de vraag naar wat het leven van de ander (patiënt) góed maakt, of zo goed mogelijk, centraal. Een dergelijke vraag en mogelijke antwoorden op die vraag is ingebed in identiteit- levens- en zingevingthematieken voor zowel zorgverleners als zorgontvangers.

Bij Lee ontbreekt deze inbedding van zorg verlenen en zorg ontvangen.

De Lange noemt de persoonlijke relatie niet ethisch exclusief maar wel de morele kwetsbare kern van de betrekking. Zijn zorgverlener zet zich bekommerd (vakbekwaam en begaan) in om in die betrekking te zoeken naar wat de ander behoeft en wat ziekte in zijn leven betekent. De kernvraag voor de zorgbetrekking is gericht op het korte én lange termijn goede voor die specifieke patiënt. In die zin is zorgen een voortgaand proces van zoeken en steeds opnieuw binnen de relatie afstemmen op wat voor die persoon het goede inhoudt.

Voor zover Lee spreekt over leren, is het vrijwel uitsluitend gericht op beter vernemen van specifieke klantwensen om te komen tot nog betere afstemming op de unieke afnemer.

Hoezeer de zorgbetrekking onder druk staat door systemisering van de zorg, bureaucratische last, professionalisering, bezuinigingen en toenemende macht van zorgverzekeraars, is voor De Lange helaas geen thema dat hij uitwerkt. Wellicht vanwege zijn wens om nu eens níet tobberig over zorgen te doen maar het vreugdevolle ervan te benadrukken.

Bij Lee lijkt de zorgrelatie de kern van alle ziekenhuiszorg; hij benadrukt het relationele, de vertrouwensband, het belang van goede communicatie tussen professional en patiënt het pro-actief voorzien in wat de patiënt behoeft, duidelijk informeren over wat, waarom gaat gebeuren, geruststellen en troosten. Alles in de zorgrelatie is erop gericht dat de patiënt zich gezien, gehoord en erkend voelt. Daarmee ligt de focus in de betrekking geheel op de patiëntbeleving. De zorgbetrekking waarin de aandacht dient uit te gaan naar diegene voor wie georganiseerd 'zorgen' ooit geïnitieerd is, de patiënt, lijkt sprekend op de betrekking zoals die wordt geduid vanuit een zorgethisch perspectief. Maar het is niet hetzelfde. Het verschil in inbedding (moreel, levensbeschouwelijk, historisch, politiek-maatschappelijk) is al genoemd evenals 'bekommernis' als breder concept dan bewogenheid. Zorgen als een proces en zorgen als praktijk (en niet de één op één context aan het ziekbed) zal nog ter sprake komen.

Het belangrijkste verschil, met verstrekkende gevolgen voor zorginhoud zit in de aanleiding om te vernemen hoe de zorgbetrekking gestalte moet krijgen en de doelen die ermee beoogd worden. Lee's kernvraag voor de zorgpraktijk is: wat wil mijn klant? Hij verneemt van ziekenhuisklanten dat zij, behalve vanzelfsprekend medische kwaliteit en prettige service, met name op emotioneel niveau sterke behoeften

hebben. Zij willen in het ziekenhuis zorgzaamheid, empathie en een menselijke bejegening ervaren; dat is hun ziekenhuis-selectiecriterium. Lee wil om die reden (en geen zorginhoudelijke gemotiveerde reden) een ziekenhuiscultuur scheppen waarin (com)passie centraal staat; een cultuur van betrokkenheid om patiëntgericht de ideale, gewenste ervaring relationeel te bemiddelen. Hij formeert de hele organisatie tot dienstbaarheid aan het primaire zorgproces (wat op zich ook vanuit een zorgethisch perspectief wenselijk is). De vraag is alleen of de patiënt bij Lee wérkelijk centraal staat. In Lee's praktijkvoorbeelden die hij voor het merendeel ontleent aan een (ver) verleden, is net als in zorgethische praktijkvoorbeelden van goede zorg, eveneens sprake van professioneel zoeken en afstemmen. Maar Lee's voorbeelden dienen als bron van 'vernemen' wat het zorgproduct moet worden. Verwarringwekkend in Lee's boek is het gegeven dat hij (oude) aansprekende zorgpraktijkvoorbeelden als uitgangspunt neemt voor de eruit te filteren 'belevenis' die in zijn gereorganiseerde business verhandeld gaan worden.

De gevolgen van het verproducten van de uitgefilterde belevenis in de zorgpraktijk zijn (nog) niet zichtbaar in actuele praktijkvoorbeelden. Daarvoor is kwalitatief empirisch onderzoek nodig in zorgpraktijken waar met Lee's theaterbusinessconcept gewerkt wordt. Wat de patiënt wil en wenst (ontleend aan de zorgbetrekking-voorbeelden) wordt in een bedrijfspecifiek product omgezet en als massamaatwerk aangeboden. 'Massa' is de belevenis, 'maatwerk' de toegepaste uitvoering bij de klant. Dit belevenismaatwerk dient de behoeftenbevrediging van de patiënt. Het gaat bij Lee niet om morele goederen, hoewel de terminologie en mogelijk zelfs de morele inhoud (empathie, compassie, menslievendheid) daar wel aan ontleend wordt maar het ondernemingsbelang staat voorop. In de voorbeelden van Lee is het (moreel) goede aanwezig maar zodra Lee ermee aan de slag gaat (bedrijfsmatig vertalen), wordt het gemengd met het commercieel 'goede' en gereduceerd tot 'belevenis'. Het algemene op de patiënt toegesneden product komt van buitenaf en wordt door de patiënt binnenin 'verwerkt' tot belevenis. Een belevenis-verwerking-proces dat optimaal gefaciliteerd wordt door personeel (acteurs) om de patiënt de ervaring te laten opdoen: 'Ze zijn werkelijk uitzonderlijk om mij bekommerd'.

Een belevenis opdoen, is beperkt tot het momentane; voor zover er toekomst aan de orde is, is dat alleen gericht op het memorabele van de belevenis. Nergens spreekt Lee over lange termijn denken, toekomstig leven van de patiënt meewegen in beslissingen nú om toekomst zoveel mogelijk ópen te houden, mogelijk te maken. In de zorgbetrekking wordt bij Lee niet gewikt en gewogen, er wordt beleefd. In reële zorgsituaties zijn dat vaak de lastige afwegingen; korte termijn en lange termijn inschattingen en effecten wegen in actuele beslissingen.

In zijn strategisch uitgedachte theaterbusinessconcept is de rijkdom van de praktijkvoorbeelden teruggebracht tot 'beleven'. Dat is een onontkoombare reductie die plaats vindt als 'zorg' in een product wordt omgezet. Dit betreft een ander soort reductie dan noodzakelijke vakeigen reductie die in de zorgbetrekking tussen arts en patiënt of verpleegkundige en patiënt plaatsvindt. De patiënt is in zijn afhankelijke positie 'geloofsbereid' en verlangend naar empathie en medeleven. De communicatie met de patiënt is geheel gericht op het versterken van de perceptie dat aan dat verlangen tegemoet gekomen wordt. Zelfs meer dan dat; overtreffend, ultiem wordt dit verlangen vervuld. De omduiding van 'menslievend' bijgestaan willen worden (brede, rijke inhoud, bovendien procesmatig) tot 'een belevenis leveren' (gereduceerde inhoud, momentaan), wordt niet gezien.

De patiënt/klant is ontvanger van 'de belevenis' dat er ultiem goed voor hem gezorgd is. Een belevenis die hij uiterst positief zal verwerken en evalueren. Behalve 'dankbaarheid' van de patiënt die de zorgverlener motiveert, komt er niets 'terug' van de patiënt in die zin dat de professional ontvangt en leert, zo lijkt het. Dat past

in een leverancier-klantmodel waarbij de klant centraal staat en de leverancier faciliteert en voortdurend 'beter' aftemt op de klantwil. De zorgrelatie bij Lee is derhalve sterk (eenzijdig) relationeel gestuurd en (doorgaans) asymmetrisch (actief versus passief) en op het oog 'gevoelig' informeel ('nabij' de klant en gericht op emoties).

2 Richting en doel van zorgen

De Lange heeft een lange termijn doel van zorg voor ogen: de patiënt weer zoveel mogelijk in staat stellen zelfstandig, lós van zorg, te leven. Dit geschiedt in de *modus* van de hoop, dat wil zeggen, toekomstgericht.

Wat een patiënt ervaart en doormaakt is voor De Lange essentieel. Inleven in en meeleven met de patiënt dient echter een ander doel dan de persoon in kwestie een ultieme ervaring bezorgen en winnen voor het bedrijf. De patiënt wordt bijgestaan op een wijze die hem helpt om zich te (gaan) verhouden tot wat hem overkomen is aan ziekte en lijden en te zien wat er aan toekomstig leven mogelijk is al dan niet met zorgende ondersteuning. Lee claimt dat zijn zorg het emotionele, lichamelijke, intellectuele en spirituele niveau van de patiënt omvat, wat nog maar de vraag is. Over alle 'niveaus' ligt de laag van beleving Een zorgethische professional 'helpt dragen' en neemt niet de ziekte- en levenslast over. Het her-winnen van zelfstandigheid, zó kunnen leven zoals men het goede leven in relatie met anderen wil leven, is en blijft voor De Lange het zorgdoel al is het soms slechts als heilzame fictie.

Vanuit De Lange's perspectief wordt, in en door liefdevol en kundig bijstaan, toegewerkt naar zelf verantwoordelijkheid nemen voor het eigen leven.

Dit toekomstgerichte perspectief en de patiënt helpen zich te verhouden tot het tragische in een mensenleven. Het verlies en alle complexiteit en tegenstrijdigheid daarbij, komt bij Lee niet ter sprake. Het enige zorgdoel dat hij bespreekt en nastreeft is de onvergetelijke ziekenhuiservaring vrijwel altijd in één adem genoemd met loyaliteit. De patiënt is een middel tot een hoger doel. Het fantastische bijstaan dient het doel binding aan het ziekenhuis. Zorgdoelen vanuit een zorgethisch perspectief en 'klantenbinding' zijn strijdig met elkaar. De afhankelijkheid van de patiënt wordt niet verminderd maar in klantenbinding juist bevorderd.

Vanuit een zorgethisch perspectief kan soberheid, terughoudendheid, even aanzien, goede zorg inhouden voor de patiënt. Dat zijn geen winstgevende strategieën en of ze klanten binden is maar de vraag. De patiënt behoedzaam met zachte druk aanmanen om iets te doen of na te laten in het belang van zijn gezondheid(sbevordering) zijn voor de klant mogelijk geen gewenste acties (onaangenaam gevoel, misschien (tijdelijk) meer pijn, geen 'eigen keuze'). Dan draagt het niet bij aan de allerhoogste scores; wel aan het welzijn van de patiënt dat wellicht pas op de lange termijn zichtbaar wordt en gewaardeerd.

Over falen en tekort in de zorg heeft Lee het niet. Morele dilemma's komen bij hem niet voor. Niet-weten, zoeken, twijfel bij wat gedaan moet worden, of onmacht en confrontaties met het onverhelpbare; al dat soort fijnmazigheid dat de dagelijkse realiteit is in zorgsituaties lijkt bij Lee niet te spelen. Het enige tekort dat in zijn voorbeelden ter sprake komt is een tekort aan managementvaardigheden, of besef van Disney-principes, een tekort aan empathie en een tekort aan talent om de perceptie van de patiënt te beïnvloeden.

3 Ethisch tekort en het kwade

De Lange staat stil bij tragiek en ethisch tekort en duidt de diverse lagen en dimensies van tekortschieten in de zorg. Het heeft met zorgverleners, de organisatie, de patiënt zelf, de situatie te maken en waar op elk van deze ingezoomd wordt zijn er opnieuw tal van vormen van tekortschieten en allerlei varianten van meer en minder verantwoordelijk zijn voor dat tekort en falen. Het toont een complexiteit die veelal onoplosbaar is en vaak bij benoemen moet blijven. Lee heeft het er niet over. Wanneer hij getalenteerde mensen werft voor de diverse rollen in het zieken-

huistheater, selecteert hij mensen die 'gelukkig' en 'slim' zijn. Vermenging van geluk en ongeluk, kunnen en niet kunnen, goed en kwaad in één mens, of gegeven in een zorghandeling, is bij hem niet aan de orde. Schuldig staan, is voor Lee evenmin een thema. Alleen als medisch falen ter sprake komt en de vele rechtszaken die zich voordoen in de V.S. meldt Lee dat artsen die hun patiënten empathisch bijstaan minder vaak voor het gerecht gesleept worden (hij spreekt derhalve alleen over schuld in een juridische context). Ook machtsthematiek die zich kan voordoen in asymmetrische zorgrelaties waarbij de zorgontvanger extreem kwetsbaar is, wordt bij Lee niet besproken.

4 Leren uit emoties

De Lange en Lee 'leren' op verschillende wijze uit 'emoties', 'gemoedsaandoeningen'. Bij De Lange's zorgethische insteek komen emoties op verschillende wijzen ter sprake.

Waar hij zoekt naar de oorsprong van het goede, het elementaire vertrouwen dat mensen in elkaar hebben waardoor zij zich toevertrouwen aan anderen, is getroffen worden, innerlijk geraakt door het lijden van de ander, de eerste gemoedsaandoening. Deze geraaktheid leidt tot vanzelfsprekende, spontane bekommernis. Belangrijk hierbij is, zo constateert De Lange, dat het ethisch fundament van de zorg niet vanuit een moreel gebod komt. Dit zegt Lee eveneens wanneer hij moeder Teresa ter sprake brengt die vanuit verbeeldingskracht de werken van barmhartigheid verricht en niet vanuit het gebod. Lee focust hierbij op 'de verbeeldingskracht' van moeder Teresa, niet op de pauperthematiek en de samenlevingscontext en evenmin op het geschenkkarakter van barmhartigheid.[70] Anders dan Lee stelt De Lange dat het ethisch fundament van de zorg niet sympathie of mededogen is dat ín de mens als ethisch subject verankerd zit. Premoreel en prerationeel geven mensen (idealiter) spontaan acht op de ethische eis die van buíten hen komt, vanuit de relatie, om de ander góed te doen. Wie voor een ander zorgt geeft zich over aan de *flow of goodness* die niet aan het innerlijk ontspringt maar 'aan de bron van ons bestaan'. De Lange wijst op de afwezigheid van welke dwang of bijgedachten dan ook; de gerichtheid is enkel en alleen op het goede voor de ander (en geen vormen van eigenbelang). Commercieel succesvol willen zijn door diepgaand en sturend in te grijpen in het primaire zorgproces is een (mogelijke) vorm van eigenbelang.

70 Zie 1.6.2.

Mensen zijn volgens De Lange (en Lee eveneens) van nature gebouwd op goed voor elkaar zorgen. Liefde, vertrouwen en hoop zijn het vanzelfsprekende, alles wat ertegenin gaat is het niet-vanzelfsprekende. Maar bij Lee is het eigen innerlijk, het gevoelsleven de bron die aangeboord moet worden door verbeeldingskracht. Uit de kracht van de innerlijke verbeelding wordt empathie geboren. Empathie die het mogelijk maakt de gevoelens van patiënten te herkennen, waarop 'gepast gedrag' volgt.[71] Lee benadrukt daarbij ook het belang van training van het inlevingsvermogen door video's van gesprekken met loyale patiënten. Daarnaast oefenen zij ook in rollenspelen. Lee brengt het ter sprake in de context van lichaamstaal die correspondeert met het juiste (bewogen) innerlijk. De compassiebron lijkt hierbij meer psychologisch dan moreel georiënteerd en voor het opdoen compassievaardigheden wordt acteerles ingezet.

71 F. Lee, 2009, p. 150.

De Lange spreekt over emoties die opgeroepen worden bij *travail sur autrui*, ín de zorgbetrekking. Het lijden van de ander, onmacht, angst, besef van eigen kwetsbaarheid; het doet zich allemaal voor in zorgarbeid en appelleert aan eigen zingeving- en bestaansvragen. Het ontregelt en verontrust zorgverleners; hun leven verandert door hun werk. Thema's die bij Lee niet spelen. Vanuit zorgethiek is aandacht voor de zorgverlener die reflectief 'afstemt' op zichzelf belangrijk. Bij Lee komt dit niet expliciet ter sprake. Vermoedelijk vinden vormen van reflexiviteit binnen het team plaats, wat ook vanuit zorgethisch perspectief zinnig is maar of het vormen van 'diep

leren' uit (gedeelde) ervaringen betreft, is de vraag. De gerichtheid van het leren bij Lee is voornamelijk beter vernemen van patiëntwensen en rendement verhogen. Een belangrijke emotie bij De Lange is 'vreugde' over zorg die góed gaat, voldoening, die bij uitstek motiveert om het werk te blijven doen. Lee spreekt op vergelijkbare wijze over voldoening in de zorgarbeid die motiveert maar noemt dergelijke voldoening ook een vorm van 'genot'. Een zorgverlener, een team, moet streven naar altijd 'beter' waarbij Lee 'genot' benoemt dat gepaard gaat met competentieontwikkeling. 'Beter' is bij Lee gerelateerd aan loyaliteit van klanten en niet zorginhoudelijk gevuld.

5 Bewogenheid, empathie, mededogen, inlevingsvermogen, sympathie, compassie, bekommernis.

Dit zijn termen die bij Lee en De Lange genoemd worden waar het gaat om -zoals Lee het noemt- het emotionele verzorgingsniveau. Lee maakt een belangrijk onderscheid tussen 'resultaten' van zorg en de 'perceptie' van zorg.[72] De resultaten kunnen voortreffelijk zijn terwijl de patiënt niet het idee heeft dat hij goede zorg heeft ontvangen. Dit gegeven brengt Lee op het belangrijke spoor van een niet-meetbaar maar wezenlijke aspect van zorgen; de ervaringen die de patiënt in een ziekenhuis opdoet. Hij stelt er wezenlijke vragen bij: is de patiënt als méns gezien, heeft het personeel opgemerkt wat het betekent voor een patiënt om zo ziek te zijn en heeft de patiënt begrip, troost en steun ervaren? Lee analyseert de patiëntervaringen nauwgezet om eruit af te leiden welke ervaringen patiënten góed gedaan (zouden) hebben. Hij neemt scherp waar wat de zwakke plekken zijn in een ziekenhuisorganisatie; de veelvoorkomende focus in ziekenhuizen op medisch-technische resultaten, waarbij de patiënt geobjectiveerd 'behandeld' wordt, leidt tot negatieve belevingen van onmenselijke, afstandelijk ervaren zorg. Vanuit deze scherpe en herkenbare waarnemingen neemt Lee een vervolgstap die vanuit zorgethisch perspectief bekritiseerd moet worden. Hij versleutelt het verlangen van patiënten tot wensen van klanten en stelt vandaar uit: de patiënt moet bewogenheid, empathie, mededogen, inlevingsvermogen, sympathie, compassie en bekommernis ervaren. Het theaterbusinessconcept acht hij geschikt om de klantwens voluit te honoreren. De patiëntervaring wordt uitgangspunt en doel van de organisatie. Bewogenheid en aanverwante concepten dienen Lee's overtroeven van de concurrent. Zorgverleners en patiënt worden -op een verschillende wijze- middelen voor dat doel. Bij zorgverleners wordt het relationele contact met de patiënt en hun intrinsieke motivatie om te zorgen 'benut' en bij de patiënt wordt diens verlangen geëxploiteerd en (vanuit een moreel gezichtspunt) gemanipuleerd. In Lee's commerciële context is het gewoon zo goed mogelijk leveren wat klanten wensen met inzet van alle middelen die daartoe bijdragen.

Vanuit het zorgethisch perspectief van De Lange is compassie eveneens wezenlijk voor 'zorgen'. Maar De Lange wil compassie als zorghouding niet zó centraal stellen als Lee doet. Een eenzijdige focus op gevoelens is geen goede zorg. In het woord bekommernis komt bovendien beter tot uitdrukking wat in de zorg aan de orde is; het altijd samengaan van professioneel vakkundig handelen en emotie. De Lange bespreekt bekommernis en compassie in een meerlagige en ambivalente context. Ook dubieuze vormen van compassie en zijn pleidooi voor 'sterke compassie' horen daarbij; een gevoeligheid bij de thematiek waar Lee het niet over heeft.

6 Perceptie van de patiënt

Lee stelt dat iedereen die in een ziekenhuis belandt een bepaalde indruk opdoet. Als dat het geval is, kan die indruk maar beter beïnvloed en gestuurd worden in een voor het bedrijf gewenste richting. Zijn hele ziekenhuiszorgconcept is daarop gericht; de patiënt moet de ervaring opdoen dat iedereen zich buitengewoon inspant om hem liefdevolle, inlevende zorg te bieden. Alle dingen die de gemoedstoestand

72 Zie hoofdstuk 1.3.1.

van de patiënt beïnvloeden en als gevolg daarvan de loyaliteit, moeten de volledige aandacht van het ziekenhuispersoneel hebben. De lat ligt hoog: Disney is de concurrent. Dát is het belevingsniveau dat de klant wenst.[73]

73 F. Lee, 2009, p. 33.

Bij De Lange werkt het anders. In georganiseerde zorg kan slechts tot op zekere hoogte 'het ultieme' voor de patiënt nagestreefd worden. Hij benadrukt dat de afgelopen tijd veel noodzakelijke verbeteringen in de zorg zijn doorgevoerd qua omgeving en service en aandacht voor de persoonlijke dimensie van de zorgrelatie. Wezenlijk in de zorg is of er een fundamentele basis van vertrouwen en dat is ook voor Lee uiterst belangrijk in zijn ziekenhuis. De zorgrelatie kan alleen bestaan in verwachting en vertrouwen. Vanuit een De Lange's zorgethische perspectief is het sturen van de perceptie in een door de zorgverlener of instelling gewenste loyaliteitsrichting niet aan de orde. Er wordt wel enige 'druk' uitgeoefend op de patiënt, er vinden vormen van beïnvloeding plaats maar het onvermengde zorgdoel staat centraal; de patiënt, in een zorgproces van afstemming, zoveel mogelijk als *homme capable* te laten (of helpen) functioneren. Of dat in 'tevreden' of 'ultiem-tevreden' scores van tevredenheidonderzoeken resulteert, speelt geen rol bij De Lange.
Vanuit een zorgethisch perspectief kan goede zorg inhouden dat de patiënt juist níet krijgt wat hij allemaal wil en wenst. 'De klant heeft altijd gelijk' is geen zorgprincipe. Behoeftigheid van een patiënt is iets anders dan consumentenbehoeften van een klant. De Lange benadrukt het belang van behoedzaam samen zoeken binnen een zorgrelatie naar het goede voor de patiënt waarbij paternalisme (mag in zwakke vorm) van de arts of verzorgende vermeden moet worden evenals klanteisend gedrag van de zorgontvanger. Onder geuite 'klantbehoeften' zit bovendien vaak een diepere laag van andersoortig verlangen. Over 'verlangens' wordt door diverse auteurs nogal uiteenlopend gesproken. Anders dan klantverlangens zijn er verlangens die te maken hebben met levensvragen en verlies door ziekte en tragiek. Annemarie Mol stelt (klant)wensen en verlangens op één lijn en betoogt in die context dat patiënten op hun (bewerkte) verstand aangesproken moeten worden. Die verlangens moeten gezien en erkend worden, ook als ze niet vervulbaar zijn.[74] De Lange citeert filosoof en schrijver Gaston Bachelard: 'De mens is een schepsel van verlangen, geen schepsel van behoeften'. Goede zorg betekent het herkennen en erkennen van verlangen. Daar zit bijvoorbeeld pijn en verdriet om wat (wellicht voorgoed) verloren is gegaan met de ziekte. Dit dieper vernemen van betekenissen en vragen onder aanvankelijk geuite behoeften of vragen van patiënten is vanuit zorgethisch perspectief erg belangrijk. Ten aanzien van Lee geldt dat onder de (al dan niet vermeende) beleveniswens bij de patiënt met belevenisaanbod niet tegemoet gekomen wordt aan waar de patiënt mee worstelt.

74 F. de Lange, 2011, p. 21.

Vanuit een zorgethisch perspectief is de zorgverlener degene die, getroffen door de tragiek van de patiënt, 'beïnvloed' wordt. De zorgbetrekking krijgt gestalte in de heen en weer gaande beweging van zoeken, uitproberen en (verhoopt) vinden van wat goede zorg voor die patiënt inhoudt. Perceptiebeïnvloeding is daarbij geen doel maar niet meer dan iets dat zich over en weer voordoet. Het bewustzijn (bij professionals) van de grote gevoeligheid van patiënten voor het ervaren van wat in zorghandelen gebeurt, gezegd wordt, gecommuniceerd wordt, is daarbij van belang maar enkel en alleen gericht op het welzijn van de patiënt.

7 Dieper zicht op lijden

Lee benoemt de ervaringen van patiënten in de context van pijn, lijden en angst. Hij rust zijn professionals zo goed mogelijk toe om hen in staat te stellen dicht bij die ervaring te komen en patiënten inlevend bij te staan. Maar dieper verkennen wat die pijn en lijden inhouden en welke angsten mensen kwellen, ontbreekt bij hem. De focus ligt op het inleven, meeleven, wat zonder twijfel belangrijk is. Het lijkt er bij Lee op dat klachten en verlangens van de patiënt 'oplosbaar' zijn. Schulze heeft

al gewezen op de 'geloofsbereidheid' van mensen in situaties van angst en onzekerheid.[75]

75 Zie 4.3.3.1.

De Lange verkent fundamenteler de inhoud van menselijk lijden aan ziekte en verlies van vitaliteit. Dat geeft zicht op wat er voor mensen in hun leven toe doet en daarmee ook zicht op wat er in zórgen toe doet. Aantasting van vitaliteit door ziekte, handicaps of ouderdom is de grond van de ervaring van lijden en eenzaamheid, onvermogendheid, gescheidenheid van anderen. Teruggeworpen zijn op een zelf dat niets vermag in een omgeving die niet begrijpt en (vaak) niet kan verhelpen, vreet aan de ziel van een mens. Dan is er meer nodig dan iemand een belevenis bezorgen. Verkenning van die eenzaamheid en alle andere gestalten van lijden en onmacht van mensen, biedt een diep inzicht in waardepatronen en betekenissen die mensen verlenen. Lijden dat zich voordoet in iemands leven, is altijd particulier en uniek; betekenissen verschillen per mens en situatie.

8 Herkennen van zorgen als fundamenteel ethisch

De Lange houdt vitaliteit, kwetsbaarheid en relationaliteit bij elkaar; deze drie horen bij de menselijke conditie. In de context van het goede en vreugdevolle (samen) leven ontfermen mensen zich als vanzelfsprekend over elkaar. Ziekenhuiszorg is een in Nederland een georganiseerde (en daarin begrensde) vorm van voor elkaar zorg dragen. Het valt op dat bij Lee diepere oriëntatie op menselijke ontferming, kwetsbaarheid en eindigheid van het bestaan en levensbeschouwelijke en zingevingsvragen die daarmee verbonden zijn, vrijwel geheel ontbreekt. Hij zegt een paar keer dat 'geboden' of 'principes' niet de motivatiegrond van zorgen vormen. Liefde en begrip gaan aan principes vooraf, stelt hij en beide komen voort uit het innerlijk van de professional. Ook vanuit zorgethiek wordt benadrukt dat goede zorg niet vanuit algemene principes (van bovenaf opgelegd) tot stand komt. Een positie betrekken ten opzichte van ethiek, principes, geboden en levensbeschouwelijke- en zingevingvragen blijft altijd noodzakelijk. De zorgbetrekking informeert over het (moreel) goede. De Lange plaatst 'zorgen' bovendien in een levensbeschouwelijke context van *do quia mihi datum est*; het besef van de gegevenheid (het geschenk) van leven brengt ook te binnen dat het leven van ieder mens kostbaar en onvervangbaar is en behoed moet worden. Afhankelijkheid van mensen, barmhartigheid betrachten jegens mensen die er beroerd aan toe zijn, het behoeden en bewaren van kwetsbare mensen staat allemaal in een fundamenteel morele context. Lee spreekt nergens over intermenselijke gedeelde kwetsbaarheid, afhankelijkheid over en weer, tragiek die zich onverhelpbaar, onoplosbaar voordoet, perspectieven op het goede leven en eindigheid van het leven. Drama's herkent hij maar toeval speelt bij hem geen rol; alles is maakbaar, stuurbaar bij zijn geprioriteerde 'belevenis'.

9 Authenticiteit en verbeeldingskracht

De Lange brengt authentiek mens-zijn in een brede (levensbeschouwelijke en zingevende) context ter sprake en daarbínnen spelen inlevingsvermogen en verbeeldingskracht een belangrijke rol. Iemands leven ligt in andermans handen. Het besef van gedeelde menselijke afhankelijkheid en kwetsbaarheid als gegeven in het mens-zijn, staat voorop. Een zorgafhankelijk mens vertrouwt er op dat de zorgverlener hem goed zal doen. Inlevend bijstaan van mensen ontstaat niet allereerst vanuit het eigen innerlijk maar juist in confrontatie met hulpbehoevende mensen. De zorgethische authentieke professional is iemand die raakbaar is en de ander, die getroffen is door rampspoed, bekommerd bijstaat vanuit het besef van gedeelde menselijke kwetsbaarheid. Daarbij liggen vakkundigheid en menslievend zorgen onafscheidelijk ineen. Focussen op 'medisch-technisch vakkundig handelen' of 'empathisch, bewogen bijstaan' is eenzijdig en leidt in beide gevallen tot minder goede of zelfs slechte zorg. Bij De Lange is de bron van vanzelfsprekend zorgzaam handelen de confrontatie met een zorgbehoeftig mens en niet het eigen innerlijk. Een zorg-

professional wordt juist weggetrokken van het eigen innerlijk en komt tot uniek en authentiek mens-zijn door de confrontatie met die ander.
Ook in de geïnstitutionaliseerde context van zorgen waarbinnen niet zozeer de *flow of goodness* maar vooral het gebod van de naastenliefde geldt, evenals beperkingen van de conventie, gaat het om belangeloos zoeken naar wat het goede is voor de ander. De Lange brengt Løgstrup's aandacht voor macht van de één (professional) ten opzichte van de ander (patiënt) te binnen. Macht mag alleen tot welzijn van de ander gebruikt worden.
Vanuit het gebod de ander lief te hebben 'als jezelf' (en de Gulden Regel), komt hij tot een vorm van introspectie. De inhoud van het goede is (begrensd) verneembaar via het menselijk vermogen zich in anderen te verplaatsen en zich zo voor te stellen hoe anderen door ons behandeld willen worden. Een inlevingseis die voorstellingsvermogen, fantasie vraagt. De Lange verneemt vanuit het inlevingsvermogen (wat is het perspectief van de patiënt) twee (samenhangende) dingen die de ander behoeft. Hulp om als *homme capable* samen met anderen te kunnen leven en geliefd, erkend en gewaardeerd worden.
Lee noemt empathie en begrip 'de twee grootste helende gaven van de natuur'. Medeleven is in ziekenhuizen essentieel en moet écht zijn, authentiek. Authenticiteit komt tot stand door toegang te vinden en houden tot (eerst) de eigen gevoelslaag en (van daar uit) de gevoelslaag van anderen. Dit lijkt een authenticiteitbegrip zoals dat is ontstaan in de periode van de Romantiek waarbij het innerlijk de bron is van de (menselijke) natuur. De innerlijke stem spreekt en gevoelens, intuïties en sentimenten worden onbereflecteerd als richtinggevend gevolgd. Lee's zorgprofessionals komen tot de gewenste waarde van bewogen zorg door introspectie; oriëntatie op het eigen innerlijk. Met het aanboren van de eigen gevoelslaag, ontdekken ze wat de ander behoeft (eigen gevoelens maken empathie mogelijk) en worden ze vanuit de innerlijke verbeelding gemotiveerd. Acteerlessen bevorderen dit innerlijk vernemen en 'verbeelden'. Hiermee verwoordt Lee een laatmoderne opvatting van authenticiteit die uit eigen innerlijke bronnen tot stand komt. Ook bij films en casussen die groepsgewijs worden besproken wordt de lering binnenin het eigen innerlijk gevonden. Zo kan volgens hem de realiteit van de patiënt reëel gemaakt worden voor de zorgverlener. Dit is hoe het bij Lee gaat: er is niets dat zorgverleners zozeer kan motiveren als het zich voorstellen, verbeelden van wat patiënten meemaken. Deze verbeelding beïnvloedt de gevoelens, zegt Lee en uit gevoelens komen verlangens voort om iets te doen. Vriendelijke, zorgzame daden komen voort uit verbeeldingskracht. Bewogenheid en empathie brengen mensen tot vanzelfsprekend anderen bijstaan, ook als dat voor henzelf risicovol is.[76]

76 F. Lee, 2009, p. 147, F. de Lange, 2011, p. 77.

Lee verwijst naar onderzoek onder mensen die tijdens het nazibewind hun leven op het spel zetten voor anderen. Opvallend is dat ook De Lange een vergelijkbaar voorbeeld uit de Tweede Wereldoorlog aanhaalt om het 'natuurlijke' goede te onderstrepen. De Lange en Lee zijn het eens over het natuurlijke goede maar De Lange brengt daarna ook het kwade ter sprake, wat Lee nalaat. Het vanzelfsprekende inlevende zorgen, noemt Lee een 'gewoonte' of 'gave'. Hij ziet een gewoonte als een reflex op een prikkel, het resultaat van programmering en herhaling.[77] Hierin verschilt De Lange hemelsbreed van Lee. Het natuurlijke goede komt niet uit het eigen binnenste maar begint met de premorele en prerationele ervaring van geraakt worden door de ander. Deze fenomenologische gewaarwording van ondergaan, getroffen worden, ontzet raken, gaat vooraf aan alle handelen, reflectie en moraal. Dat komt allemaal pas daarna.

77 Zie 1.5.4.

Verbeelding creëert empathie en empathie leidt tot bewogenheid, stelt Lee. Bij De Lange begint alles bij getroffen worden door de ander, bewogen raken om diens lot en vervolgens het perspectief van de ander zo goed mogelijk pogen te vernemen

door 'verbeeldingskracht'. Lee beschrijft het vindproces van bewogenheid en motivatie in een menging van instrumentele en relationele termen. Behalve vindplaats voor echte, authentieke gevoelens en inlevingsvermogen, biedt het eigen innerlijk bij Lee ook de sterkste motivationele verbeeldingskracht voor professionals (naast patiëntevaluaties als motivationele bron). Daarin stemt De Lange (herkennend, niet erkennend) met hem in; de laatmoderne professional is aangewezen op het eigen innerlijk voor motivatie. Lee heeft het daar niet over.

10 Krijgt de klant 'góede zorg'?

Inmiddels is duidelijk geworden in de afgelopen hoofdstukken van deze thesis dat op deze vraag vanuit verschillende perspectieven uiteenlopende antwoorden klinken.

De 'criteria' voor 'goede zorg' verschillen sterk. Lee stelt publiekswerkzaamheid voorop. Het klantperspectief bepaalt of de zorg goed is. Wat de klant honoreert is ook voor de leverancier 'goede zorg'. 'Goed' is in markttermen dat wat het meest voldoet aan de wensen van klant. Vanuit een zorgethisch perspectief valt de klantwens en -evaluatie niet samen met 'goede zorg'. Diverse aspecten van wat moreel goede zorg inhoudt, zijn in het bovenstaande commentaar genoemd.

Het blijft denkbaar dat in Lee's ziekenhuis moreel goede zorg verleend wordt bijvoorbeeld omdat de zorgprofessionals, binnen de ruimte die hen geboden wordt, dit vanzelfsprekend doen. In dat geval is Lee een slimme uitbater van 'relatie', 'vertrouwen' en de *flow of goodness,* die mensen als vanzelfsprekend, 'van nature' doet zorgen. Dan krijgt de klant, die vanuit een zorgethisch perspectief 'patiënt' is, moreel gezien goede zorg terwijl de omvattende commerciële context een andere *drive* en andere doelen heeft. Eveneens kan het gebeuren dat Lee's theaterbusinessmodel met de sterke instrumentele sturing (op het leveren van tot op emotieniveau gereduceerde zorg) hen belemmert goede zorg, geduid vanuit een zorgethisch perspectief, te bieden. Dan lijkt het alsof professionals alle ruimte krijgen om vanuit hun hart zorg te verlenen terwijl ze *de facto* op belevenisinhoud (emoties), performance (gedrag) en tevredenheidsscores (*output*) geregisseerd worden.

Hoe dan ook, het kán zijn dat 'de klant' zorgethisch gezien goede zorg krijgt. Wellicht is het ook nog denkbaar dat die goede zorg méér tot z'n recht komt in Lee's ziekenhuis dan binnen de hedendaagse, gesystematiseerde, verbrokkelde institutiecontext in Nederland.

In hoofdstuk 6 wordt een tweede zorgethisch perspectief op enkele thema's onder zorgethici uitgewerkt. Thema's die De Lange niet bespreekt of waarin hij een specifiek en omstreden standpunt inneemt.

Bij Trouw columnist (theoloog en psychotherapeut) Jean Jacques Suurmond werd in 2007 darmkanker geconstateerd. In 2008 vertelt hij wat er met lijf en ziel gebeurt in de greep van kanker. Ik citeer daaruit een passage.

"Hoe die aanvankelijke koortsachtige concentratie op genezing veranderde in kalme rust weet ik eigenlijk niet precies. God was er als een onverklaarbare goedheid die geen last heeft van ziekte of vergankelijkheid. Dat gaf me een meta-positie, een soort grond om op te staan terwijl de golven over en om me heen sloegen.

Het leek wel of dat duidelijker werd naarmate mijn leven verder werd ontmanteld. Ik ging met ziekteverlof als predikant en moest mijn praktijk voor psychotherapie sluiten. Dagelijks lag ik in m'n eentje halfnaakt onder klikkende en zoemende apparaten. Ik werd onvrijwillig de stilte en een kaal landschap ingestuurd die vervolgens ging bloeien van God. Een God waarop ik geen enkele greep heb.

God is als de nachtzuster die in het donker, terwijl iedereen op de afdeling kreunde of sliep, of allebei, achter een lamp aan door de zaaltjes liep. Geruisloos. Ze was al donker van zichzelf zodat het leek alsof die lamp tussen de bedden doorzweefde. Dat licht gaf een vertrouwd en veilig gevoel: er was iemand die over mij waakte. Ik was niet alleen.

Verschillende malen vroeg ik haar iets: om de infuuspaal waaromheen de verpleegsters dansten uit te zetten, want die maakte zo'n herrie zodat ik niet slapen kon; om mij te verlossen van de drain; om mij niet meer te martelen met dat walgelijk zoete laxeermiddel. Op alles weigerde ze in te gaan.

Het is me nooit, maar dan ook nooit gelukt om haar over te halen iets te doen wat ik wilde. Een grapje hielp niet, noch gemopper, noch complimenten, noch een aangrijpend beroep op ons gezamenlijke menselijke lot dat we op deze planeet maar kort te leven hebben en dat we daarom toch een beetje aardig moeten zijn voor elkaar. Het was allemaal niet aan haar besteed. Soeverein en onderbetaald ging ze haar ongekende gang.

Die nachtzuster staat symbool voor God, inclusief mijn situatie en mijn existentiële onvermogen om daaraan iets te veranderen. Ik liep op haar stuk, zoals ik op mijn kanker stukliep. En kijk, door de scherven heen zag ik haar lamp dansen: goddelijk licht kwam mijn leven binnen. Leonard Cohen zingt: *There is a crack in everything, that is where the light comes in.*

De controle over mijn leven werd me uit handen geslagen: de tumor groeide buiten mijn wil om in mijn lijf, ik werd bestraald, be-chemoot. Geopereerd, gevoed en gewassen en moest doen wat de nachtzuster zei. Mijn in honderden jaren moeizaam verworven westerse autonomie en individualiteit werden, samen met mijn kleren, weggehangen in een anonieme ziekenhuiskast.

Ik was patiënt –dat woord heeft ethymologisch te maken met geduld. Geduldig de dingen laten gebeuren, dingen waarover je weinig of geen controle hebt, met een actieve passiviteit –en zie, dan kan de goedheid van God in je geboren worden."

EEN TWEEDE ZORGETHISCH PERSPECTIEF VAN ANNELIES VAN HEIJST, FRANS VOSMAN EN JOAN TRONTO: ZORGEN IN EEN INSTITUTIONELE SETTING

6

INLEIDING

Het zorgethisch perspectief van Frits de Lange biedt interessante aanknopingspunten voor analyse van en kritiek op Fred Lee's zorgconcept zoals in het commentaar van hoofdstuk 5 is benoemd. Er blijven echter diverse thematieken liggen die eigenlijk niet gemist kunnen worden bij deze analyse en kritische bespreking waarbij De Lange onvoldoende oriëntatie biedt. Dat heeft deels te maken met de invalshoek van zijn boek; hij wil zorgverleners erkennen door wat góed en vreugdevol is in de zorg te benoemen en waarderen in plaats van een zoveelste kritiek te schrijven. Om die reden laat hij lastige, conflicterende en frustrerende thema's in de zorg bewust liggen. Het heeft ook te maken met de positie die hij in het zorgethisch debat inneemt waarbij die positiebepaling zelf maakt dat conflicterende thema's onbesproken blijven. Een aantal vragen die dat bij mij oproept heb ik in hoofdstuk 5 bij de weergave van zijn zorgethisch perspectief genoemd.
De belangrijkste thema's van verschil van inzicht zijn daarbij:
1. Autonomie-interpretatie en zorgdoel. Als grond voor goede zorg én als zorgdoel fungeert zijn -naar eigen zeggen- zorgethisch geherinterpreteerd autonomieverstaan (inclusief een specifieke individuopvatting). Zorgen heeft als horizon, zelfs wanneer het feitelijk irreëel is, autonomieherstel in die zin dat een mens (weer) in staat is regie te hebben over het eigen leven. 'Kwetsbare autonomie', zegt hij maar het accent ligt op vitaliteit en zelfbeschikking. Dit autonomiebegrip bevat relevante kritische kracht op Lee's zorgconcept waarin autonomie en kwetsbaarheid niet gethematiseerd worden. Tegelijkertijd vind ik het zorgdoel teveel ingevuld in de herstelrichting van een capabel mens-zijn en regie houden, zij het in afhankelijkheid van anderen.
2. Interpretatie van verantwoordelijkheid. De Lange interpreteert verantwoordelijkheid moreel juridisch en niet moreel-humanitair wat zijn zorgethisch denken in een gelijkheidsdiscours brengt en gevolgen heeft voor zijn sociaal-politieke positiebepaling (die amper ter sprake komt). Ongelijkheid, (on)macht, conflicten, en dominantie blijven hierdoor vrijwel onbesproken.
De volgende thema's wil ik graag inbrengen (alle beknopt) om, naast wat De Lange al geboden heeft, vanuit een bredere zorgethische oriëntatie Lee te kunnen analyseren en kritiseren:

1 Visie op het goede (samen)leven.
2 Marktdenken in de zorg.
3 Verbrokkeling van het instituut gezondheidszorg door systemisering.
4 Zorgmanagement in complexiteit.

5 Patiënt centraal zorgconcepten, asymmetrie en macht in de zorgrelatie en de behoeftige menselijke conditie.
6 Zorgethiek als normatief perspectief op (zorg)handelen (in wisselwerking met ethische theorievorming).
7 Zorgethiek als normatief perspectief op relationele waardigheid (in wisselwerking met ethische theorievorming)

Vanuit een andere invalshoek dan De Lange -nu met het accent op behoeftigheid- bieden Annelies van Heijst, Frans Vosman en Joan Tronto, oriëntatie op deze thema's.[1]

Als aardige bijkomstigheid wordt in dit tweede zorgethisch perspectief iets zichtbaar van het voortgaand debat onder zorgethici wat het eigene van zorgethiek kenmerkt; het is nooit een ethisch perspectief dat, of een normatieve theorie die 'af' is en er bestaat evenmin één op voorhand gegeven juiste positie in het debat. Voor een eigen positiebepaling haak ik aan bij het zorgethisch perspectief en de normatieve theorieontwikkeling die Annelies van Heijst in gang heeft gezet met haar boek *Menslievende zorg*.

Verschillen tussen de beide uiteenlopende zorgethische perspectieven in hoofdstuk 5 en 6 van deze thesis worden soms genoemd maar niet verder uitgewerkt daar waar dit buiten de probleem- en vraagstelling valt.

De drie bronnen voor dit hoofdstuk zijn: *Menslievende zorg* van Annelies van Heijst (6.1 - 6.4),[2] een hoofdstuk uit het boek *Menslievende zorg*, management en kwaliteit, geschreven door Van Heijst en Frans Vosman (6.5 - 6.6)[3] en een artikel van Joan Tronto over zorginstellingen (6.7).[4] Dit hoofdstuk sluit af met een commentaar (6.8).

1 Zie bijlage 5. Uit het interview met respondent 3 wordt illustratief -passend bij de thematiek die Van Heijst en Vosman bespreken- geciteerd.

2 A. van Heijst, *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit,* Klement, 2005.

3 A. van Heijst en F.J.H. Vosman, Managen van menslievende zorg, in M. Pijnenburg, C. Leget, B. Berden (eds.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit,* Damon, 2010, p. 11-39.

4 J. C. Tronto; Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose, in *Ethics and social welfare,* volume 4, number 2. Routledge, july 2010, p. 158-171.

6.1 VAN HEIJST: MENSLIEVEND ZORGEN VERSUS MARKTDENKEN

In de probleemstelling van deze thesis is de vraag opgeworpen of met de opkomst en realisatie van zorgconcepten waarin 'de mens' met al zijn ervaringen en belevingen centraal staat voldoende tegemoet gekomen is aan fundamentele kritiek die Van Heijst uit op marktdenken en fabrieksmatig zorgen. Kan met het introduceren van deze nieuwe zorgconcepten voortaan gesproken worden van zorgethisch 'goede zorg'? In 6.1.1 tot en met 6.1.3 wordt een beginnend antwoord op die vraag gegeven vanuit een omschrijving van menslievend zorgen, marktdenken en 'de patiënt centraal'.

6.1.1 Menslievend zorgen

In de situatie van voortgaande vermarkting van de zorg waarin neoliberale waarden, economische beginselen en managementlogica gemeengoed worden in het Nederlandse zorgstelsel, bepleit Van Heijst in 2005 voor het terugplaatsen van de zorg op de morele grondslag. De economische rationaliteit die vanzelfsprekend ook bij zorgen aan de orde is, krijgt daarbij een dienende plaats toegewezen. Zij honoreert critici die stellen dat een tekort aan economisering schadelijk is, voor zover zij wijzen op goede zorg die voor een lagere prijs geleverd kan worden met een juiste inzet aan arbeidskracht en financiële middelen. Critici die het vereconomiseren van de zorg zélf aan de kaak stellen hebben andersoortige kritiek. Hierbij staat de zorgonderneming als productie en consumptiebedrijf onder kritiek. Zorgen is fundamenteel ethisch van aard; er zijn geen andere dan humanitaire redenen om zorg te dragen voor mensen die niet of niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Op deze wijze willen mensen een zo goed mogelijk leven voor iedereen mogelijk maken en houden. Economisch gezien is dat on-nuttig en on-rendabel. Ethisch gezien is dat zinvol en wezenlijk menselijk. Zorgen is (morele) waarden verwerkelijken en daarin die waarden hooghouden. Zorgbehoevenden worden niet geselecteerd op nuttigheid en of zij investeringswaard zijn. Utilistisch denken past niet op zorgen; bij een ethische grondslag horen morele waarden, betekenis en zin. In zorgpraktijken is menslievende zorg volop aanwezig en in de hedendaagse pluriforme maatschappij wordt menslievend zorgen herkend als een gedeelde, overkoepelende zorgvisie.[5] Twee verbindende waarden hierbij, die breed onderschreven worden door zorgverleners, zorgontvangers en hun naasten, zijn menswaardigheid en medemenselijkheid. Van Heijst zegt hierover:

> 'Zorg geven behoort volgens mij dus gericht te zijn op het behoeden van de waardigheid van bezeerde en lijdende mensen en dient te bevorderen dat zij het besef en gevoel hebben dat ze er toe doen en beminnenswaard zijn. Dit behóórt zo te zijn omdat goede zorg in wezen al zo is: want dit soort zorg blijkt in de praktijk mensen goed te doen.' [6]

De essentie van professionele zorg is derhalve niet 'genezen', 'beter maken', maar mensen bijstaan en niet in de steek laten. Ook voor 'onverbeterlijken' is menslievend zorgen volop aan de orde.

Hiermee neemt Van Heijst een gedeeltelijk andere positie in dan De Lange. Ook hij noemt het niet in de steek laten van mensen -bewarende zorg- maar pas als autonomieherstel niet meer aan de orde is. Dan wordt zorgen bij De Lange het beschermen en bewaren van iemands 'uniciteit' wat de vraag oproept hoe zich dat verhoudt tot 'waardigheid'. Beiden stemmen overeen in de relationaliteit van de zorgbetrekking, maar Van Heijst benadrukt de asymmetrie in de zorgbetrekking. Waar De Lange 'vertrouwen' als kern neemt, spreekt Van Heijst over 'menslievendheid' en groeit vertrouwen binnen een liefdevolle zorgbetrekking.

5 A. van Heijst, 2005, p. 13,14.

6 A. van Heijst, 2005, p. 14.

Het vigerende gelijkheidsdenken staat op gespannen voet met zorgpraktijken waarin ongelijkheid op allerlei wijze manifest is, zegt Van Heijst. Ze bepleit om die reden het herzien van het concept waardigheid dat vandaag de dag teveel geïnterpreteerd wordt als 'regie houden'. Waardigheid én ongelijkheid moeten -en dat is een morele uitdaging- samengedacht worden.[7]

7 Zie 6.4.3.

De Lange ziet geïnspireerd door Ricoeur veeleer een morele uitdaging in het bijeenhouden van capabel zijn (en een uniek mens zijn) en kwetsbaarheid maar -anders dan Ricoeur- omschrijft hij kwetsbaarheid voornamelijk in termen van verlies van capabel zijn. Hij lijkt daarmee verlies van menselijkheid en uniekheid te impliceren waar andere zorgethici menselijkheid en uniciteit niet interpreteren vanuit en binden aan (een specifieke interpretatie van) capabel zijn. Ook ernstig gehandicapte mensen bijvoorbeeld zijn 'emotioneel raakbaar' en zij 'handelen'; twee menselijkheidsuitingen om zich te verhouden tot de werkelijkheid zoals zij die gewaar worden.[8]

8 F. Vosman, 2007, Beroepsethiek, een kwestie van gevoel? Wat je als bestuurder kunt doen voor compassie in de zorg. In *Zin in zorg, Tijdschrift van Reliëf over zorgethiek en levensbeschouwing* 2, p. 6.

Wat in het dominante zorg-denken verdrongen wordt is zorgbezieling van zorgverleners, afhankelijkheid van mensen die zorg behoeven en besef van het onbeheersbare en ongewisse dat gegeven is in de menselijke conditie. Daarnaast ontbreekt een visie op het goede, gemeenschappelijke leven en zorgen van mensen voor elkaar in de samenleving en in zorginstellingen binnen die samenleving.
Vanuit een zorgethisch perspectief bepleit zij menslievendheid als kader van zorgen waarbinnen vakkundigheid van zorgverleners, oog voor de ander als uniek mens -die ander laten weten dat hij ertoe doet- en ontvankelijkheid hun plaats krijgen. Dat vergt een ander handelingsmodel, andere zorgtaal en een andere zorgvisie dan de vigerende. Nadrukkelijk stelt Van Heijst dat verworvenheden van autonomie en recht niet opgegeven moeten worden.

6.1.2 Markt

Van Heijst richt in haar boek de aandacht op het primaire zorgproces in gezondheidszorg en hulpverlening en kritiseert de dominantie van marktdenken, de daarmee verbonden doelrationaliteit en het gelijkstellen van 'beheersen' aan 'goed handelen'. Juist in de zorgsector vindt een voortdurende confrontatie plaats met het niet-beheersbare, het tragische, het 'onverbeterlijke' en -alle techniek, kennis en kunde ten spijt- onmachtig met lege handen staan. Deze onmacht wordt veel te weinig gethematiseerd als bij het menselijk bestaan horend waarbij bovendien nog steeds passende, goede zorg verleend kan worden al zijn de handen leeg. Het beheersmatige wordt daarentegen opgevoerd wat (anno 2005) leidt tot 'zorgfabrieken'.[9]

9 A. van Heijst, 2005, p. 26vv.

Ontzag voor het vele heilzame kunnen én afgrijzen over zorg die niet past bij wat mensen zijn, gaan bij haar samen op. Bij de doelrationele productieprocessen wordt de beleving van zorgafhankelijke mensen nogal eens veronachtzaamd, zo neemt zij waar, al ziet zij ook tekenen van kentering.
In een zorgvisie waarbinnen mensen zorgconsumenten zijn geworden, moeten meetbare resultaten geboekt worden. Effectief en efficiënt moeten professionals zorgdoelen halen want tijd kost geld. Dergelijk resultaat-denken is verweven geraakt met gangbaar medisch verbeterdoel-denken dat gefocust is op genezen en uitstellen van de dood. Aan dit soort denken ligt een mechanistische mensvisie ten grondslag. 'Vooruitgang' meet de 'zin' van interventies. Dit is een vorm van nuttigheidsdenken die domineert terwijl in de zorg veel zorghandelen waardevol is waarbij er niets nuttigs uit voortkomt. Zorg (en dus tijd en geld) investeren in onverbeterlijke mensen is onnuttig én zeer zinnig. In de zorgsector is een (zorgethisch) kwalitatieve omslag nodig vanuit een hernieuwde visie op wat mensen zijn en wat zorgen is.
Anno 2013 is de stand van zaken enigszins verschillend van de beschrijving van Van Heijst. Binnen het marktdenken, het vereconomiseren van zorg en de beheersingsdominantie heeft een ver-

schuiving plaatsgevonden die in diverse zorginstellingen zichtbaar is. ***Service excellence*** programma's zijn geïmplementeerd en de beleving van de patiënt krijgt meer aandacht. De patiënt als unieke persoon, de gevoelens en emoties van de patiënt, zorg-op-maat, de patiënt centraal, zijn zorgconcepten die in diverse zorg***settings*** de menselijke maat en 'gevoel' in de zorg terug moeten brengen Dit vergt echter nog steeds een grondige bezinning want in hoeverre is maakbaarheids- en beheersingsdrang, ook in deze nieuwe varianten van zorgen met 'gevoel', aanwezig?

Van Heijst schetst drie voorbeelden van belevingsgerichte zorg die binnen een interventionistische context gestalte krijgen.[10] Misschien werkt het zorgfabriek-model voor af te bakenen zorgvragen, stelt zij, maar voor het totaal van de zorg schiet het ernstig te kort. Zorg als een verhandelbaar product verdringt zorgeigen dimensies zoals barmhartigheid en onbaatzuchtigheid.

10 Zie 6.3.4.

Ten diepste is zorgethiek cultuurkritiek op heersende waarden en gevestigde menselijke verhoudingen. 'Succes' wordt dominant gedefinieerd vanuit individuele maatschappelijke invloedrijke posities; gezonde, rijke, westerse mensen. Zij zijn gezichtsbepalend voor economie, politiek en beleid. Wie niet deelt in déze succesformule belandt in de marge en is een *loser*. Dit noodzaakt tot nieuw zorgethisch denken over gelukt en gelukkig leven; denken dat haaks staat op vigerende gewichtigheid en aansluiting zoekt bij het alledaagse, particuliere leven, respectievelijk menselijk zorgen voor elkaar en voor zichzelf.

6.1.3 Behoeftige menselijke conditie

Van Heijst vertegenwoordigt in haar boek de niet-professionele en zorgontvangende positie. Met de omslag naar vraaggestuurd en belevingsgericht werken menen zorgprofessionals nogal eens dat de patiënt centraal staat maar is de werkelijkheid anders. Individuele zorgontvangers weten aan den lijve wat het betekent om zorgafhankelijk te zijn, wat daarbij helpt, of wat juist krenkt.

De Lange refereerde aan het baanbrekende boekje van Jan Hendrik van den Berg om er zijn autonomie-verstaan mee te staven.[10] Van Heijst refereert aan dezelfde auteur om te illustreren hoezeer hij degene was die 'het waartoe' van de gezondheidszorg centraal stelde. Hij kritiseerde het kwaad-uitrichtende verbeterdoel en -wat Van Heijst noemt- 'het deskundologisch regime'. Van den Berg bepleitte een wending van 'genezen' en het 'leven rekken' naar het doeleinde van de geneeskunde 'mensen bijstaan in hun nood', tot en met troost bieden en daarin angst en pijn verminderen.

11 F. De Lange, *In andermans handen:Over flow en grenzen in de zorg,* 2011, p. 90.

De verhouding arts-patiënt is sindsdien ontvoogd maar de medisch-technologische macht is toegenomen en vrijwel onbekritiseerd nog bepalender geworden dan in de tijd van Van den Berg. Een andere vorm van macht is de taal van recht en autonomie. Zelfbepaling van de patiënt in de sfeer van het recht getrokken, maakt de weinig populaire gegevenheid van afhankelijkheid van de patiënt onzichtbaar.

De derde vorm van macht is de rationaliteit van 'de zorgfabriek'. Het bedrijfsmatig ontwikkelen en sturen van de zorgsector vanuit fabrieks-productie-rationaliteit is, kenmerkend voor het laatmoderne denken, omarmd door overheid en zorgverzekeraars. Voorspelbaarheid, meetbaarheid, exactheid, onderlinge vergelijkbaarheid, zijn de begrippen die bij deze rationaliteit horen, eens te meer gestimuleerd door de Kwaliteitswet Zorginstellingen die instellingen verplicht tot 'prestaties' en 'verantwoording' van 'kwaliteitszorg' (meetbaar uiteraard). In de laatmoderne tijd wordt de illusie van 'maken' en 'beheersen' versterkt, juist ook in het domein van de zorg waarin het tragische en niet-verhelpbare zich veelvuldig voordoet. De verschrikking van ziekte, verdriet en lijden die zomaar mensen kan treffen, wordt getaboeïseerd. Onder dit taboe ligt een culturele en levensbeschouwelijke crisis in zingeving. Van

Heijst karakteriseert de laatmoderne cultuur als 'vitalistisch' en 'masculien'. Bij een mensbeeld van autonoom, zelfbeschikkend maakbaar leven, passen geen gekwetste, broze mensen; behoeftigheid hoort bij *loser*s en wordt ontkend.
De behoeftige menselijke conditie, ongelijkheid van mensen en de eindigheid van het bestaan worden bedekt door klantdenken, gelijkwaardigheidsdenken en maakbaarheids-denken; er zijn immers legio probleemoplossende zorgproducten. Van Heijst bepleit een andere visie op zorgen dan de instrumenteel-technische rationaliteit van de zorgfabriek, waarin de patiënt echt centraal staat in een liefdevolle, zinvolle zorgcontext.

12 Zie hoofdstuk 4.

Gerhard Schulze signaleert op vergelijkbare wijze een zingevingcrisis én zingevingbehoefte naar aanleiding van de nieuwste economische variant van klantaanbod in belevenisproducten.[12] Schulze analyseert in zijn herschreven voorwoord van 2005 tevens de kanteling van het ***loser***-begrip waarbij vroegere solidariteit met ***loser***s is verschoven naar eigenschuld denken in een samenleving die vitalistisch en zelfbeschikkend denkt. De Lange waardeert de zingevingbehoefte die hij waarneemt positief zonder kritische noties zoals Schulze plaatst.

6.2 VAN HEIJST: ZORGEN ALS IETS DÓEN EN MÉÉR DAN DAT

Aan (schrijfster) Hella Haasse's beschrijving van het alledaagse zorgen van vrouwen in de vijftiger jaren ontleent Van Heijst zorgen als zowel routine en daarín tevens zorgen als persoonbetrokken, aandachtig afstemmen.[13] Het zorgen van Haasse in de privésfeer kan, al is er verschil tussen de private en professionele sfeer, representatief zijn voor goede zorg in de sociale werkelijkheid. Een strikte scheiding aanbrengen tussen privaat en publiek domein is arbitrair, stelt Van Heijst. Vele vrijwilligers ontlasten immers met hun zorginzet de professionele zorg en daarnaast is het niet zo duidelijk of en in hoeverre de zorgsector tot de publieke of private sfeer gerekend moet worden.

13 A. van Heijst, 2005, p. 65vv.t

In de zorgsector ligt de nadruk op zoveel mogelijk, zo snel mogelijk, routinematig dóen en komt het afstemmen er bekaaid af. Ze wil professioneel zorgen niet als een daad maar als een betrekking beschrijven en bínnen die betrekking worden dingen gedaan. Het zorgkader is menselijke betrokkenheid respectievelijk bekommernis. Vanuit de vraag 'wat dóen we eigenlijk als we zorgen?' bepreekt ze vier auteurs -van wie ik Böckle weglaat- die allen bijdragen aan een zorgethisch relevante visie op 'handelen'. Joan Tronto (6.2.1), Rudolf Ginters (6.2.2) en Hannah Arendt (6.2.3). Arendt heeft met een voorzienige blik ook geschreven over 'commodificatie' wat Van Heijst herkent in de zorg (6.2.4) In 6.2.5 komt de vraag aan bod wat zorgen dan wel is als het geen handelen is in de zin van dingen, producten, produceren.

6.2.1 Tronto: wat dóen we als we zorgen?

Tronto, die een toonaangevende politieke zorgethiek ontwikkelde, kritiseert naturalistische zorgideeën; zorgbekwaamheid is niet seksespecifiek en zorgzaamheid welt niet spontaan, natuurlijk op in mensen.[14] Zorgen is cultuurbemiddeld en een doorgaans institutioneel georganiseerde praktijk.[15] Daarnaast is zorgen een houding (aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid). Zorgen gaat iedereen aan en is daarom een sociaal-politieke zaak. Dit vraagt dat heersende morele grenzen verlegd worden. De grens tussen moraliteit (zou privézaak zijn) en politiek (zou publiek zijn) moet verlegd worden evenals het morele gezichtspunt; van afstandelijk 'objectief' naar betrokken particulier. Als derde dient de afgrenzing tussen publiek en privaat, ontstaan in de negentiende eeuw, doorbroken te worden. Deze afscheiding bracht vrouwen in de private sfeer waarbij hun (onbetaalde) werkzaamheden als 'zorg' werden betiteld. Wat in de buitenwereld gedaan werd (betaald) door voornamelijk mannen, ging 'arbeid' heten. In de politieke zorgethiek worden structuren van macht en aanzien gekritiseerd en situeert Tronto zorg als een integraal moreel en politiek concept dat contextueel en complex is. Het gaat in wezen om een paradigmawisseling die de fictie van autonomie en gelijkheid ontmaskert.[16]

14 A. van Heijst, 2005, p. 72vv.

15 deze visie van Tronto staat op gespannen voet met De Lange's ethische eis en de vanzelfsprekende premorele en prerationele zorgzame reactie op het gestelde vertrouwen.

16 Kritische noties die Van Heijst opvoert bij Tronto's zorgethiek laat ik buiten beschouwing.

6.2.2 Ginters: waardeverwerkelijkend handelen

Rudolf Ginters verheldert op een andere wijze wat we dóen wanneer we zorgen.[17] De positivistische misvatting dat zorgen alleen zinnig is wanneer door het ingrijpen van professionals iets verandert, noemt Van Heijst een activistische zorgopvatting. Ginters bestrijdt dit soort teleologisch ethisch denken door te onderscheiden in drie verschillende typen waardeverwerkelijkende handelingen. Naast de instrumentele waardeverwerkelijkende handeling en de deelwaarde verwerkelijking die

17 A. van Heijst, 2005, p. 81.

beide 'makend' zijn, is voor de zorgethiek vooral de derde expressieve waardeverwerkelijkende handeling van belang. Dit betreft uitdrukkingshandelen dat doel in zichzelf is, niets 'bewerkt' en intrinsiek waardevol is. Dansen, zingen, schilderen zijn voorbeelden van dergelijk handelen. De waarde is niet functioneel of nuttig maar uitdrukkend. Zorgen kan aan het lijstje van uitdrukkingshandelen toegevoegd worden, vindt Van Heijst. In het zorgen voor mensen zijn twee centrale waarden van dit soort handelen veelvuldig aanwezig. Het drukt verbondenheid, gehechtheid aan iemand uit en als tweede kostbaarheid van iemand. Uitdrukkingshandelingen kunnen volgens Ginters zowel door personen als door instituten gesteld worden. Van Heijst noemt een hospice als voorbeeld van institutioneel uitdrukkingshandelen. Voorkomen van de dood is niet mogelijk, maar menselijke verbondenheid kan tot na het overlijden gestalte krijgen in uitdrukkingshandelen. Tegen doelrationeel denken in blijft het ethisch gesproken betekenisvol om, als er niets te veranderen valt, waardedrager en -uitdrukker te zijn. Ginters drie vormen van waarden verwerkelijkend handelen helpen samen om een louter instrumentele zorgvisie te overstijgen. Ook doelgericht zorgend handelen is daarbinnen gericht op het realiseren van waarden.

6.2.3 Arendt: **poiesis** en **praxis**

Hannah Arendt ontwerpt een handelingstheorie waarbij ze de klassieke Griekse begrippen *poiesis* -maken in de zin van produceren- en *praxis* -handelen- onderscheidt.[18] Een product maken geschiedt naar een voorgegeven model maar bij handelen is de uitkomst minder vaststaand. Van Heijst past dit theoretisch handelingsmodel toe op zorgen vanuit de vraag: Wat dóen we als we zorgen?

18 A. van Heijst, 2005, p. 89vv.

Als Arendt de geschiedenis sinds Plato en Aristoteles overziet, constateert ze dat 'handelen' (*praxis*) als menselijke activiteit is teloorgegaan. Politieke en publieke ruimte hebben moeten inboeten door wat zij 'het sociale' noemt. Met 'het sociale' bedoelt Arendt private behoeften die collectief de publieke ruimte vullen. Een proces dat al is aangevangen met Plato en Aristoteles die politiek in 'maakbare' termen beschrijven. In de zeventiende eeuw komt dóen boven denken te staan; 'de makende mens' produceert nuttige en duurzame producten. De negentiende eeuw laat 'nuttig' en 'duurzaam' varen en stelt veelvuldig consumeren voorop. Consumptie vindt langdurig plaats in de privésfeer maar wordt met het geringschatten van ambachtelijkheid en het aanprijzen van fabrieksmatig produceren 'publiek'. De mens is een *animal laborans*. Producerend en consumerend, in een voortgaande cyclus van behoeftenbevrediging, is deze cyclus model geworden voor leven en betekenis geven aan álle menselijke activiteiten. Dit 'sociale' overheerst dominant het publieke en politieke domein met doel-middel relaties, aldus Arendt, gericht op het consumerend bevredigen van behoeften. Daarmee is haar ideaal, de publiek-politieke sfeer van de Griekse *polis*, onbesmet door routinematig produceren, ver verwijderd geraakt van de werkelijkheid.

Voor de zorg is relevant in haar handelingstheorie dat menselijke pluraliteit tweevoudig gelijkheid én onderscheid omvat. Van mensen als gelijke wezens valt ongeveer te weten en voorzien wat zij behoeven. Dit noemt Van Heijst 'gelijkheid qua overeenkomstigheid'. Maar mensen zijn ook van elkaar onderscheiden en uniek wat zij beschrijft als 'gelijkheid qua onderscheidenheid'. Sprekend en handelend komt dat unieke van mensen aan het licht. Routinematig zorgen veronachtzaamt dat tweede, de uniciteit. Haasse's gelijktijdige ineen liggende routinematige werken én afstemmen, twee uitingen van één zelfde betrokkenheid, biedt in het licht van Arendts handelingstheorie een relevant zicht op de zorgbetrekking. Die betrekking

ontstaat in en tijdens het alledaagse zorgen. Daarbij is het niet om het even wie in de zorg de klus klaart. Ook het menselijk lichaam is drager van een uniek 'wie', stelt Van Heijst. Zelfs via zorg voor iemands spullen kan een positieve of negatieve zorgbetrekking ontstaan afhankelijk van de mate van afstemming. Het opsplitsen van zorg voor lichaam, spullen en geest om redenen van efficiëntie, beïnvloedt de kansen op het vormen van een goede zorgbetrekking negatief.
Arendt voorzag de bedreiging van individuele en groepsverschillen tussen mensen in een globaliserende, technocratische wereld. Ze voorzag de dominantie van consument-zijn en de verdringing van het publieke leven door het uitdijen van het private leven dat uiteindelijk nog slechts één waarde zou kennen: het (eigen) leven zelf. Politiek moest volgens haar het algemeen belang dienen, in het concrete leven hier en nu gericht op behoud van de wereld en zonder dominantie door privaat of collectief eigenbelang.
Zorgen is strategisch ingericht, zo beschrijft Van Heijst 'maakbaar' en het ongewisse moet als onwenselijk zoveel mogelijk uitgebannen worden. Echt handelen in de betekenis van Arendt zou zijn wanneer de patiënt mee invloed heeft in de zorgende interactie. Bij haar handelen is het ongewisse een hoofdkenmerk; de uitkomst staat niet vast. Handelen op déze wijze komt in de zorg slecht gelegen omdat ongewisheid het plannen verstoort en de greep op processen verzwakt. Die greep is, zoals Arendt al voorzag, alleen maar toegenomen in allerlei sectoren waaronder de zorg. Rendement is de toets en alle 'overbodigs' wordt uitgebannen. De in de zorg veelvuldig voorkomende 'innovatie' bestaat uit het toenemend verfijnen van afgesplitst handelen en transparantie. Strategisch doel-middelen denken acht Van Heijst op deelgebieden van de zorg zinvol. Logistieke planning en systematiek is noodzakelijk om veel zorgbehoeftige mensen te kunnen helpen. Maar ménsen uitsluitend strategisch behandelen '*verdinglicht*' hen. Wie probeert in handelen het ongewisse uit te bannen of de voorwaarden voor handelen ondermijnt, tast het menselijke aan. Binnen het medisch zorgen als *praxis* gebeurt veel werk routinematig en 'makend' maar in de context van een groter zinnig geheel, als het goed is. De arbeidende, makende activiteiten zijn betekenisvol binnen de zorgbetrekking voor zover zij onder de *modus* van handelen vallen (zoals Arendt handelen verstaat).

6.2.4 Commodificatie van de zorg

Planning is onontkoombaar, de kunst is om de schaarse tijd en het contact met de patiënt zódanig in te richten dat uniekheid van de zieke mens, zakelijkheid en affectieve betrokkenheid ruimte schept voor de patiënt om mee te denken, mee te wegen, mee te sturen. Wanneer het unieke veronachtzaamd wordt en zorgen inzet op het overeenkomstige van mensen is dat strategisch doel-middel denken en geen goede zorg. 'Zorg-op-maat' en 'patiënt- centraal' initiatieven zijn te duiden als pogingen om de uniciteit van mensen te honoreren. Maar dit gebeurt in een bredere context van 'commodificatie', stelt Van Heijst.[19] Commodificatie is het proces waarbij menselijk handelen, menselijke verhoudingen, gevoelens en emoties in toenemende mate in geldwaarde worden uitgedrukt. Aspecten van menselijkheid worden in termen van vraag en aanbod vermarkt waarbij geldwaarde intrinsieke waarden verdringt.
In de kapitalistische context worden goederen, diensten en betrekkingen geobjectiveerd, aan elkaar gelijkgesteld en uitwisselbaar. Arendt voorzag dat dit cyclische proces van consumeren en produceren op termijn de enige activiteit zou worden die telt en nuttig is. Een dergelijke commodificatie vindt plaats in de zorg; zorgen ís produceren en consumeren geworden en de grootste 'zorg' geldt de betaalbaarheid. Het

19 A. van Heijst, 2005, p. 114v.

van intrinsieke waarden ontdane zorgen verklaart de onvrede van veel zorgverleners en -ontvangers, zegt Van Heijst anno 2005.

Anno 2013 reageert de markt (marketeers) op deze onvrede door -binnen het systeem van commodificatie zoals Arendt het beschrijft- een aanbod te leveren van toegevoegde intrinsieke waarden. Aan zorgproducten wordt 'aandacht', 'troost', 'compassie', 'authenticiteit' of wat maar nodig en gewenst lijkt om klant en leverancier tevreden te stellen over het (zorg)product, gekoppeld. Aan klachten van zowel zorgprofessionals als patiënten over onpersoonlijke, onmenselijke bejegening lijkt met deze toevoegingen tegemoet gekomen te worden. De commodificatie van zorgen zelf moet echter bekritiseerd worden.

Overigens gebruiken Gilmore en Pine de term commodificatie eveneens maar bij hen beschrijft de term het 'afzakken' van waardevolle producten tot goedkope bulkgoederen.[20]

20 Zie hoofdstuk 2.1.1 van deze thesis.

Van Heijst benadrukt dat in debatten over zorg systemisering van zorg zélf zelden ter discussie staat; er wordt bínnen de systeemcontext gecorrigeerd en geïnnoveerd. Zij wijst op een structuuranalogie vanuit Arendts begrippenkader; wat in de gecommodificeerde zorgsector gaande is, heeft totalitaire trekken. Een economisch marktsysteem dat gericht is op 'de massa' en beheersing van het ongewisse heeft in de gevolgen, in wat feitelijk aangericht wordt, totalitaire trekken. Zorginstellingen vertonen kenmerken van totale instituties in die drang om zorgprocessen geheel te overzien, controleren en op *output* te evalueren en vergelijken met andere 'zorgkwaliteit'-scores. In dit beheersen staan professionals die goed willen zorgen onder druk en wordt kwaad aangericht in een sector die góed zou moeten doen aan mensen in onmachtige situaties van verlies, verdriet en lijden.

Als zorgen handelen is in de betekenis van Arendt, moet er ruimte zijn om te kunnen afstemmen op unieke mensen in zorgbetrekkingen. Ruimte om te zoeken naar wat op het spel staat voor díe specifieke mens, die verschilt van anderen, anders reageert op medicatie, andere betekenis hecht aan wat hem overkomt in het ziek-zijn of zorgafhankelijk-zijn.

Object zijn in een gestroomlijnd zorgproces ontmenselijkt. Ontmenselijking is het fundamentele probleem onder verzakelijking en verschraling van zorg. Het is een effect van de maakbaarheidsdrang.

Onder economische rationaliteit en verzakelijking schuilt de zucht naar het uitbannen van het onvoorspelbare, ongewisse en noodlottige dat verontrust en angst oproept. Martha Nussbaum wijst naar aanleiding van de tragedies en het denken van Aristoteles op de gevolgen van het willen beheersen en uitbannen van ***tuchè***. Hoe meer beheersing, hoe minder waarden in een mensenleven wat leidt tot een moreel 'armoedig' bestaan. ***Tuchè***-loos leven is schraal. Ook Gerhard Schulze legt verbanden tussen beheersing van het leven en zin- en betekenisverlies in het leven.

Om het echt menselijke te behouden is het onontkoombaar dit onvoorspelbare en het ongemakkelijke van de kwetsbare menselijke conditie onder ogen te zien.

6.2.5 Wat is zorgen dan wel?

Mensen ervaren zorg pas als goede zorg wanneer er meer geboden is dan de pure ingreep of verrichting. Zorg is geen product en evenmin een dienst of service die het gelijke klant-leverancier model veronderstellen. Dat is een model dat de asymmetrie van de verhouding veronachtzaamt evenals de onhelderheid van de nood van de patiënt waarbij zoeken en interpreteren hoort.

Zorg reduceren tot medisch technisch vakmanschap schiet ook te kort; dingen goed doen is niet hetzelfde als de goede dingen doen.

Zorgen is niet daden stellen (losse handelingen) maar in een betrekking gaan staan, zegt Van Heijst.[21] Een betrekking waarbinnen dingen gedaan worden maar soms ook welbewust nagelaten. Met deze omschrijving ontkomt zij aan de verrichtingen-

21 A. van Heijst, 2005, p. 123vv.

sfeer en wordt zorgen gekaderd in menselijke interactie waarbínnen verrichtingen kúnnen plaatsvinden. Maar goed zorgen kan ook 'niets dóen' inhouden. De kernvraag in de betrekking is: welk goed kan er in déze betrekking, zoals deze mens zich nu vertoont, bewerkt worden? Bij het beschrijven van zorgen als meer dan dóen, gaat Van Heijst instemmend in op de presentietheorie van Andries Baart waarin een vorm van handelen in de zin van Arendt centraal staat.

Tussenstand na paragraaf 6.1. en 6.2

Het fundamentele probleem dat Van Heijst aankaart is verzakelijking, verschraling en daarmee ontmenselijking van zorgen in de 'zorgfabriek'. Het aspect van ontmenselijking in allerlei (commerciële) sectoren is door belevenismarketeers als nieuw klantverlangen naar menselijkheid, het relationele, 'de menselijke maat' herkend en in aanbod vertaald. Lee is een van deze vertalers die aan het klantverlangen naar menselijkheid in de zorg*setting* tegemoet komt. Met zijn concept elimineert hij de 'zorgfabriek-ervaring'. Hij optimaliseert de klantvriendelijkheid en efficiëntie van het bedrijf evenals de bedrijfsomgeving. Zijn klant ontvangt vriendelijke, menslievende, efficiënte en kwalitatief goede zorg in een weldadige omgeving qua sfeer en entourage. In de probleemstelling van deze thesis is de vraag opgeworpen of hiermee een (zorgethisch) goede nieuwe vorm van zorgen geïnstalleerd wordt. De focus is verlegd van louter medisch-technisch 'opereren' naar louter 'inspelen' op de perceptie van de patiënt. Deze patiënt-belevenis centraal gerichte benadering lijkt de oplossing voor de door Van Heijst genoemde problemen in de zorg. In het vervolg van dit hoofdstuk maak ik duidelijk dat de fabrieksmatige instrumentele benadering plaatsgemaakt heeft voor een sociaal-instrumentele benadering die nog steeds het beheersen via interveniëren en oplossen van tragiek en lijden van mensen inhoudt en nieuwe, andere problemen veroorzaakt. Een diepere verkenning van wat een mens is en wat een zorgrelatie inhoudt is nodig om te laten zien wat naast pluspunten van Lee's zorgconcept, vanuit een zorgethisch perspectief toch kritisch bezien moet worden. Voor die verkenning volg ik Van Heijst's uitwerking van de presentietheorie van Baart.

6.3 VAN HEIJST OVER BAART'S INTERVENTIEDENKEN EN DE PRESENTIETHEORIE

Waar Baart doel-handelen en in-relatie-staan tegenover elkaar stelt, verdiept Van Heijst de presentietheorie door vanuit Arendts denken het in relatie gaan staan als een 'doen' te zien. Niet 'doen' als verrichtingen maar 'doen' als relationele interactie. Zowel Arendt als Baart hechten sterk aan het hooghouden van menselijke uniekheid die zij verbinden met waardigheid. Baart's uitgangspunt bij menswaardigheid ligt, vanuit de oude christelijke traditie van voorkeur-barmhartigheid (voor vreemdelingen, armen, zieken *et cetera*), bij het hoeder van elkaar zijn in óngelijke situaties. De waardigheid van niet zo zelfredzame mensen in de samenleving is in het geding. Deze theorie van presentie is breed herkend als morele richtlijn in diverse godsdiensten en levensbeschouwingen en biedt derhalve een belangrijke gedeelde morele oriëntatie in onze pluriforme samenleving.
Baart heeft de heersende zorgbenadering gekenmerkt als 'interventie'. Zowel presentie als interventie zijn specifieke (actieve) manieren van doen. Hij kritiseert de verabsolutering van interventies met de term 'interventionisme' en noemt interventionistische uitvoerders 'interventionisten'. Hij bepleit een samengaan van interventie en presentie in de zorg.
6.3.1 gaat in op systeemkritiek vanuit presentie. 6.3.2 licht een 'latende *modus*' toe. In 6.3.3 wordt Arendts handelingstheorie op de presentietheorie betrokken en 6.3.4 illustreert belevingsgericht zorgen bínnen de context van interventiezorg.

6.3.1 Presentie als systeemkritiek

Het samengaan van interventie en presentie in de zorg is systeemkritiek, zegt Van Heijst.[22] De vigerende professionaliteitsopvatting wordt onder kritiek gesteld. Interventie vormt op diverse wijzen de maatstaf in de zorg. Cure scoort, vanwege een hoog interventie-gehalte, hoger dan care qua budgettering en qua status en salariëring van zorgprofessionals. Het medisch-technische en alle daaraan hangende beroepen, scoort daarbij hoger dan beroepen 'dichtbij het bed' en in de care-sector. Dit leidt tot hiërarchisch denken in de zorg en bij de verschillende zorgprofessies waarbij instrumentele omgang (medisch-technisch kunnen en zorgmanagement) meer telt dan omgang met bijvoorbeeld moeilijk gedrag in de gehandicaptenzorg. Professionals weten meestal wel dat zorgzaamheid bij hun werk hoort of zelfs de essentie ervan is maar hen wordt geleerd interventies als kern van zorgen te zien. Ze worden daar bovendien ook op afgerekend. Tegelijkertijd wordt binnen het interventiemodel ruimte gecreëerd voor 'aandachtmomenten' waardoor het lijkt dat er wel degelijk geïnvesteerd wordt in 'de menselijke factor'. Het blijft echter interventionistisch van aard. Ook vermeende holistische benaderingen blijken vaak binnen het systeem een opeenstapeling van gecoördineerde interventies in te houden. Het is een verbetering ten opzichte van ongecoördineerde vroegere aanpak maar nog steeds gereduceerde zorg.
Het grotere geheel van alle interventies is echter -of zou moeten zijn- de zorgbetrekking; medemenselijke verbondenheid waarnaar mensen in zorgbehoeftige omstandigheden verlangen. Binnen dat grote geheel staan interventiebeoefenaars mensen allereerst bij door al het mogelijke te dóen voor een patiënt met inachtneming van de medische grenzen van weldoen en niet-schaden. In deze inzet betoont de professional zorgzaamheid die meer benoemd kan worden dan nu vaak het geval is. Deze

22 A. van Heijst, 2005, p. 135,136.

zorgzaamheid die patiënten goed doet kan ook voortduren als de interventies 'op' zijn en onverhelpbaarheid aan de orde is. Dat vraagt iets moeilijks van zorgprofessionals.
Diagnosticeren, het vaststellen van een 'zorgvraag' is vaak een vorm van 'eigenbelang' van professionals; ze kunnen, mogen, durven niet niets te bieden te hebben. Baart noemt dit 'zelftroost' van professionals. Interventionisten laten in zo'n situatie het onverhelpbare en onverbeterlijke voor wat het is of verhelpen een onderdeeltje en focussen vervolgens op dat 'succes' terwijl aan het verdriet van de patiënt geen aandacht wordt geschonken. Alles wat gedaan kan worden is immers gedaan? Veel leed wordt op die wijze gemist omdat er geen 'zorgaanbod' voor is; er valt niets te dóen en dan houdt het kennelijk op.
De presentietheorie is een rijke bron om juist ook bij dat machteloos staan en geen interventies meer in huis hebben, niet af te keren van het leed maar iets anders te schenken aan lijdende mensen. Het hoge doel van zorgen is mensen bijstaan wanneer zij in nood zijn, pijn lijden, ziek zijn of stervende. De presentietheorie verwijst naar dat doel van zorgen en wijst daarmee interventies een context en plaats. Het hoort wezenlijk bij de beroepsuitoefening dat professionals zich verhouden tot waar geen genezing meer mogelijk is en wat je dan als zorgverlener voor die andere mens kan betekenen.

6.3.2 Een 'latende modus'

Baart noemt de manier waarop een presentiebeoefenaar werkt een 'latende *modus*'.[23] Dat is niet nalaten wat gedaan had moeten worden en evenmin nalatigheid (iets niet doen wat wel had gekund of goed zou zijn geweest). Het is ook niet het medische nalaten (*in dubio abstine*) waarbij niet-ingrijpen overeenstemt met het medische niet-schaden principe. Interventiebeoefenaars laten na wanneer er geen opties (meer) zijn om de situatie te verbeteren. Presentiebeoefenaars werken in een latende *modus* omdat ze het goed of beter achten om niets te doen. Van Heijst herkent vier aspecten in de latende *modus*. Ze bespreekt deze aspecten in de context waarin de presentietheorie is ontstaan; de context van buurtpastores die zichzelf als buurtwerker present, benaderbaar, opstellen in oude stadswijken. Deze vier aspecten acht ze (met een vertaalslag) evenzeer relevant voor de reguliere zorg- en hulpverlening.

23 A. van Heijst, 2005, p. 173vv.

1 Het **pathische aspect**. In de presentiebeoefening ligt het accent op ongehaast werken, in aandachtig en trouw ruimte scheppen voor de ander, niet ingrijpen tenzij -waar nodig- de presentiewerker voor de ander moet opkomen. Het vergt een duldend, wakend uithouden en wat Van Heijst noemt 'professionele deemoed'.
Wie gewend is aan interventiezorg herkent in deze houding vaak moeizaam 'zorg'. Het interveniëren, problemen oplossen, zaken klaren, doelen nastreven, is gelijk komen te staan aan 'zorgen'. Afwachten, de ander uitnodigen binnen een trouwe relatie waarbij misschien geen resultaten geboekt kunnen worden, staat daar zo ongeveer lijnrecht tegenover.
2 Een **empathische verhouding**. In de aandachtige en trouwe relatie leeft de presentiebeoefenaar zich gevoelsmatig diep in in de ander. Hij zoekt daarbij een empathische verhouding tot het onverhelpbare en tragische dat zich in het leven van die ander voordoet. Dit lijden wordt erkend als een bestaanswerkelijkheid die niet opgelost kan en moet worden maar mee-doorvoeld. De presentiebeoefenaar ontkent niet, vlucht niet, gaat niet 'dingen dóen' maar houdt angst, woede, verdriet, hopeloosheid mét die ander uit, wat een presentiebeoefenaar zélf emotioneel ook hevig raakt.
3 Het **sympatische aspect** van de latende *modus* is het mee-aangedaan zijn in

het lijden; samen lijden waarmee de eenzaamheid van de ander doorbroken kan worden. Hij staat er niet alleen voor.
Interventiebeoefenaars wordt daarentegen geleerd om -als professionele houding- níet te dichtbij een patiënt te komen en emotioneel afstand te houden.
4 Het **sympatiserende aspect** komt voort uit de nabijheid en raakbaarheid die minder eenzaam maakt. Hoewel er niets opgelost kan worden is er tegelijkertijd veel te bieden; de relatie, de eigen menselijke nabijheid, waarin verdriet en vreugde gedeeld kunnen worden.
De professionele inzet voor mensen die in complexe vaak onoplosbare situaties verkeren, maakt presentiewerk toepasbaar op allerlei terreinen van gezondheidszorg en hulpverlening waar dergelijke problematiek speelt.
Van Heijst werkt de verhouding tussen interventie en presentie uit vanuit Arendts handelingstheorie en haar visie op gelijkheid en uniekheid van mensen.

6.3.3 Presentie, interventie en Arendt

Vanuit een interventiestandpunt ontbreekt er in de presentiebenadering van alles; van diagnostiek tot en met meetbare resultaten en kwaliteit. Vanuit de handelingstheorie van Arendt komt wel naar voren welke kwaliteiten de presentietheorie heeft.[24] Presentie sluit aan bij de menselijke conditie; hun gelijkheid en hun uniciteit. Van Heijst schetst zes kenmerken van Arendts handelen die ook zichtbaar zijn in de presentiebenadering.

24 A. van Heijst, 2005, p. 181vv.

1 Ongewisheid van het handelen. Wat mensen góed doet, wat het goede voor een specifiek mens inhoudt, ligt niet vast. Een mens weet bovendien vaak niet eens voor zichzelf wat het goede inhoudt. In de relatie openen zich eventueel mogelijkheden en perspectieven. Baart wil het werkdoel van presentiebeoefenaars niet in doelrationele termen maar in waarden omschrijven. De belangrijkste waarden zijn sociaal opgenomen zijn en menselijke waardigheid. Met andere woorden: erbij horen en ertoe doen.
2 De kern van presentie is de relatie. Daarbij gaat het om een relatie die door beiden gewaardeerd wordt en van betekenis is. Deze relatie is als een vorm van *civic friendship* vriendschappelijk van aard en zowel gelijk als asymmetrisch. De presentiebeoefenaar is degene die initiatief neemt en de ander nadert, zich in diens leefwereld en levensverhaal verplaatst en op die wijze vriendschap aanbiedt voor de lange duur; zo lang als nodig.
3 Kenmerkend voor de relatie die kan ontstaan wanneer de ander ingaat op het (medemenselijke vriendschaps) aanbod is dat er **samen gehandeld** wordt. Het is geen eenrichtingverkeer waarbij een zorgverlener handelt voor een zorgontvanger maar een samenwerkingsverband waarin de zorgontvanger meestuurt. De relatie is ook voor beiden betekenisvol; ook de zorgverlener 'ontvangt' en verandert daardoor als mens.
4 Met ongewisheid verbonden zijn onbedoelde gevolgen. Sommige presentierelaties hebben zichtbaar effect, andere amper. Vanuit een interventiestandpunt is dat laatste -een amper of niet meetbaar effect- falen. Arendts handelingstheorie verheldert hoe met reden relativerend gekeken kan worden naar effecten. Handelen is bij Arendt iets nieuws beginnen en dat brengt onontkoombaar onbedoelde gevolgen met zich mee, zowel positieve als negatieve. Reacties van mensen op elkaars handelen over en weer is namelijk geen *stimulus*-respons zaak. Degene die met handelen begint kan niet overzien welke reacties zich zullen gaan voordoen. Bij presentiebeoefenaars is er vermoedelijk een verband tussen de aandachtige relatie die aangegaan is en veranderingen in het leven van de ander maar het betreft geen

aantoonbaar effect. Op deelgebieden doen zich meetbare effecten voor maar mensen onttrekken zich, geheel menseigen, altijd aan hun maakbaarheid.

5. Onbedoelde gevolgen die ongewis-handelen eigen zijn, kunnen de presentiebeoefenaar zélf onaangenaam treffen. Hoe vervelend ook, juist de presente handelwijze ziet af van controle houden en beheersen van situaties en reacties van anderen. Wie niet het risico wil lopen op controleverlies moet geen presentiebeoefenaar worden. Maar dit onvoorspelbare is ook het kansrijke.

6. In de presentiebenadering wordt het unieke van de zorgontvanger voluit gehonoreerd waarbij ook de professional als een uniek mens verschijnt. Het is in die zin een wederkerige relatie die voor beiden onvoorspelbaar en verrassend nieuw kan uitpakken.

Hedendaagse interventiezorg kan maar moeizaam omgaan met het onvoorspelbare, onverhelpbare en unieke van mensen. De presentietheorie maakt vanuit die andere zienswijze op handelen en waarden nastreven goede zorg mogelijk, ook -maar niet uitsluitend alleen dán- als er niet 'gedáán' kan worden.

6.3.4 Presentie áls interventie?

In diverse zorgconcepten duikt de (zorg)relatie als een nieuw modewoord op maar heeft het de betekenis van de relatie in de presentietheorie? Als kritische toets stelt Van Heijst de vraag of de relatie vanuit presentie-denken gestalte krijgt of vanuit interventie-denken.[25] Wanneer het relationele in de zorg doelgericht, op verbetering of effect gericht wordt 'aangeboden', staat die 'zorgrelatie' in een interventiecontext. Aandacht, troost, vriendelijkheid en medeleven worden in dat geval als interventie instrumenteel aangewend. Zorgontvangers worden steeds fijnzinniger gemanipuleerd, zegt Van Heijst.

25 A. van Heijst, 2005, p. 188vv.

Van Heijst kritiseert vanuit een zorgethisch perspectief maar onderkent bij de beïnvloeding van de klant via de gesuggereerde relatie, onvoldoende de ándere normativiteit van de belevenismarkt waar het gaat om perceptie en suggestie. Bij Gilmore en Pine en Schulze is duidelijk geworden dat de term 'manipulatie' niet aan de orde is in het domein van de belevenismarkt. Daar is, wat uit een moreel perspectief als manipulatief geduid wordt, een door leverancier en klant gewenst fenomeen bij het belevenisproduct. Hoe groter de bewust bewerkte geloviglheid van de klant des te meer wordt het gewenste resultaat behaald en is het product succesvol geconsumeerd, tot tevredenheid van de klant. Die tevredenheid, het resultaat (de ***output***) is wat telt op de markt.

Bij drie voorbeelden die Van Heijst uitwerkt over belevingsgerichte zorg is haar evaluatief perspectief steeds een kritisch punt van belang. De context van de doelrationaliteit brengt zij scherp in beeld. Van Heijst stelt in een opmerking vooraf dat ze belevingsgerichte zorg die opgekomen is in de care een stap in de goede richting vindt. Aandacht voor wat mensen ervaren, toont het tekort van vraaggestuurd zorgen evenals de overschatting van de autonomie van de patiënt en de algemene -populatie- benadering van zorgbehoeften. Belevingsgerichte zorg onderkent het tekort van objectief, afstandelijk onafgestemd veronderstellen wat goed is voor de ander. Van Heijst noemt als winstpunten van belevingsgericht zorgen: mensen worden als uniek gezien, zorgbehoeften worden door de zorgverlener geïnterpreteerd in het directe contact met de zorgontvanger. Van Heijst ziet eventueel kansen voor presente zorg in aansluiting op belevingsgericht werken. De zorgbetrekking die tot stand komt in belevingsgerichte zorg kan echter niet de naam 'relatie' krijgen.

6.3.4.1 Belevingsgerichte zorg: Caris-Verhallen

Van Heijst illustreert interventionistisch relatie-denken in de zorg met een proefschrift van Caris-Verhallen naar aanleiding van een Video-Interactie Analyse.[26] Video-Interactie Analyse geeft professionals inzicht in hoe zij omgaan met bewoners en wat daarin verbeterd kan worden. Ten behoeve van de ouderenzorg bepleit Caris-Verhallen een type training voor professionals waarbij zij als acteurs hun rol spelen; zo echt mogelijk, gecontroleerd en flexibel en afgestemd op de toeschouwers (bewoners). Van Heijst fulmineert over dit 'bewerken', 'manipuleren' van de bestaanservaringen van oude vaak eenzame mensen. Toneelspelen noemt zij 'beroepshalve simuleren' waarbij de professional zichzelf doelbewust tot hulpstuk maakt. Waarom wordt communicatie met oude mensen niet gewoon geschoold als het leggen van echt contact; integer, authentiek en zelfreflectief, zo vraagt zij zich af. Acterende professionals vervullen niet het diepmenselijke verlangen naar nabijheid en liefde van anderen maar bevredigen dat verlangen 'met een kunstgreep'.

Het is een manier van doen die doet denken aan Lee's perceptie beïnvloeding van ziekenhuispatiënten. In beide gevallen spelen professionals een rol waarmee ze mensen 'bewerken' vanuit een instrumentele visie op zorgen waarbij 'het resultaat' telt. Ook bij Lee kan de vraag gesteld worden of de respons op het verlangen van patiënten behoeftenbevrediging is of liefdevolle, diep menselijke nabijheid. Het lijkt menslievende zorg maar in de context van de beleveniseconomie wordt de respons het leveren van een belevenisproduct waaraan door de klant gewenste waarden worden toegevoegd.

De instrumentele kijk op de zorgbetrekking en de daarmee samenhangende afstand die de professional houdt van het lijden, zijn debet aan een communicatief zorgconcept als van Caris-Verhallen, stelt Van Heijst. Om te verhelderen wat het fundamentele verschil is van de zorgrelatie bij Baart en zorgconcepten die in een interventionistische context over de zorgrelatie spreken, werkt zij de volgende twee concepten van belevingsgerichte zorg uit.

Uit de bespreking van de zorgconcepten van Aart Pool (Henri Mostert en Jeroen Schumacher)[27] en Cora van der Kooij,[28] licht ik enkele punten die ik relevant acht voor de probleem- en vraagstelling van deze thesis.

26 A. van Heijst, 2005, p. 188,189.

27 A. van Heijst, 2005, p. 190-197.

28 A. van Heijst, 2005, p. 197-204.

6.3.4.2 Belevingsgerichte zorg: Aart Pool

Pool ziet omgaan of leren leven met ziekte als 'werk' dat gericht is op zoveel mogelijk herstel van autonomie. Anders dan bij instrumenteel zorgen, staat de uniekheid van de patiënt centraal. Maar met zijn ziekte als werk-visie wordt het lastig om in termen van noodlottigheid of stom toeval te praten waartoe een zieke zich op de een of andere wijze moet gaan verhouden. Pool's visie op ziekte is dat deze vervelende breuk in het levensproces zoveel mogelijk verbeterd moet worden. De regie over het eigen leven, het weer kunnen hervatten van het normale, staat centraal. Een zorgdoel dat (in dit opzicht) dicht bij De Lange's visie komt. Pool inventariseert -volgens Van Heijst op impertinente wijze- via 'de belevingspeiler' alle mogelijke behoeften van de patiënt. Zijn belevingsgerichte verpleging en verzorging, behoeften-gestuurd, noemt hij 'relationeel', zonder dit begrip verder te vullen. Van Heijst constateert dat het niet meer om het lijf heeft dan nauwgezet registreren en zonder dieper doorvragen, léveren. Van interactie, wisselwerking, is niet op relationele wijze sprake. De zorgprofessional voorziet op serviceachtige wijze in het gewenste.

Hoewel Pool stelt dat emoties in de zorg weinig aandacht krijgen omdat het zoveel losmaakt bij professionals worden emoties en wat dat doet met mensen geen thema binnen zijn zorgconcept. Pool formuleert vier kernwaarden: gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en autonomie. Hij neemt waar dat een zorgrelatie een relatie is tussen ongelijken, maar stelt toch -onbeargumenteerd- gelijkwaardigheid voorop (ook hierin stemt hij overeen met De Lange). Hij spreekt over een 'sociale

relatie'. Van Heijst benadrukt dat juist de ongelijkheid en het gegeven dat er voor een patiënt niets te kiezen valt uitgangspunt moet zijn van een zorgrelatie. Pool redeneert vanuit een gelijkheidsideaal, niet vanuit de realiteit. De gezamenlijkheid houdt bij hem in dat er overeenstemming is over 'het werk' dat samen verricht moet worden. Gepastheid is daarbij dat de professional 'de rol' bewaakt evenals grenzen van de professie. Zowel zorgverlener als zorgontvanger zijn min of meer autonoom waarbij voor de zorgontvanger geldt dat autonomie en afhankelijkheid paradoxaal samen kunnen gaan. Zorgresultaten zijn optimaal, volgens Pool, wanneer professionals zorgzaamheid, vakkennis en autonomie-respect bij elkaar kunnen houden. Onzekerheden en machteloosheid moeten zoveel mogelijk worden beperkt.
Van Heijst stelt vast dat bij dit zorgconcept de zorgrelatie instrumenteel wordt aangewend om problemen op te lossen. Resultaatgerichtheid staat voortdurend voorop. De relatie als proces is dienstig aan het resultaat, een voertuig voor zorgdoelen. Ook de professional zelf is instrumenteel nuttig om vertrouwen te winnen in de communicatie en zinvolle interacties te bewerkstelligen. Van een relatie in de zin van presente zorg is derhalve geen sprake.

Pool boogt in de literatuurverwijzing van zijn boeken op veel kwalitatief onderzoek en gericht vernemen van behoeften van cliënten. Of en in hoeverre er een relatie is met marketingconsultants en bijvoorbeeld het European Centre for the Experience Economy -wat het interventionistisch karakter zou kunnen verklaren- is niet duidelijk. Wanneer aan de wens om in de care sector meer belevingsgericht te kunnen werken van buitenaf gereageerd is met een economisch aanbod stemt dat weinig hoopvol voor een mogelijke aansluiting met presentie. Klantwensen en behoeften worden door marketeers zoals Gilmore en Pine en in hun spoor Lee, herkend en in ragfijn afgestemd aanbod vertaald. Een dergelijk aanbod kán niet aanhaken bij present werken, gezien het fundamenteel ongewisse, de onvoorziene gevolgen en het (morele) waarden-georiënteerd handelen van presentiebeoefening. Juist de doelrationele context van dominant interventiedenken is geschikt voor belevingsgericht zorgen ***à la*** Pool.

6.3.4.3 Belevingsgerichte zorg: Cora van der Kooij

Van der Kooij, neemt het eigen innerlijk van de professional als uitgangspunt. Vanuit aanwezig ervaringspotentieel draagt de professional bij aan het opbouwen van een kennissysteem. 'Authentiek en creatief reageren' is voor Van der Kooij een geëigende beschrijving van professionaliteit in de zorgrelatie. De uniciteit van de patiënt staat minder centraal dan bij Pool, de authenticiteit van zorgverleners des te meer. Van Heijst typeert Van der Kooij's professionaliteitvisie als dichotoom. Professionals zijn louter goedwillend terwijl de omgeving, de omstandigheden, hen doen vervreemden van hun goede kern. Goede zorg komt bij van der Kooij voort uit iemands intuïtieve innerlijk. Tegenstrijdig in haar zorgvisie is de gehechtheid aan en liefde voor anderen die zorgverleners in de zorgrelatie hebben terwijl de professional niet persoonlijk in het geding moet zijn. Dat kan alleen, zegt Van Heijst, wanneer empathie verstaan wordt als 'terugspiegelen' van gevoelens en niet als verbinding met eigen gevoelens. Van der Kooij onderstreept asymmetrie in de zorgrelatie vanwege de afhankelijkheid van de een ten opzichte van de ander en de gedeelde kwetsbaarheid (dit laatste, gedeelde kwetsbaarheid, onderstreept De Lange op vergelijkbare wijze). Ook hier een vermenging van gekwetst kúnnen worden en gekwetst zijn, stelt Van Heijst. Op een aantal punten denkt Van der Kooij, die geïnspireerd is door de zorgethiek van Henk Manschot, zorgethisch volgens Van Heijst. Het zorgdoel is niet 'meer kúnnen' maar zich beter voelen en meer zingeving ervaren. Er is plaats voor emoties maar een professional moet niet meelijden. Net als Pool onderschrijft Van der Kooij een adaptie-coping model dat gekenmerkt wordt door therapeutisch optimisme; de grondgedachte is dat moeilijkheden -in een steeds nieuw te vinden evenwicht- te overwinnen zijn met de juiste strategieën in de juiste

warme zorgcontext. Van der Kooij signaleert, meer dan Pool, zaken die bij presentie belangrijk zijn (eenzaamheid, geborgenheid, warm en liefdevol onthaal, koesterende relaties en dergelijke). En ze ziet, overeenkomstig de kern van de presentietheorie, dat menselijke waardigheid te maken heeft met meetellen als een mens die er toe doet.
De belevingszorgconcepten van Pool en Van der Kooij verbeteren (in verschillende mate) de interventiegerichte aanpak in care maar zijn geen sterk tegengeluid. De zorgrelatie wordt methodisch ingezet en de zorgprofessional houdt afstand en lijdt niet mee.
Zorgzame interventies kunnen wel degelijk bestaan, zegt Van Heijst, maar haar vrees is dat zorgconcepten als bij Pool en in mindere mate bij Van der Kooij een instrumentele kijk op relaties versterken. Dan wordt de zorgrelatie zelf een interventie in de orde van het maken en niet van het handelen. De relatie wordt in dat geval een zorgproduct. Van Heijst bepleit een zorgrelatie die middel mág zijn maar ook altijd doel in zichzelf moet blijven.
In Baarts presentierelatie is de professional raakbaar, gaat het lot van de ander hem aan het hart en wordt het menselijk leven in alle ups en downs betrokken gedeeld. Er ontstaan liefdevolle betrekkingen. De relatie is een goed in zichzelf. Het hoofddoel van zorgen moet in care en cure -dus ook bij de nodige interventiezorg- losgemaakt worden van verbeterdoelen, bepleit Van Heijst. Doel van zorgen is de lijdende ander bijstaan en niet verlaten.

Tussenstand en wat nu nog nodig is

Lee benadrukt het belang van een professionele attitude van nabijheid bij de patiënt. Hij spreekt over een relatie tussen patiënt en professional waarin vertrouwen wezenlijk is. Maar uit de bespreking van presentie, interventie en de concrete voorbeelden van belevingsgerichte zorg wordt duidelijk dat Lee in wezen niets anders doet dan het ragfijn afgestemd bewerken van de bestaanservaring van mensen in nood. De vermeende zorgrelatie is een klant-leverancier relatie die het excellent leveren van het zorgproduct dient. Het is een sociaal-instrumentele zorgrelatie die op resultaten gefocust is. De relatie zelf is een interventie en 'een zorgproduct' wanneer deze ultiem ervaren empathie bewerkstelligt. Van Heijst zegt dat de zorgrelatie een middel kán zijn, maar ook altijd doel in zichzelf moet zijn (als een moreel 'goed'). Lee's nabijheid en empathie zijn sociale instrumenten om gecontroleerd te interveniëren in de levens van patiënten opdat zij loyaal worden door 'beleefde goede zorg'. Dat is iets anders dan behoeftige mensen bijstaan in hun lijden omwille van hun humaniteit en beminnenswaard zijn. Vanwege het grote belang om professionele zorgpraktijken te kunnen beoordelen vanuit een brede visie op samenleven en wat mensen zijn, ontwikkelt Van Heijst een morele antropologie die in de volgende paragraaf wordt beschreven.

6.4 VAN HEIJST: ZORGETHIEK ALS NORMATIEF PERSPECTIEF ÉN ETHISCHE THEORIEVORMING

Van Heijst verwoordt de oorsprong van zorgethiek in Nederland vanuit onder meer theologie en vrouwenstudies. Daarbij is van meet af aan de hele sociale werkelijkheid onder een kritisch zorgethisch perspectief genomen. Vanuit het brede perspectief op menselijk leven en samenleven is zorgethiek ook als een toegepaste ethiek in het domein van de gezondheidszorg gaan gelden. Ze beschrijft zorgethiek als een sociale en politieke ethiek waarbij samenlevingsvraagstukken centraal staan, als een toegepaste ethiek voor de professionele zorg- en hulpverlening en als een bestaansethiek voor het persoonlijke leven. Anders dan sommige zorgethici wil zij zorgethiek ook nadrukkelijk als normatieve ethische theorie laten gelden waarin het behoeden van de kwetsbare, kostbare menselijkheid van de zwakken en van hen die voor hen zorgen, centraal staat. Ze ontwikkelt daartoe een waardegeladen zorgethiek die maatstaven biedt (passend bij de menselijke conditie en op menslievende wijze) om professioneel zorgen te beoordelen. Vanuit een visie op het goede leven beargumenteert zij verplichtend moeten zorgen (een bindende norm) en gemotiveerd willen zorgen (een aanstekelijke waarde). Zorgethiek behelst in die zin ook cultuurkritiek.
De presentietheorie heeft, behalve relevantie voor diverse beroepspraktijken, ethische zeggingskracht. De uit praktijken ontwikkelde presentietheorie is waardegeladen en een normatieve visie op het goede leven. Er wordt een positie ingenomen over hoe mensen zich tot elkaar (zouden) moeten verhouden en hoe ze zin en betekenis aan hun leven geven opdat het een goed leven genoemd kan worden. Dit houdt een fundamenteel ethische systeemkritiek en ermee verbonden handelingskritiek in op de dominante visie op gezondheidszorg en welzijn. Voor de zorgsector impliceert dat vragen stellen bij wat een mens in een zorgbetrekking is en wat mensen met elkaar van doen hebben. Baarts theorie draagt tevens bij aan ethische theorievorming over een relationele antropologie en de sociale implicaties daarvan. Via het denken van Jos Welie[29] (6.4.1) en Christa Schnabl[30] (6.4.2) komt Van Heijst tot een morele antropologie waarin behoeftigheid en menselijke waardigheid samengaan (6.4.3).[31]

29 A. van Heijst, 2005, p. 214-218.

30 A. van Heijst, 2005, p. 222-231.

31 A. van Heijst, 2005, p. 246vv.

6.4.1 Jos Welie

Van Heijst werkt het denken van Jos Welie uit die een filosofisch-ethische medische antropologie ontwerpt, denkend vanuit met name de arts-patiënt relatie. Welie bepleit een zorgvisie waarin niet autonomie maar intersubjectiviteit centraal staat. Met kernbegrippen als meeleven, inleven, geraakt worden door het lot dat mensen kan treffen en dynamiek tussen de beide subjecten in de zorgcontext, kritiseert hij vigerend denken over de zorgbetrekking als een zorgcont(r)act tussen morele vreemden en de populaire procedurele ethiek in de gezondheidszorg. Hij wil gelijkheid en uniekheid van mensen bijeenhouden en het morele appèl vernemen uit de situationele en specifieke context en niet uit algemene regels of beginselen. Een contextuele ethiek derhalve die Welie denkend en Baart vanuit de empirie, delen. Zo'n ethiek acht Van Heijst van belang voor de praktijk maar evenzeer voor ethische theorievorming omdat het een epistemologische omkering inhoudt voor ethisch reflecteren. Ethische reflectie gaat niet deductief van het algemene naar het bijzondere maar inductief van bijzonder naar -in voorlopigheid- het algemene. Ze noemt

die wending naar ethische reflectie in het concrete leven en de daarbij horende particulariteit in de laatmoderne tijd -die gekenmerkt wordt door pluriformiteit- van eminent belang. Het is een terugbuigen naar praktische interesse die al volgens Aristoteles ethiek eigen moet zijn.

6.4.2 Christa Schnabl

Vanuit Christa Schnabel's denken over aymmetrie laat Van Heijst zien hoe relationeel opgevatte waardigheid en behoeftigheid in de presentiebenadering samen kunnen gaan. Schnabl introduceert het begrip 'asymmetrievergetelheid'. In de laatmoderne tijd en hedendaagse ethiek domineert een gelijkheidsideaal (tot ín de christelijke ethiek en een risico dat De Lange loopt) dat vanuit zorgethiek onder vuur moet liggen. Van Heijst voegt eraan toe dat het economische ruil-gelijkheidsdenken voor politiek en moraal leidend zijn geworden. Zij vat asymmetrie bij Schnabl op als behoeftigheid, afhankelijkheid en ongelijkheid. Schnabl wil asymmetrie opnieuw in de zorgethiek plaatsen. Van Heijst vindt asymmetrie een te neutrale term en spreekt bij voorkeur over behoeftigheid. Ze herkent wel in Schnabl's betoog de zorgethische en presentietheoretische duiding van zorgrelaties als asymmetrisch en tegelijk evenwaardig. Schnabl's benadrukken van zorg als een morele plicht vindt zij te eenzijdig. Een zorgethische visie op het goede leven is een sociaal-ethische visie; een visie op het goede sámenleven. Collectief plichtsbesef van zorgen, juridisch verankerd, maakt daarvan deel uit evenals het benadrukken van het goede van zorgen. Maar zorgen gaat in zorgpraktijken 'verplichting' ver voorbij. Naast moeilijk en zwaar is het ook verrijkend en vreugdevol.
Vanuit Schnabel's belangrijke asymmetrievergetelheid typeert Van Heijst 'vraag-gestuurde zorg' van de laatste decennia van de vorige eeuw als 'pseudo-gelijkheid' gebaseerd op een economisch ruilmodel op de zorgmarkt.

6.4.3 Behoeftigheid en waardigheid; een morele antropologie[32]

32 Als deel van een zorgethische normatieve theorievorming.

Onafhankelijkheidspleidooien die professionals en zorgontvangers nogal eens uiten, moeten ethisch serieus genomen worden in het verlangen dat erin klinkt naar volwaardigheid, meetellen en meesturen. Maar feitelijke ongelijkheid in de zorgbetrekking veronachtzamen creëert valse gelijkheid. Van Heijst stelt dat het zichtbare tekort van vraaggestuurd zorgen, inclusief marktmodel en neoliberale mensvisie, een nieuw type zorgbetrekking oproept (vanuit vermeende gelijkheid). Zorgethiek en de presentietheorie kunnen een bijdrage leveren aan hoe een zorgbetrekking er uit kan zien waarin behoeftigheid en waardigheid samengaan. Van Heijst diept uit de presentietheorie denkbeelden op die op antropologisch en sociaal-ethisch vlak relevant zijn voor een visie op het goede leven van enkelingen (primair: zwakkeren) en voor allen samen in een samenleving.
De presentiebenadering aanvaardt behoeftigheid als deel van ieders menselijkheid en ontkoppelt de visie dat behoeftigheid 'verlies van waardigheid' inhoudt.
In de universele verklaring van de rechten van de mens worden gelijke waarde en evenwaardigheid van alle mensen onderstreept. Dit mensenrechtenethos dat ieder mens tot potentieel rechtssubject verklaart -waardoor bijvoorbeeld ieder mens recht heeft op gezondheidszorg- is van fundamenteel belang voor het waarborgen van menselijke waardigheid. Een *conditio sine qua non*. Voortbouwend op deze *conditio* schetst Van Heijst drie ethisch belangrijke omvormingen van waardigheid vanuit de presentietheorie.

De eerste is kostbaarheid van ieder mens die uitgedrukt kan worden in uitdrukkingshandelen zoals Ginters dat beschrijft. Bij dit soort handelen geldt het recht maar schiet het tekort. Menselijke waardigheid blijft geëerd ook als er niets te verhelpen valt aan lijden, in expressief uitdrukkingshandelen dat de kostbaarheid van een mens onderstreept. Het is een vorm van handelen die mensen bij de sociale gemeenschap houdt, hoe ze er ook aan toe zijn.
Een tweede omvorming van waardigheid illustreert Van Heijst met Paul Valadier's (Valadier is Jezuiet en filosoof) uitleg van de parabel van de Samaritaan. Het belangrijkste punt daarbij is dat hij niet vanuit intrinsieke menselijke waardigheid denkt -waardigheid als eigenschap- maar vanuit relationele waardigheid. Waardigheid is het resultaat van een zorgzame interactie tussen mensen en daarbij is beíder waardigheid in het geding. De waardigheid van de gewonde man langs de weg wordt gered door de Samaritaan die zich over hem ontfermt. Daarbij 'redt' de Samaritaan in dit praktische en noodzakelijke zorgen ook zijn eigen waardigheid. Hier onderstreept Valadier het appelerende en verontrustende van situaties waarbij de één in nood is en de ander hulp kán bieden. Dit biedt een belangrijk perspectief op de inspanningsverplichting en de betekenis van het onthóuden van goede zorg aan behoeftige mensen. Daarbij schiet intrinsieke waardigheid (het rechtendiscours) tekort al blijft het wel gelden.[33] De relationele waardigheid geldt individueel en collectief, samenleving-breed, zo onderstreept Van Heijst.
De laatste omvorming van waardigheid betreft de verbinding die gemaakt wordt tussen waardig en beminnenswaard. De orde van waarden en de orde van de liefde worden verbonden.[34] Menslievendheid geldt voor ieder maar bij voorkeur degenen die het slecht gaat. Daarin vormt menslievendheid een vorm van cultuurkritiek. Zowel de gelijkheidsillusie (terwijl veel mensen het niet zelf redden) als de *loser*-beschuldiging (wie iets wil, kan het ook bereiken) en de gevolgen daarvan (splijtende solidariteit met behoeftigen) staan onder kritiek. Van Heijst heeft haar eerdere 'socratische autonomie' interpretatie die ze met Manschot deelde, herzien. Daarin is autonomie een zich verhouden tot de beperktheden van het leven (waaronder kwetsbaarheid).[35] Het sleetsgeraakte concept kwetsbaarheid is eveneens herzien. Niet het gegeven dat mensen gekwetst kúnnen worden staat centraal maar het feitelijke gekwetst of broos zíjn. Gekwetstheid en broosheid zijn termen die zij verenigt in het woord behoeftigheid. Ze radicaliseert zorgethische kernwoorden als menselijke volwaardigheid en evenwaardigheid door deze in een dubbelstructuur van behoeftigheid (en niet binnen autonomie) te interpreteren. De zorgbetrekking heeft een oppervlaktestructuur van ongelijkheid waarin een dringende nood een zorgzame respons vergt. Onder die oppervlakte ligt gemeenschappelijke behoeftigheid die de dieptestructuur van de zorgbetrekking is. Zorggever en zorgontvanger hebben elkaar nodig om een echt, medemenselijk, liefdevol leven te kunnen leiden.
Aan het slot van haar boek vat Van Heijst menslievende professionaliteit samen in 'gecompassioneerdheid'. In het hele boek valt op dat er weinig over compassie gesproken wordt. Niet omdat het onbelangrijk is maar vermoedelijk omdat het onder 'menslievendheid' zo vanzelfsprekend is. Wie van mensen houdt ís gecompassioneerd. Het raakbaar zijn voor wat anderen aan ellende overkomt, 'geefbereidheid' en vreugde in het zorgen voor mensen tekenen de dubbelstructuur van behoeftigheid.
Een arbeidscontract regelt de economische ruilverhouding met de professional. Zo'n contract is nodig maar verheldert niet wat er in zorgen aan de orde is; dat vraagt een ethische duiding zoals in 'menslievendheid' gebeurt. Authenticiteit in de zorgbetrekking is in dit hoofdstuk niet expliciet uitgewerkt, wel impliciet. Wie het woord 'menslievend' vooraf laat gaan aan de omschrijving van zorgen van Van Heijst omschrijft daarmee denk ik ook de authentieke zorgverlener.

33 A. van Heijst, 2005, p. 253-255.

34 A. van Heijst, 2005, p. 256.

35 A. van Heijst, 2005, p. 40. De Lange's visie lijkt te stroken met die van Manschot; wederkerige afhankelijkheid, interdependentie, soevereine zelfbeschikking staan daarin centraal.

'Zorgen is een manier van doen in op unieke mensen afgestemde betrekkingen waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf'[36]

36 A. van Heijst, 2005, p. 66.

Tussenstand en wat nu nog nodig is

In paragraaf 6.5 en 6.6 komt het artikel *Management van menslievende zorg; herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient*, van Van Heijst en Vosman aan bod.[37] De beide auteurs brengen in kaart waar en waarom zich in de Nederlandse situatie van institutioneel zorgen problemen voordoen. De vraag is of Lee's zorgconcept hulp biedt bij deze problemen.
In 6.5 wordt hun 'stand van zaken' beschreven en in 6.6 institutionele verbrokkeling met alle gevolgen van dien.

37 A. van Heijst en F.J.H. Vosman, Managen van menslievende zorg, in M. Pijnenburg, C. Leget, B. Berden (eds.), Menslievende zorg, management en kwaliteit, Damon, 2010, p. 11-39.

6.5 VAN HEIJST EN VOSMAN: STAND VAN ZAKEN EN WAAR HET NU KNELT

Problemen doen zich voor in samenhang met marktdenken dat sinds 2006 in de zorg is ingevoerd (6.5.1) rond de positie van managers in zorginstellingen 6.5.2 en het verdringen van menslievende zorg (6.5.3).

6.5.1 Van liefdadigheid naar marktgeoriënteerde zorg

Aan het begin van de negentiende eeuw voorzien netwerken van liefdadigheid en aanvullende overheidsmiddelen in zorg voor mensen. Dit vormt de grondslag van de grote zorginstellingen. Processen van professionalisering en overheidstoezicht komen daar bij in de tweede helft van diezelfde eeuw.
Niet in dit artikel maar elders[38] vraagt Van Heijst respect voor de lange veronachtzaamde traditie van liefdadig zorgen. Hedendaagse vakkundigheid, professionaliteit, wordt vaak tegenover 'religieuze roeping' gezet waarbij vanuit die roeping verleende zorg niet-professioneel geweest zou zijn. Dit houdt een miskenning in van de grondslag van zorginstellingen en schept een onterechte tegenstelling tussen professionaliteit en betrokkenheid.

38 A. van Heijst, Liefdewerk: Een herwaardering van de caritas, Verloren B.V., 2002.

Tot eind twintigste eeuw kent Nederland een *not for profit* stelsel waarin ziekenfondsen, particuliere verzekeringen en de overheid de financiering van de zorg dragen. Dit rust op de sociaal-ethische beginselen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het algemeen goed van de gemeenschap, het solidariteitsbeginsel en risico spreiding.
Kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg vallen onder overheidstoezicht, de beroepsorganisaties definiëren hun eigen professionaliteit en zorgontvangers hebben individuele of georganiseerde inbreng (cliëntenraden).
In 2006 introduceert Hans Hoogervorst (van 2003 tot 2007 minister van VWS) een nieuw marktgeoriënteerd zorgstelsel, deels gebaseerd op een Angelsaksisch model van bedrijfsvoering. Marktwerking wordt in beperkte mate ingevoerd in de zorg; vrije markt, beheersing en verantwoording zijn daarvan de kernbegrippen. Het is bedoeld als correctie op stroperigheid en gebrek aan transparantie van het Rijnland model.

Het Rijnland model is als een sociale markteconomie een alternatief voor het Angelsaksisch ondernemingsmodel. Het hoofdaccent ligt op middellang- en lange termijn denken (ook wat betreft milieu- en grondstoffen vraagstukken) en niet op korte termijn winst. Financiering is vaak privaat (familiekapitaal) en via banken (en niet via de beurs). Het Rijnland model veronderstelt een actieve overheid op het terrein van onderwijs, zorg, welzijn, ruimtelijke ordening, milieu ***et cetera***. Dit model koerst op samenwerking en consensus binnen ondernemingen en tussen onderneming, markt, overheid en (sociale) gesprekspartners uit maatschappelijke geledingen (zoals bijvoorbeeld werkgevers en werknemers). Vakdeskundigheid staat centraal, managers staan dichtbij de werkvloer en de inhoud van het werk en medewerkers genieten veel (organisatie)vertrouwen. Voorstanders van het Angelsaksisch model, zoals Hoogervorst, benadrukken nadelige effecten van het Rijnland model zoals bureaucratische traagheid en ondoorzichtigheid.

Maar wat met Angelsaksisch marktdenken opgelost zou moeten worden, stelt voor nieuwe problemen, door verzakelijking en juridisering van (bedrijfs)verhoudingen, de nadruk op korte termijn bedrijfsresultaten en het bedrijfsmatig jargon dat de zorg binnendringt. Van Heijst en Vosman wijzen ter illustratie op de term *stakeholders* waarmee beleidsbeïnvloedende (regel)organen (VWS, gemeentebesturen, provinciale besturen en zorgkantoren en soms adviesorganen) worden aangeduid. De gezondheidszorg wordt ingericht als een productie- en dienstverlenende onderne-

ming. Hoewel *businessmen* voor succesvolle bedrijfsvoering de betrokkenheid van het personeel wezenlijk achten, verlaten zorgprofessionals de gezondheidszorg massaal omdat ze niet meer op geëigende wijze kunnen zorgverlenen.

6.5.2. Pressie in gezondheidszorginstellingen

6.5.2.1 Managers-klem

Wat kunnen zorgmanagers doen aan het werkklimaat om vakkundige krachten te behouden voor de zorg? Managers van zorginstellingen moeten op een bepaald niveau (in de organisatie kunnen dat verschillende niveaus zijn), de wijze waarop gewerkt wordt door mensen die onder hun verantwoordelijkheid vallen, aansturen. Dit vergt een eigen logica omdat vanuit verschillende richtingen binnen en buiten de organisatie druk op hen wordt uitgeoefend. Er gelden wettelijke richtlijnen; de overheid die via inspectie in toenemende mate controleert in plaats van adviseert. Vanuit professionele standaarden wordt druk uitgeoefend vooral nu beroepsverenigingen in de medische en de verpleegkundige wereld kwantitatieve, te objectiveren maatstaven verwelkomen. Daarnaast is er de logica van zorgkantoren die steeds vaker bedrijfsmatige eisen stellen. Dit leidt tot 'targetgericht werken'; '*output*financiering' en scherpe 'budgetbewaking', wat in alle lagen van de organisatie druk geeft. De logica van managementtheorieën is voor een deel zelf gebaseerd op een economische benadering waarbij met zo min mogelijk middelen een zo groot mogelijk resultaat behaald moet worden.

Baart roept managers op om, gegeven de omstandigheden van pressie, deze druk niet door te geven naar de werkvloer maar een bufferfunctie te vormen tussen hoge lagen en directe zorg. Vanuit zorgethiek ligt hier een belangrijk ijkpunt voor zorgmanagers, zeggen Van Heijst en Vosman. De vraag die zorgmanagers zich keer op keer moeten stellen is: 'Dient dit het primaire zorgproces?' Zij bewijzen 'de werkvloer' een grote dienst als de vaak gehate tijdrovende administratie tot een minimum wordt teruggebracht. Ze dienen eveneens het primaire zorgproces wanneer met de evenzeer knellende ver doorgevoerde protocollen ruimer omgegaan wordt dan nu beheersmatig het geval is.

Het bespreekbaar maken van de druk die in de gezondheidszorg veelvuldig wordt ervaren, helpt om de zorgdiscussie te kantelen. Het probleem wordt vaak individueel bij zorgverleners gelegd en gelaten met de suggestie dat motivationeel investeren in individuen hen gaande houdt, ondanks de sterke druk.

De Lange loopt het risico de organisatiedruk die zich doorvertaalt in het krachtenveld waarin de zorgprofessional zich bevindt, met een dergelijke motivationele bemoediging (namelijk: het vreugdevolle in zorgen benadrukken) te individualiseren. De ervaren professional is naar zijn zeggen in staat in de diverse werelden en ethische discoursen evenwicht te vinden. Hij kritiseert noch thematiseert deze spanningen. Dan wordt het complimenteren van individuele zorgverleners voor hun deskundig balanceren arbitrair.

De zorgdiscussie moet gaan over de hele organisatie die op allerlei plekken druk ervaart en bovendien ook zelf vergroot. Goede zorg wordt erdoor belemmerd. Aan goede wil en motivatie ontbreekt het doorgaans niet maar de organisatiedruk leidt management en zorgverleners af van het primaire proces. Menslievende zorg richt de focus op waar de hele organisatie draait: het primaire zorgproces.

6.5.2.2 Bescheidenheid en bemoeienis

Mensen die geen verantwoordelijkheid dragen in een zorginstelling, academici, zorgethici bijvoorbeeld, past enige bescheidenheid bij het bekritiseren of becom-

mentariëren van interne veranderprocessen in zorgorganisaties. Tegelijkertijd draagt academisch onderzoek bij aan transformatieve kennisontwikkeling. Deze kennis helpt problemen in kaart brengen, verbeteringen daarbij benoemen en verandering in zorgpraktijken realiseren.
Bij transformaties horen instituties, degenen die zorg verlenen en degenen die zorg ontvangen en hun naasten, centraal te staan.
Prestatie-indicatoren bestaan niet voor menslievende zorg en moeten er ook niet komen. Belangrijk is wel het afleggen van verantwoording evenals het houden van overzicht en toezicht op de gezondheidszorg (door mensen op afstand). Daarnaast is het belangrijk om (aanstaande) zorgontvangers zelf te raadplegen. Ook zorgprofessionals beschikken over kritische vakkundige inzichten die de zorg ten goede kunnen komen.
Om twee redenen is toezicht houden belangrijk:

1 In de zorg worden publieke middelen aangewend
2 Wanneer goede zorg voor de meest kwetsbaren in de samenleving niet gegarandeerd is, staat die samenleving zelf op het spel

Dit zijn politiek-ethische redenen; zorgverlenen is van overheidswege georganiseerde zorg en niet maar zo spontaan geïmproviseerde zorg. Daarom heeft de overheid de belangrijke verantwoordelijkheid om aansturing van goede, menslievende zorg in cure en care mogelijk te maken en houden. Menslievende zorg geschiedt volop maar dreigt te bezwijken onder druk en beheersingsdrift.

6.5.3 Bedreigingen van menslievend zorgen

Er is druk maar er blijft altijd (al is het soms weinig) handelingsruimte. Structuren zijn niet allesbepalend; er zijn ook mensen die er creatief mee omgaan in hun werk. Waar en op welke laag in de organisatie wordt menslievende zorg bedreigd? Het kan individueel falen zijn maar slechte zorg individueel benaderen is een misser. Zorgverlenen gebeurt altijd in een grotere collegiale context. Zorgteams zijn daarin erg belangrijk voor de zorgcultuur; steunt men elkaar of heerst er een cultuur van kritiek of onverschilligheid.
Een structurele bedreiging van menslievende zorg is de al genoemde druk, afnemende interesse in zorgende beroepen en daardoor onvoldoende selectie. De sterkste structurele dreiging is het weg-organiseren van relationele infrastructuren omwille van kostenbeheersing en doelmatigheid. Als mensen elkaar niet kunnen leren kennen, kan er geen vertrouwensvolle zorgrelatie ontstaan. De realiteit van vele specialismen, wisseldiensten en parttime werken bemoeilijkt een planning die relationele continuïteit waarborgt. Een veel grotere dreiging is echter de bedrijfsmatige aanpak van het Fordisme en Taylorisme in de zorg.
Taylorisme (rond 1900 opgekomen), ook wel ***scientific management*** genoemd, beoogt een wetenschappelijke aansturing van werkprocessen op de werkvloer om zo de hoogst haalbare efficiëntie te bereiken. In de fabrieken van Ford werd gebaseerd op deze denkwijze de lopende band ingevoerd in 1913. Een onderliggend mensbeeld is dat mensen calculerende wezens zijn die zich niet willen inspannen tenzij daar beloningen tegenover staan. Om die reden is strikte beheersing van en controle over hun arbeidsprestaties noodzakelijk. Vanuit deze efficiëntie- en controle visie is het zorgwerk louter functioneel, verrichtingengericht opgeknipt in diverse 'zorgstukjes'.
Van Heijst en Vosman vinden het een werk- en zienswijze waartegen moreel bezwaar gemaakt moet worden.
De genoemde persoonlijke en structurele kanten van wat menslievende zorg bedreigt, hangen samen, zij het niet één op één.

6.5.4 Van Heijst en Vosman: sleutelen aan het zorgstelsel

Het zorgstelsel wordt hervormd sinds de gedeeltelijke invoering van de marktwerking en de meetsystemen die prestaties van de diverse disciplines numeriek vaststellen. Dit vanuit een inzicht- en overzicht drift; cijfermatige transparantie en *benchmarken*. Gevolg van de meetdrang is dat alleen het kwantificeerbare en veralgemeniseerbare in beeld gebracht wordt en telt. Wat zorgontvangers narratief communiceren wordt daarin veronachtzaamd terwijl hun ervaringen en ervaren baat kwaliteit van zorg legitimeren en valideren.
Een andersoortige constatering bij de markt is het beeld van de mondige kiezende klant wat lang niet altijd past bij mensen die een beroep doen op gezondheidszorg wanneer zij in behoeftige omstandigheden verkeren.
De dynamiek en redelijkheid van zorg is maar voor een klein deel gebaseerd op economische aankoop en verkoop logistiek. Zowel de taal van burgerrechten als economische taal is in alle domeinen van zorg diep doorgedrongen en 'vanzelfsprekend' geworden. Zo vanzelfsprekend is het echter niet. De óngelijke positie waarin iemand die zorg nodig heeft verkeert, ten opzichte van wie zorg verleent, wordt weggemaakt in beide vocabulaires.
Daarnaast geldt: in de zorg speelt, na vele ronden van innovatie en nóg excellenter worden, bij veel professionals demotiverende veranderinguitputting.
Bovendien wordt duidelijk dat de bedrijfseigen controle en beheersdrang uitwerkt tot bureaucratie die een papieren werkelijkheid schept naast (en ánders dan) de echte werkelijkheid. Dat roept de vraag op hoe transparant de zorg eigenlijk is.
Niet alle effecten van marktdenken zijn negatief. Een gunstig effect is bijvoorbeeld het doorbreken van machtsmonopolies van medische maatschappen, allianties van bestuurders of samenwerkingsverbanden. Maar deze winst brengt de winst-verlies balans niet in evenwicht. Wie ziek is en zich moet overgeven aan zorg is niet gebaat bij gelijkheidsjargon noch bij cliënt-bejegening. Wie ziek is wil zich kunnen toevertrouwen aan deskundige menslievende zorg. Van Heijst en Vosman vragen zich *last but not least* af waarom bestuurlijk en politiek niet opgelost kan worden waar het mis gaat. Daar is niet de markt maar politieke daadkracht nodig.

6.6 VAN HEIJST EN VOSMAN: INSTITUTIONELE VERBROKKELING

Voor menslievende zorg is een institutionele grond vereist om in een organisatie te hechten. Maar maatschappelijke instituties staan onder druk.
Het concept 'institutie' heeft verschillende betekenissen afhankelijk van de context (bijvoorbeeld: rechtsfilosofie, sociologie, bestuurskunde) Van Heijst en Vosman nemen Paul Ricoeur als uitgangspunt (6.6.1) vervolgens verfijnen zij Ricoeurs institutie-analyse met het denken van François Dubet (Ricoeur en Dubet zijn beiden ook bij De Lange genoemd). Drie kerngedachten van Dubet over het verval van instituties worden daarna uitgewerkt. Als eerste de tegenstelling institutie en systemen (6.6.2). Als tweede (6.6.3) het doelverlies dat Dubet signaleert en als derde de teloorgang van het subjectkarakter van de professional. In 6.6.4 wordt toegelicht hoe professionals 'bundels van gewenste functies' worden en 6.6.5 gaat over kansen die Dubet ziet bij verval van grote maatschappelijke instituties.

6.6.1 Ricoeur over instituties

Ricoeurs omschrijving van een institutie luidt:

> 'Het is een structuur van het samenleven van een historische gemeenschap -volk, natie, streek, etc.- een structuur die niet terug te brengen is tot interpersoonlijke relaties en niettemin daarmee wel verbonden is'.[39]

Elke institutie, verstaan als structuur van samenleven, heeft een specifiek doeleinde waarbij institutie staat voor heel de sector. Doeleinden van maatschappelijke instituties vormen een *causa finalis;* een doeloorzaak. Doeleinden zijn een antwoord op de waartoe-vraag.
Ricoeur stelt dat men de institutie verlaat wanneer men naast of voorbij het doeleinde gaat. Dit is een normatieve opvatting die Van Heijst en Vosman met Ricoeur delen. Gezondheidszorg heeft een eigen doelmatigheid, letterlijk: een maat bij het eigen doel. Die eigen doelmatigheid is niet afgeleid van efficiëntie in een productiebedrijf. Feitelijk wordt deze efficiëntie wel gehanteerd in het eerder genoemde Taylorisme. Daarin is efficiënt als de patiënt alleen dat kiest of krijgt dat aan zijn behoeften voldoet. Goede zorg is dan de juiste match van behoeften en gekozen onderdelen.
Praktijkfunderend voor verpleegkundige en arts is echter de interactie met de patiënt die steunt op vertrouwen in een relationele infrastructuur. Gezondheidszorg heeft, net als elke andere maatschappelijke institutie, een eigen vorm van efficiëntie. Zoals genoemd bij de bespreking van *Menslievende zorg* is het doeleinde van de gezondheidszorg: mensen bijstaan door het lijden te bestrijden en verlichten. Dat is iets anders dan vele, hoge kwaliteit- en *output*scores kunnen rubriceren en kwantificeren.
Zorginstellingen hebben 'de markt' verwelkomt om 'scherp' te blijven. Maar, zo kritiseren Van Heijst en Vosman, waarom kon de beoefening van het vak die scherpte niet brengen?

39 A. van Heijst, F. Vosman, 2010, p. 26.

6.6.2 Institutie tegenover systeem

Dubets institutietheorie heeft veranderingen van 'praktijken' als object (en niet van 'opvattingen'). Hij doordenkt die praktijken met sociologische concepten en maakt die concepten geschikt voor een filosofische analyse. Vosman verwoordt Dubets

institutievisie als:

> 'Verbanden van activiteiten en van vormen van met elkaar verkeren die gericht zijn op het verwezenlijken van doelen en het bevorderen van waarden en wel die verbanden die de samenleving mee in stand houden en opbouwen en voor de maatschappelijke ordening gewenst zijn'.[40]

40 College: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

Dubet analyseert beroepsmatige arbeid, met name de verpleegkunde. Hij is daarbij kritisch over wat aan het openbare en private domein wordt toegewezen. In de laatmoderne samenleving wordt de mentaliteit van verpleegkundigen als een private aangelegenheid opgevat waar wel een appèl op gedaan mag en moet worden. Dubet acht dit een soort uitbuiting; zorgarbeid ligt in het publieke domein en in díe context kan het niet zonder het beenmerg van de private sfeer.
Hij denkt na over het soort beroepsarbeid dat 'de ander wil transformeren'. Dat kan inhouden: opvoeden, bewaken, amuseren, (professioneel) troosten; allemaal *travail sur'l autrui,* zoals ook De Lange uitwerkt. Hij is gefascineerd door het ontstaan van ongelijkheid; hoog- en laaggekwalificeerd en hoog- en laag betaald en de toenemende afstand tussen de zorgwerkvloer en de hoogste bestuurslagen. Deze thema's vat hij samen in 'verval van de institutie'. Onder 'institutie' verstaat hij de gedurige socialisatie van generatie op generatie professionals; 'gedurigheid' van een 'institutioneel programma'. Een institutie is een praktijk, een maatschappelijke eenheid, waarin een institutioneel programma wordt uitgevoerd. Met het uitvoeren van een programma doelt hij op het sociale proces dat waarden en beginselen omzet in actie. Dit proces mondt vervolgens uit in nieuwe vormen van subjectiviteit onder professionals. Ze worden beroepsbeoefenaren ín en door hun arbeid. Wat ze moeten (voorschriften) doen (of nalaten, niet-meer doen), máákt hen tot vaklui. Vakmensen, zo stelt hij, vinden hun werk al doende zelf uit. Ze vormen theorie, formuleren beroepscodes, richten opleidingen op en pas dan wordt een verpleger verpleegkúndige. Ook Aristoteles spreekt over de eigen vorm van uitmuntendheid, die normerend is voor de activiteit en tevens in en door de activiteit uitmuntend wórdt; een cyclisch proces.
Enerzijds worden vaklui -verpleegkundigen- als subject geïnstalleerd, anderzijds worden zij zelf gesocialiseerd en daarmee onderworpen aan krachten die op hen inwerken. In een institutioneel programma was met deze paradox wel te leven, vindt Dubet. Maar met de opkomst van het systeem worden verpleegkundigen teruggebracht tot een hoeveelheid gewenste functies (door arbeidsdeling, protocollisering en regelgeving) en verdwijnt de eigen verantwoordelijkheid voor het zorgend werk. Werken houdt in: instructies volgen, verrichtingen doen waarbij patiënten objecten worden aan wie van alles voltrokken wordt.

6.6.3 Doelverlies

Er zijn diverse systemen op verschillend vlak zoals planningssystemen (doel: efficiënt plannen), beheersingssystemen (doel (bijvoorbeeld) kosten beheersen), systemen voor transparantie en *accountability* (doel: inzichtelijkheid voor derden), veiligheidssystemen (doel (bijvoorbeeld) aantal medische fouten verminderen of voorkomen). Een systeemaanpak in de zorg is zichtbaar in melden, monitoren, informatie doorgeven, verantwoorden, interveniëren.[41]

41 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

> 'Een systeem is een samenstel van elementen die elkaar wederzijds beïnvloeden, gericht op bewerkstelligen van bepaalde gewenste gevolgen, door op de bewerkende oorzaken van die gevolgen in te grijpen.' [42]

42 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

In dit systemische verliezen instituties hun eigen specifieke doeleinde. Systemische functionaliteit is wat rest. Het enige ijkpunt is of de regels gevolgd zijn. Dit is de-

institutionalisering die Dubet in verband brengt met depolitisering. De samenleving wordt als geheel steeds minder geordend op grond van besluiten in de politieke gemeenschap. 'Politiek' is een praktijk waarbij de maatschappelijke instituties zodanig overeind gehouden worden dat het samenleven van vrije mensen mogelijk is en een humane gemeenschap gerealiseerd wordt. Werken aan een vermenselijkte institutie ís politiek, licht Dubet toe vanuit het denken van de Franse ethicus Fred Poché. Hedendaagse politiek heeft een hoog gehalte van fixing-gedrag. Snel fixen (met inzet van gedragswetenschappers met voorgegeven, vaste doelen) voor verbetering en optimalisering zonder de onderliggende vraag te stellen naar het waartoe van de onderneming. Instituties en politiek raken zodoende in verval. Het gebrek aan politieke verantwoordelijkheid nemen en instituties behoeden en houden bij hun doeleinden, leidt tot verbrokkeling van het instituut. Het systeem-karakter treedt met eigen doeleinden op de voorgrond en werkt het eigenlijke doel uit zicht. Systemische doeleinden zijn bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren; een uitkomstenfocus. Van zorgmanagers en werkers die er wat van proberen te maken, wordt de intrinsieke motivatie ondermijnd. De arts gaat zich anders verhouden tot zijn patiëntenpopulatie. Patiënten die risicovol zijn, een niet-constateerbare (en dus niet 'transparant' geneesbare) kwaal hebben, kunnen maar beter gemeden worden.
Dubet somt vier problemen op bij het verval van instituties:

1 De legitimiteit van de zorgarbeid verdwijnt. Bestuurskundige S. Zouridis spreekt van 'legitimiteiterosie'.[43]
2 Zorgbetrekkingen aangaan wordt moeilijk als de institutie niet meer, zoals bij Ricoeur, bemiddelt. Systeemregels bepalen de omgang maar patiënt en zorgverlener zien zichzelf niet als zinvol deelnemer aan een systeem.
3 Zorgverleners zijn enerzijds overgeleverd aan universele waarden en anderzijds aan private waarden. Zij hebben geen houvast meer aan politieke waarden die de institutie kenmerkten, gebaseerd op ordening van de gemeenschap. Die kijk op samenleven was er duidelijk toen het ziekenhuis -als institutie- gasthuis genoemd werd. 'Gast' is een ordenende politieke term.
4 De verdediging van de meest kwetsbaren in de samenleving loopt gevaar. Vanuit en binnen systemen is het ondenkbaar dat mensen gevaar kunnen lopen of zelfs kwaad ondergaan van systemen. Er is geen extern correctiebeginsel; geen normatieve opvattingen over het goede. Het enige systeem-criterium is 'of het werkt'. Wie om welke reden dan ook zich niet voegt in het systeem kan onopgemerkt verkommeren of sociaal overbodig worden; een onmenselijk gevolg.

43 A. van Heijst, F. Vosman, 2010, p. 38.

6.6.4 Professional als bundel gewenste functies

Wanneer Dubet het bij het rechte eind heeft, verworden professionals tot administrerende verrichtingenuitvoerders. In termen van Van Heijst en Vosman 'bundels van gewenste functies'.
Dubet onderscheidt het subject -iemand die zelf verantwoordelijkheid kan nemen- en de actor -iemand die zonder meer een aantal taken moet uitvoeren-. In de verpleegkunde vindt een verschuiving plaats van het eerste naar het tweede. Een degradatie waarbij steeds minder ruimte is voor verpleegkundigen om gestalte te geven aan wat zij goede zorg vinden. Numerieke maatstaven en vastgestelde beroepscodes sturen en managen hun handelen. Dubet noemt codes en symbolen (*chiffres*) die veelvuldig voorkomen 'schijnmarkeringen'. In 'zorgmandjes' (dat is zo'n *chiffre*) wordt naar aanleiding van de door het CIZ vastgestelde 'zorgzwaarte' een samenstelling van 'zorgaanbiedingen' verzameld. Het aldus beheerste product heeft echter alle aansluiting op de concrete, particuliere werkelijkheid van zorgbehoefti-

ge mensen verloren en verkeert nogal eens in een schril tegendeel van 'een prettig zorgarrangement'.
Met het verlies van het doeleinde verschraalt de zorg tot systemisch beheerswerk en worden professionals systeemdienstbaar. Dan is zorgen ver weggeraakt van ruimte maken voor een zieke breekbare gast die verlangt naar genezing en verzachting, zeggen Van Heijst en Vosman.

6.6.5 Kansen voor menslievend managen

Het is niet enkel kommer en kwel; Dubet ziet ook nieuwe kansen bij het verzwakken van de grote maatschappelijke instituties. Vanuit zorgpraktijken komen kritische basale vragen op. Concreet houdt het in dat zorgprofessionals zelf hun werk weigeren te zien als systeem van het nuttige en dat zij vragen stellen bij de heersende, knellende regels. Zij brengen het doel van behandelen en verplegen weer ter sprake. Aan de randen van het systeem wordt de centrale vraag gesteld: waar doen wij nu goed aan? Dat is stilstaan bij het werk, het gemeenschappelijke ervan, het beamen van waarden en nieuwe waarden articuleren. Dubet zegt dat vooral de zorgwerkers vragen naar de bestemming van de institutie. Daarnaast noemen Van Heijst en Vosman nog andere (kritische) bronnen namelijk klachten en waardering van zorgontvangers en hun naasten en evaluerende verhalen van zorgontvangers. Zowel waardering als klachten kunnen gezien worden als morele (relevante informatieve) communicatie. Ook bij passende kwaliteitsmaatstaven die wél een band bewaren met de zorgwerkelijkheid kunnen ontvangers van zorg en hun naasten een grotere rol spelen. Hierbij heeft puur kwantitatief vergelijkend kwaliteitsmeten substantiële aanvulling nodig van kwalitatief-narratieve onderzoeksmethoden.
Van Heijst en Vosman constateren dat een meer zakelijke en bedrijfsmatige benadering van de zorg een feit is. Maar de gezondheidszorg dient een *non-profit* institutie te blijven waar horeca- en klantopvattingen niet thuishoren. Een ziekenhuisgast is niet iemand 'die zich komt vermaken in een Disneypark', zeggen de beide auteurs.[44] Met die woorden wordt Lee toch iets te makkelijk afgeserveerd.

44 A. van Heijst, F. Vosman, 2010, p. 37.

Lee heeft het niet over een patiënt die zich komt vermaken in een ziekenhuis zoals in een Disneypark. Hij ziet overeenkomst tussen de twee typen gasten in de perceptie van wat zij ervaren aan ***entertainment*** of aan drama. Ziekenhuispatiënten ondergaan in de moeilijke situatie waarin zij zich als zieke bevinden hoe er met hen 'gedaan' wordt; zijn ze subject of object van zorg? Hun positieve en negatieve ervaringen bepalen voor een groot deel hoe ze terugkijken op de ziekenhuisopname. Op het aspect van ervaren ontvangen zorg, wat de patiënt zélf daarvan vindt, focust Lee. Ook Van Heijst en Vosman pleiten voor kwalitatief onderzoek; narratief vernemen van zorgontvangers en hun naasten van wat als goede zorg is ervaren. Lee zal net als zij zeggen dat in zijn ziekenhuis tegemoet gekomen wordt aan het verlangen van patiënten naar genezing en verzachting. De omduidingen van dit verlangen en gast-zijn die ik tot dusver op het spoor ben gekomen zijn complexer dan louter 'Disney-vermaak'.

Tussenstand en wat nu nog nodig is

Het grote verschil tussen een zorgethische benadering en Lee's zorgconcept is de commerciële context van Lee's ziekenhuis. Binnen die context 'onderneemt' hij van alles wat menslievend aandoet maar het slechts ten dele is. Systemische druk ervaren zijn zorgprofessionals niet; de organisatie is dienstbaar aan de werkvloer georganiseerd. Tayloristisch denken waarbinnen professioneel handelen versnippert komt bij hem in ieder geval *front office* niet voor. Zijn zorgverleners krijgen door de hele organisatie heen juist veel verantwoordelijkheid en vrijheid van handelen. Hun intrinsieke motivatie en zorgbezield empathisch zorgen krijgt alle ruimte. Het

patiënt perspectief krijgt alle aandacht. Maar binnen de commerciële context heeft reductie en versleuteling plaatsgevonden en staat niet het doeleinde van het instituut dat in Nederland aan verbrokkeling lijdt centraal. Lee's concept heeft inspirerende kwaliteiten maar helpt institutionele zorg niet uit de problemen die door Van Heijst en Vosman zijn beschreven. Het instituut vergeten en de markt alle zorg laten verhandelen is evenmin een optie. De nadelen daarvan wegen niet op tegen geringe voordelen zoals in de vorige hoofdstukken is beschreven.
In het zorgethisch perspectief van De Lange komen thema's van macht en conflict in institutionele zorg amper ter sprake. Lee zwijgt er geheel over. Voor Tronto zijn dit belangrijke thema's die in een politieke context ter sprake moeten komen als het gaat over zorgen voor en door een plurale mensengemeenschap in instellingen. Om die reden betrek ik haar essay *Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose*, bij het tweede zorgethisch perspectief van dit hoofdstuk in paragraaf 6.7.[45]

45 J. C. Tronto; Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. Ethics and social welfare, volume 4, number 2. Routledge, july 2010, p. 158-171.

6.7 TRONTO OVER HET CREËREN VAN ZORGZAME INSTELLINGEN

In grote lijnen corresponderen de zorgethische visies van Van Heijst, Vosman en Tronto. Verschillen die er zijn blijven in dit hoofdstuk onbenoemd.
Tronto's onderzoeksvraag in haar essay is: hoe weten we wat goede zorg is in instellingen? Er is een voortgaand debat onder wetenschappers over zowel het beoordelen van goede zorg als het beleidsmatig creëren van goede zorg. Voor beide geldt: welke criteria worden daarbij gehanteerd? Tronto wil in haar essay een basis van goede zorg formuleren van waaruit enkele richtlijnen volgen die beoordeling van (bestaande en te creëren) zorg mogelijk maken.
In het debat over goede instellingen-zorg worden globaal gesproken twee manieren van denken gevolgd: naar het voorbeeld van de familie of volgens de markt. Dit wordt in 6.8.1 besproken. De positie die Tronto inneemt (op een bepaalde wijze naar het voorbeeld van familiezorg) is vol van conflicten en tegenstrijdigheden. Hierover gaat 6.8.2. Het is vaak makkelijker om te zien wat slechte zorg inhoudt dan wat goede zorg is of zou moeten zijn. Zij formuleert een signaleringslijst van slechte zorg (6.8.3) evenals een aantal wenselijke karakteristieken van goede zorg (6.8.4).

6.7.1 Familievoorbeeld of marktvoorbeeld?

Feministe, filosofe en zorgethica Nel Noddings pleit voor zorgverlenen in een instelling naar een familiemodel. Tronto wil daar uiteindelijk ook bij aansluiten maar -anders dan Noddings- eerst familiezorg demystificeren door onuitgesproken elementen in beeld te brengen. Daarna kan bezien worden welke intuïtieve sleutelelementen uit familiezorg voor instellingen-*settings* bijdragen aan goede zorg.
In de afgelopen jaren is -in antwoord op 'ont-familiseren' (*defamilization*) van zorg de markt in toenemende mate het domein van georganiseerd zorgen binnengedrongen.
Vanuit verschillende posities als consument, patiënt of observant vellen mensen oordelen over de kwaliteit van zorg in diverse zorginstellingen. Managers die marktmodellen hebben geïmplementeerd in hun zorginstellingen, proberen langs markteigen-wegen de kwaliteit en effectiviteit van instellingen-zorg te analyseren. Zij gebruiken daartoe meetinstrumenten van klanttevredenheid, of patiënttevredenheid. Tronto vindt dergelijke evaluaties te rechtvaardigen, voornamelijk vanwege hun (gunstige) effect op de ondergrens van zorg. Tegelijkertijd stelt zij kritisch dat klanten tevreden stellen niet hetzelfde is als voorzien in goede zorg. Competitie tussen zorgaanbieders heeft als zinnig element dat zorgaanbieders zich moeten richten op 'kwaliteit'. Maar deze concurrentie leidt niet tot het vestigen van standaarden van zorg, alleen tot de constatering dat de ene aanbieder 'beter' is dan de ander. Als ze allemaal onwenselijk zijn, biedt het marktmechanisme geen alternatief tenzij weer een nieuwe aanbieder de markt betreedt. Gezien de complexiteit, de arbeidsintensieve aard van zorgen en de wenselijkheid dat deze specifieke klanten níet terugkeren, acht Tronto marktoplossingen voor georganiseerd zorgen ongeschikt. In plaats van klant-achtig meten van en denken over goede zorg start zij bij 'familiezorg'. Ze expliciteert bepaalde dimensies van familiezorg die doorgaans onbelicht blijven. Families hebben bepaalde vooronderstellingen over de doelen van zorg, over het tegemoet komen aan speciale behoeften van hun familieleden en over de innerlijke toewijzing van macht. Zorginstellingen hebben vaak te maken met conflicterende benaderingen van het doel van de instelling, het omgaan met een populatie waarvoor gezorgd moet worden en particulariteit en machtsrelaties in instellingen.

Dit noodzaakt hen, zegt Tronto, om evaluatieruimte te hebben waarbinnen besproken wordt in hoeverre aan de zorgplicht voldaan wordt en waarbij doel, particulariteit en macht expliciete thema's zijn.

6.7.2 De context van zorginstellingen veranderen

Tronto citeert de algemene omschrijving van zorg die zij zelf eerder, samen met Berenice Fisher, heeft geformuleerd:

> 'On a most general level, caring is a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web'.[46]

46 J. Tronto, 2010. p. 160.

Zorgen is, als een soort van menselijke activiteit, een (complexe en multidimensionele) praktijk. Daarbij zijn er twee gevaren:

1 Paternalisme; de zorgverlener (bedoeld als 'de instelling') weet beter dan de ontvanger wat die moet krijgen.
2 Parochialisme; zorgverleners hebben voorkeur voor zorgontvangers die dicht bij hen staan (moeite met pluraliteit).

Als we deze twee globale politieke aangelegenheden van zorgen naar het niveau van concrete zorgrelaties vertalen dan kunnen we die problemen bij zorgen adresseren als macht en particulariteit, zegt Tronto. Om die reden moet men bij alle vormen van zorg, institutioneel en persoonlijk altijd bedacht zijn op doel, macht en particulariteit. Deze drie vormen een kritische toets voor zorgpraktijken en dit komt voort uit het verstaan van zorg als een relationele praktijk. De uitdaging is of publieke sociale instelingen kunnen voorzien in dezelfde drie góede elementen van familiezorg. Wat daar vanzelfsprekend was moet nu georganiseerd worden. Tronto maakt die elementen zichtbaar en overweegt ze als een politiek proces. Deze drie zijn:

1 Een helder zicht op macht in de zorgrelatie en dus herkenning van de behoefte van een politiek van zorg op alle niveaus.
2 Een manier om het particuliere en pluralistische vast te houden.
3 Zorg moet helder gedefinieerde en acceptabele doelen hebben

Tronto spreekt derhalve op twee manieren over particulariteit. Kritisch wanneer het als vorm van parochialisme particuliere voorkeur inhoudt en daarnaast, op een andere wijze kritisch, vanuit de vraag of het particuliere van een mens in een grotere pluralistische populatie wel voldoende gezíen wordt.

Zij doet haar voordeel met een *managerial* advies van Richard Ellsworth (hooglera raar management):

> 'A clearly articulated and formulated purpose -one that members of the organization understand and value- provides continuity and constancy while placing the need to adapt to changing customer needs at the heart of the companies shared values'.[47]

47 J. Tronto, 2010. p. 162.

Dit betekent geherformuleerd voor de zorg dat zorginstellingen moeten nadenken over de aard van het zorgproces als een geheel om van daaruit alle handelingen te gidsen.

Deze vereiste vergt dat de noden (Tronto schrijft *needs* tussen aanhalingstekens) van klanten (ook *customers* tussen aanhalingstekens) voorop staan én ook dat de noden van de zorgwerkers gezien worden. Daarbij horen de toekenning en passende inschatting van hun verantwoordelijkheid.

Goed georganiseerde zorg vraagt dus focussen op drie dingen:

1 Politiek, verstaan als het herkennen van debat en dialoog over machtsrelaties binnen en buiten de organisatie, van competitie en dominante macht en van overeenkomst en gemeenschappelijke doelen.

2 Aandacht voor het particuliere van mensen en voor diversiteit. Mensen hebben verschillende voorkeuren en behoeften en de vraag is hoe daaraan tegemoet gekomen kan worden.
3 Discussie over en bewustzijn van doeleneinden en middelen (*ends and purposes*) van zorg. Met deze drie kan bepaald worden wat instellingen volgens de logica van de zorg in huis moeten hebben.

6.7.3. Signalen dat in instellingen niet goed gezorgd wordt

Veel aandacht gaat tegenwoordig uit naar het kostenaspect en het arbeidsintensieve van zorg. Daarnaast verhalen mensen over inadequate en krenkende zorg. Meer systematisch beschouwd houdt slechte zorg in: ongevoelig, niet adequaat en onbuigzaam zijn.
Tronto benoemt zeven signalen van slechte instellingen-zorg. Elk van deze signaleert machtsmisbruik, doelverlies of een tekort aan oog voor particulariteit en pluraliteit. Het zijn descriptieve signalen met een normatieve lading.
Belangrijk is dat Tronto ze nadrukkelijk in een context van politieke verantwoordelijkheid plaatst. Inhoudelijk sluiten deze signalen aan bij wat in dit hoofdstuk van deze thesis over menslievende zorg vanuit Van Heijst en Vosman is gezegd. Ze roepen zo hier en daar vragen op bij de zorgethische benadering van De Lange (die weinig oog heeft voor machtsthematiek) en dat geldt ook Lee's zorgconcept (Lee laat machtsthematiek geheel onbesproken). Om die redenen en omdat alle zeven signalen in meerdere of mindere mate aspecten van macht en kwetsingen in zich hebben, noem ik ze in deze subparagraaf.
1 Tegenslag veroorzaakt de zorgbehoefte. Zorg wordt vaak gezien als een aangelegenheid van kwetsbare en afhankelijke mensen. Daarnaast leven ónkwetsbare, sterke mensen die Tronto schetst als de '*autonomous career men*'. Dit mensbeeld domineert maar beschrijft niet de werkelijkheid. Mensen zijn in werkelijkheid altijd wezens met verschillende capaciteiten en behoeften en van elkaar afhankelijk. Dat geeft een meer realistisch maatschappijbeeld en situeert instellingen-zorg beter.
2 Behoeften zijn een gegeven binnen de organisatie. Een van de moeilijkste politieke worstelingen is het vaststellen en berekenen van benodigde zorg. Zorgbehoeften zijn -anders dan rechten- moeilijk in te schatten, conceptueel onhelder en discutabel. Wie bepaalt die behoeften? Enerzijds wordt dat van mensen zelf verwacht, anderzijds is expertise nodig van professionals, maar hoe moet het als die twee partijen van mening verschillen? Wie bemiddelt dan? Tronto werpt deze discussie op om vanuit deze complexiteit te concluderen dat elke organisatie die uitgaat van vaststaande behoeften fout zit en de kans loopt leed toe te voegen in levens van zorgbehoeftige mensen.
3 Zorg wordt gezien als een product, niet een proces. Tronto vindt productmatig denken over zorg als in te kopen diensten, in plaats van zorg als proces, een groot gevaar. In een productmatige benadering komt de begeleidende omstandigheid van schaarste om de hoek kijken. Dat is een ander soort schaarste dan het begrenzen van zorgverlenen omdat behoeften in wezen oneindig zijn. Bij 'schaarste' wordt al snel gedacht dat de markt geëigend is om te verdelen maar zorgen is niet op die wijze 'schaars'. Het is niet zo dat wanneer zorg op één plaats toeneemt dit noodzakelijk leidt tot afname elders. Buiten het win-win model kan zorgtijd met flexibiliteit en creatief denken wel degelijk toenemen. Het consument-denken moet volgens Tronto krachtig tegengesproken worden in de publieke ruimte.
4 Zorgontvangers moeten buiten besluitvorming gehouden worden omdat het hen aan expertise ontbreekt. Afhankelijkheid wordt nogal eens verwisseld met in-

competentie. Zorgontvangers die hun stem verheffen worden in dat geval weggezet als opstandig en niet-meewerkend.

5 Zorg wordt beperkt tot zorg verlenen in plaats van gezien als proces dat aandachtigheid voor behoeften en toewijzing van verantwoordelijkheden vraagt. Met het introduceren van de termen 'zorggever' en 'zorgontvanger' is deels -ongewild- de splitsing publiek- privé gecopieerd. Het aandacht schenken aan en verantwoordelijkheid nemen voor (in het publieke domein) moet expliciet genoemd worden als fasen voorafgaand aan het concrete zorgen.

6 Zorgverleners zien organisatorische voorzieningen als hindernissen en niet als ondersteuning voor zorg. In veel zorginstellingen zijn 'handen aan het bed' en managementfuncties losgemaakt van elkaar waarbij de managers een hoger salaris hebben, minder gecontroleerd worden en beleidsmacht hebben die de werkvloer reguleert. Bij bezuinigingen worden de goedkope arbeidskrachten ontslagen. Veel zorgverleners werken keihard ondanks de organisatiedruk en vele eisen. Waar dat het geval is moeten regels dringend herzien worden.

7 Zorgarbeid wordt gedistribueerd langs lijnen van klasse, kaste, sexe en ras. Minderbedeelden en marginale groepen in de maatschappij moeten disproportioneel veel zorgwerk verrichten. Vaak hangt dit samen met het afschuiven van zorgverantwoordelijkheid van geprivilegeerden, mede doordat aandacht schenken aan de nood van anderen strijdt met het autonome masculiene beeld van onze cultuur.

Er valt één conclusie te trekken volgens Tronto: in de knooppunten van middelen, macht en pluraliteit, sneuvelt al snel een en ander van deze signalerende dimensies. Is er een manier om balans te houden? Alleen wanneer er ruimte gecreëerd wordt binnen instellingen om dergelijke problemen te herkennen en oplossen.

6.7.4 Ruimte creëren voor conflicthantering

Het lijkt makkelijk om vanuit hoe het níet moet vervolgens te beschrijven wat goede zorg dan wel inhoudt. De praktijk is echter weerbarstiger. Tronto noemt een verlanglijst van goede zorg kenmerken:

1 Geen klasse,- sexe-, ras-onderscheid dat sociale kansen bepaalt. Hieronder ligt de wens van inclusief burgerschap en sociale cohesie.
2 Vrijheid om verbonden met anderen in instellingen naar keuze te leven.
3 Zorgwerk voor en aan mensen moet goed betaald worden zodat er geen klassenscheiding is die sommigen noodzaakt te zorgen en anderen in staat stelt alleen zorg te ontvangen.
4 Naast algemene gedachtevorming over behoeften van mensen is vooral belangrijk om te honoreren dat mensen altijd in staat zijn om zelf te communiceren wat zij nodig hebben.
5 We zouden wensen dat degenen die voor ons zorgen dat graag doen en dat zij zich erkend weten (sociaal en economisch).
6 We wensen een *thick model* van zorg dat tegemoet komt aan reële nood in plaats van een standaard model van zorg.
7 Voor zorgontvangers is het nodig om vreugden en frustraties bij ontvangen zorg met begripvolle anderen te kunnen delen.
8 Ook voor zorgverleners is ruimte nodig om ervaringen met en beoordelingen van de zorgarbeid te kunnen delen met mensen die er verstand van hebben.
9 Er is een proportionaliteitswens; we willen niet zóveel zorgarbeid moeten doen dat er buiten zorgen geen eigen leven meer rest.

De instellingen-realiteit is echter zelden zonder ernstige problemen en conflicten. Daarom moet het doeleinde van zorgen helder bepaald worden en zorgen als rela-

tioneel proces worden beschouwd (familie-achtig). Het is onontkoombaar een context van conflicten; afspraken binnen de instelling zijn nodig, evenals ruimte voor debat om bij een opkomend conflict dit bespeekbaar te maken en naar oplossingen te zoeken. De conclusie van Tronto's essay is realistisch: instellingen-zorg kan beter verstaan worden in termen van conflict.

6.8 COMMENTAAR

Inleiding

Enkele thema's die samenhangen met de probleemstelling en relevant zijn voor een zorgethisch perspectief op Lee worden in dit commentaar uitgewerkt. In hoofdstuk 3 heb ik (als hypothese) een onderscheid gemaakt tussen enerzijds Lee's praktijkvoorbeelden in zijn boek (die hij gebruikt om klantwensen uit te filteren) en anderzijds het theaterbusinessmodel dat hij beschrijft. De praktijkvoorbeelden zijn rijk beschreven en doen zorgethisch aan, afgezien van de 'benuttende' taal die Lee erdoor heen weeft, gericht op loyaliteit-creatie-mogelijkheden. De strikte regie, het gedetailleerd uitwerken van rollen en scripts ten behoeve van de zo perfect mogelijke performance van verpleegkundigen tonen iets anders. Het sturen en beheersen van de perceptie van de patiënt geeft een geïnstrumentaliseerd en gereduceerd beeld van de zorgpraktijk. Ik heb de discrepantie tussen de praktijkvoorbeelden en de acterende zorgverleners binnen het businessmodel (hypothetisch) verklaard door te stellen dat Lee, in navolging van Gilmore en Pine, de drie fasen van vernemen, ontwerpen en implementeren volgt. Vernemen van de 'klantwensen', ontwerpen van het businessmodel, toegepast op het eigen bedrijf en implementeren van het theaterbusinessmodel.[48] Door alle hoofdstukken van deze thesis heen is het steeds lastig geweest om met deze discrepantie tussen praktijkvoorbeelden en businessmodel om te gaan. Louter refereren aan de zorgpraktijkvoorbeelden geeft een ander beeld van ziekenhuiszorg dan een verwerkelijkt theaterbusinessmodel, zo is mijn stelling.
Ik ga er bij de zorgethische reflectie in dit commentaar vanuit dat voornamelijk Lee's theaterbusinessmodel (fase 3 [49]) het referentiekader vormt. Tegelijkertijd geldt dit slechts ten dele omdat voor wie Lee's boek leest en de diverse praktijkvoorbeelden verneemt, juist deze voorbeelden aanspreken en mee-spelen, mee-informeren bij Lee's zorgconcept. Op die wijze lijkt er een soort tussenbeeld te ontstaan van Lee tussen 'de markt' en 'zorg' waarbij mijn uitgangspunt op grond van de eerdere hoofdstukken (met name Gilmore en Pine en Schulze) blijft dat 'de markt' domineert en de zorginhoud (en zorgverleners) doet veranderen.

48 Zie bijlage 3.b.

49 In bijlage 3.b fase 3.

1 Marktdenken in de zorg

Ondanks de nuchtere constatering van Van Heijst dat politiek georganiseerd zorgen voor mensen vanuit een economisch perspectief onrendabel en onnuttig is, zien velen er wel degelijk brood in, waaronder Lee, om de eenvoudige reden dat er veel geld omgaat in 'zorgen'.
Van Heijst kritiseert zowel het dominante neoliberale mensbeeld als een (burger) rechtendiscours en economische- en managementdominantie die steeds verder de zorg binnendringen. Belangrijke en voor de hand liggende vragen als 'Wat is een mens?' (menselijke conditie) en 'Wat is zorgen?' worden binnen de markt niet gesteld. Ook Lee stelt dergelijke vragen niet. De focus is anders gericht. Wanneer patiënten klanten worden, zorg een product en dokters en verpleegkundigen leveranciers verandert het doeleinde van het instituut.
Met het marktdenken komt van alles mee dat het wezen van zorgen -mensen bijstaan in hun nood- verdrukt. De afhankelijke positie waarin zieke mensen verkeren, de ongelijkheid tussen patiënt en professional, het onbespreekbare van 'lijden', vernietigen van relationele infrastructuren, versnippering van de handelingen van professionals, vanzelfsprekend 'oplossend' interveniëren, instrumenteel benaderen,

uitholling van vakkundigheid en praktische wijsheid, schaarste-creatie; het zijn slechts een paar gevolgen van invoering van marktdenken. Inmiddels zijn diverse van deze nadelige uitwerkingen door dezelfde markt gecorrigeerd met nieuw zorgaanbod zoals Lee's belevenisaanbod.

Het vreemde contrast doet zich voor dat in de sector waar de meeste onmacht is en zich veel leed manifesteert, dit amper of niet gethematiseerd wordt; de benadering is en blijft 'verhelpend'. Lee doet dat eveneens. Hij noemt het leed, het verdriet, de pijn, de emoties en hij gaat doelgericht interventionistisch 'verhelpen'. De hele ziekenhuispopulatie krijgt hetzelfde medicijn; een ultieme genezingservaring. Dit medicijn wordt in het patiëntcontact dat Lee 'relatie' noemt - daarover straks meer- 'massamaatwerk' toegesneden op het individu.

Tronto wijst net als Van Heijst en Vosman, op populatie-denken in de zorg waarbij particulariteit (Tronto), uniekheid (Van Heijst), de unieke zorgrelatie (Vosman) verloren gaat tot schade van de patiënt. Het maatwerk-aspect van massamaatwerk lijkt tegemoet te komen aan de klachten over gegeneraliseerde standaard-zorg. Op de markt wordt van algemeen naar specifiek gedacht. Een zorgethische benadering begint bij particulier en specifiek vernemen. Bovendien is zorg op de markt een afgebakend product. In een zorgethische benadering wordt procesmatig en voorlopig ('voorlopig' in de zin van 'bij-stelbaar', 'bij-stuurbaar') verkend welke zorg nodig is. Bij belevenisproducten is het toesnijden op en helpen consumeren van de klant eens te meer belangrijk (anders dan bij eerdere 'zorgproducten') zoals bij de hoofdstukken 2 (Gilmore en Pine) en 4 (Schulze) zichtbaar is geworden. Het creëren van een cultuur van vertrouwen en een gevoelvolle 'relatie' is in Lee's zorgconcept onontbeerlijk om het belevenisproduct zo optimaal mogelijk aan de ziekenhuisklant te leveren.

De zorgethische professional denkt vanuit de specifieke zorgbetrekking procesmatig en wisselend van patiëntperspectief naar professionalperspectief. Op deze wijze verneemt hij vanuit vakkundige, medemenselijke kennis en kunde wat afgestemd op en met die mens goede zorg inhoudt. Dit vernemen is zoekend en voorlopig van aard.

Van Heijst's analyse toont dat op de markt de focus *output*-gericht is. Resultaten tellen, moeten meetbaar en vergelijkbaar zodat de klant kan 'kiezen' en onderhandelen. De tevredenheids- en loyaliteitsscores zouden tonen in hoeverre dat gelukt is. Van Heijst heeft laten zien dat bij dergelijk interveniërend, oplossend zorgen de zorgbetrekking zelf een product kan worden.

Voor de ethiek betekent dit dat morele-waarden-verwerkelijkend zorgen (in een wenselijke institutionele *setting* in Nederland), wijzigt in een consequentialistische ethiek. Resultaten legitimeren bij dit type ethiek de juistheid van het handelen. Daarbij horen vragen als: 'Wat leidt tot de beste resultaten?' en 'Hoe voldoe ik zo goed mogelijk aan de behoeften van mijn klant?' Hierin vindt een verwisseling plaats van 'het lijden is leidend',[50] naar 'het meetbare resultaat is leidend'. Oftewel een omduiding van genezen en verzorgen naar klantbehoeften bevredigen. Zo goed mogelijk behoeften vernemen en daarin met een tevredenstellend zorgproduct voorzien, zou dan hetzelfde zijn als 'goed zorgen'.

Na een periode van louter medisch-technisch benaderen van patiënten waarbij kwaliteitsmetingen aanvankelijk alleen gericht waren op medische resultaten, is vanwege ontevredenheid van patiënten/klanten meer aandacht gekomen voor de patiënt als mens. Vanuit de markt (de hotellerie) is 'gastvrijheid' en alle bejegening die daarbij hoort in de zorg geïntroduceerd. Beleving is het nieuwe economische product op de markt.

Van Heijst's zorgethisch perspectief laat zien dat zorgen iets anders inhoudt dan instrumenteel en functioneel ingrijpen in het lichaam en leven van mensen dat zij

50 Deze kernachtige uitspraak 'het lijden is leidend', komt van arts en voormalig medestudent Ineke Lentjes.

beschrijft als fabrieksmatig handelen. Zij heeft gepleit voor het zíen van de patiënt die zoveel meer is dan zijn medisch mankement. Anno 2013 heeft het fabrieksmatig handelen vaak een vriendelijker gezicht gekregen. Maar de principes van de fabriek, dominantie van natuurwetenschappelijk denken (functioneel, instrumenteel, met duidelijke targets) zijn niet wezenlijk veranderd. Binnen dit dominante denken zijn wijzigingen doorgevoerd die aan 'het menselijke' (als menselijke klantbehoeften geïnterpreteerd) tegemoet komen met aanbod. *Service excellence*; een vriendelijke bejegening en door klanten ontbeerde waarden zoals 'compassie', 'aandacht' of 'relatie' en *experience*. Vergeleken met de door Van Heijst beschreven 'zorgfabriek' lijkt het een verbetering.
Tronto kritiseert vermarkten van zorg eveneens in stevige bewoordingen. De markt leidt niet tot gevestigde standaarden van goede zorg, hooguit tot een onderlinge vergelijking. Zorg productmatig denken acht ze een groot gevaar omdat met (een overheidsbeleidskeuze voor) de markt 'schaarste' als concept wordt geïntroduceerd wat zorg on-eigen is. In hoofdstuk 2 spreken Gilmore en Pine inderdaad over aanbodverkleining en het exclusief maken van aanbod om zo prijzen op te drijven. Voor Lee is dit geen onderwerp dat hij bespreekt; hij focust op het vergroten van het marktaandeel door strikte systeemcontroles en efficiëntievergroting van resultaten (medisch-technisch) én vooral toename van klantenbinding door perfecte perceptiebeïnvloeding. Hij concurreert vooralsnog op 'memorabel belevenisaanbod'.
Tronto wijst ook op het feit dat 'de markt' geen aandacht heeft voor politiek-morele kwesties van ongelijkheid, uitbuiting, macht en geweld.
Arendt heeft het toenemend consument-zijn van privé personen, dat het publieke leven zou gaan domineren, voorzien en daarin waardereductie herkend. Slechts de waarde van het (eigen) leven zelf telt nog. Een consumeren-produceren cyclus vereist greep op de werkelijkheid.
Bij 'de markt' gaan mechanismen en principes op dominante wijze meespelen die zorg van de morele grondslag wegdrijven en een ander soort (smalle) moraliteit vestigen.
Van Heijst wijst op de noodzaak van planning en systematiek en strategisch doelmiddelen denken op deelgebieden van de zorg, dienstig aan het primaire zorgproces. Daar kunnen bedrijfsmatige *skills* een nuttige functie hebben.
Met de introductie van marktdenken staat de eigen aard van de institutionele gezondheidszorg op het spel vanwege andersoortige doeleinden die hun intrede doen evenals omduidingen van zorgeigen concepten.

2 Het instituut gezondheidszorg

Een zorgconcept als van Lee vindt gehoor in Nederland, bij politiek, publiek en zorgprofessionals, omdat een dergelijk concept tegemoet lijkt te komen aan veel problemen die spelen in de zorg. Problemen die patiënten hebben met afstandelijke, haastige, onpersoonlijke zorg. Problemen van professionals die onder hoge werkdruk staan (onder meer door tijdrovend administreren) en weinig ruimte krijgen (naar mate hun positie in de organisatie 'lager' is) om te zorgen naar eigen (bezielde) inzichten. Problemen van zorgmanagers die in een onmogelijke positie binnen instellingen druk van de werkvloer en van de bovengeordende lagen in de organisatie moeten weerstaan. Daarnaast spelen op macroniveau de financieringsproblematiek en het oplopend tekort aan zorgprofessionals. Bij een aantal van deze problemen heeft Lee daadwerkelijk iets te bieden. In hoofdstuk 7.1 wordt beschreven wat van Lee te leren valt.
In het hedendaagse vertoog over de zorg wordt de bekostiging als het grootste probleem gezien en wordt 'politieke daadkracht' getoond door 'ingrepen' in diverse domeinen van de zorg. Daarnaast wordt van toenemende marktwerking verwacht

dat dit kostenbesparend zal werken. Vanuit de analyse van Gilmore en Pine, Lee en Schulze lijkt kostenbesparing via marktwerking een illusie. De bezuinigende ingrepen geschieden zonder dat fundamentele voorvragen zijn gesteld over het waartoe van het instituut dat toch politiek gelegitimeerd is (wat wankelt) en een publieke taak heeft waarvoor ook publieke middelen worden aangewend (waarbij de solidariteitsgrond afneemt). Vanuit een zorgethisch perspectief moet de waartoe-vraag leidend zijn en niet de hoe-vraag. De waartoe-vraag van het instituut gezondheidszorg brengt bij de morele grondslag van zorg voor elkaar willen dragen in de samenleving door dit gezamenlijk te organiseren.
Gezondheidszorg heeft een eigen doelmatigheid die anders is dan de doelmatigheid van een fabriek. Van Heijst en Vosman hebben vanuit het denken van Ricoeur en Dubet de waartoe-vraag van het instituut centraal gesteld en beschreven hoe doeleinde en doelmatigheid veranderen wanneer zorg als een productiebedrijf wordt benaderd. De vermeende politieke oplossing (marktdenken invoeren) is een probleem-vergrotende 'oplossing'. Het doeleinde van gezondheidszorg raakt uit zicht en andere doeleinden dringen naar voren. Op de markt zijn dat bedrijfsdoeleinden en daar is Lee helder over; klantenbinding en als business staande blijven op de markt is zijn ziekenhuisdoeleinde.
Kwaliteit, efficiëntie en andere concepten die vanuit de markt op de gezondheidszorg gelegd worden, herbergen een ander soort doelmatigheid - patiëntbehoeftenbevrediging - dan de gezondheidszorg-eigen doelmatigheid. Zorgeigen efficiëntie is bijvoorbeeld 'ervaren baat' van de patiënt; dát legitimeert de zorg. Publieksdoeltreffendheid is een markteigen legitimatie, niet een zorgeigen.
Vanuit een zorgethisch perspectief is doelverlies van instituties het grootste probleem waar problemen als tekort aan zorgend personeel, kostenexplosie en zorg die als weinig mens-gericht wordt ervaren vervolgens mee samenhangen. Het instituut verbrokkelt, zegt Dubet, door politiek fixing-gedrag en systeemdominantie. Lee speelt in op de waargenomen klant-behoefte van mensgerichtheid in aandacht voor het gevoelsleven. Hij richt zich op het volgens hem weinig ontgonnen terrein van de lastig meetbare ervaringen van patiënten; de zachte kant van zorgen. Hij is niet geïnteresseerd in de waartoe-vraag van zorgen maar in de vraag 'hoe kiezen klanten?' Hij sluit zijn zorgconcept aan op zijn ontdekking dat klanten hun keuze bepalen op grond van 'ervaringen' en niet op (medische) resultaten. Zo houdt hij zijn bedrijf gezond. Hoezeer dit strategisch doel-middelen denken is, functioneel en instrumenteel gestuurd, komt bij 'doen en handelen' (punt 4) nogmaals ter sprake. Eerst moet nog iets gezegd worden over systemisering.

3 Systemisering in de zorg

Systemisering is paradoxaal; het brengt vooruitgang en innovatie maar tegelijkertijd komt zorgarbeid daardoor onder een 'regime', zoals Dubet heeft beschreven. De zorgethische 'zorg' bij systemisering heeft betrekking op de dominantie ervan. Systemen verdringen met een eigen (smalle) moraal 'goede zorg' en reduceren het veelomvattend zorgen tot technische meetbaarheid. Meten is kwantificeren; terugbrengen tot enkelvoudigheid. Complexiteit wordt erin versimpeld tot één bepaalde waarde, namelijk kennis! Kennis, vereenzelvigd met het empirische (opnieuw een reductie). Praktische wijsheid van professionals die onder meer tot uiting komt in een gewogen klinisch oordeel over een patiënt, wordt erdoor verdrongen. Een samengaan van de twee verschillende typen kennis en de verschillende doelen die erin nagestreefd worden, is denkbaar maar niet gethematiseerd.[51] De vraag is of Lee een voorbeeld is van een goede combinatie van deze twee soorten kennis. Siemons herkende, zoals hij in het voorwoord van Lee's boek schrijft, de juiste match van zakelijkheid en compassie.[52]

51 Colleges: 'Kwaliteit in de zorg', 2012, Universiteit van Tilburg.

52 Zie hoofdstuk 1 van deze thesis, de inleiding.

Dubet pleit voor systemische ruimte. Zorgverleners die hun werk als gereduceerd functionalisme ervaren, kunnen hun eigen inbreng op de rand van het systeem organiseren. Het systeem moet teruggebracht worden onder het instituutdoeleinde. Het thematiseren van de problemen die met systemisering samenhangen is op zich al van belang om de discussie over wat zorgen nu ook al weer is vlot te trekken. In 2005 stelde Van Heijst marktdenken en de systeemcontext zélf ter discussie. In 2010 accepteren Van Heijst en Vosman dat verzakelijking in de zorg een gegeven is, (h)erkennen zij de managers-nood in de complexiteit van de zorg en zoeken zij naar ruimte maken in het systemische waarvan de pilot 'Lief ziekenhuis'[53] een illustratie is. Anno 2013 is een concreet voorbeeld (waarvan diverse innovatietrajecten gaande zijn) van dergelijk ruimte maken voor de kern van zorgen 'Kwaliteit 2.0.' [54]
Wat heeft dit met Lee van doen? Lee onderscheidt in zijn ziekenhuizen tussen resultaten en perceptie. Het zijn dezelfde professionals die beide moeten verwezenlijken maar het volle gewicht gaat in zijn boek naar de perceptie omdat klanten op grond van perceptie kiezen. Managers moeten aan de resultatenkant van het bedrijf (medisch-technische en verpleegkundige resultaten) uiterst strikte controle houden gericht op continue prestatieverbetering (meer resultaat in minder tijd voor minder geld). Aan de resultatenkant zet Lee volledig in op efficiëntie vergroten door systeemverbeteringen. Hij gebruikt de verbetercirkel (PDCA-methode) die Deming ontwierp voor het bedrijfsleven. Over het Six Sigma Certificeringsprogramma spreekt hij in lovende termen en zijn literatuurlijst geeft aanleiding tot het vermoeden dat de systemische kant, gericht op optimale *output*, op en top geregeld is en voortdurend wordt 'bewaakt'. Lee's zorgprofessionals ervaren geen last van systemische druk zoals Van Heijst en Vosman beschrijven. Zij werken zoals Lee het voorstelt, vreugdevol mee aan nóg betere *output* op alle front. Aan de perceptie-kant van het bedrijf is eens te meer strikt management nodig omdat dáár de concrete gewenste loyaliteits*output* gehaald moet worden. De scores -alleen de allerbeste- worden aan professionals voorgehouden ter motivatie maar het mag nooit tot 'tevredenheid' leiden. Het kan altijd sneller, beter, met nog hogere loyaliteitscijfers. Het zijn bedrijfsgezondheidsscores die tonen of het doel -klandizie- gehaald en overtroffen wordt. Zorgethisch gezien is dit een volstrekt ander doeleinde dan waartoe gezondheidszorg dient. De genezingservaring van de patiënt -nog los van de vraag of dat goede zorg is- wordt middel tot dat andere eigenlijke doel. Het betreft geen win-win situatie omdat hiermee en hierdoor de inhoud van wat goede zorg is verandert. Met Lee's totale sturing op twee-soortige resultaten en het voortdurend opdrijven van die resultaten waarbij professionals in scripts (samen bedacht) hun rollen uitvoeren voor het oog van de patiënt worden zij in wezen systemisch aangestuurd en gemanaged. Bij Lee tellen de meetbare resultaten van loyaliteit. Misschien heeft een professional tien mensen 'goede zorg' verleend (vanuit een zorgethisch perspectief) maar scoort zijn tiental slechts 'tevreden' klanten. Dan is zijn collega die één loyale klant heeft geworven 'succesvoller', terwijl tien mensen goede zorg hebben gehad! Discipline van systemen, totalitaire trekken zoals Van Heijst uit Arendts denken bij gecommodificeerde zorg herkent en structuren van beheersende macht waar Tronto gevoelig voor maakt, lijken bij Lee aanwezig. Daarmee is niet zijn hele zorg*praxis* geduid maar vermoedelijk wel de fundering ervan.

53 Een pilot van menslievend zorgen in het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.

54 A. Goossensen, A. Baart, Kwaliteit van zorg 2.0: Menslievende, presente en zorgzame zorg, in Kwaliteit in zorg, 2011, nr.6, p. 4-7.

4 'Doen' en 'handelen'

Met Dubets institutietheorie en daarbinnen het verpleegkundig beroepsmatig handelen, is duidelijk geworden dat een verpleger ín een beroepspraktijk al dóende verpleegkúndige wordt. Een kundigheid die de patiënt transformeert (anders dan Lee bedoelt) maar ook de verpleegkundige zélf. Wanneer 'excelleren' in een zorgethische context ter sprake komt, gaat het over dit al doende leren, verbeteren en vaardiger

worden en praktisch wijs.
Systemisering in de zorg heeft volgens Dubet geleid tot gereduceerd dóen van de verpleegkundige. Deze wordt teruggebracht tot het uitvoeren van functies waar hij voorheen in het institutioneel programma in het praktijk-handelen doelen vónd, afgestemd op en samen met de patiënt.
Ook Lee spreekt over het dóen van zorgprofessionals en al doende leren en verbeteren. Aan het begin van zijn boek wil hij eerst 'denken' voordat er gehandeld wordt. Dat denken houdt in: 'inventariseren wat we moeten weten'. Het blijkt er op aan te komen de kloof te dichten tussen 'weten' en 'doen'. Maar van welke aard is Lee's doen? Dit 'doen' is in hoofdstuk 1.5.2 en 1.5.5 beschreven. Het doen van de manager en de 'acteurs' is: maken, sturen, beheersen, beïnvloeden, creëren van de perceptie van de patiënt. De belangrijke taak van de manager is de inertie doorbreken wat uitmuntend leiderschap vraagt. Kundige managers, zegt Lee, zijn dienstig aan het vergroten van de productiviteit (is zodanig werken dat klanten worden binnengehaald) en loyaliteit van werknemers. Een zorgethische benadering vraagt van managers dienstbaarheid aan het primaire zorgproces. Bovendien dient goede zorg het lósmaken van een patiënt van zorg waar en wanneer dat maar kan. Niet binden, maar 'bevrijden'. Lee's manager coacht op het doel van alle actie: het oproepen van de gewenste reactie bij de patiënt. Niet of er 'een goed' is gerealiseerd (ervaren baat, in zorgethische termen) maar de loyaliteitsfactor legitimeert het doen. Op allerlei momenten tijdens en na de ziekenhuisopnames vinden checks plaats of het product door de klant wel goed ontvangen wordt en is.
Geheel anders dan vanuit een zorgethisch perspectief is bij Lee zorgverlening van A tot Z beheerst en gecontroleerd. Het zorgdoel ligt vast als maakbaar en haalbaar doel, de route er naar toe eveneens. Er is ook geen enkele twijfel aan het welslagen ervan; het wórdt een positieve ervaring voor de patiënt en diens familie, hoe dan ook. Een illusionair streven in de realiteit van ziekenzorg waar meer bitterheid is dan Lee waar wil hebben. Oók als alles gedaan is, kan de som 'bitterheid' en onoplosbaarheid zijn. Daarvan niet wegvluchten, erbij blijven is de zorgethische benadering.
Behalve marktconform klant-denken schuilt achter de belevenis-benadering een specifiek mensbeeld waarover in hoofdstuk 3.4.2 ook gesproken is in de paragraaf over 'het handelen van rationele dieren'. Aristoteles beschrijft -zoekend naar de aard van menselijk gedrag- als eerste verklaringsmodel de materialistische natuurwetenschap die de hoe-vraag beantwoordt en gedrag oorzakelijk verklaart (in plaats van de waartoe-vraag die gedrag intentioneel en doelgericht verklaart). Lee lijkt de *stimulus respons* theorie (uit de psychologie) aan te hangen waarin centraal staat dat een subject 'gedrag' (*respons*) vertoont als resultaat van *stimulus*. Gedrag heeft in dit type denken altijd een bepaalde *stimulus* nodig anders gebeurt er niets. Met de wending in de natuurwetenschap in de zestiende en zeventiende eeuw is de waartoe-vraag (finale oorzaak) vervangen door de hoe-vraag (bewerkende oorzaak). Dit heeft geleid tot de dominantie van het meetbare en ligt ten grondslag aan het hedendaagse kwaliteitsdenken.[55] Daarbij zijn subjectieve kwaliteiten ondergebracht onder het objectieve.
Lee verkent het terrein van het subjectieve en werkt naar het lijkt tegelijkertijd vanuit een materialistisch natuurwetenschappelijk model waarin hij het subjectieve (beleving, ervaring, emotie) objectief gaat beheersen. Zowel zijn medewerkers als zijn klanten lijken beschouwd te worden als wezens die met de juiste *stimuli* de juiste en gewenste respons geven. Het mag duidelijk zijn dat dit soort doen van een totaal andere aard is dan het handelen dat in de context van de handelingstheorie van Arendt en de presentietheorie van Baart is beschreven. Daar is geen sprake van een te beïnvloeden patiënt, geen suggestie of manipulatie, geen acteerlessen om bij

55 Colleges: 'Kwaliteit in de zorg', 2012, Universiteit van Tilburg.

de eigen gevoelens te komen, geen product dat geleverd moet worden of targets die zorgverleners moeten halen.
Zorgethisch handelen kent beide door Arendt beschreven vormen van 'doen'; *poiesis* (vakkundig ambachtelijk 'maken') en *praxis* (handelen waarbij de uitkomst ongewis is). Het is moeilijk om die twee vormen van handelen heilzaam bijeen te houden zeker waar binnen de Nederlandse gezondheidszorg *poiesis* domineert. Die dominantie bemoeilijkt het hooghouden van het morele doeleinde van het instituut en het erkennen dat gezondheidszorg altijd het ongewisse en tragische in zich heeft. Lee onderscheidt ook vormen van handelen (dingen doen en dingen zeggen) gericht op resultaten en percepties maar het ongewisse, zoals bij *praxis*, komt op geen enkele wijze ter sprake. Hij komt in wezen met een nieuwe interpretatie van vakkundigheid. Nadat de professional in het economisch tijdvak van de *service excellence* tot gastheer is omgedoopt wordt hij nu acteur en naar verwachting is dat niet de laatste economische herschikking van de vakkundigheidinterpretatie; de klantwens evolueert immers.
Dit alles is ver weggeraakt van het zorgethisch verstaan van professionaliteit waarin de zorgverlener samen met de patiënt zoekt, wikt, weegt wat er op het spel staat en wat dat inhoudt voor het professionele bijstaan. Wat zich in een zorgsituatie toont is moreel complex; meerdere goederen staan op het spel en voor de patiënt is vaak helemaal niet duidelijk wat er met hem gebeurt en welke betekenis dat heeft. Voor zowel de zorgverlener als de patiënt geldt dat 'al doende' blijkt wat wel en niet 'doenlijk' is. Ziekten zijn grillig, prognoses voorlopig en dat vraagt op alle front behoedzaamheid, voorzichtigheid, kalmte en verstandigheid. Professionals werken niet vanuit zekerheden; hun arbeid geschiedt vanuit ónzekerheid.
Lee lijkt zich om menslievende en compassievolle zorg te bekommeren maar niets wijst er op dat het Nederlandse instituut gezondheidszorg dichter bij het eigen doeleinde komt wanneer Lee's zorgconcept omarmd zou worden. Veel van wat hij zegt doet -door de taal- denken aan een zorgethische benadering maar is het deels of niet. Ook hij spreekt over 'leren door dóen' maar het *from good to great principle* heeft geen betrekking op zorg verbeteren; het betreft loyaliteitsvergroting! 'Excelleren' is niet zorginhoudelijk gevuld, niet de uitmuntendheid die cyclisch al doende in teamverband geleerd wordt; het gaat Lee om excelleren in bedrijfssuccessen. *Going the extra mile* is voor verpleegkundigen vaak wat ze doen, zei Mieke Grypdonck in een college;[56] een extra inspanning voor die zieke mens. Lee wil die *extra mile* eveneens zien bij zijn personeel maar met het oog op de *output*.
Zijn inlevende concepten zijn functioneel en instrumenteel van aard. De zorgrelatie moet vertrouwen creëren opdát het belevenisproduct goed landt, opdát de klant gebonden wordt.
De presentietheorie geeft, samen met de handelingstheorie van Arendt, een geheel andere invulling aan 'relatie', zoals in de zes kenmerken in 6.3.3 staat beschreven. Vanuit deze theorieën die beide een zorgethisch perspectief vullen wordt duidelijk hoe eenzijdig de professional bij Lee gefocust is op een vorm van identificatie met de gevoelens van de patiënt via verbeelding om vervolgens die gevoelens te spiegelen zodat de patiënt de indruk heeft dat hij begrepen en gezien wordt (de helende ervaring). Dat hoeft niet 'de werkelijkheid' te zijn, als het maar zo vóelt. Er is weinig wisselwerking, professionals lijden niet mee maar 'verhelpen' het lijden van de patiënt door 'begrip'. Dat alles voor een hoger bedrijfsdoel. Een zorgbetrekking vanuit een zorgethisch perspectief houdt iets anders.
Deze kritische schets gaat uit van Lee's theaterbusinessmodel zoals dat er in de praktijk uit zou kunnen uitzien en is niet gebaseerd op Lee's praktijkvoorbeelden. Het blijft denkbaar wat aan het slot van hoofdstuk 5 is opgemerkt; professionals die in de zorg werken doen dat over het algemeen omdat ze om mensen geven en iets

56 Colleges: 'Kwaliteit in de zorg', 2012, Universiteit van Tilburg.

voor hen willen betekenen. Dat kan, ondanks Lee's beheersings-concept, nog steeds gewoon de zorgpraktijk zijn in een theaterbusiness gemodelleerd ziekenhuis. Of dat op de langere termijn kan standhouden, is de vraag.

5 Patiënt centraal concepten

Goede verpleegkundige zorg omvat idealiter vier componenten die samengevat inhouden: kundige ondersteuning van medische diagnostiek en therapie, oog voor de mens die meer is dan 'patiënt', aandacht voor beleving en betekenis van wat de patiënt actueel ondergaat en afgestemde aandacht voor de zieke/ziekte binnen het (toekomstig) leven van de patiënt. Kenmerkend voor de goede verpleegkundige is dat deze in staat is individueel af te stemmen in de zorgbetrekking op de concrete, unieke patiënt en holistisch zorg te verlenen vanuit een breed perspectief op de patiënt. Zo omschrijft Grypdonck op zorgethische wijze, en herkenbaar vanuit *Menslievende zorg* van Van Heijst, verpleegkundige zorg voor de patiënt. Ze benadrukt dat ziekte in de context van het hele leven gezien moet worden. Concreet kan dit betekenen dat toekomstgericht zorgen mogelijk 'narigheid' voor het moment oplevert, juist met het oog op beter toekomstig leven. Dit verwoordt zij in de paradox: 'Een patiënt is niet in het ziekenhuis om het goed te hebben, maar hij moet het wel goed hebben'.[57] Grypdonck omschrijft hiermee wat 'patiënt centraal', (terminologie die in wezen vreemd is aan zorgethiek), vanuit een zorgethisch perspectief inhoudt. Opvallend is dat het onaangename bij ziek zijn omwille van een toekomstig beter leven erin genoemd wordt. *Realtime-feedback* van de patiënt zou op zo'n moment van narigheid in Lee's ziekenhuis een slechte score opleveren. Hoe Lee omgaat met het onaangename op korte termijn, omwille van goed-leven op lange termijn, wordt in zijn boek niet duidelijk. Hij ontwikkelt geen visie op zorgen voor de patiënt waarin toekomstig leven wordt meegewogen. Grypdonck's holistische visie lijkt bij Lee verdrongen door het momentane van 'beleven' van de patiënt.

57 Colleges: 'Kwaliteit in de zorg', 2012, Universiteit van Tilburg.

In diverse patiënt centraal zorgconcepten staat vandaag de dag de beleving van de patiënt centraal. Vanuit een zorgethisch perspectief wordt benadrukt dat er geen andere reden van bestaan voor een ziekenhuis is dan zorg dragen voor patiënten. Patiëntenzorg is de *core business* maar de zorgbetrekking in het primaire zorgproces staat centraal. De focus verschuift derhalve, vergeleken met patiënt centraal concepten, naar de zorgbetrekking. Binnen de zorgbetrekking die asymmetrisch is (de patiënt is de reëel gekwetste mens de zorgverlener is wel kwetsbaar maar gezond) verneemt de zorgverlener in samenspraak met de patiënt procesmatig en perspectiefwisselend wat voor deze specifieke mens goede zorg inhoudt.

Van Heijst gaat in op drie belevingsgerichte zorgconcepten die alle drie de zorgrelatie belangrijk noemen. Het feit dat er aandacht is voor de zorgrelatie met een unieke patiënt (of bewoner in de voorbeelden) evenals aandacht voor afstemmen op die specifieke mens heeft haar waardering. Maar voor alle drie de voorbeelden geldt dat de zorgrelatie niet vanuit presentie-denken, maar vanuit interventie-denken gestalte krijgt. Op die manier verbetert de zorg wel enigszins maar blijft de interventionistische instrumentele context domineren. Bovendien blijft de zorgverlener in de beschreven relatie vrij onraakbaar wat niet past in relationeel denken.

De voorbeelden doen sterk aan Lee denken. Bij Caris- Verhallen zijn zorgverleners, net als bij Lee, acteurs wat Van Heijst neersabelt. Vanuit een zorgethisch perspectief (en dus een moreel buitenperspectief in termen van Schulze) is het mensen manipuleren, iets voorspelen in plaats van echt contact leggen en een relatie stichten die het woord relatie waard is. Pool's ziekte-is-werk-visie heeft met Lee gemeen dat noodlottigheid en kwaad van ziekte en lijden te lijf gegaan worden. 'Activisme' noemt Van Heijst zo'n benadering. Anders dan bij Lee staat bij Pool autonomie van de patiënt en weer regie kunnen voeren centraal. Nadat met 'de belevingspeiler' alle behoef-

ten van de patiënt geregistreerd zijn, 'leveren' de zorgverleners 'behoeftegestuurde zorg'. Net als bij Lee, die slimmer dan Pool klantbehoeften analyseert, gebeurt dat eenzijdig instrumenteel en in vermeend afgestemd handelen. Ook Pool's professionals dóen iets met de emoties van de patiënt maar het zorgethisch noodzakelijke reflectieve op wat zorgen voor mensen met henzelf doet ontbreekt. Lee lijkt op Van der Kooij die net als hij gehechtheid en liefde en het relationele benadrukt terwijl in contrast daarmee professionals en hun eigen gevoelens niet in het geding zijn. Empathie leidt tot terugspiegelen maar niet tot een eigen verbinding met de emoties van de patiënt. Er vindt geen *katharsis* plaats. De professionals van Van der Kooij moeten ook authentiek (en creatief) zijn; het eigen intuïtieve innerlijk informeert over goede zorg en ze verschijnen louter goedwillend. Lee en Van der Kooij delen naar het lijkt een romantische opvatting van authenticiteit en het innerlijk als te verkennen bron. Behoeftegestuurde zorg, belevingsgerichte zorg in een interventiecontext met een laag presentiegehalte stelt de zorgrelatie maar deels centraal. Om het hoofddoel van zorgen te kunnen realiseren is een loskoppeling nodig van verbeterdoelen, stelt Van Heijst (Betrokken op Lee zou dit inhouden: loskoppeling van belevenisdoelen). Waar die doelen in beeld komen wijkt de aandacht voor de patiënt af en gaat de blik naar de resultaten. Dan lopen patiënten het risico dat ze niet om zichzelf, gewoon als beminnenswaardige mensen, worden bijgestaan. Achter het bijstaan schuilt dan het échte doeleinde; de *output* die góed moet zijn. Met die focus wordt de patiënt een middel tot een ander doel, zelf geïnstrumentaliseerd om iets te realiseren. Of, in het geval van Lee, de zorgrelatie zelf (voor zover daarvan sprake is) wordt een zorgproduct of een middel tot het échte bedrijfsdoel.

6 Zorgethiek als sociaal-politieke ethiek

Het is een politieke taak om de samenleving te ordenen en humaniteit hoog te houden. Voor die ordening en het behoeden van humaniteit zijn instituties opgericht waarvan het instituut gezondheidszorg er een is. Vanuit zorgethiek als politieke ethiek staat bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg de vraag voorop: dient wat in diverse instellingen van deze institutie geschiedt het morele doeleinde van gemeenschappelijk verantwoordelijkheid dragen voor mensen in de samenleving die hulp behoeven? Van Heijst, Vosman en Tronto illustreren alle drie hoezeer die morele grondslag onder druk staat vanuit een dominant mens- en wereldbeeld van het stuurbare, maakbare leven en de economische variant daarvan die met de introductie van marktwerking in de zorg de beheersingsgedachte heeft versterkt. Een hybride constructie is ontstaan waarin het 'waartoe' van georganiseerd zorgen vermengd is geraakt met het 'hoe' van marktdoeleinden die resultaat gericht zijn. Het doeleinde van institutionele zorg, moreel van aard, vanuit een humaniteitgedachte ontstaan, is tevens de publieke legitimatie van zorg. Die legitimatie staat eveneens onder druk wanneer Dubet gelijk heeft. Het instituut gezondheidszorg is nieuwe, andere doeleinden gaan herbergen dan de oorspronkelijke.
Vanuit zorgethiek als politieke ethiek wordt het gebrek aan overheidsverantwoordelijkheid om het instituut te bewaren en aan het morele doeleinde te houden, gekritiseerd.
Lee gaat met zijn zorgconcept dit soort problemen in de gezondheidszorg niet oplossen. Het instituut gezondheidszorg zal verder van zijn morele humanitaire grondslag wegraken wanneer zijn businessconcept wordt ingevoerd of wanneer hij, los van de Nederlandse instituties, een theaterbusiness gemodelleerd ziekenhuisbedrijf mag beginnen en kan gaan concurreren met andere ziekenhuizen. Vanuit zorgethiek als politieke ethiek en vanuit een zorgethisch perspectief op Lee's zorgpraktijk, lijkt het mij onwenselijk om Lee's zorgconcept kritiekloos 'in de markt' te zetten. Wat sterke punten lijken in Lee's zorgconcept verkleurt zorgoneigen in de commerciële *setting* en weegt niet op tegen de vele nadelen juist van die *setting*.

In hoofdstuk 7 wordt geïnventariseerd wat de diverse perspectieven aan inzichten hebben gebracht. Daar wordt de probleem- en vraagstelling hernomen en een antwoord op de onderzoeksvraag gegeven.
Het hoofdstuk begint met 'leren van Lee'. Naast veel kritiek op Lee in de afgelopen hoofdstukken valt er mogelijk ook van hem te leren. Onder 6.7.2 van dit hoofdstuk staat beschreven hoe Tronto een managementadvies overneemt, zorgspecifiek duidt en in de sfeer van de zorg toepast. Dat vormt een aardig voorbeeld van omgekeerd 'benutten' dan tot dusver bij Gilmore, Pine en Lee is beschreven. Op die wijze kan Lee's ziekenhuiszorgconcept ook benaderd worden en valt er het nodige van op te steken voor de zorg zónder de institutionele context en de morele grondslag van zorgen voor vermarkting in te ruilen.

TERUG NAAR DE PROBLEEM- EN VRAAGSTELLING VANUIT DE DIVERSE PERSPECTIEVEN

7

INLEIDING

Wie het boek van Lee leest wordt meegevoerd langs herkenbare praktijkvoorbeelden binnen en buiten de ziekenhuiszorg van (mis)management, (in)efficiëntie, (gebrek aan) professionaliteit en (de)motivatie. Lee beschrijft zijn ziekenhuiszorgconcept als een win-win situatie voor het oplossen van de problemen waar de V.S. mee kampen van financiële-, commerciële-, personele-, juridische- en *managerial* aard en qua klanttevredenheid. In Nederland is een aantal van deze problemen eveneens actueel. Alles draait volgens Lee om de kundige manager, die de juiste prioriteiten stelt om personeel en patiënten loyaal te maken en houden aan het ziekenhuis en zo het bedrijfsdoel -overleven in de concurrentie- tot ieders tevredenheid te halen. De klant staat centraal, de specifieke klantwens wordt zo goed mogelijk vernomen om het bedrijf dienstbaar aan de behoeftebevrediging van de klant te ordenen.
Het sinds 2006 ingevoerde marktdenken in de zorg in Nederland heeft de beloftes daaromtrent (kostenbesparing, kwaliteit, transparantie) tot dusver onvoldoende waargemaakt.[1] Volgens sommigen omdat marktwerking niet ten volle is ingevoerd, volgens anderen omdat vereconomiseren van de zorgsector zélf het probleem is.[2]
De vraag is of Lee's volledig marktgedreven, *client-centered* zorgconcept oplossingen kan bieden voor de Nederlandse ziekenhuiszorg die, anders dan in de V.S., institutioneel georganiseerd is.
Omdat in Nederland gezondheidszorg politiek-maatschappelijk geordend is, is in de thesis van meet af aan breder gekeken dan alleen naar het microniveau van het bedrijf (V.S.) of de instelling (Nederland). Multi-perspectivisch is in de diverse hoofdstukken Lee's theaterbusinessconcept beschouwd; hoe hij daartoe gekomen is, wat het inhoudt en hoe het al dan niet relevant kan zijn voor de Nederlandse ziekenhuiszorg.
Globaal gesproken zijn in de thesishoofdstukken met betrekking tot Lee's zorgconcept steeds kritische vragen gesteld op politiek-maatschappelijk terrein ('voor wie is deze 'excellente' zorg?') en over de zorginhoud ('ís het wel excellente zorg?')
In dit hoofdstuk ga ik eerst in op wat er mogelijk te leren valt van Lee (7.1). Daarna volgt een paragraaf waarin, vanuit de verkende perspectieven op de beleveniseconomie en het Griekse theater, een kritisch tegengesteld beeld ontstaat van Lee (7.2). In 7.3 wordt dat tegenbeeld geëxpliciteerd. In de slotparagraaf staat de beantwoording van de probleem- en vraagstelling van deze thesis centraal (7.4). De kantlijnnoten verwijzen naar passages uit de eerdere hoofdstukken waaraan ik mijn argumentatie ontleen.

In de inleiding van de thesis is gewag gemaakt van een drietal interviews. Uit deze interviews worden illustratief (en niet argumentatief) citaten in de tekst van dit hoofdstuk opgenomen.

1 Bron: Trouw, 29 maart 2013. Rapportage van Algemene Rekenkamer; een somber beeld over kwaliteit en transparantie in de zorg vanwege onbetrouwbare, beperkte, instabiele en onbruikbare indicatoren als gevolg van een belangenstrijd van spelers op het zorgveld (bijvoorbeeld zorgaanbieders en verzekeraars).
Trouw, 30 maart 2013. Gezondheidseconoom Johan Polder wijst op explosieve kostenstijging sinds 2006 beperkt marktwerking in de zorg is ingevoerd. De kostenstijging verklaart hij markt-eigen; 'Markten hebben bijvoorbeeld de natuurlijke neiging te zoeken naar nieuwe doelgroepen.'

2 Zie 6.1.1.

7.1. ER VALT TE LEREN VAN LEE

De receptie van Lee's boek is over het algemeen zeer positief. Veel zorgverleners, managers en autoriteiten in de wereld van de gezondheidszorg herkennen zich in wat hij als problematisch in de zorg voor zorgverleners en patiënten signaleert, analyseert en met zijn ziekenhuiszorgconcept oplost. Lee noemt managementfuncties in ziekenhuizen de moeilijkste van alle bedrijven vanwege de grote risico's (schadeclaims van patiënten) en de, vergeleken met Disney, veel lastiger controle over het bedrijf.[3] Hij bespreekt de manageraanpak die het personeel motiveert en inspireert en de patiënt een zo positief mogelijke ervaring bezorgt.

Het Human Resource aspect prevaleert bij Lee. Financieel management komt in zijn boek alleen impliciet ter sprake als hij de route naar financiële bedrijfsgezondheid schetst via optimaliseren van de perceptie van de patiënt naar loyale klandizie. De respons op zijn boek in het voorwoord bij zowel de Amerikaanse als de Nederlandse versie[4] en de 'achterkaftreacties'[5] is voornamelijk gericht op een bedrijfscultuur waarin de patiënt centraal staat en zorgverleners de ruimte krijgen om geïnspireerd hun werk te doen. Deze praktijkreacties voer ik op in deze paragraaf, samen met aspecten die ik ontleen aan Lee's boek waarvan ik me kan voorstellen dat die leerzaam en inspirerend zijn voor wie in de zorg werkt. *Quotes* uit de interviews illustreren vanuit de praktijk van de zorg de geïnventariseerde *items*.[6]

Lee heeft, vanuit lange ervaring in de ziekenhuiszorg, een scherp oog voor wat zorgverleners nodig hebben om te kunnen floreren in hun werk. Als belangrijkste pijlers van een organisatie noemt hij 'kundig management' en een 'goede bedrijfscultuur'. Zo'n cultuur creëert een goede manager door met duidelijk geprioriteerde (Disney-) principes de organisatiedoelen helder en motiverend met alle geledingen van het ziekenhuis te communiceren en *output*-gericht na te streven. Lee's onbetwiste sterkste punt is zijn charisma om op vooral narratieve wijze (presentaties en trainingen) met name managers en zorgverleners te enthousiasmeren en bij de kern van zorgbezieling (terug) te brengen. Met volle aandacht voor de perceptie van de patiënt, de wijze waarop de patiënt alles wat voor hem en aan hem gedaan (of wordt nagelaten) ervaart, krijgt ieder een spiegel voorgehouden die de impact van zijn performance op de patiënt toont.

De paragraaf heeft als doel illustratief een indruk te geven van wat zo aanspreekt en enthousiasmeert in Lee's boek. Om dat fair weer te geven plaats ik eigen kritische kanttekeningen en relativeringen, bij de als leerzaam weergegeven punten, tijdelijk tussen haakjes.

Ik orden de thema's onder 'patiëntgerichtheid' (7.1.1) en 'de zorgverlener' (7.1.2). 7.1.3 vormt met enkele beknopte evaluatieve opmerkingen een andersoortige subparagraaf dan de eraan voorafgaande paragrafen.

3 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen*, Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 12.

4 Voorwoord van Dean Hubbard en Gert Siemons. Zie Inleiding op hoofdstuk 1.

5 Het betreft reacties van Armand Girbes, Jaap van den Heuvel, Marjanne Sint, Tjitske Binkhorst en Klaas Soesbeek.

6 Nader onderzoek naar zowel officiële, schriftelijke respons op Lee's theaterbusinessmodel als naar de praktijkervaringen van zorgverleners die vanuit dit concept werken is gewenst.

7.1.1 De patiënt centraal

7.1.1.1 Oog voor de emoties van de patiënt

Patiënten verkeren in de moeilijke omstandigheden van verdriet en angst. Voor alle emoties die zij doorstaan en de ervaringen die ze opdoen in een ziekenhuis moet oog zijn. Dat gezien worden als mens met al die gevoelens en hoe men dan met je omgaat, ontbreekt nogal eens, zegt R1. Siemons vindt compassie met en echte aandacht voor de patiënt, 'voor de hele mens', belangrijk voor patiëntgerichte zorg in Nederland. Ook Girbes en Binkhorst herkennen in Lee's boek dat het bij hem écht

om (de beleving van) de patiënt gaat.

R2 '(…) je wil als bezoeker of als patiënt, wil je gezíen worden. Dat missen we dus dát element, dat (…) Dat gevóel 'ik word gezien."

Patiënten zijn unieke mensen met een eigen (levens)verhaal en veel meer dan de kwaal waarvoor ze komen. Het is belangrijk om een patiënt te leren kennen, weet te hebben van zijn levensverhaal en een band met hem te krijgen. Daar moet ruimte en tijd voor zijn en je moet als zorgverlener weten hoe je een vertrouwensband kunt scheppen.

R1 'En wat we heel belangrijk vinden is dat de mens als geheel wordt gezien; niet alleen maar je hebt kanker en we behandelen je voor die kanker, maar een mens in z'n totale situatie met z'n kwaal. (...) je leest bijvoorbeeld in de rapportage: meneer hoopt (…) in de komende weken opa te worden voor de eerste keer. Als je dan de volgende keer zelf die patiënt krijgt (…) dan vraag ik: hoe is het? Is uw dochter al bevallen? (…) dat maakt ook dat er een persoonlijker band komt waarin mensen voelen: ik ben meer dan ziekzijn. Ik ben ook nog mens, ik ben opa.'

Patiënten verkeren in 'emotionele stress' en verlangen naar warme, inlevende zorgverleners die hen in hun zorgen tegemoet komen -proactief- in goede communicatie, geruststelling en troost.

R1 '(…) dat is ook waar je als verpleegkundige heel veel voldoening aan ontleent. Dat je iets kan betekenen. (…) wat ik aansprekend vind is de enorme gerichtheid op patiënten, op de zorg voor patiënten. (…) dat je daar heel erg op insteekt. In het zo goed mogelijk doen en om écht de patiënt bovenaan te stellen.'

Vanuit een inlevende relatie met een patiënt krijgt die patiënt vertrouwen in de zorg. Zo worden angst, spanning en onzekerheid verminderd en voelt de patiënt zich veilig... Vertrouwen is essentieel om goed zorg te kunnen ontvangen en verlenen.

R3 '(…) Een vertrouwensband met de patiënt is essentieel. Voor die patiënt, maar voor mij ook. Ik heb vorig jaar een patiënt gehad waarvan ik de diagnose honderd procent zeker wist. Die patiënt die bleef me elke keer (…) met van die wantrouwende ogen aankijken. Toen heb ik gewoon die vraag gesteld (…) Zeg het maar. Ik wil u helpen, maar dit is de weg om u te helpen, met die en die medicatie. Als u elke keer hier binnenkomt met: ja, daar heb je die dokter weer maar klopt het wel wat ie zegt, dan wil ik graag dat u dat zegt, als dat zo is. Of dat u zegt dat ik me daarin vergis. Ik wil daar duidelijkheid in want zo kan ik eigenlijk niet met u verder. Dan stuur ik u naar een andere arts; d'r zijn d'r meer tenslotte. En toen was het duidelijk dat ze dat toch niet wilden, maar die uítstraling moet dan ook anders zijn (…) Nou, dat vind ik een basisvoorwaarde.'

R1 '(…) wat ik in het werk heel belangrijk vind; patiënten die hier komen zitten in een crisissituatie, een hele zware periode van hun leven met veel onzekerheid ehm, ja, wat mij zelf ook drijft als verpleegkundige is dat je náást die patiënt staat. En je kan een heleboel dingen niet; je kan die ziekte niet genezen, je kan geen zekerheid bieden, maar je kan wel ingaan op waar die patiënt behoefte aan heeft. Je kan wel signaleren: wat is voor deze persoon belangrijk.'

7.1.1.2 Hoffelijkheid

Een goede sfeer (cultuur) in het ziekenhuis ontstaat wanneer het personeel vriendelijk, hartelijk en zorgzaam kan zijn jegens elkaar en de patiënten. Dat begint al bij de baliemedewerker die een patiënt treft bij binnenkomst. Attent en aandachtig personeel zíet wat de patiënt behoeft, voor-ziet dat zelfs, en communiceert zorgvuldig met de patiënt. Kwaliteit van zorg heeft alles te maken met die goede sfeer; patiënten beoordelen het ziekenhuis daarop. Van den Heuvel, Sint en Soesbeek benadrukken alle drie het belang van gastvrijheid respectievelijk hoffelijkheid. Siemons roept de lezer op na te denken over de betekenis van het woord 'hoffelijkheid' en wat dát woord voor gevoel oproept.

R3 '(…) ik kan ook voor een deel meegaan in wat hij aanbeveelt. (…) hoffelijkheid, empathie (…) Dat zijn natuurlijk heel belangrijke dingen. Als je met een chagrijnige kop bij de receptie zit omdat je nou toevallig je werk moet doen maar geen oog hebt voor de patiënt die gestrest is, angstig is voor wat komen gaat, ja, dan is dat geen goede uitstraling naar je 'klánten' (met nadruk en ironie gezegd).'

7.1.1.3 Afstemmen

Zorg geldt ook de hele (fysieke) omgeving van de patiënt; die kan bijdragen aan weldadigheid voor de patiënt. Een prettig gebouw, de inrichting, het comfort voor zieken en hun naasten, faciliteiten die de ziekenhuiservaring veraangenamen; het speelt allemaal mee in hoe een patiënt de zorg ervaart.
'Welwillendheid' ten opzichte van de patiënt en diens familie is een omvattend woord voor een cultuur waarin vriendelijke bejegening en afstemmen op de patiënt. Wat er nog niet is en door de patiënt gewenst en verlangd wordt, kan alsnog gecreëerd worden. De patiënt wil op álle niveaus van ervaringen gezien en gehoord worden; dat doet hem góed, vermindert stress en versnelt het genezingsproces.
R1 heeft mij (J.v.d.K) voorafgaand aan het interview met gepaste trots rondgeleid op de afdeling dagbehandeling oncologie. Tot in detail is deze afdeling zodanig ingericht dat patiënten er met hun dierbaren tijdens de chemokuren, met de nodige privacy, maar voor wie dat wil ook contactmogelijkheden, comfortabel en zo prettig mogelijk kunnen verblijven. De ellende van kanker wordt enigszins verzacht door in een fijne omgeving met aandachtige zorg uit te stralen dat de mensen er toe doen.

7.1.1.4 Relationeel netwerk

Het relationele netwerk van de patiënt moet ook gezien worden. Mét een patiënt komt een heel netwerk van familie en naasten mee in het ziekenhuis. Lee besteedt aandacht aan de emoties en moeiten van de familie.Familieleden hebben, net als de patiënt, tijd, aandacht en bijstand nodig van het zorgend personeel. Familie heeft een belangrijk de rol voor de patiënt en diens genezingsproces.

R2 '(…) maar als je in een ziekenhuis terecht komt (…) het gaat niet alleen om degene die in dat bed ligt, maar het gaat juist ook om de omgeving. Dat, ja, eh, in de hotellerie wordt daar wél over nagedacht (…) want één iemand boekt, maar d'r komen wel zes mensen mee, dan zijn ál die mensen belangrijk. (…) op het moment dat iemand van een gezin in het ziekenhuis komt, dan heeft dat impact op de hele omgeving.'

R1 'Ik zat een keer bij een patiënt en ik zag die vrouw, de partner van de patiënt en op een dagbehandeling heb je veel te maken met de thuissituatie, en ik had het gevoel bij die vrouw: je zit aan je taks. En toen vroeg ik aan die man voordat de behandeling begon: hoe is het? Hoe is het thuis? Nou die man zei: Gaat wel. Toen vroeg ik aan zijn partner: Hoe is het eigenlijk met jou? En de tranen die begonnen te stromen.'

7.1.1.5 Kwalitatieve data informeren over de perceptie van de patiënt

Kwaliteit van de ziekenhuiszorg wordt doorgaans gemeten met harde data (kwantitatief), voornamelijk over de medisch-technische bedrijfsresultaten maar patiënten vinden het belangrijk hoe ze als mens behandeld zijn. Hun lijden, pijn, verdriet, angst, onzekerheid en de narigheid van lang wachten, van genegeerd worden, niet gezien, niet geïnformeerd, telt voor hen veel zwaarder dan het meetbaar behaalde medische resultaat (dat natuurlijk wel optimaal moet zijn). Bij Lee staat wat de patiënt doormaakt centraal en organiseert het bedrijf alles daar omheen. Om goed te vernemen wat patiënten behoeven is het nodig vooral ook de 'zachte' kant van zorgen te meten (kwalitatief); dat wat mensen ervaren hebben aan goede (of slechte) zorg. Zij zijn bij uitstek degenen die kunnen vertellen hoe de zorg op hen overkomt en voor hen uitpakt. Focusgroep-gesprekken, patiëntevaluaties, tevredenheidonder-

zoeken en *real time feedback* helpen om die zachte kant van zorgen in beeld te brengen. Kwaliteitsonderzoek is tijdverspilling en zinloos wanneer de klantperceptie veronachtzaamd wordt. R3 fulmineert tegen het hedendaags kwaliteitsonderzoek zoals het citaat illustreert maar (hier weggelaten) hij kritiseert ook Lee's klantmetingen.

R3 'En nu mis ik regie in kwaliteitsland. En iedereen dóet maar wat maar daarmee maken we mekaar knettergek. Je hebt een dagtaak aan dit soort dingen. Iedereen die moet z'n kwaliteitsnormeringen hebben. Daar zegt Fred Lee ook wat van. I. Wat zegt hij volgens jou daarvan? **R3**.. (…) we hebben allerlei enquetes, we hebben kwaliteitsnormeringen maar hij gaat in op die enquetes. Dat zegt helemaal niks als je dat niet op een goede manier enqueteert.'

7.1.1.6 Goede zorg is memorabel

Mensen delen altijd hun herinneringen (positieve of negatieve) met anderen. Het is zowel voor patiënten als professionals van groot belang dat de patiënt goede ervaringen opdoet in het ziekenhuis die hem positief bijblijven en dankbaar stemmen. Onderlinge uitwisseling leidt ertoe dat een brede omgeving van een loyale patiënt weet welk ziekenhuis een góed ziekenhuis is. Daarnaast kunnen zorgverleners die enthousiaste reacties van patiënten terughoren trots zijn op hun werk. R1 beschrijft hoeveel voldoening het geeft als in lastige zorgsituaties meegedacht kan worden met een patiënt wat leidt tot een oplossing die de patiënt niet snel zal vergeten.

R1 '(…) je kan een heleboel niet maar je kan ongelooflijk veel wél. (…) er was een dag toen zat alles tegen. Bepaalde systemen lagen er even uit waardoor de apotheek vertraging had opgelopen. Er was een patiënt met een vrouw al redelijk op leeftijd. En die was aan het mopperen en boos dat het zo lang duurde en ook nog die kuur. En toen ging ik naar hem toe en ik bood excuses aan voor hoe het liep die dag en ik zei: kan ik iets voor u doen? En ja, boos en ja, he, toen kwam het hoge woord eruit (…) hij maakte zich nogal zorgen over zijn vrouw die bij hem was en het niet goed vol kon houden. Toen zei ik: ja, ik kan, ik heb geen invloed op de apotheek, maar ik heb op die kamer nog een bed. Als uw vrouw daar nou een even een uurtje ligt. Ik doe het gordijn dicht, dan kan ze even bijkomen. Dan duurt de dag niet zo lang. Nou die man was helemaal verbaasd. En zo is het gegaan. Hij heeft het er nog over.'

7.1.1.7 Schipperen voor de patiënt

Leidinggevenden zitten vaak in de lastige positie tussen 'de werkvloer' (verpleging en patiënten) en 'de hogere regionen' van de organisatie. Hubbard waardeert in Lee's concept het centraal stellen van de klant-wens en Lee's kundig eenvoud aanbrengen in de complexiteit van het ziekenhuisbedrijf. Lee stelt het patiëntperspectief altijd centraal en bepleit dat leidinggevenden daar dapper voor instaan. Dat spreekt R1 sterk aan; in haar ziekenhuis is discussie gevoerd over welke infuusnaalden de beste zijn. In een pilot op haar afdeling konden patiënten bepalen welke naalden het minst belastend waren. Er was, naar bleek alleen bij oncologie, duidelijk voorkeur voor twee soort naalden. Ziekenhuisbreed werd een andere naald ingevoerd. R1 legt zich daar niet bij neer maar bepleit binnen de organisatie consistentie met de visie 'de patiënt centraal'. Zij wijst er op dat de oncologische patiënt specifieke gevoeligheid heeft voor het (veelvuldig) aanprikken van aderen.

R1 'Je hebt als teamleider een soort sandwichpositie. Ik moet de organisatiebrede belangen en de beslissingen die daar genomen worden, die moet ik vertalen richting de werkvloer, richting het team, daar zijn soms ook beslissingen bij die ik zelf ook lastig vind. Dan ben je wel zelf aan het zoeken, eh, ja, eh, het heeft ook met loyaliteit te maken naar de organisatie.'

R1 'Oké, deze beslissing is genomen maar daar zijn wíj niet gelukkig mee. Wij hebben die en die en die argumenten om voor die andere naald te kiezen. We vinden eigenlijk dat dat wel meegewogen zou moeten worden. Dus ik ben nu bezig om m'n best te doen om toch een uitzonderingspositie in te mogen nemen. Gezien het feit dat wij vaak patiënten krijgen die moeilijk te prikken zijn, vind ik dat wij ook een uitzonderingspositie mógen innemen. Nou, dat proces, ja dat is nu gaande.'

R1 '(…) juist de reactie van patiënten heeft deze keuze bepaald en dát heb ik ook ingebracht. En als je zo ziekenhuisbreed wordt gezegd: de patiënt staat bovenaan, dan…'

7.1.2 Professioneel liefdevol zorgen

7.1.2.1 Compassie centraal

Zorgen mag bij Lee (weer) een roeping zijn om mensen authentiek en liefdevol bij te staan. Professionals willen vanuit het hart zorgen en zien dat Lee ruimte schept voor de kern van zorgen: compassievol, empathisch en authentiek, lijdende mensen bijstaan. Zorgverleners zijn voor hem niet louter taakuitvoerders of administrateurs onder grote werkdruk.

R1 'Maar ik denk de kern die mij boeide, hij raakte denk ik iets van eh, van mijn diepste motivatie waarom ik verpleegkundige ben geworden in de zin dat je de zorg voor patiënten heel goed wil doen. Dat die bovenaan staan en daar zag ik heel veel van terug in dit boek.'

7.1.2.2 Talent boven vakkundigheid

Talent (inlevingsvermogen) gaat boven vakkundigheid. Wie het talent mist om zich te kunnen verplaatsen in wat een patiënt doormaakt, is geen goede vakkracht bij Lee. Zorgend personeel kan beter geworven worden op grond van zorgbezieling en het vermogen goed samen te werken met collega's. Een positieve zorgervaring van de patiënt hangt af van gedrag en houding van het personeel. Vakkundige dingen kunnen door slimme, getalenteerde mensen ook in de praktijk nog aangeleerd worden. Zorgverleners herkennen dit als eindelijk weer tot de essentie van je vak komen. Van den Heuvel waardeert deze juiste houding en betrokkenheid bij de kern van het werk.

R1 'Dat heb ik ook bijvoorbeeld in sollicitatiegesprekken persoonlijke betrokkenheid, het samenwerken, het gemotiveerd zijn, een soort passie, dat is iets wat je heel moeilijk leert. Je kan, technisch kan je een heleboel (…) bepaalde kennis over ontwikkelingen in de medische oncologie, dat kan je allemaal leren. Maar hoe iemand in elkaar zit, wat vind je belangrijk in je leven, dat werd eigenlijk steeds meer de insteek.'

R1 'Juist deze patiënten voelen heel sterk de gerichtheid van de mensen, de sfeer. (…) dat komt ook wel uit patiënttevredenheid enquêtes die we gehouden hebben dat bejegening ontzettend hoog scoort. En dat herken ik ook uit het boek van Fred Lee.(…) hoe je als mens benaderd wordt (…).'

7.1.2.3 Communicatie en teamwork

Wan-communicatie tussen professionals veroorzaakt fouten in de patiëntbehandeling en maakt de zorg onveilig. Lee geeft diverse praktische adviezen om een cultuur van goede onderlinge communicatie en teamwork te creëren. Het gaat bij zijn aanpak zowel om communicatie met de patiënt die geruststelling en vertrouwen in de zorg behoeft als communicatie van zorgverleners onderling en ziekenhuispersoneel van álle geledingen.

R1 'Ja, wat ik er uitgehaald heb, vanuit mijn achtergrond is toch die beste zorg voor de patiënt. En beste zorg lever je niet in je eentje, maar met elkaar, met een team.

R1 'Patiënten die zeggen vaak: jullie hebben het goed hè, onderling. En dan denk ik: O! Dat ze dat zeggen dat is heel mooi!'

R1 'Als ik zie hoe de artsen hier met elkaar samenwerken, hoe de samenwerking tussen arts en verpleegkundige is, hoe kort de lijnen zijn, als wij ongerust zijn over een patiënt dan bellen we en zeggen we: dit zien we, wil je even komen? En dan komt ie en als hij niet kan komen dan komt een collega. En dat signaleren de patiënten ook, hè. Dat is, laatst was er iemand die zei: ik wist niet dat er zoveel mensen met mijn gezondheid bezig waren.'

Teamwork is essentieel maar het personeel moet ook de inhoud van het werk van anderen, bijvoorbeeld ondersteunende functies in het bedrijf, kennen en waarderen, stelt Lee. Om die reden wordt in zijn ziekenhuis zo nu en dan kortstondig van werkplek -en dus perspectief- gewisseld. Het doorbreken van scheidslijnen tussen afdelingen en disciplines bevordert kennis van en waardering voor elkaars werk en vergemakkelijkt samenwerking tussen uiteen liggende afdelingen. Ook hiërarchisch denken in de zorg belemmert samenwerking tussen bijvoorbeeld artsen onderling en verschillende disciplines. Lee doorbreekt hiërarchisch denken evenals het tegen elkaar uitspelen van professionals in een bonuscultuur die individuen beloont.

R1 'Cultuur bepaalt heel erg, of eh de hiërarchie (…) als de structuur niet verandert dan kan je de cultuur ook niet veranderen. (…) ik loop al de nodige jaren mee in de gezondheidszorg en je ziet wel naar mate de behandelingen complexer worden dat er meer multidisciplinaire overleggen zijn (…) naarmate de lijnen korter zijn en de organisatiestructuur platter is eh ben je ook efficiënter in de zin van dat je meer ziet van dit is nódig. En vul je elkaar ook beter aan. (…) Ik denk dat we daar in de Nederlandse cultuur nog wel iets van kunnen leren. (…) Een grote instelling heeft haast per definitie een eh loggere structuur (…). Soms droom ik ook wel van een hele platte organisatie en als ik het met andere instellingen vergelijk dan hebben we al een vrij platte organisatie waarin veel verantwoordelijkheden al gedelegeerd zijn en waarin je ook als teamleider toch mee kan praten.'

Regelgeving moet dienstig zijn aan het bedrijfsdoel -*'first break all the rules'*- en dat wensen zich veel professionals. Bij Lee krijgt het personeel ja-bevoegdheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen. Bureaucratische en systemische zaken worden uit beeld van de gasten gehouden en met slimme innovatie aangescherpt tot perfecte, snelle en efficiënte ondersteuning van klantvriendelijkheid en servicegerichtheid. De transitie is van een cultuur van onverschilligheid en onbekend zijn met elkaar naar een cultuur van elkaar vertrouwen, helpen, ondersteunen en waarderen. Dat komt de motivatie maar vooral de patiëntenzorg ten goede. R2 benadrukt dat vanuit een bredere visie (het is goedkoper om mensen die een baan hebben snel te laten reïntegreren), efficiëntie en kostenbesparing geboekt kan worden.

R2 'Ja. Je laat iemand heel vaak terugkomen in hetzelfde ziekenhuis voor een ander onderzoek. Waarom zit daar zóveel tijd tussen?(…) wat ik hoor: 'het contact met de specialist duurt maar tien minuten want meer tijd heeft ie niet voor me'.(…) door op een andere wijze met mensen om te gaan, de zorg effectiever kan. (…) sneller doorhebben, we weten dat het om iemand gaat die een baan heeft, we weten dat je op een andere manier die zorg moeten inrichten.'

R3 '(…)dat je je logistiek goed op orde hebt in de zin van dat je de zorg(…) dat je de patiënt niet van het kastje naar de muur stuurt, dat je de lijnen kort houdt, dat je de patiënt centraal houdt ook in je hele organisatie zonder allemaal liefdevol schouderklopjes te geven; je moet ze hélpen. Adequaat helpen, snel helpen, doeltreffend helpen.'

7.1.2.4 Motivatie en inspiratie

Elkaar als team en kennen en in alle lagen van de organisatie kunnen samenwerken, motiveert en inspireert zorgverleners en bevordert het welbevinden van de patiënt. Lee benadrukt meermalen het belang van voortdurend afgestemd zijn op zorgbezielende bronnen. Soesbeek vindt Lee's boek 'concreet, vernieuwend en inspirerend'. Binkhorst geniet van 'de herkenbare voorbeelden en anekdotes'. Ook Sint noemt Lee's boek 'inspirerend' en Siemons spreekt van 'een grote inspiratiebron voor de verdere ontwikkeling van patiëntgerichte zorg in de Nederlandse ziekenhuizen en de gehele gezondheidszorg'. Siemons zegt naar aanleiding van Lee's eerste bezoek aan Nederland:

> 'Professionals die ooit vanuit hun passie voor hun vak kozen, kregen het gevoel dat ze weer met hun hart aan het werk mochten.'[7]

Hubbard noemt Lee:

> '(…) een scherp waarnemer over het motiveren van individuen en het als groep onderschrijven van de doeleinden van de organisatie.' [8]

Gemotiveerde mensen werken intrinsiek gedreven, halen voldoening uit hun resultaten, zijn ijverig en doen meer dan wat gevraagd wordt. Ze dragen bij aan een complimenteuze cultuur van feedback geven, van elkaar leren om te verbeteren en excelleren in het werk.

De beloning is het applaus van het publiek. Het is een cultuur van *going the extra mile* voor de patiënt, zo herkennen zorgverleners bij Lee.

R1 'Dat wat Fred Lee ook schrijft, dat competitieve, dat, zeg maar, wat je in een team kan hebben. Je moet niet mensen belonen naar hun prestatie maar juist de teamgeest, het met elkaar willen doen, dát moet je stimuleren.'

R1 '(…) daarnaast ben ik bezig met het aansturen van senior-verpleegkundigen die zich ook met kwaliteitsprojecten bezighouden (…) signaleren: waar zitten knelpunten in de zorg? Wat gaat goed maar vooral: wat kan beter?(…) Je moet eigenlijk ontevredenheid creëren, ontevredenheid levendig houden om eh kritisch te blijven naar wat kan er beter? Het kan altijd beter!'

R2 '(…) wat ik herken is dat eh heel veel bedrijven concentreren eh zich in het meten van de tevredenheid en zetten dat op hun website of slaan zich daarmee op de borst van onze tevredenheid is hoog. En waar Disney zich op concentreert is niet volledig die tevredenheid maar of die klant terugkomt en wat ie over jou zegt. Hè, de loyaliteit.'

Lee's manager faciliteert als echte leider de innerlijke motivatie van zijn personeel. Zijn boek is inspirerend voor managers die klem zitten in complexe organisaties vanwege de brede visie op de ziekenhuiscultuur en tal van praktische adviezen. Girbes wijst op Lee's ziekenhuiservaring en deskundigheid die hij door zijn familie (verpleegkundigen) en werk heeft opgedaan.

R1 herkent Lee's manager-kwaliteit als motivator en leert van zijn benadering voor haar eigen teamleiderschap.

R1 '(…) vooral ook hoe je mensen kan motiveren. Dat was, toen ik dit voor het eerst las, was ik nog niet zo heel lang teamleider en vanuit die verantwoordelijkheid ook, hoe motiveer je een team, hoe krijg je, hoe hóu je de spirit erin.'

7 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen,* Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 5.

18 F. Lee, 2009, p. 8.

7.1.3. Lee vult 'een gat in de markt'

Wat opvalt is hoezeer een holistische benadering van de patiënt gewenst wordt door patiënten en zorgverleners. Het gezien en gehoord worden, een omgeving die rekening houdt met hun moeiten en behoeften is voor patiënten essentieel. Zorgverleners willen graag de ruimte hebben om liefdevol en aandachtig hun werk te doen en niet gehinderd te worden door regels en structuren die dominant hun zorgbezieling

beknellen. Opvallend is daarbij dat het accent op gastvrijheid, hoffelijkheid, ligt (en amper over 'theater' en 'belevenis') terwijl Lee zelf *service excellence* vanzelfsprekend en niet meer onderscheidend vindt. In Nederland verlopen de fasen van economisch aanbod minder snel.
Lee legt de vinger op veel zere plekken in het hedendaagse zorgen. Bureaucratische stroperigheid, als zinloos en tijdrovend ervaren papierwerk, vele protocollen en systemen, werkdruk, ervaren onvrijheid op de werkvloer (in termen van Lee gemicromanaged worden), een tekort aan erkenning en waardering en niet dát kunnen doen wat als de essentie van het werk wordt gezien. Dit draagt bij aan een ontvankelijke houding voor iemand die met concrete, heldere motiverende en inspirerende oplossingen komt. Met andere woorden, de stand van zaken in de hedendaagse ziekenhuiszorg in Nederland maakt veel zorgverleners én patiënten 'geloofsbereid' voor Lee's win-win zorgconcept.
Op politiek- maatschappelijke thema's van gezondheidszorg (die Lee dus wél noemt als hij problemen opsomt), gaat men niet in. Het gaat vrijwel uitsluitend over de zorgpraktijken op management- en werkvloer niveau van instellingen. R1 heeft het boek gelezen vanuit de attitude: 'Onderzoek alle dingen en behoudt het goede' zoals het volgende citaat illustreert.

R1 '(…) het hele stuk van concurrentie in de zorg, beter zijn dan een ander, dat heb ik eigenlijk naast me neergelegd. Ik heb me daar helemaal niet mee bezig gehouden! Ik dacht: dat is Amerikaans, dat is niet zoals het hier gaat en daar zie ik ook geen heil in. Je moet streven naar de beste zorg voor de patiënt.'

R2 wordt in zijn werk gehinderd door een onheldere bedrijfsvisie bij zijn werkgever en inefficiëntie van ziekenhuizen die zijn cliënten vaak laten terugkeren wat arbeidsreïntegratie ernstig belemmert en daarin ook 'duur' is. Bij Disney Parijs heeft hij een heldere bedrijfsvisie, uniformiteit bij werknemers, hoffelijkheid en efficiëntie als groot goed leren waarderen en zo leest hij instemmend Lee's boek. Maar hij heeft twijfels bij het toneelspelen in het ziekenhuis.

R2 '(…) het leggen van het raamwerk van Disney op een ziekenhuisconcept is voor mij puur gericht op het gaat om effectiviteit en eh weten met wie je te maken hebt, zorg dat de mensen aan wie je zorg besteedt, dat die tevreden zijn en (…) dat jij aan de ene kant een bron van werkgelegenheid kunt zijn en blijven.'

R2 '(…) dat verhaal om van medewerkers toneelspelers te maken, ik denk dat dat eh, dat werkt misschien in de vorm van een themapark maar ja, een ziekenhuis is een serieuze aangelegenheid.'

R3 wantrouwt Lee.[9] Hij kent de Amerikaanse context van commerciële ziekenhuiszorg en gelooft niet dat heil te verwachten is van dergelijke zorgconcepten voor de Nederlandse zorgproblematiek. Hij zit Lee als iemand die een deel-antwoord geeft op vragen die niet de hoogste prioriteit hebben.
Kritische vragen bij Lee's theaterbusinesszorgconcept, voor wie deze excellente zorg is en of het excellente zorg is worden in de volgende paragrafen hernomen.

9 *Quotes* van R3 zijn in bijlage 5 opgevoerd.

7.2 EEN TEGENOVERGESTELD BEELD OP GROND VAN DE PERSPECTIEVEN VAN GILMORE, PINE, SCHULZE EN NUSSBAUM

Naast het aansprekende en inspirerende beeld van compassievolle, weldadige zorg die patiënten zich wensen en zorgverleners graag geven, rijst een tegenovergesteld beeld op uit de perspectieven van Gilmore, Pine, Schulze en Nussbaum.
Op grond van Lee's bronnen ben ik in hoofdstuk 2 de beleveniseconomie gaan onderzoeken vanuit twee boeken van de marketing consultants Gilmore en Pine. Zij beschrijven de belevenismarkt als een nieuwe lucratieve fase van economisch aanbod die tal van winstgevende kansen openlegt. Lee baseert zich op hun werk-is-theater-model voor commerciële bedrijven, een model dat zij ontlenen ontlenen aan Walt Disney's *entertainment* visie. Een diepere verkenning van het Griekse (drama) theater waaraan Gilmore, Pine en Lee refereren, is in hoofdstuk 3 vanuit het denken van Nussbaum uitgevoerd.
Een derde perspectief op Lee, gerelateerd aan de belevenismarkt, is vanuit Schulze verkend. Schulze onderzoekt het ontstaan van de belevenismarkt en laat (mogelijke) consequenties zien voor een maatschappijopvatting en mensbeeld als de belevenismarkt op allerlei levensdomeinen wordt doorgezet. In zijn voorwoord bij de heruitgave van zijn boek in 2005, blijkt hoezeer zijn analyse in 1992 voorzienig is geweest. Waar Gilmore en Pine economisch enthousiast zijn, kritiseert Schulze scherp de belevenismarkt en de onbegrensde expansie ervan. Hij constateert dat onder de ogenschijnlijke gelukzalige vrijheid, afhankelijkheid en bestaans- en betekenisleegte schuilgaan.
Gilmore en Pine bieden een binnenperspectief op de beleveniseconomie en Schulze een binnen- én buitenperspectief. Voor Nussbaum geldt dat zij zich niet expliciet tot de beleveniseconomie verhoudt in haar boek. Zij legt vanuit het filosofisch debat naar aanleiding van de Griekse tragedies over de kwetsbaarheid van het goede, toeval en de (morele) rol van emoties belangrijke thematiek, ook voor hedendaagse mensen, open.
Omdat Lee zich positioneert binnen de beleveniseconomie breng ik in deze subparagraaf de bevindingen bijeen die voortkomen uit het onderzoeken van de beleveniseconomie en het (Griekse) theater. Ik focus daarbij op de perspectieven op de werkelijkheids- en mensbeelden van Gilmore en Pine in 7.2.1, Schulze in 7.2.2 en Nussbaum in 7.2.3.

7.2.1 Het economisch perspectief van marketing consultants Gilmore en Pine

De beide boeken van de marketing consultants Gilmore en Pine laten aan duidelijkheid niets te wensen over. De beleveniseconomie, transformatie economie- heeft één duidelijk doel: zoveel mogelijk geld verdienen. Om dat doel steeds opnieuw in veranderende tijden te kunnen nastreven en exploiteren, is innovatief, creatief afstruinen van alle domeinen van het leven dé weg om nieuwe markten te ontdekken. Dit vergt een specifieke blik op de wereld, klantbehoeften-sensitized, waarbij *the sky the limit* is. Die marktaftastende blik ontwaart in de statistiek van rap toenemende gezondheidszorgkosten in de V.S. zo'n lucratieve markt. Ook bij managementadvisering gaat veel geld om, zij het iets minder dan in de gezondheidszorg, dus hier zitten de motoren van economische groei, constateren Gilmore en Pine. De belevenismarkt is in beide sectoren al deels succesvol geland, zoals de cijfers tonen, en voor

de transformatiesector liggen er volop nieuwe, winstgevende kansen.[10] Belevenissen kunnen nog veel breder en dieper geëxploiteerd worden dan nu het geval is. Er zijn nog verder te ontginnen terreinen van ervaringen van mensen; emoties 'informeren' (anders dan bij Nussbaum) over deze terreinen. De informatiekracht van emoties, zowel positieve emoties (die klanten willen vasthouden en niet verliezen) als negatieve emoties (die klanten willen vermijden of ontvluchten), scheppen kansen voor economisch aanbod dat hen bindt aan de leverancier.

De transformatiemarkt, het hoogst bereikbare op de ladder van stijgende economische waarde (met de meest interessante verdienmodellen), buigt zich over bestendige verandering(en) van het wezen van de klant. Het hele boek *Authenticiteit* van Gilmore en Pine is een illustratie van nieuw belevenisaanbod in een situatie waarin klantontevredenheid opkomt binnen de context van de beleveniseconomie.[11] Het ontbreekt mensen aan echte, zinvolle, betekenisvolle belevenissen, zo nemen de marketeers waar. Daarmee opent zich een nieuwe markt waarvoor ieder mens een potentiële klant is.[12]

Boswijk *cum suis* van het European Center for the *Experience economy*, doen dit voor de Europese en Nederlandse markt.[13] Omdat het helder illustreert hoe marketeers naar de werkelijkheid en naar mensen kijken, roep ik hun publicatie uit 2012 in herinnering waaraan ik in hoofdstuk 2 gerefereerd heb.[14] Transformatie van mens en samenleving wordt in hun boek stap-voor-stap innovatief en duurzaam 'uitgewerkt'. Het betreft emotionele, sociale en spirituele levensdomeinen die binnen de economie ontgonnen worden en nieuwe waardecreatie en nieuwe verdienmodellen vormen. In het boek bespreken ze tevens *experience economy* in de zorgsector.

Dit perspectief op de werkelijkheid is het Anglosaksische economische perspectief waarin geld, macht en aanzien centraal staan. Alles kan ontgonnen worden als belangrijke welvaartsbron (markt dus). *The American Dream* vormt de horizon en de weg is de Disney-way; een eigen levensfilosofie met een specifiek mensbeeld en wereldbeeld en universeel geldende principes.[15] In Disney's gecreëerde wereld verschijnen mensen glimlachend, genietend, gelukkig zich vermakend (als *families* uiteraard) en tellen ze zolang zij over geld beschikken. Zonder geld zijn ze niet interessant voor Disney. R2, die gecharmeerd is van de Disney filosofie en principes, is hier eveneens duidelijk over. Hij legt het fenomeen *upselling* uit en benadrukt de gerichtheid op winst maken, zoals de volgende citaten illustreren:

R2 '(…) bij Disney is alles gericht op *upselling*. (…) als iemand A met prijs honderd wil betalen eh, maar waardoor die ook een goeie beleving zal hebben met die prijs honderd maar als organisatie hou je er meer aan over als ie A-plus honderdentien betaalt want die krijgt ie beleving plus sterretje(…). Hij kan ook vijf sterren krijgen (…) ja, 't is verkopen van beleven plus het opentrekken van die portemonnee.'

R2 '(…) het gaat om beleving op de efficiëntst mogelijke manier. En als het gaat om organisaties die gericht zijn op om te blijven overleven dan zullen ze al die instrumenten aanpakken om jou zo veel mogelijk geld te laten besteden, ja. Zonder dat jij het in de gaten hebt.'

In de Europese context (Boswijk's Center), is vooralsnog niet duidelijk of specifiek het theaterbusinessmodel en de Disney-principes benut worden.

Uitgangspunt voor Gilmore en Pine is dat het postmoderne leven van mensen evenals de werkelijkheid gecreëerd is. Er is geen ontologische werkelijkheid, alleen een fenomenologische.[16] Ze passen een benuttende 'fenomenologie' toe waarvan de 'fenomenologische bevindingen' worden ingezet voor een geconstrueerde, geënsceneerde werkelijkheid. 'Alles is nep', stellen zij. De hele werkelijkheid is nep en het hele leven is toneelspelen; mensen creëren zichzelf in diverse rollen.[17] Boswijk spreekt liever over 'het authentiek relationele' en niet over 'nep'.

Individuen bepalen authentiek in het hier-en-nu wat zij voor hun geld willen kopen.

10 Zie 2.4.2.

11 J.H. Gilmore - B. Pine, *Authenticiteit: Wat consumenten écht willen,* Academic Service, Den Haag, 2008.

12 Zie 2.4.1, 2.5, 2.5.1.1 en 2.5.2 ▪5.

13 Zie 2.6 ▪9.

14 Zie 2.5.2 punt 5 en 2.6 onder samengevat economisch perspectief punt 9.

15 Zie 1.3, 1.5.5 en Inleiding hoofdstuk 2.

16 Zie 2.5.1.1 ▪3 en 2.5.3.

17 Zie 2.3.4 en 2.5.3.

De markt waarborgt die zo belangrijke uniciteit en authenticiteit van mensen door dienstbaar bedrijfsmatig ter beschikking te stellen waar ze naar verlangen. Gilmore en Pine legitimeren derhalve de beleveniseconomie vanuit het neoliberale klantdenken en een laatmodern mensbeeld waarin individuen vrij kiezend zichzelf ontplooien en uniek verwezenlijken en publieksdoeltreffendheid dit alles legitimeert.[18] De beleveniseconomie van Gilmore en Pine impliceert een totaal maakbare en stuurbare werkelijkheidsvisie en mensvisie waarbij het (emotionele) innerlijke leven van mensen diepgaand verkend, geanalyseerd en in gedetailleerd passend aanbod bij allerlei domeinen van het leven wordt vermarkt. Er zijn geen morele grenzen aan dit exploreren en vermarkten van welke belevenisproducten dan ook. Het binnenleven van postmoderne mensen, de gevoelens en verlangens, ervaren zinloosheid en bestaansleegte, behoefte aan tijd en aandacht; het wordt in de economische sfeer getrokken, geprijst en verkocht zoals de klant ook zelf wil en wenst. Er moet voortaan betaald worden voor wat vroeger gratis was.[19] Voor het 'buitenleven', fasen een tot en met drie van de economische waardeladder, geldt dat al langere tijd en de esthetisering daarvan zet eveneens onverminderd voort. Fase vier en vijf, belevenissen en transformaties, die het 'binnenleven' van mensen aangaan, vormen hedendaagse zeer winstgevende welvaartsbronnen. Deze geregisseerde en geheel geconstrueerde markt wordt als een heilbrengende en tevens onontkoombare evolutie gepresenteerd.[20]

18 De term 'publieksdoeltreffendheid' komt van Schulze (4.4.1.2 en 4.6.3 ▪c), bij Gilmore en Pine illustreert *placemaking* (2.5.4) succes bij de klanten.

19 Zie 2.3.1 ▪6.

20 Zie 2.1.1 en 2.1.3.

7.2.2 Het cultuursociologisch perspectief van Schulze

Schulze brengt de consequenties in beeld van een maatschappijopvatting en mensbeeld waarin de belevenismarkt op allerlei levensdomeinen (vermarkting van het innerlijk), wordt doorgezet en hij komt tot een fundamentele (belevenis)cultuurkritiek. Na een zorgvuldig ontworpen theoretisch kader en een grondige retrospectieve analyse neemt hij uiteindelijk een normatief buitenperspectief in dat hem brengt tot zijn kritische positie ten opzichte van de belevenismarkt. In asymmetrie (dominantie van de aanbieders), wordt die markt in stand gehouden door zowel consumenten als producenten.

Hij beschrijft in zijn onderzoek de overgang in het na-oorlogse Duitsland van 'overleven' naar 'beleven' in 'van-naar' termen. Van noodzaak naar keuze, van schaarste naar overvloed, van een minderheid die kon kiezen naar een meerderheid die kan kiezen, van hebben naar zijn, van voorgegeven leven naar maakbaar leven, van hiërarchisch geordende groepen naar verticaal gespleten groepen, van 'hoe bereik ik X?' naar 'wat wil ik?', van buitenoriëntatie naar binnenoriëntatie, van universeel (objectief) naar particulier (subjectief), van een gezamenlijke grote groepen constellatie naar 'milieu-ethnocentrisme', van (nuttig) gebruik van producten naar esthetiek van producten, van concrete producten naar ontastbare (immateriële) producten, van beleven als neveneffect naar beleven als doel.

Het oermenselijke verlangen naar geluk, zin, fascinatie, betekenis, authenticiteit is geannexeerd door commerciële bedrijven die niet het geluk van mensen op het oog hebben maar de exploitatie van het binnenleven als nieuw winstgevend domein. Vragers en aanbieders op deze zich snel en breed ontwikkelende markt houden elkaar in een -naar het lijkt- wederzijds gewenste greep. Mooi en goed willen leven wordt vertaald in belevenis-consumeren en zo 'ervaren', 'voelen' en dus 'zinnig bestaan'.

De profileringdrang van laatmoderne mensen die zichzelf uniek en onherhaalbaar willen ontplooien en verwezenlijken, gaat samen op met dit consumeren. Het leven is een 'vormgevingstaak' geworden; je creëert wie je wil zijn door uiterlijk en inner-

lijk naar wens te esthetiseren.[21] De zin van het leven wordt bepaald door de kwaliteit van de subjectieve processen waarbij direct (momentaan) beleven en genieten centraal staan.

Dit is maatschappelijk relevante thematiek, zegt Schulze. Hij wijst zijn collega's er op in 2005 dat zij het discours over het goede leven en samenleven aan twijfelachtige podia overlaten en zich blind houden voor wat dominant gaande is.[22] We moeten het hebben over wat er in een maatschappij gebeurt als de belevenismarkt doordringt in alle domeinen van het leven, tot diep in de menselijke ziel en menselijke waarden en mensen zélf tot middelen maakt voor economische doeleinden, zegt Schulze.

De markt legitimeert wat gaande is met een beroep op keuzevrijheid van de klant en de (binnen de markt geldende) evidente bewijskracht van publieksdoeltreffendheid. Schulze beschrijft een aantal paradoxen bij deze vrijheid en het publiek dat 'het goede beleven' zou legitimeren. Het vrije autonome individu dat kan kiezen wat hij maar wil en wenst, lijdt onder 'keuzezuigkracht' en 'keuzestress'[23] en behoeft paradoxaal genoeg oriëntatiehulp bij het kiezen. De vrije klant is bovendien onzeker,[24] teleurgesteld,[25] angstig[26] en geloofsbereid.[27] (Auto)suggestie moet 'helpen' tegen deceptie.[28]

Daarnaast zijn belevenissen lastig maakbaar en nemen ze bovendien in intensiteit af naarmate ze meer geconsumeerd worden (waar nieuw aanbod op volgt).[29]

Vanuit een 'buitenperspectief' is het vrij kiezende subject een angstige verslaafde geworden; zonder belevenissen kan hij zich geen leven meer denken. Belevenisproducenten doen alles om consumptiewensen aan te wakkeren.[30] Mensen leveren hun leven met alles wat zich daarin kan voordoen aan vreugde en verdriet uit aan belevenisleveranciers die de illusie van authentiek, zelfgekozen leven hooghouden. Harde realiteiten in het échte leven (tragiek, eindigheid, verlies) worden met belevenissen verdoofd en toegedekt. Wat betekent in zo'n context 'publieksdoeltreffendheid', zo vraagt Schulze zich af?[31]

Wanneer ik deze scherpe analyse en bewoordingen volg (die bij Schulze in 1992 nog in de bescheiden context staan van 'zo líjkt het te zijn'), betreft het een publiek dat zich laat misleiden en misleid wil worden om te ontkomen aan bestaansvrees en innerlijke leegte.[32]

Klanten zijn medeverantwoordelijk voor de consumeer- en produceercyclus maar de afnemer is meer afhankelijk van de leverancier dan andersom. De belevenisaanbieder versterkt welbewust die afhankelijkheid door steeds opnieuw 'klantbehoeften' te 'herkennen' en vermarkten. Loskomen uit deze dynamiek is moeilijk, bijkans onmogelijk zo luidt het oordeel van Schulze naar aanleiding van zijn onderzoek.[33]

In de dynamiek zelf zit een korte termijn blik, het momentane beleven, een innerlijke gerichtheid die een kritische, brede reflectie op het eigen leven belemmert. De samenleving is met deze individuele, subjectieve, innerlijke oriëntatie al helemaal uit beeld. Daarom moeten *losers* zichzelf maar zien te redden.[34]

Schulze's in kaart brengen van het ontstaan en uitgroeien van de belevenismarkt komt qua analyse van strategische doelen en middelen en de verschillende handelingsrationaliteiten van vragers en aanbieders sterk overeen met wat Gilmore en Pine te berde brengen.

Een onoverbrugbaar verschil zit in zijn duíding van alles wat op deze markt gaande is. De consultants redeneren uitsluitend binnen hun economisch perspectief dat hun mens- wereld- en godsbeeld bepaalt.[35] Economische principes domineren alle levensdomeinen.

Schulze neemt, na het beschrijven van de resultaten van zijn onderzoek, een cultuurkritisch buitenperspectief in waarbij níet het hele bestaan aan (belevenis)markt

21 Zie 4.2.3 en 4.3.1.

22 Zie slot 4.1.1 en 4.1.2.

23 Zie 4.3.3 en 4.3.3.3.

24 Zie 4.3.3.1.

25 Zie 4.3.3.2.

26 Zie 4.4.4.4.

27 Zie 4.4.1.2 ▪4 en 4.6.2 b.

28 Zie 4.4.1.1 ▪5 en 4.4.1.2 ▪ 4.

29 Zie 4.3.4.

30 Zie 4.4.2.2 en 4.4.2.3.

31 Zie 4.4.1.2 en 4.6.3 ▪a, ▪b, ▪c.

32 Zie 4.4.4 en 4.6.2 ▪c.

33 Zie slot 4.4.2.2.

34 Zie 4.1.3 en 4.4.3.

35 Zie slot van 2.4.2.

categorieën ondergeschikt wordt gemaakt.[36] Het beeld dat zich toont voor wie een (moreel) buitenperspectief wil innemen is dat van totale beheersing en instrumentalisering (met sociale middelen), van het menselijk leven. Schulze hoopt in 2005 dat er een evenwicht zal ontstaan tussen 'zijn' en 'hebben', tussen 'leven' en 'beleven'. Het niet langer hoeven ploeteren om te overleven is een groot goed, tijd en ruimte om met betekenisvolle dingen bezig te zijn eveneens en met aanbod op de markt dat het leven veraangenaamd en letterlijk en figuurlijk mooi maakt, is weinig mis. Het ís belangrijk om aandacht te hebben voor het gevoelsleven van mensen, de ervaringen die zij opdoen, emoties die doorgemaakt worden, hun kwetsbaarheid en verlangen in het zoeken naar zin en betekenis. De belevenismarkt speelt hierop in maar brengt mensen in een nieuwe, ongezonde afhankelijkheid die zij misverstaan als 'vrije keuze' en 'authentiek leven'. Bij al de nieuwe zich voordoende kansen, wenst Schulze dat mensen zich niet uitleveren aan beleven, dat zij hun kritisch vermogen behouden en de vele belevenismogelijkheden als middelen beschouwen, niet als levenvervullende doelen.

36 Zie 4.6.3 ▪h.

Schulze's in kaart brengen en kritisch analyseren van de belevenismarkt, de onderliggende doelen van aanbieders, de motieven van vragers en de concrete uitwerkingen ervan in het (be)leven van individuen en hun verinnerlijkt afwenden van de samenleving, legt bloot hoezeer de belevenis-illusiewereld mensen van bestaansvragen weghoudt.

Twee punten uit Schulze's werk die relevant zijn voor Lee's ziekenhuiszorgconcept noem ik expliciet en ik kom daarop terug in paragraaf 7.3.

1. Het hoofddoel van commerciële bedrijven is winst maken maar voor een geslaagde klantcommunicatie is het beter wanneer de leverancier een intrinsieke gedrevenheid suggereert. Een 'binnengemotiveerde oriëntatie van productie', zegt Schulze.[37] Het belevenisproduct landt veel beter in het binnenste van de klant als deze klant meent dat het bedrijf echt alles voor hém en voor zíjn welzijn doet. Dit is belevenis(auto)suggestie en productafname-versterking. De klant wíl dit ook en is 'geloofsbereid'.[38]

37 Zie 4.4.1.2.

38 Zie 4.4.1.2 ▪4.

De patiënt is een kwetsbare klant die 'gerustgesteld' wil worden, bij uitstek goedgelovig wil zijn, een genezingservaring wil opdoen en niet de bittere confrontatie wil aangaan met ziekte en verstoring van het vanzelfsprekende (be)leven. Wie wil zich nog moeizaam en confronterend (leren) verhouden tot pijn, lijden en eindigheid als er 'oplossingen' zijn? Lee stelt onomwonden keer op keer hoe belangrijk het is dat zijn ziekenhuis overleeft; dit kan alleen door de emotioneel behoeftige patiënt met een ultieme belevenis loyaal te maken.

2. Schulze noemt de belevenismarkt progrediënt; ziekelijk vanwege de ongeremdheid, grenzeloosheid en onverzadigbaarheid van de consumptiecyclus en het zich voortgaand verwijderen van een wereld zónder belevenisaanbod.[39]

39 Zie 4.4.2.2 ▪5.

Als ik dat radicaal betrek op Lee zou dat leiden tot de bizarre constatering dat Lee met zijn belevenis-leveranties aan zieke mensen in het ziekenhuis bedrijfsgezondheid nastreeft terwijl de maatschappelijke context waarin dit geschiedt 'ziekelijke' trekken heeft.

7.2.3 Het filosofisch-ethisch perspectief van Nussbaum

Behalve Schulze, helpt ook Nussbaum om het diepe verlangen van hedendaagse mensen naar beleven te begrijpen. Haar perspectief toont de aloude, herkenbare wens van mensen om aan het bedreigende en ontwrichtende van *tuchè* te ontkomen.[40] Filosofische reflectie op toeval, het tragische en de (rol van) emoties leidt, vanaf de Oudheid tot op heden, tot verschillende visies op het goede leven die

40 Zie 3.1

globaal gesproken gerelateerd zijn aan de (aanvankelijk) sterk uiteenlopende posities van Plato en Aristoteles. Mensen van toen en nu delen het streven naar zoveel mogelijk willen uitbannen van toeval en kwetsbaarheid en daarmee het (bedreigend) onbeheersbare in mensenlevens. In de filosofische discussie staat de vraag centraal hoe zich het elimineren van risico's verhoudt tot belangrijke morele waarden die mensen in hun leven hooghouden zoals bijvoorbeeld liefde, vriendschap en rechtvaardigheid. Het goede leven, waarin veel morele waarden spanningsvol bijeengehouden worden, is onontkoombaar ook het meest kwetsbare leven. De menselijke conditie omvat zowel behoeftigheid (kwetsbaarheid en contingentie) als actieve vermogendheid.[41] Fundamentele afhankelijkheid en onafhankelijkheidsstreven gaan op complexe wijze samen op.

41 Zie 3.1 (lofdicht van Pindarus) en 5.1.3.1.

Een belangrijke bevinding die Nussbaum in de tragedies opdoet is dat mensen soms moeten kiezen uit twee (morele) kwaden waarbij elke keuze verkeerd en pijnlijk is.[42] Ze benoemt de menselijke neiging om *tuchè* door waarde-eliminatie of waardevereenvoudiging te beheersen en 'onschadelijk' te maken. De prijs van dit soort 'oplossen' is hoog; vermindering van rijkdom aan waarden in het leven leidt tot een moreel arm leven en daarmee minder deelname aan het goede leven. Beter is het om tragische onoplosbaarheid te erkennen, het onontkoombare te doorstaan of, als toeschouwer, de lijdende mens te respecteren.

42 Zie 3.2.

Het moreel complexe leven waarin tegenstrijdige waarden kunnen conflicteren en tot keuzen dwingen, wordt in de Griekse tragedies herkenbaar voor het publiek (als gemeenschap) uitgespeeld. De toeschouwers kunnen zich identificeren met de spelers die goedwillende mensen zijn zoals zijzelf. Wat hen aan toeval overkomt kan ieder mens gebeuren. In die zin confronteert de tragedie de toeschouwers met de eigen menselijke conditie en de eigen emoties die opgeroepen worden bij het aanschouwen van het tragische conflict.

Belangrijk is bij Nussbaum's analyse dat zij de ken-kracht van emoties bij de Griekse publiek herkent en voor de huidige tijd openlegt.[43] Emoties vormen een intuïtieve kennisbron die cognitief en reflectief onderzocht kan worden op wat kennelijk -gezien de opgeroepen emotie- op het spel staat. In die zin informeren emoties mensen over welke morele waarden in het geding zijn. De emoties angst en medelijden die door het tragediespel welbewust bij de toeschouwers opgeroepen worden, leiden tot *katharsis*. Er wordt gemeenschappelijk moreel, procesmatig geleerd over het eigen leven, het samenleven én het goede handelen in een situatie van tragiek, onmacht en lijden.

43 Zie 3.2.1.5 ▪5.

Vooruitlopend op paragraaf 7.3 wijs ik er op dat deze aspecten van complexiteit, toeval, tragiek, onoplosbaarheid, verhouden tot lijden, de redelijkheid van emoties, het gemeenschappelijke leren om te komen tot goed handelen, alle ontbreken bij Lee's theaterbusiness terwijl ze alle relevant zijn in de ziekenhuiscontext.

Mens-zijn is voor Aristoteles een zich gevoelsmatig (emoties) en verstandig (ratio) kunnen verhouden tot een veelvoud van waarden die risicovol strijdig kunnen zijn. De belangrijkste morele menselijke waarden -liefde en vriendschap- verbinden geluk én noodlottig toeval wederzijds aan elkaars existentie. In de diep menselijke relaties met anderen komen mensen tot mens-zijn en zelfinzicht. Dat is een ander mensbeeld dan van de laatmoderne mens die zichzelf 'ontplooit' (een 'zelf' vooronderstellend) of creëert (via rollenspel of transformatie). Vanuit dit laatmoderne denken over mensen die als acteurs door het (theater)leven gaan, is de misser van Lee tot stand gekomen bij het toebedelen van de rollen van tragische spelers en publiek. Over tragiek in het patiënt-zijn is door hem weinig nagedacht. Lee laat zich informeren door managers, marketeers, kwaliteitsdeskundigen en dergelijke.[44]

44 Zie bijlage 1.g.

7.3 LEE

Met de perspectieven van Gilmore en Pine, Schulze en Nussbaum is de brede context van de beleveniseconomie en het Griekse theater benoemd. In deze paragraaf laat ik zien dat Lee's commerciële theaterbusiness zorgconcept met een onderscheidend belevenisproduct geheel binnen deze beleveniseconomie-context thuishoort. In de sub subparagraaf wordt eerst de overgang van de belevenismarkt naar Lee's beleveniscconcept in de ziekenhuiszorg gemaakt. Illustratief citeer ik daarbij R2 die -enthousiast over de Disney-principes- zich Lee's businessconcept kan voorstellen en geen probleem ziet in de winstgerichtheid. De student Hotel Management[45] spreekt ook over de winstgerichtheid van de Disney filosofie en -principes waar in zijn sector, die ook de zorg binnendringt, veelvuldig mee gewerkt wordt. Deze praktijkinbreng illustreert de bevindingen die voortkomen uit de perspectieven van hoofdstuk 2 ,3 en 4 die Lee's concern(s), in de dubbele zin des woords, verhelderen. In een volgende sub subparagraaf wordt een beeld van Lee's ziekenhuis beschreven dat tegenover het beeld in 'leren van Lee' staat.

45 Zie 2.6 onder 'Samengevat economisch perspectief', ▪2.

7.3.1 Belevenismarkt-doeleinde in de ziekenhuiszorg

Lee stelt dat hij schatplichtig is aan Gilmore en Pine die hem de verbinding tussen Disney's belevenisproducten, het werk-is-theaterconcept en het inzicht dat in het ziekenhuis ook alles om beleven gaat, hebben gegeven. Hij distantieert zich nergens van hun onomwonden gecommuniceerde winstbejag. In zijn boek benadrukt hij herhaaldelijk het grote belang van het optimaliseren van de *output* van zijn bedrijf; loyale klanten die, in termen van Gilmore en Pine, aan *placemaking* doen.[46] Dit betekent: klantenbinding en het werven van nieuwe cliëntèle voor het ziekenhuis. De hoogste scores die het bedrijf doen overleven in de harde concurrentie op de markt worden verkregen wanneer de producent perfect afstemt op de wil van de ziekenhuisklant, de 'gast' volgens de Disney-principes. Schulze (die niet over de Disney-filosofie spreekt), herkent binnen de belevenismarkt het grote belang van de optimale afstemming op de wil van de klant. De communicatie met de klant móet zijn dat het bedrijf vanuit intrinsieke waarden gedreven, de klant levert (en op alle gebied assisteert bij succesvolle belevenis-receptie), wat hij wenst. Gilmore en Pine hebben dit belevenismarkt-eigen principe vergaand uitgewerkt.[47] Voor Lee's ziekenhuis betekent het: de patiënt moet in alle patiëntcontacten (waarheidsmomenten) de perceptie opdoen dat men diep om hem bekommerd is. De door Lee vernomen klantwil is immers dat patiënten menslievend, zorgzaam en bewogen met hun lot bijgestaan willen worden.[48] Het theaterbusinessmodel is gebaseerd op dit sturen van de perceptie van de klant. Hoe emotioneel behoeftiger de klant (patiënten zijn hiermee geschikte klanten), des te groter de slagingskans van het opdoen van een goed gecreëerde belevenis.

Dit model met de Disney-principes biedt de uiterst fijnmazige en perfecte afstemming op de klantwens om op Disney World-achtige wijze meegevoerd te worden in een gecreëerde, alles overstijgende beleveniswereld. Mensen willen in het ziekenhuis eens te meer uit de harde werkelijkheid van ziekte en ellende getild worden in een illusionaire wereld die narigheid doet vergeten en gelukkig maakt. Met *imageneering* is Disney World geschapen tot een adembenemende droomwereld.[49] De Disney cast is tot in de kleinste details getraind om altijd glimlachend als perfecte acteurs mensen die gewenste belevenis te bezorgen.[50] Alles draait bij Disney om de perceptie van de klant en déze succesformule werkt Lee, met

46 Zie 2.5.4.

47 Zie 2.3.4 en 4.4.1.2 Schulze noemt het suggestie van binnengeoriënteerde motivatie.

48 Zie 1.1 en 1.4.2.

49 Zie 2.1.2.

50 Zie 1.5.4 en 2.3.1.

dank aan Gilmore en Pine, uit in zijn werk-is-theater-concept voor het ziekenhuis. Hij onderkent natuurlijk dat mensen niet vrijwillig naar een ziekenhuis komen zoals ze naar een Disney park gaan. Ze ondergaan ook andersoortige emoties dan Disney World bezoekers. Patiënten zijn bang, verdrietig, onzeker terwijl parkbezoekers positieve emoties hebben.[51]

Iedere patiënt of familie in Lee's ziekenhuis is bekend met Disney en daarmee is de service- en hoffelijkheidslat hoog gelegd om hen in het ziekenhuis (net als in alle domeinen van het leven) een Disney-waardige belevenis te laten opdoen.[52] Disney-conform is het doeleinde van Lee's zorgconcept: staande blijven in de concurrentie en winst maken door een ultiem belevenisaanbod. Voor dat doeleinde zijn in de specifieke context van ziekenhuiszorg de zorgverlener (acteur), de patiënt (gast/publiek) en de vertrouwenvolle zorgrelatie de geëigende middelen die tegelijk ook het product zelf zijn. Een belevenis doet zich immers ín iemand voor en dat gaat makkelijker met de suggestieversterker van een 'echt', 'authentiek' mens.[53] R2 beaamt volmondig Lee's winstoogmerk via deze 'producten' zoals het volgende citaat illustreert.

51 Zie 1.1.

52 Zie 1.3.

53 Zie 2.3.4.

I 'Mijn kritische vraag is: staat de patiënt centraal of staat de portemonnee van de patiënt centraal?'

R2 'De portemonnee van de patiënt, het gaat om de portemonnee. Ja.

I Dat zeg je onomwonden? Ook bij Lee?

R2. Ja, het gaat om de portemonnee.

I (verbaasd) Het gaat om de portemonnee? Het gaat hem niet om goede zorg, om compassievol, bewogen, dat is niet het eerste?

R2 Nou, bij Disney gaat het om een honderd procent eh een honderd-en-tien procent beleving. Het gaat erom dat iemand komt en dat ie eh, tevreden weer naar huis gaat. En er wordt omgerekend wat de omzet is per persoon.'

In het interview met R2 kon ik niet geloven dat ik het goed gehoord had ('het gaat om de portemonnee') en ik herhaalde de vraag:

I 'En je zegt niet; bij Lee zie ik toch bewogenheid voor de zorg gaat voorop?'

R2 'Nou, niet in zijn verhaal, nee, dat gaat om beleving en uiteindelijk, ja, als je het legt op het verhaal van Amerika, ja, dan, dan eh als je in Amerika gezondheidszorg kan betalen, dan heb je géld!'

I 'Ja.'

R2 '(…) het is altijd zo dat, hoe meer je betaalt, hoe hoger de kwa- eh, als je ergens voor betaalt, dan zal je (…) minder geneigd zijn om te zeggen dat iets niet bevalt want je hebt er namelijk veel voor betaald. Als iets namelijk geen waarde heeft, dus geen prijs, dan is de intrinsieke gevoelswaarde, die is óók laag.'

I 'Ja, dus de gezondheidszorg kán dan niet goedkoper?'

R2 'Nou, ja die zou misschien wel goedkoper kunnen (…) maar eh uiteindelijk wordt een ziekenhuis gerund met mensen op basis van een omzetprofiel en eh ja, als er meer omgezet moet worden ja, dan gaan we met z'n allen meer betalen. Ik denk dat het heel lastig is om dat naar beneden bij te stellen, ja. De zorg zou best, best, kunnen vercommercialiseren door eh, te zeggen, oké, dit, basiszorg dat leveren we maar alles wat extra is, ja, daar moet u dan uw portemonnee voor trekken.'

R2 ziet de oplossing in sobere basiszorg voor iedereen en bijbetalen voor alle extra's. Het citaat van R2 illustreert ook het marktprincipe van Gilmore en Pine: 'Je bent wat je in rekening brengt'.[54] Hoe hoger de prijs hoe meer bevestiging dat het de moeite (prijs) waard is. Wat goedkoop is, niet-geprijsd, heeft een lage intrinsieke gevoelswaarde. Op de belevenismarkt telt de 'exclusiviteitillusie'.[55] Gilmore en Pine creëren voor die illusie ook belevenisproduct-schaarste. De klant voelt zich bevoorrecht als hij toegang krijgt tot een product dat niet zomaar door 'iedereen'

54 Zie 2.3.1.

55 Zie 2.1.2 ▪5.

geconsumeerd kan worden. R2 licht nog enkele andere winstgerichte principes van Disney toe die eveneens stroken met wat Gilmore en Pine in hun boeken over de belevenismaatschappij en authenticiteit benadrukken. Hij legt uit wat Disney's *yield management* inhoudt. Alle Disney hotels worden standaard overgeboekt (zoals ook vliegmaatschappijen vaak doen) zo gaat er geen rendement verloren als gasten afzeggen. Gasten die 'teveel' geboekt zijn, worden éxtra verwend met het gevoel dat zij, anders dan 'de rest', iets beters krijgen. Het overboeken op zich versterkt ook de klantbelevenis dat het een begerenswaardig product betreft. Het *yield management* principe gaat in zekere zin ook op voor de zorg, al is overboeken daar niet aan de orde. De illusiecreatie dat de gast verwend wordt, exclusief bejegend en het állerbeste krijgt, geldt eveneens in de zorg. R2 licht toe dat je in de zorg nooit met 'niks' moet aankomen bij de patiënt. Je kunt klanten niet voorstellen om het nog even aan te zien, af te wachten. Disney biedt altijd 'iets' aan om de klant (zeer) tevreden te stellen en vast te houden. Een principe dat Gilmore en Pine eveneens uitwerken.

R2 '(…) standaard hotels kunt óverboeken. Hè, bijvoorbeeld standaard honderdvijfentwintig procent kunt boeken. (…) d'r vallen d'r toch een paar af en degenen die je niet kunt plaatsen die bied je top of the bill. Dan zeg je, ik heb het verkeerd gedaan, het had niet mogen gebeuren (…)'

I 'Maar hoe vergelijk je dat hier mee? (wijzend naar boek van Lee op tafel)'

R2 '(…) ik zou niet helemaal op nul gaan zitten maar ik zou op vijftig gaan zitten en iets anders bieden waardoor eh je misschien wel het gevoel gaat geven dat je iets beters biedt (…).

I Een vorm van placebo om die patiënt het gevoel te geven…?

R2 Ja, dat gevoel 'ik doe van alles".

Deze winst- en exclusiviteit-gerichtheid belooft weinig goeds voor de zo gewenste besparingen in de gezondheidszorg en evenmin voor de toegankelijkheid ervan. Vanuit deze Disney-principes is kostenbesparing binnen de gezondheidszorg een onmogelijk doel. Kostenbesparing binnen een commercieel bedrijf dient uitsluitend het doel van winstmaximalisatie en wordt bij Disney gerealiseerd door hoge bedrijfsefficiëntie.
R2 wijst er in het gesprek op dat de Disney-principes leiden tot snelle en efficiënte afhandeling van behandelingen (wat kosten bespaart), die nu vaak bureaucratisch, inefficiënt en patiëntonvriendelijk traag en frustrerend plaatsvinden

De kritische student Hotel Management[56] kan zich weinig voorstellen bij het in de zorgsector benutten van het Disney-belevenisconcept dat in zijn branche domineert. Hij ziet dat er een sterke, succesvolle lobby gaande is om deze business wel in de zorg te implementeren. Ook hij stelt, net als R2, dat het in de (Disney-gedreven) hotellerie niet om de gast gaat maar louter om diens geld. Alle '*wants*-bevrediging' is gericht op zoveel mogelijk winst behalen. Voor de hotellerie vindt hij dat al lastig hoewel de gasten er zelf voor kiezen. Bij de zorg is die keuzevrijheid er niet; om die reden kan hij zich bij *service excellence* en *experience*, die beide centraal staan in zijn opleiding, niet goed voorstellen hoe dat in de zorg gestalte kan krijgen én kostenbesparend is. Deze student doet nog twee belangrijke waarnemingen die stroken met wat Gilmore, Pine en Schulze te berde brengen. Hij wijst er ten eerste op dat 'kwaliteit' in de *experience economy* klantgerelateerd is en geen 'vast' criterium. Het is een relatief, budget-gerelateerd kwaliteitbegrip, afhankelijk van de doelgroep. McDonalds-klanten krijgen 'kwaliteit' en dat houdt bij McDonalds in: snel, goedkoop, voorspelbaar, makkelijk verkrijgbaar. Dit past bij het door R2 beschreven fenomeen *upselling*. Bij Disney werkt het principe 'je krijgt dat (het kwaliteitsniveau) waarvoor je betaald hebt', of (soms) méér dan verwacht na 'overboeken' en 'compenseren'.

56 Zie 2.6 onder 'Samengevat economisch perspectief' punt 2.

Wie veel kan betalen krijgt een vier sterren menu, wie weinig te besteden heeft een McDonalds-meal en wie niets heeft, krijgt niets. R2 beaamt dat klanten zonder geld voor Disney 'niets waard' zijn. Het zijn 'klantkeuzen' welk kwaliteitsniveau gewenst is en wie niets te kiezen heeft omdat hij geen geld heeft, valt buiten de boot. Vanuit een zorgethisch perspectief is deze 'waarde-loosheid' van onvermogende mensen een belangrijk te bekritiseren gegeven wanneer dit in een zorgcontext zou gelden.
Het tweede dat de student waarneemt is hem duidelijk geworden uit gesprekken met oudere werknemers die zo'n twintig, dertig jaar in de sector werkzaam zijn. Zij raken uitgeput in de hedendaagse (Disney) cultuur waarbinnen na elke 'prestatie' het level verhoogd wordt. Het moet altijd sneller, efficiënter, beter, meer en waar zij voorheen vanuit een intrinsieke motivatie gasten een goed verblijf gunden, is de blik nu gericht op zoveel mogelijk geld aan deze gasten onttrekken. De student constateert dat de Disney-filosofische gepredikte loyaliteit van de werknemers onder druk staat. Deze twee punten lijken mij relevant voor vervolg onderzoek naar zowel de 'bronnen' van het kwaliteitsdenken, *service excellence* en *experience* (waarin gaandeweg Disney-dominantie is toegenomen), als de toepassing ervan in de zorg en de ervaringen van zorgverleners met de inhoudelijke en feitelijke bedrijfsdruk.

7.3.2 Een tegenovergesteld beeld

Tegenover 'leren van Lee' is in de subparagrafen van 7.2, vanuit de context van de beleveniseconomie, een geheel ander beeld van zijn zorgconcept ontstaan. Dit is een kritisch beeld dat inhoudt:

1 Lee's ziekenhuis businessmodel heeft als hoofddoel bedrijfsoverleving en winst maken, al noemt hij winstmaken, anders dan Gilmore en Pine, nergens expliciet in zijn boek.[57]
2 De betekeniszoekende vraag van de laatmoderne mens 'Wat wil ik?' wordt op de belevenismarkt in een klantbehoefte omgeduid: 'Wat wil de klant?'[58] Deze vraag is leidend voor Lee in de ziekenhuiszorg omdat voorzien in die wens(en) de klant bindt aan het bedrijf.
3 De ziekenhuisklant wil warme, menselijke nabijheid en zorgzaamheid ervaren.[59] Lee benut het schema van Gilmore en Pine van werk-is-theater, vertaalt het naar het ziekenhuis en stelt de vertrouwensvolle relatie van de bewogen zorgverlener met de patiënt centraal omdat daarin de klantenbinding ontstaat. De sociaal instrumentele middelen om zijn bedrijfsdoel te bereiken zijn derhalve (a) de (vertrouwenvolle) zorgrelatie zelf, (b) zorgverleners die belangrijke morele medemenselijke waarden (zoals liefde, aandacht, compassie) productmatig bemiddelen (willend of onwetend) en (c) patiënten die via beïnvloeding, manipulatie en (auto)suggestie loyale klanten worden.[60]
4 Bij de waardebemiddeling door zorgverleners in de relatie met de klant geldt een marktgeoriënteerde en marktgeïnformeerde opvatting van 'waarde'. Morele waarden kunnen in deze opvatting productverrijkend toegevoegd worden. Dat wil zeggen: waarden zijn lós van handelingen naar wens toevoegbaar en leverbaar.[61] Hoewel deze waardeopvatting onder Lee's theaterbusinessconcept ligt, is eveneens denkbaar dat zorgverleners, ondanks dit concept, op zorgethisch-eigen-wijze waardeverwerkelijkend handelen. In dat geval wordt de (vanuit zorgethisch perspectief) oprechte zorgbezieling van zorgverleners door Lee benut voor klantenbinding.
5 De Disney-principes vertegenwoordigen een mix van morele, esthetische en

57 Zie 1.3, 2 inleiding en 2.1.1. Alleen in het refereren aan Gilmore en Pine komt winst ter sprake. F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen,* Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 118.

58 Zie 1.3.

59 Zie 1.4.2.

60 Zie 4.6.3 punt g.

61 Zie 1.2 over het 'Kennedie-rapport'.

nutgeoriënteerde waarden.[62]

6 Binnen de beleveniseconomie is 'geloofwaardigheid' van het product wezenlijk en niet wat het daadwerkelijk is. Wanneer bijvoorbeeld de patiënt de perceptie opdoet van 'zorgzaamheid', is het product goed in het binnenste van de klant geland.[63] Of de zorg daadwérkelijk zorgzaam is, doet er niet toe; alleen de indruk die de patiënt opdoet telt.[64] In de beleveniseconomie geldt: 'indruk', het juiste moment is 'waarheid'.[65]

7 Ter versterking van de perceptie van de patiënt is het belangrijk dat het concern intrinsieke beweegredenen communiceert met de klant. Lee's ziekenhuis is er alles aan gelegen om te communiceren dat bewogen, empathische zorg voor de patiënt centraal staat. Voor optimale levering van het product is het creëren van de perceptie van intrinsieke gedrevenheid essentieel. Ook hier geldt dat de gestuurde en gemanipuleerde perceptie van de patiënt (dat écht zorgzaam met hem wordt omgegaan), zowel kan voortkomen uit de relatie met de acteur-zorgverlener als met de zorgverlener die zorgethisch-inhoudelijk gemotiveerd zijn werk doet.[66]

8 In de belevenismarkt is geloofsbereidheid tot beleven onder klanten aanwezig. Voor het ziekenhuis geldt dit, gezien de emotioneel spanningsvolle situatie in confrontatie met ervaren leed en onmacht, eens te meer.

9 Patiënten zijn mensen met sterke emotionele behoeftes en daarmee een onuitputtelijke bron voor beleveniscreatie. Dit houdt een reductie in van wat patiënten zijn (reductie tot emotioneel beleveniswezen) en is in die zin een tweede reductie na en naast een al ingezette medische reductie (de patiënt als medisch-technisch te bewerken object).

10 Behalve de reducties die de patiënt betreffen wordt in Lee's zorgconcept de vakkundigheid van artsen en verpleegkundigen drastisch gereduceerd. Zij worden -na een eerdere ronde van gastheer- en gastvrouw zijn in de *service excellence* business, nu als acteurs gepositioneerd die zich in hun werk welbewust moeten richten op het gevoelsleven van de klant.[67]

11 De inzet van kernconcepten (morele waarden) uit het intermenselijke verkeer als belevenisproducten, leidt tot inhoudelijke omduiding onder de dominante hoofdwaarde 'beleven'. Binnen de belevenismarkt vindt versleuteling plaats van allerlei kernconcepten (morele waarden) van menselijk samenleven. Onder de geprioriteerde hoofdwaarde 'beleven' krijgen concepten als vertrouwen, relatie, liefde, compassie een andere, niet-zorginhoudelijk gevulde, inhoud. Marketeers zoals Lee doen alles om de zorgsector te overtuigen van oprechtheid, authenticiteit, bewogenheid, vertrouwen, relatie, de menselijke maat, de patiënt centraal, oog voor de professional en wat dan ook, om de zorgmarkt te ontsluiten voor hun veelbelovende producten.

12 Patiënten tonen in hun loyaliteitskeuze welk ziekenhuis hun voorkeur heeft en dat geldt eveneens voor het zorgend personeel; publieksdoeltreffendheid, *output*, legitimeert.[68]

13 Er is vanuit de geanalyseerde bronnen rond de beleveniseconomie geen reden om marktwerking in de zorgsector te bepleiten als middel tot kostenbesparing. De markt zélf en de markteigen rationaliteiten vormen voor de zorg een kostenverhogend probleem.

14 De evolutionaire fasen van het economisch aanbod (kwaliteit, *service excellence*, *experience*) die alle ook in de zorgsector zijn geïntroduceerd als kostenbesparend en tegemoet komend aan patiënt- en professional wensen, leiden tot explosieve kostenvermeerdering wat, gezien de analyse van Gilmore en Pine rond gezondheidszorg, geen verrassing kan zijn. Elk nieuw aanbod op de economische waardeladder van deze (en vergelijkbare) marketeers zal nog duurder zijn en

62 Zie 1.2.

63 Zie 1.4.3.

64 Zie 1.4, 1.4.3, 1.5.2, 2.3.1 ▪2 en 6e item, 2.3.1 ▪5 en 4.3.2.

65 Zie 1.4.1.

66 Zie 4.4.1.2 binnengeoriënteerde motivatie.

67 Zie 3.6.4 en 4.6.3 ▪h.

68 Zie 4.4.1.2.

leiden tot kostenstijging. Zo simpel werkt het winst gefocuste Anglosaksische marktmodel. De transformatie markt biedt de meest lucratieve verdienmodellen. De marketeers die deze markt openleggen herkennen de zorgsector als een domein waar een sterke klantwens leeft voor transformatie.[69]

69 Zie 2.6 punt 9.

15 Lee's concept is steeds een 'zorgconcept' genoemd. Dat is het in wezen niet; het is een businessconcept waarin zorgzaamheid en zorgbezieling van zorgverleners, evenals verlangen naar zorgzaamheid van zorgbehoeftige mensen, door commerciële ondernemers benut worden voor eigen marktdoeleinden.

16 Voor Lee kunnen alle (in Nederland bestaande) domeinen van de zorgsector in aanmerking komen voor zijn concept zolang het zakelijk lucratief blijft. Vermogende mensen kunnen zijn ultieme zorg ontvangen. Kwaliteit van zorg is budget gerelateerd en 'het theater' is exclusief en duur. Wanneer Lee de Disney-principes zoals beschreven daadwerkelijk volgt (er is geen reden om aan te nemen dat hij dat niet doet), zijn arme mensen (die in de V.S. de zeer dure zorgverzekering niet kunnen betalen), niet interessant voor belevenissen in het ziekenhuis of andere instellingen. Warme zorgrelaties worden alleen gecreëerd met wie kan betalen en houden stand zolang er geld is. Mensen zijn voor commerciële bedrijven met Disney-principes alleen waardevol als ze geld hebben.

17 Bij de marktprincipes hoort schaarstecreatie, exclusiviteitcommunicatie met de klant (specifieke klantuniekheid marketing) en 'alles van waarde heeft een hóge prijs'.[70]

70 Zie 2.3.1 ▪2, 6e *item*.

18 Kritiek op de belevenismarkt vanuit een (moreel) buitenperspectief (zoals Schulze bijvoorbeeld uit) wordt met repressieve tolerantie beantwoord of vanuit neoliberale waarden gecounterd.[71]

71 Zie 2.6 ▪8.

19 Lee's werk-is-theater model stelt in vergelijking met het Griekse theater weinig voor. De morele- en politieke context, de emoties angst en medelijden die leiden tot gemeenschappelijk bezinnende, louterende *katharsis* en de perceptiebeïnvloeding van de toeschouwer om díe reden, zijn bij hem verdwenen. Zijn theater heeft een sociaal instrumentele functie in een nutscontext waarbij de rolverdeling, gestuurd door zijn klant-leverancier denken, verkeerd is toebedeeld bij de aanvangssituatie.[72]

72 Zie 3.6.3.

20 De oude tragediedoelen, zoals gemeenschappelijk moreel leren uit geleefde ervaring, zijn geheel afwezig bij Lee. Het besef van eigen menselijke kwetsbaarheid en eindigheid, het weten dat ieder mens noodlottig getroffen kan worden door *tuchè* en de intelligentie van de emoties angst en medelijden, wat leidt tot het goede handelen, is allemaal irrelevant voor Lee. Het gemeenschappelijk en individueel leren uit *katharsis* lijkt op Lee's bijeenkomsten van professionals rond casusbesprekingen en -analyse. Maar het gaat hem niet om levensfilosofische verheldering, verdieping en verkenning van het eigen (emotionele) leven en het goede handelen. Zijn casusbespreking is gericht op nóg specifieker vernemen wat de klant wil en zo, via productverbetering, resultaatverbetering (hogere loyaliteit) bewerkstelligen.[73]

73 Zie 3.6.6.

21 Lee's concept impliceert van A tot Z maakbaarheid, stuurbaarheid en beheersing van de ziekenhuiswereld, het handelen van zorgend personeel en de perceptiebeïnvloeding van de klant. Een wereld vol *tuchè* die door sociale *technè* bedwongen wordt (maar door de inzet van zorgethisch zorgbezielde mensen blijft 'goede zorg' binnen die geregisseerde werkelijkheid mogelijk).

22 Ook wanneer Lee in de Nederlandse *setting* niet de ruimte krijgt om zijn theaterbusiness model te realiseren in een commercieel ziekenhuis, blijft de Nederlandse markt voor hem interessant. Met tal van cursussen, trainingen en presentaties rond zijn concept ontgint hij een grote markt van verdienmodellen,

zoals dat eerder gebeurde en nog steeds gebeurt rond kwaliteitsconcepten en *service excellence* trainingen.[74] Gilmore en Pine hebben op grond van statistiek in Amerika (tenminste) twee interessante markten ontdekt waar veel geld in omgaat: de gezondheidszorg en marketing en Lee benut beide.[75]

In het commentaar bij de hoofdstukken over Nussbaum en Schulze is de figuur van Kreon, als nutsdenker in de tragedie Antigone, vergeleken met Lee.[76] De 'eenvoud' die Lee schept met zijn concept doet sterk denken aan Kreon's waardeherschikking onder één hoofdwaarde, wat leidt tot omduiding van alle andere waarden. Dergelijke 'eenvoud' schept inderdaad helderheid en voorkomt conflicten en lastigheden die bij een rijk moreel waardepalet onontkoombaar zijn.[77] In zijn geconstrueerde ziekenhuiswerkelijkheid wordt het lijden genoemd maar overwonnen; tragiek, tekort, onvermogen, onenigheid, onmacht, kwaadwillendheid, vermengingen van goed en kwaad, past allemaal niet in Disney's geluks- en genotsfilosofie. Worstelen met levensvragen, vertwijfeling over de zin van het bestaan, betekenisverlies, ondraaglijk lijden, strijd, ondergang, schuld, boete, vergeving, verzoening, relatie-herstel; het komt in zijn boek niet voor. De emoties die Lee verkent hebben 'intelligentie' voor zover zij informeren over wat de klantbehoefte is. Emoties worden bij hem níet gewogen op hun informatieve inhoud over wat op het spel staat in de context van het goede leven en níet verbonden met ratio en praktisch inzicht (ánders dan ondernemers-ratio en -inzicht).

Alles is met sociaal-instrumenteel bemiddeld 'beleven' oplosbaar, verhelpbaar, verdoofbaar, te overstijgen.

Personeel dat zich niet wil conformeren aan de gehoorzaamheidsregels van Disney, die streng zijn voor wie tegenspartelt en mild voor wie meebeweegt, kan gaan en is ongeschikt in Lee's onderneming. Het gedrag van zorgverleners moet consistent, altijd van gelijk niveau en uniform zijn.[78] Binnen die gehoorzaamheidsregels[79] biedt Lee vrijheid om intrinsiek gedreven compassievol voor patiënten zorg te dragen en die zorg is 'goed' zolang de loyaliteitscores gehaald worden. De waartoe-vraag bij zorgen is bij Lee allang een hoe-vraag geworden met alle gevolgen van dien voor omgaan met *tuchè* en *technè*.[80]

74 Onderzoek naar zorggelden die hieraan besteed worden evenals aan de *experience- en transformation* marketing en trainingen, lijkt mij wenselijk.

75 Zie 2.4.2.

76 Zie 3.6.4 en 4.6.3 ▪h.

77 Zie 1 inleiding (Hubbard), 3.2.1.1 en 3.2.2.3.

78 Zie 1.3 en 1.5.2.

79 Zie 1.5.5 en 2.3.2.

80 Zie 6.6.1 en 6.8 ▪2 en ▪4.

7.4 PROBLEEM- EN VRAAGSTELLING VAN DEZE THESIS[81]

81 Zie Inleiding van deze thesis.

De stand van zaken tot dusver is dat leren van Lee en fundamentele kritiek op Lee naast elkaar staan. In de nu volgende paragraaf worden de probleem- en vraagstelling van deze thesis hernomen en beantwoord. Omdat goede zorg vanuit een zorgethisch perspectief altijd zowel in een politiek-maatschappelijke context als in de zorgpraktijk-context staat, heb ik in de commentaren bij vrijwel alle hoofdstukken Lee's concept bevraagd op macroniveau en op microniveau.[82] Vanuit die brede benadering komt nu de beantwoording van de probleem- en vraagstelling in een politiek-ethisch en cultuur-kritisch kader te staan.

82 Expliciet benoemd in 1.7.1, 1.7.2, 5.6.1, 5.6.2 en impliciet aan de orde in alle commentaren bij de hoofdstukken.

In paragraaf 7.4.1 licht ik de brede benadering van de thematiek (zoals in de probleemstelling verwoord) kort toe en beschrijf ik wat die benadering van Lee's concept aan inzichten heeft opgeleverd. In 7.4.2 staat de beantwoording van de vraagstelling centraal.

7.4.1 Een brede benadering van de thematiek vanuit de probleemstelling

In de probleemstelling is 'breed' ingezet; zorgethiek is een politieke ethiek. In een humane samenleving zorgen we, gefinancierd uit algemene middelen voor mensen die ziek, oud en anderszins hulpbehoevend zijn. Georganiseerde zorg heeft een politiek-humane grondslag en staat in de context van het ordenen, opbouwen en bestendigen van de samenleving opdat mensen zo goed mogelijk kunnen samenleven. Het instituut gezondheidszorg heeft in die zin, evenals andere instituten, coherentiekracht.

Tronto heeft als eerste 'zorg' als wezenlijke structuur van de samenleving benoemd. Mensen zorgen voor elkaar, voor zichzelf en voor hun omgeving in het leven van alledag. Als relationele wezens zijn zij verbonden met en verantwoordelijk voor elkaar (macroniveau van zorgbetrekkingen). Mensen zijn altijd (in meerdere of mindere mate) zorgontvanger en zorgverlener. Dit is een normatief standpunt waarin het neoliberale autonome mensbeeld, waarin mensen onafhankelijk van elkaar voor hun eigen belangen opkomen, gekritiseerd wordt. Hierin klinkt een levensbeschouwelijke visie op 'het goede (samen)leven'. Afhankelijkheid is wezenlijk menselijk, ongelijkheid eveneens, wat bijeengehouden moet worden met geherinterpreteerde autonomie. Geherinterpreteerde autonomie wordt vanuit de betrekking gedacht waarbij de emancipatiekracht tegen bevoogding en verdrukking behouden moet worden. In die zin heeft een zorgethisch mensbeeld kritische kracht op het laatmoderne mensbeeld.[83]

83 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

Onbehagen in en over de zorgsector over een té medisch technische gereduceerde focus, onpersoonlijke omgang met patiënten -zakelijk, afstandelijk, instrumenteel, fabrieksmatig- leidt in 2005 tot een kritische zorgethische reflectie op de gezondheidszorg door Van Heijst.[84] Haar kritiek richt zich op beginnend marktdenken en systemisering in de zorg, twee tendensen die de politiek-humane grondslag van het instituut verdringen. In die context pleit Van Heijst (en in 2010 bepleiten Van Heijst en Vosman dit samen), voor het opnieuw centraal stellen van het institutionele doeleinde van zorgen.[85] Het is ook de context waarin Lee met zijn zorgconcept de (door zorgverleners en zorgontvangers) gewenste menslievende zorg centraal lijkt te stellen. Complexiteit in de zorg gaat hij met 'eenvoud' te lijf; een wervende bedrijfscultuurvisie en een heldere managementrol. In de vorige paragraaf heb ik laten zien hoezeer Lee's zorgconcept ingebed is in de beleveniseconomie. Dit is een nieuwe -weinig onderkende- economische fase, zo is mijn stelling. Ik heb de in-

84 Zie 6.1.1.

85 Zie 6.1.2, 6.2.4, 6.5.1, 6.5.3, 6.6.1 t/m 6.6.4 en 6.8 ▪3 en ▪4.

houd en gevolgen van het vermarkten van immateriële waarden in het algemeen én specifiek voor de gezondheidszorg in beeld gebracht. In de volgende subparagrafen ga ik, vanuit de probleemstelling gedacht, nog kort in op enkele thema's. Als eerste: wie wordt tot de samenleving gerekend en heeft toegang tot politiek georganiseerde zorg? Vervolgens: de (belevenis)markt leidt tot zorgvervreemdende effecten. Tenslotte: de noodzaak van diep onderzoek van de belevenismarkt en de eronder liggende zingevingcrisis.

7.4.1.1 Burgerschap als belangrijkste van de morele goederen

Vanuit zorgethiek als politieke ethiek is de 'oervraag' (funderend voor alle vervolgvragen) 'Wie horen bij de geordende samenleving?' Deze vraag staat centraal bij Michael Walzer[86] die stelt dat burgerschap het belangrijkste morele goed is dat mensen elkaar kunnen toebedelen. Bij de sociale gemeenschap horen (inclusief vriendschappelijkheid) en toegang hebben tot de politiek georganiseerde instituten (zoals gezondheidszorg) is van fundamenteel belang voor mensen. De samenleving zélf is een sociaal goed, stelt hij. Sociale goederen die alle mensen in de samenleving behoeven kunnen niet overgelaten worden aan private ondernemers, volgens Walzer. Met marktwerking wordt het sociale goed gezondheid in handen van commerciële bedrijven gelegd zoals dat in Amerika al lange tijd op grote schaal gebeurt. In Nederland is vercommercialiseren van ziekenhuiszorg, vergeleken met bijvoorbeeld Duitsland, niet als zodanig aan de orde.[87] Alleen het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen zijn in handen van investeerders, waarbij overigens geen winst mag worden uitgekeerd. Voor effecten van vercommercialisering op de gezondheidszorg moet naar landen worden gekeken waar dit al langer gaande is.[88] In de V.S. zijn de kosten van de gezondheidszorg hoger dan waar ook ter wereld terwijl de zorg over het algemeen niet beter is dan elders. Wat gelijke toegang tot de zorg betreft scoort de V.S. als een van de laagsten ter wereld. Er is een toenemende kloof tussen rijke en arme mensen die versterkt wordt door marktwerking. Zorgverzekeringen zijn vrijwel uitsluitend te bekostigen door mensen die werk hebben. Obama-care moet daar een wending aan geven omdat, ondanks zorg via de overheidszorginstellingen Medicare en Medicaid, veel Amerikanen overgeleverd zijn aan de *caritas*. Lee's commerciële ziekenhuis is in de V.S. alleen toegankelijk voor de meer welgestelde mensen die daar welkom zijn zolang hun verzekeraars of zijzelf de kosten betalen. De buitengewone genezingservaring die gecreëerd wordt uit het hart van menslievende, compassievolle, op (acteer)talent geselecteerde zorgverleners geldt niet voor iedereen.

Schulze's analyse van de belevenismaatschappij werpt een belangrijk licht op de kanteling die heeft plaatsgevonden bij slachtoffer-denken (en solidariteit met hen) naar *loser* thematiek (en eigen schuld-denken).[89] Toenemende onverschilligheid van een welvarende meerderheid in de samenleving ten aanzien van diegenen die buiten de welvaartsboot vallen, kan slechts beperkt verklaard worden vanuit ego-maatschappij-denken.[90] De na-oorlogse ontwikkelingen die geleid hebben tot een wijziging van de centrale existentiële probleemdefinitie (van overleven naar beleven), hebben sociale ongelijkheid in een marginaal 'probleem' van een minderheid veranderd. De succesvolle meerderheid houdt uitvallers in de beleveniseconomie verantwoordelijk voor hun eigen 'falen'. Wat in de dominante cultuur speelt moet serieus genomen worden om van daaruit te kunnen begrijpen waarom pleidooien voor solidariteit, lotsverbondenheid met uitvallers moeizaam of niet aansluiten bij de meerderheid. In de beleveniseconomie zijn behoeftige naasten '*Glücksversager*' geworden. [91] Voor zorgethiek is dit een belangrijke waarneming gezien het pleidooi van De Lange om op te komen voor hedendaagse *losers*[92] en het algemene zorgethische pleidooi júist voor kwetsbaren in de samenleving. In een gepropageerde cultuur van kracht,

86 Zie 1.7.1.

87 Bron: http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1782235/2003/11/27/Commercieel-ziekenhuis-wint-terrein.dhtml Geraadpleegd: 19-04-2013.

88 Patrick Jeurissen schrijft zijn proefschrift over winstgerichte ziekenhuiszorg in vier westerse landen. Bron: http://www.zorgmarkt.net/?m=news&f=detail&id=40919 Geraadpleegd: 19-04-2013.

89 Zie 4.1.3.

90 Zie 4.1.1.

91 Zie 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3.

92 Zie 5.1.2.

zelfredzaamheid en verinnerlijkt beleven, wordt kwetsbaarheid miskend en zoekgemaakt, zeker ten aanzien van diegenen die 'door eigen schuld' *losers* worden. Met de verinnerlijking en immateriële consumptie van goederen, gericht op 'beleven', is esthetisering van ongeluk en marginalisering van problemen ingezet. Menselijke narigheid en wereldproblematiek worden volgens Schulze in de innerlijke belevenissfeer omgeduid tot momentaan beleven en overgaan tot de orde van de dag. Dit ligt ten grondslag aan een gebrek aan samenlevingverantwoordelijkheid en gebrek aan burgerschapsvisie.

7.4.1.2 Zorgvervreemding

Het is een politieke taak om een instituut te houden bij het eigen doeleinde en sfeervermenging te voorkomen. Verbrokkeling van het instituut en vervreemding van het eigen doeleinde van gezondheidszorg leidt tot een minder geordende samenleving en daarmee tot een grotere kans op ongelijkheid tussen burgers, ook wat betreft toegang tot de zorg. In hoofdstuk 6 zijn de grondige vervormingen van het instituut gezondheidszorg, zoals systemisering en marktdenken, beschreven. Systemisering (zelfhandhavende systemen) brengt nieuwe morele problematiek in vanwege de abstractie en het interventionistisch karakter ervan, naast zorgbehulpzame aspecten. Nieuwe doeleinden en andersoortige legitimatie verdringen het zorgeigen doeleinde en de politieke legitimatie die vraagt waaraan publieke middelen besteed zijn. Legitimatie is hierbij het kunnen uitleggen, in termen van de zorgontvangers die het zorghandelen hebben ondergaan, wat waarom is gedaan of nagelaten. Aan de randen van het systemische kan ruimte geclaimd en gebruikt worden waarbinnen het doeleinde van verpleging en artsenij ter sprake wordt gebracht vanuit met name zorgverleners zelf.[93]

93 Zie 6.6.5.

Het moet niet veronachtzaamd worden hoezeer de politieke legitimatie van zorg, voordat het marktdenken werd ingevoerd, tot allerlei problemen leidde. Hierbij valt te denken aan paternalisme (artsen), machtsongelijkheid (arts-patiënt), stroperige bureaucratie, wachtlijsten en een professionaliteitopvatting van afstandelijkheid. Marktdenken is door de overheid ingevoerd in de zorg om dergelijke problemen op te lossen. De markt heeft als morele waarden gelijkheid en vrijheid; de klant is koning en hij kan 'stemmen met de voeten' wanneer iets hem onwelgevallig is.[94] Maar de vele zorgvervreemdende nadelige effecten van marktdenken werden (en worden) door de overheid niet (h)erkend. In de voorafgaande paragrafen is de som opgemaakt van die effecten wanneer zorgen in een belevenis-economische context geplaatst wordt. Vanuit het in kaart gebrachte perspectief van belevenismarketeers én het perspectief van hun critici is duidelijk geworden dat voor de door de overheid beoogde doelen (kosten besparen en klant-vraag-vrijheid), geldt dat zij niet behaald zijn en nooit behaald kúnnen worden. Ook transparantie en daarop gebaseerde grotere keuzevrijheid is slechts in beperkte mate gerealiseerd en realiseerbaar. Controle- en beheersdrang op de wijze van bedrijven, leidt tot een papieren werkelijkheid naast de zorgwerkelijkheid die geen reële vergelijking van 'ziekenhuisprestaties' mogelijk maakt. Kostenbesparing (in de zin van sober 'productaanbod') is strijdig met het eigene van markten en klant-vraag-vrijheid is strijdig met het eigene van zorgen. Markten zoeken en creëren winstgevende vragen en veronderstellen keuzevrijheid van de klant.[95] Een ziekenhuisklant is doorgaans een mens in nood die, afhankelijk van zorg, keuze-ónvrij is.

94 Colleges: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.

95 Zie 2 Inleiding, 2.1.1, 2.4.1, 4.4.1.2.

De politieke legitimatie van zorg is verstrengeld geraakt met de markteigen legitimatie, ook al werkt de markt in de zorg in Nederland niet volledig. Publieksdoeltreffendheid, respectievelijk klanttevredenheid en loyaliteit worden in toenemende mate de maatstaf van wat goede zorg zou zijn. Een tevreden klant wordt daarmee geduid als iemand die goede zorg heeft ontvangen. In zorginstellingen komen

vandaag de dag verschillende legitimaties tegelijkertijd voor. De politieke legitimatie ten aanzien van besteding van algemene middelen (maar weinig moreel georiënteerd),[96] de marktlegitimatie van klantloyaliteit en een juridische legitimatie bij systeem-verantwoord handelen (waarbij systeem-verantwoord handelen gelijk wordt gedacht aan goed handelen; een procedurele ethiek). Vanuit een zorgethisch perspectief is klanttevredenheid geen bewijs van ontvangen 'goede zorg'. Bij de (zorgethisch) gewenste politieke legitimatie moet financieel, organisatorisch en zorginhoudelijk (moreel) verantwoord worden hoe het bijdraagt aan goede zorg.
In het commerciele theaterbusinessconcept van Lee, staan de patiënt centraal, is er oog voor diens familie, kan de zorgverlener 'uit het hart' zorgen en managed de manager menslievend. Via kwalitatief, narratief onderzoek wordt de zorg verbeterd zoals ook binnen zorgethiek bepleit wordt[97] en de zorgtaal (zorgwaarden) komt overeen met zorgethisch belangrijke concepten. Dat is het beeld dat Lee bij eerste lezing van zijn boek kan oproepen. Bij een zorgconcept ingebed in de beleveniseconomie gebeurt echter van alles, zoals ik in de vorige paragraaf heb geïnventariseerd, dat zorgvervreemdend en zorgnadelig uitwerkt.

96 Zie 5.3.3.2, 6.5.2.2.

97 Zie 6.6.5.

7.4.1.3 Noodzaak van diep onderzoek naar belevenismarkt

Van Heijst beschrijft in *Menslievende zorg* het groeiend onbehagen bij zorgontvangers en zorgverleners in een context van geneeskunde die natuurwetenschappelijke principes (medisch-technische interventies om bepaalde doelen te bereiken) én een door Taylorisme geïnspireerde fabrieksmatige, efficiënte, aanpak van zorgen inhoudt. De medisch-technische reductie, met een focus op interventies, is vanuit zorgethiek te bekritiseren en in evenwicht te brengen met menslievende, presente zorg. In de colleges 'Zorgethiek, een inleiding' is de vraag opgeworpen of dergelijk in evenwicht brengen ook kan met de economische reductie die plaatsvindt bij marktdenken en eens te meer bij marktwerking. Van Heijst en Vosman stellen in 2010 dat een meer zakelijke en bedrijfsmatige benadering van de zorg een feit is maar het instituut gezondheidszorg een *non-profit* organisatie moet blijven gezien het specifieke doeleinde. Op grond van de bestudeerde bronnen kom ik tot de conclusie dat het bij commerciële belevenis-zorg-bedrijven niet mogelijk is om de reductie te beheren. De marktcontext kent vanuit markteigenheid en marktmoraal de patiënt alleen via reductie tot (klant)behoeften-wezen en niet als burgerpatiënt. De zorgverlener wordt gereduceerd tot aanbieder en is geen professional met een reductieresistent vak. Bij de reductie van zorgverleners tot uitvoerders van voorgeschreven scripts[98] waarop vanuit massamaatwerk[99] toegesneden wordt op de klantbehoefte is het zinstichtende karakter[100] van genees- en verpleegkunde geheel verdwenen. Lee houdt zich niet bezig met fundamentele vragen naar wat zorgen eigenlijk is, waarom mensen voor elkaar zorgen, wat mens-zijn en deel uitmaken van een politiek geordende samenleving inhoudt. Zijn focus ligt louter op wat ziekenhuisklanten belangrijk vinden en hoe die wensen optimaal vervuld kunnen worden opdat patiënten loyaal worden aan zijn business.
Met de nieuwe fase van beleveniseconomisch aanbod is een wezenlijke verandering ingetreden vergeleken met voorgaande fasen van economisch aanbod. Het immateriële product wordt geleverd aan het innerlijk van de consument en dat vergt de lastige consumenttaak van innerlijke belevenisverwerking.[101] In de beleveniseconomie staan gevoelens, emoties, ervaringen en belevingen centraal. In het belevenisaanbod worden morele waarden waar de klant naar verlangt verproduct en daarmee omgeduid.[102] Menslievendheid, zorgzaamheid, aandacht, liefde zijn zorgethische kernwaarden die, uit de morele context gehaald, op de belevenismarkt als producten verhandeld worden. Voor zover er sprake is van ethiek, vigeert een consequentialistische ethiek die humanisering verdringt.[103]

98 Zie 1.5, 1.5.1, 1.5.2 en 2.3.2.

99 Zie 2.2.2.

100 Menswaardigheid en medemenselijkheid; mensen bijstaan en niet in de steek laten. Zie 6.1.1.

101 Zie 4.3.2.

102 Zie 3.6.4, 4.6.3 ▪h.

103 Zie 1.7.1 ▪1, 3.6.1, 5.1.3.1, 6.8 ▪1.

Schulze wijst op een zingevingcrisis onder alle produceren en consumeren en een diepgaand onvermogen om een zinvol leven te leiden -inclusief het zich verhouden tot het onbeheersbare en noodlottige- zónder beleveniseconomie. De marketeers en Lee benutten en vermarkten, tot in het ziekenhuis en diep in het innerlijk van mensen, deze nieuwe vormen van tragiek en weinig herkende onbestendige, angstige afhankelijkheid. Van geestelijke zorg in zorginstellingen kan de nodige reflexiviteit verwacht worden. Maar ook de geestelijke zorg laat soms marktconforme marketing tendensen van imagoversterking en positionering in instellingen zien. Bijvoorbeeld in sociaal-technische professionaliteitopvattingen, resultaatgerichtheid en meetbaarheid (de 'diepte' van gesprekken, kwantificeerbaar) waarbij het moreel-levensbeschouwelijke kader uit zicht gaat raken. Het economisch jargon dringt ook daar binnen; een zorgmanager van een instelling sprak over de geestelijke zorg in termen van 'geestelijke zorgproducten'.
Schulze noemt de belevenismaatschappij, waarin voortdurend produceren en consumeren bestaansleegte en zinloosheidervaring moet verdoven, progrediënt. Wanneer voor zorgethiek als politieke ethiek geldt dat het de hele sociale werkelijkheid onder een kritisch zorgethisch perspectief stelt, vanuit een eigen visie op het goede leven, dan kan alleen maar ingestemd worden met Schulze's progrediëntie-diagnose. Belevenismarkt-ziekelijkheid schaadt en exploiteert kostbare, kwetsbare menselijkheid in plaats van die te behoeden en bewaren. Dat is een veel verder reikende bemerking dan in de aanleiding, motivatie en probleemstelling van deze thesis ook maar enigszins voorzien kon worden. De dominantie van de beleveniseconomie die krachtig alle domeinen van het leven, inclusief de zorg binnendringt, vergt mijns inziens dergelijke cultuurkritiek die dieper en verder gaat dan alleen kritiek op het neoliberale denken, hoe nodig dat ook blijft.

7.4.2 Vraagstelling

Na de verkenning van de politiek maatschappelijke context kan de vraagstelling van deze thesis beantwoord gaan worden.[104] De vraagstelling luidt:

> 'Wat houdt 'authenticiteit' in de theater*setting* van Fred Lee's commerciële ziekenhuis-zorgconcept in, vergeleken met 'authenticiteit' vanuit een zorgethisch perspectief?'

Een morele benadering van zorgen verschilt wezenlijk van een commerciële benadering ook al komen bepaalde concepten (waarden) in beide contexten voor en lijkt het om hetzelfde te gaan. De context (markt of zorg) kleurt echter de inhoud zoals met de woorden 'omduiden', 'versleutelen' en 'reductie' is beschreven.
Ik ga bij de beantwoording van de vraagstelling uit van het theaterbusinessconcept en niet van de praktijkvoorbeelden die, zo is mijn stelling, Lee voornamelijk informeren over klantbehoeften.[105] De kale structuur van zijn businessconcept zoals hij dat ontleent aan Gilmore en Pine vormt het uitgangspunt. Opnieuw noteer ik daarbij dat de praktijk in zijn ziekenhuis ongetwijfeld, niet in het minst vanwege de bezieling van zorgprofessionals zelf, complexer en rijker zal zijn. Lee's businessconcept verandert echter wel fundamenteel de zorgpraktijk omdat er een andere visie op mens-zijn, ziekte, gezondheid, zorgend handelen en professionaliteit mee-geïnstalleerd wordt. Er vindt een verschuiving plaats van levensreddende en leven mogelijk makende zorg, naar transformatieve zorg die - als verfijning van beleveniszorg- geheel beheerst en gecontroleerd wordt.
Vanuit vier thematieken die gerelateerd zijn aan de zorgrelatie benader ik de beantwoording van de vraagstelling en zet de beide perspectieven, Lee en Zorgethiek, naast elkaar. De zorgrelatie is voor zowel Lee als vanuit een zorgethisch perspectief, zij het op verschillende wijze, zoals ik zal laten zien, de kern van zorgen. Lee spreekt

104 Zie Inleiding van deze thesis.

105 Zie bijlage 3.b., 2.5 methode van Gilmore en Pine.

over authenticiteit van de zorgverlener bínnen die zorgrelatie. De vier thematieken zijn: de zorgbetrekking, zorg als proces, zorg als praktijk en de rol van emoties. Vervolgens beschrijf ik 'authenticiteit' bij beide. Als laatste stap bekritiseer ik vanuit een zorgethisch perspectief Lee's authenticiteit in de zorgrelatie. De vier beschreven thematieken van de zorgrelatie illustreren de beleveniseconomische *setting* van Lee's zorgconcept en authenticiteit daarbinnen, die hemelsbreed verschilt van zorgethisch zorgen en authenticiteit. Ik sluit de thesis af met een kritisch standpunt ten aanzien van zorgen in de context van de belevenis-economie.

7.4.2.1 Klantrelatie of zorgbetrekking

7.4.2.1.1. Lee: klantrelatie als product

Ziekenhuizen hebben specifieke klanten die specifieke producten kopen. Deze klanten beoordelen de zorg op grond van hun ervaringen en niet op het door leveranciers vermeende product medische kwaliteit. De klantrelatie zélf blijkt het product te zijn dat leidt tot loyaliteit met het ziekenhuis. Wat patiënten feitelijk ervaren tijdens ziekenhuisopnames en wat zij zouden wíllen ervaren moet om die reden uiterst nauwkeurig vernomen worden. Klantverlangens van patiënten zijn: menslievendheid, zorgzaamheid, bewogenheid en geruststelling ervaren.[106] Dit is ook wat zorgverleners belangrijk vinden in hun werk maar waarin zij vaak gehinderd worden, niet in het minst door managers.[107] Goede managers geven professionals de ruimte om een vertrouwensrelatie aan te gaan met de patiënt en binnen die relatie de door de patiënt zo gewenste beleving te creëren. Een ziekenhuiservaring moet voor een patiënt een pósitieve, uitzonderlijke, onverwachte, ultieme genezingservaring zijn.[108] Om dat zo optimaal mogelijk te faciliteren stelt Lee de relatie met en het perspectief van de patiënt centraal. De ziekenhuisorganisatie wordt daaromheen ingericht. Tijdens de ziekenhuisopname wordt regelmatig bij de patiënt nagegaan (*realtime-feedback)* of de creatie van de genezingservaring en de daarmee verbonden loyaliteit goed verloopt.[109] 'Goed' is daarbij: alle verwachtingen overstijgend. Het doel is om een onvergetelijke belevenis te creëren die de patiënt als een memorabel verhaal communiceert met zijn omgeving. De zorgrelatie is een geregisseerde relatie met een onbetwistbaar beleving- en loyaliteitdoel. De omgeving van de patiënt (esthetiek/theater) en de zorgverlener (acteur) worden tot in detail geregisseerd.[110] De patiënt verlangt een Disney-overstijgende belevenis die hij innerlijk moet opdoen.[111] De relatie met de patiënt is daarom zo essentieel om die innerlijke medemenselijke liefde, begrip en zorgervaring te kunnen opdoen. Zo'n band met de patiënt kunnen scheppen is een talent waarop Lee personeel werft. De zorgverlener moet daarnaast consistent en op hoog niveau zijn rol kunnen acteren bij het patiëntcontact op de momenten dat het erop aankomt de perceptie positief te beïnvloeden (waarheidsmomenten). Dit acteren (volgens Gilmore en Pine 'echt-doen-alsof') maakt dat zorgverleners altijd vrolijk, belangstellend en behulpzaam zijn en nooit uit hun rol vallen.[112] Beheersing van de gehele zorgsituatie en consistent gedrag van alle zorgverleners is essentieel om het doel te bereiken.[113]

Voor Lee strekt de relatie met de patiënt zich uit tot en met de familie van de patiënt.[114] Familie is belangrijk voor de patiënt en moet ook door het zorgend personeel gezien worden in hun emoties en moeiten. Ook zij kunnen een ultieme belevenis opdoen en loyaal worden.

7.4.2.1.2. Zorgethiek: een betrekking

Een relatie is vanuit een zorgethisch perspectief een feitelijke omschrijving terwijl een betrekking een normatieve beschrijving is van het contact tussen zorgontvanger en zorgverlener.[115] Het normatieve zit in 'betrokkenheid'; er is geen neutrale start maar een geëngageerde start. In die betrekking is óngelijkheid, asymmetrie, het uitgangspunt en gevoeligheid voor machtsthematiek is daarmee verbonden.[116] Mensen

106 Zie 1.1 en 2.2.2.

107 Zie 1.3.1.

108 Zie 1.4.1 en 1.5.3.

109 Zie 1.4.1.

110 Zie 1.5.2.

111 Zie 1.3.

112 Zie 2.3.4.

113 Zie 1.5.3, 1.5.5, 2.1.2 en 2.3.2.

114 Zie 1.4.1 en 1.4.2.

115 Zie 5.1.1, 5.1.3.1 De Lange gaat uit van gelijkheid, 6.1.1 Van Heijst gaat uit van óngelijkheid, 6.2.5.

116 Zie 5.1.3.3, 5.3.2.2, 5.3.2.4, 6.4.2, 6.7.1, 6.7.2 en 6.7.3.

delen allemaal broosheid maar een patiënt is iemand die daadwerkelijk gekwetst is, anders dan de gezonde zorgverlener.[119]
De zorgverlener stemt af op de patiënt en zoekt samen met hem naar wat er voor die zieke mens op het spel staat; welke betekenis(sen) hij verleent aan wat hem overkomt. Betekenissen wil zeggen wat als goed en kwaad aan de orde is. Waarden en betekenissen (die niet vast liggen) komen dialogisch aan het licht. De kernvraag is: welk goed kan in deze betrekking, zoals de patiënt zich nu toont, bewerkt worden. De betrekking zelf is ook een intrinsiek goed.[120] Wie mensen zijn en wat ze willen is ondoorzichtig, óók voor henzelf maar ze tonen zich in de betrekking. De vraag wat voor iemand betekenisvol is, is een geheel andere dan 'Voelt het goed wat wij voor u doen?' In de betrekking wordt 'een goed' (of een kwaad) opengelegd, tot stand gebracht.[119] Goed en kwaad zitten niet in de houding of de handeling van de zorgverlener maar in de betrekking. De zorgbetrekking heeft geen ander doel dan iemand bijstaan die in nood is en die mens niet verlaten.[120] Dit bijstaan heeft de inhoud van gedeelde menselijkheid (menselijke conditie) en het toekennen van waardigheid aan de ander; hij dóet ertoe, is de moeite waard, hoe hij er ook aan toe is.[121] Deze zorgbetrekking wordt met ieder mens in nood aangegaan ongeacht zijn financiële positie of welk ander denkbaar criterium dan ook. Zorgeigen dimensies zijn barmhartigheid en onbaatzuchtigheid.[122]
Belangrijk is dat de zorgverlener ook afstemt op zichzelf, dat wil zeggen, reflecteert op wat zorg met hem dóet.[123] Bijvoorbeeld door emoties van angst, afkeer, woede of vreugde bij het zorgen te verkennen.
In de zorgbetrekking komen andere betrekkingen van patiënten in beeld; wat zijn voor deze patiënt de relevante betrekkingen, hoe is iemands plaats in het relationele netwerk?

119 Zie 6.4.3.

120 Zie 6.3.4.3.

119 Zie 3.2, 5.6.2 ▪3, en 6.2.5.

120 Zie 5.4.2.2, 5.5, 6.3.1 en 6.3.4.3 slot.

121 Zie 5.1.1 en 5.1.3.1.

122 Zie 6.1.2.

123 Zie 6.8.5.

7.4.2.2 Zorg; product of proces

7.4.2.2.1. Lee

Voor Lee omvat ziekenhuiszorg afgebakende belevenisproducten. Klanten kiezen voor de leverancier die de beste belevenisproducten verkoopt. Disney-beleven is daarbij de concurrent. Dit noopt een commercieel ziekenhuis tot het voortdurend, niet aflatend vernemen van klantwensen, het onderzoeken van hun behoeften en verlangens om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat zij willen en wensen. Ziek-zijn is een beangstigende ervaring waarbij een mens narigheid overkomt zoals pijn en verdriet. Dat maakt de ziekenhuisklant anders dan andere klanten die vrijwillig kunnen kiezen voor positieve belevenissen.[124] In die context is het zaak om ook ziekenhuispatiënten en hun familie positieve belevenissen te laten opdoen en genezen tot beleven te maken. Gilmore en Pine informeren Lee tot in detail hoe je belevenissen creëert en verkoopt. Het allerbelangrijkste daarbij is dat de klant zich als uniek mens gezien en gehoord voelt en de perceptie opdoet dat hij als patiënt centraal staat.[125] Het product 'beleven' wordt door Lee in de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener herkend (vanuit zijn analyse van praktijkvoorbeelden) én gelegd door de patiëntomgeving te ensceneren en de professional te regisseren.[126] De zorgverlener benut 'waarheidsmomenten' om de perceptie van de klant optimaal te sturen. Vanuit massamaatwerk (belevenissen) wordt het product op maat gesneden in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Dit gebeurt door bewogenheid en empathie van de zorgverlener met de patiënt waarbij de zorgverlener fijnmazig via verkenning van het eigen gevoelsleven contact maakt met het innerlijk van de patiënt.[127] De patiënt ervaart daarin aandacht, begrip, liefde, geruststelling of hoop. Zowel de relatie op zich als de in die relatie bemiddelde belevenis zijn momentane belevenisproducten.

7.4.2.2.2. Zorgethiek[128]

124 Zie 1.1.

125 Zie 1 Inleiding, 1.3, 1.3.2, 1.4.1, 1.4.2, 1.5.2.

126 Zie 1.5.1 en 2.3.1.

127 Zie 1.5.4, 1.6.1 en 1.6.2.

128 Zorg als proces geldt op macroniveau (caring about, taking care of, giving care, receiving care; zorgproces van Tronto) én op microniveau in de zorgbetrekking. Zie 5.5.2 en 6.7.3 ▪5.

Binnen de zorgrelatie liggen zorgdoelen open en wordt procesmatig vernomen wat goede zorg voor deze mens kán inhouden. Zorgen begint daarmee per definitie vanuit onzekerheid en niet-weten.[129] Bij die onzekerheid wordt het negatieve en ellendige van ziek-zijn en misschien niet meer beter worden, of niet zo gezond als voorheen, erkend als realiteit.[130] Zorgen kan interventies inhouden maar evenzeer 'niets dóen' betekenen. Terughoudendheid in 'dóen' kan voor de patiënt soms heel goed zijn (in de zin van gezond zijn). De beste zorg kán er in bestaan geen enkel 'product' te verkopen (terminologie van de markt).[131] Zorgen is een proces omdat ziekten over het algemeen een grillig karakter hebben en bovendien bij ieder individu anders verlopen. De betekenissen die mensen verlenen aan ziek-zijn verschillen maar ook de effecten van ingrepen en medicatie zijn slechts deels voorspelbaar en pakken per mens anders uit. Daarom wordt niet vanuit massamaatwerk maar vanuit de specifieke situatie (particulier) in wisselwerking met de algemene kennis van bijvoorbeeld de arts, gezocht naar wat voor díe patiënt goede zorg inhoudt.[132] Breekbaarheid en capabel-zijn komen daarbij beide in beeld. In het zorgproces wordt gezamenlijk (via zoeken, uitproberen, afstemmen), procesmatig naar een resultaat toegewerkt.[133] Dat resultaat is in voorlopigheid samen vastgesteld, afgestemd op het dagelijks leven van de patiënt en op toekomstig leven. In die wisselwerking vinden bijstellingen plaats; het is geen leverancier- klant contact waarbij een product tegen betaling wordt verkocht. Voor patiënten is het wenselijk dat ze zo min mogelijk afhankelijk zijn en blijven van zorg. In plaats van klantenbinding wordt gestreefd naar vrijmaken van zorg waar mogelijk.[134] In het zorgproces wordt het onaangename van ziek-zijn en 'behandeld' moeten worden niet weggewerkt. Patiënten worden vanuit een praktische nuchterheid, die heel goed kan samengaan met bemoediging en troost, aangesproken op verstandigheid en niet enkel op gevoelens of (klant)verlangens. De dokter levert niet wat de patiënt wil en wenst maar koerst op goede zorg voor die mens wat samen met die persoon uitgevonden moet worden. Enig paternalisme hoort daar onontkoombaar bij (binnen een betrekking van vertrouwen), hoe onaangenaam dat voor de patiënt ook kan zijn.[135] Daarmee formuleer ik overigens een ethisch probleem dat verder doordacht moet worden, bij voorkeur vanuit empirisch onderzoek: paternalisme in een vergaand nieuwe zorgcontext.
De zorgverlener is lotgenoot[136] en (deskundig) medemens en staat de patiënt bij in de moeilijke taak om zich te verhouden tot wat hem overkomt. Hij neemt die last niet over maar staat de patiënt trouw bij.
In dit procesmatige, interactieve afstemmen van wat goede zorg inhoudt vallen soberheid en het alledaagse van zorgen op. Het gaat niet om exceptionele zaken maar gewoon om menselijke goede zorg zonder verkoopresultatendruk.

129 Zie 5.3.3.1, 5.3.3.3 punt 1, 6.2.3 en 6.3.3 ▪1, 4 en 5,

130 Zie 5.1.3.1 en 6.1.1 (gekwetst-zijn van mensen als zorguitgangspunt), 6.3.1 (slot), 6.3.2.

131 Zie 6.2.5 en 6.3.2

132 Zie 6.2.4.

133 Zie 3.6.6, 5.3.1, 5.3.3.1, 5.6.2 ▪6, 6.2.4, 6.3.3 en 6.8 ▪1.

134 Zie 5.1.3.3, 5.6.2 ▪2 (ondanks kritiek op De Lange's autonomie-doel blijft het -waar mogelijk- vrijmaken van zorg, in tegenstelling tot klantenbinding, een belangrijk doel).

135 Zie het citaat van Jean Jacques Suurmond voorafgaand aan hoofdstuk 6, 5.4.1.3 (zwak paternalisme) en 6.8 ▪5.

136 Zie 6.1.1(zorgethiek is gebaseerd op menslievendheid als medemenselijkheid en in die zin lotgenootschap).

7.4.2.3 Zorg; theater of praktijk

7.4.2.3.1 Lee

Lee duidt zijn ziekenhuiszorgpraktijk als een theater*setting*. Iedereen die met de patiënt in contact komt moet zich ervan bewust zijn dat hij in alle doen en laten een bepaalde indruk maakt op de patiënt. Hij staat in die zin altijd op een toneel, speelt een rol en brengt iets teweeg bij zijn publiek (de patiënt). Wat hij teweegbrengt geschiedt doorgaans onbewust maar is wel bepalend voor de ervaringen van de patiënt die vervolgens wel of niet tot loyaliteit met het ziekenhuis leiden. Zorgverleners kunnen en moeten de perceptie van de patiënt zodanig beïnvloeden dat het een gunstig resultaat voor de patiënt en het bedrijf teweegbrengt.[137] Acteren van de zorgverlener is voor Lee dat de rolpersoon zich voegt naar wat en wie de zorgverlener zelf is waarbij gebruik gemaakt wordt van de emotionele, fysieke, intellectuele en spirituele uniciteit van de acteur. De acteur verbindt zich met de eigen, diepe gevoelslagen en verrijkt zijn rol derhalve door zichzelf in te brengen.[138] Zo maakt

137 Zie 1.4.3 en 1.5.2.

138 Zie 1.5.3, 1.5.4, 1.6.1, 1.6.2 en 2.3.4.

acteur zichzelf tot middel voor het voorgegeven doel: de genezingservaring en patiëntloyaliteit.
Acteren is voor Lee sowieso de bron voor intenser en doelgerichter leven. Het brengt mensen in contact met het diepste zelf. De wereld is een toneel, jezelf acteren is geraakt willen worden door ervaringen van anderen en mensen zo wereldwijd tot wederzijds begrip brengen.[139] De ziekenhuis-acteursrol houdt in dat de patiënt een transformerende, dramatische belevenis meemaakt.[140] Een goed geregisseerd team kan dat als rolvaste *crew* bewerkstelligen. Dat vergt een script waar met enige vrijheid mee omgegaan kan worden, als de bedoeling van het script maar gecommuniceerd wordt.[141] Het vraagt één duidelijke visie op middelen en uitkomsten en een consistente (individueel en onderling), hoog-niveau-performance die uitloopt op een krachtige, gedenkwaardige ervaring voor de patiënt.[142] Het applaus van het publiek is de beloning.[143] De continue kwaliteit van optreden wordt bereikt door goed teamwerk. De intrinsieke motivatie en inspiratie komen vanuit verbeeldingskracht en de motiverende loyaliteitscijfers die geboekte resultaten tonen.[144]

139 Zie 1.5.1.
140 Zie 1.1, 1.4.1 en 1.5.
141 Zie 1.5 en 1.5.2.
142 Zie 1.4.1.
143 Zie 1.5 en 4.6.3 ▪c.
144 Zie 1.4.1.

7.4.2.3.2 Zorgethiek

Zorg als een proces staat in de context van zorgen als 'praktijk denken'.[145] Binnen zorgethiek wordt onderscheid gemaakt tussen gedrag, handelen en praktijken. Bij ethisch kijken is het object: het doen en laten van mensen in termen van goed en kwaad analyseren. Dit veronderstelt dat er enige vorm van vrijheid van handelen is. Kijken vanuit gedragswetenschappen heeft als object: het doen en laten van mensen als (bewerkende) oorzaak en gevolg ontleden. Met een praktijken-perspectief op doen en laten, wordt gekeken naar samenhangend doen en laten binnen een institutionele context. Hierbij komt het institutionele doeleinde, van zorg in dit geval, in beeld en de samenhang van alle activiteiten en actoren gericht op dat doeleinde. Het zorgethisch doeleinde is menslievende zorg voor íeder die zorgbehoeftig is. Praktijken veranderen de deelnemers aan een praktijk; zorgverleners en patiënten. Dokteren en verplegen verandert dokters en verpleegkundigen, ziek-zijn verandert patiënten. Het cyclisch dokterend handelen (procesmatige interactie met de patiënt en lerend van collega's) heeft z'n eigen (deugdelijke) vorm van uitmuntendheid.
In zorgpraktijken liggen alle soorten handelingen onafscheidelijk ineen.[146] Het is vanuit een zorgethisch perspectief ondenkbaar dat aan 'vakkundigheid' (morele) waarden toegevoegd worden. In het concept 'bekommernis' worden de morele goederen ín de activiteit van het zorgend handelen gehouden. Ze kunnen niet 'los' worden aangetroffen. Morele goederen zoals liefde en aandacht zitten in alle doen en laten.
Wanneer doeleinden wijzigen, bijvoorbeeld door systemisering of marktdenken in te voeren, veranderen zorgpraktijken en hun deelnemers.

145 College: 'Zorgethiek, een inleiding', 2011, Universiteit van Tilburg.
146 Zie 5.5.3. en 6.2.2.

7.4.2.4 Rol van emoties

7.4.2.4.1 Lee

De emoties van de patiënt (zoals verdriet, onzekerheid, vrees) informeren Lee over welk beleveniszorgproduct gewenst is en geleverd moet worden. De hoge sensitiviteit van patiënten voor wat er met hen en om hen heen gebeurt, moet gezien en gehonoreerd worden. Een ultiem belevenisaanbod is een aanbod dat tegemoet komt aan die emoties door begrip en medeleven. Emotioneel en gevoelsmatig gezien zijn, leidt tot de hoogste klantenbinding. Om patiënt-emoties gunstig te sturen moet grote aandacht geschonken worden aan de perceptie van de patiënt. Omgevingsfactoren, scripts die gedrag en taal van zorgverleners sturen en een algehele ziekenhuissfeer van zorgzaamheid creëren, vormen de belangrijke ingrediënten om het emotionele innerlijke leven van de patiënt positief te beïnvloeden.[147] Diep inleven in de ellende die een patiënt moet doorstaan gaat samen op met het creëren van een

147 Zie 1.5.1.

positieve ervaring. Belevenissen zijn altijd persoonlijk, vergen (massa)maatwerk en ontstaan in wisselwerking met een geregisseerde gebeurtenis, de gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de patiënt. Een belevenis gebeurt ín iemand, wordt innerlijk verwerkt en is in die zin 'persoonlijk'.[148] Bij Lee is niet altijd duidelijk of het diep inleven van de zorgverlener zélf die ervaring is of het actief creëren van een onverwachte belevenis voor de patiënt of een combinatie van beide. Het gaat in ieder geval om een 'waarheidsmoment'; een uniek moment waarop een onvergetelijke indruk gemaakt wordt op de patiënt.

148 Zie 1.5.1.

Belevenissen zijn momentaan. Bij alle zorghandelingen is empathie nodig en een goed besef (bij de zorgverlener) van wát gezegd moet worden om elke situatie tot een helende ervaring te transformeren. Emotioneel aansluiten bij de patiënt gaat langs de weg van diep contact van de zorgverlener met de eigen gevoelslaag. Via een 'zintuiglijke keuze'[149] kan een eigen vergelijkbaar emotioneel moment voor de geest gehaald worden waardoor de juiste emotie én daarmee het juiste gedrag en inleven in de patiënt mogelijk wordt. Acteren is deze verbeeldingskracht (aansluiten bij en ontsluiten van eigen, eerdere emoties) mobiliseren ten behoeve van de patiënt. Empathisch, met hart en ziel inleven in de patiënt gaat via de weg van verkennen van het eigen innerlijk gevoelsleven.[150]

149 Zie 1.6.1.

150 Zie 1.6.2.

7.4.2.4.2 Zorgethiek

In zorgethiek worden gemoedsbewegingen en emoties onderscheiden (ik heb dat onderscheid niet doorgevoerd). Wezenlijk is dat gemoedsbewegingen (zoals de fysieke, innerlijke, geraaktheid van de Barmhartige Samaritaan in de gelijkenis) van buítenaf komen en een mens treffen én ontregelen.[151] Het overkomt een mens souverein. De gewaarwording van de lijdende ander roept medelijden, sympathie op wat tot barmhartig handelen dringt.[152]

151 Zie 5.5 en 6.4.3.

152 Zie 3.2.4, 5.2.2.2, 5.3.2.1 en 5.4.3.

Concrete morele zorgsituaties zijn complex, gelaagd, meerduidig en vaak niet oplosbaar.[153] Goed en kwaad zijn niet zomaar te onderscheiden; ze liggen ingesloten in een organisatie ((on)barmhartige structuren), een praktijk (regelgeving die tegelijk helpt en vernielt), in zorgend handelen (op korte termijn pijn, op lange termijn heil), of in personen (ondoorzichtig voor zichzelf en anderen en niet louter 'goed').[154] Elke morele waarde (empathie, compassie, aandacht, liefde *et cetera*) heeft de mogelijkheid tot ontsporingen in zich zoals teveel, te weinig of valse compassie.[155] Of ongegeneerde aandacht en grensoverschrijdende inventarisatie van het innerlijk van een ander.[156] Of annexatie van het binnenleven van een ander die zich in hulpeloosheid en ontreddering toevertrouwt aan een zorgverlener. Of onteigening van de moeiten van een ander door niet lotverbonden te blijven bijstaan, maar weg te maken, te verdoezelen. Het kan allemaal met 'de beste bedoelingen'. Vanuit een zorgethisch perspectief is er enig wantrouwen ten aanzien van goede bedoelingen en intenties. Die komen teveel van buitenaf de zorgsituatie binnen in plaats van dat ín de betrekking wordt opgediept wat de nood is en wat goede zorg dan inhoudt. Menslievend zorgen, de overkoepelende zorgvisie met als verbindende waarden menswaardigheid en medemenselijkheid, omvat alle (ook, maar niet alleen, emotionele) aspecten van liefde. De belangrijkste communicatie met patiënten in hun lijden is dat zij kostbare en geliefde mensen zijn die bijgestaan worden en niet verlaten.

153 Zie 3.4.4.3, 3.5.1, 3.6.5, 3.6.6, 5.2.1.3, 5.2.2, 6.3.2, 6.7.2 en 6.8 ▪4.

154 Zie 6.3.4.3, 6.7.3 en 6.8 ▪5.

155 Zie 1.7.2 ▪7, 5.2.2.2 en 5.5.4.

156 Zie 6.3.4.2.

De patiënt die lijdt is iemand die, hoe nabij anderen ook kunnen en willen zijn, in wezen teruggeworpen is op zichzelf. Hij weet zich afgezonderd van anderen (die gezond zijn) en eenzaam omdat geen mens hem kan begrijpen of helpen. Bijstaan betekent het uithouden bij de emoties van angst, verdriet, wanhoop en woede en daarbij zelf emotioneel raakbaar zijn en mee-lijden. Soms betekent dit het erkennen van het onverhelpbare en bittere dat niet weggaat.

Emoties hebben intelligentie, ethische waarde, ze informeren mensen over zich-

zelf.[157] Het gaat hierbij om bereflecteerde emoties die mensen doen weten wat ze belangrijk vinden, niet willen kwijtraken of wat ze vrezen. In confrontatie met patiënten komen die emoties veelvuldig voor. Patiënten en hun zorgverleners ondergaan die emoties. Ze informeren over wat een goed lijkt en nastrevenswaardig is of wat een kwaad lijkt dat gemeden moet worden. Uitsluitend koersen op emoties (sentimentalisme) is net zo onwenselijk als niet-raakbaar zijn. Met Ricoeur's samendenken van kwetsbaarheid en capabel zijn (verstaan als raakbaar mens zijn; verdriet, vreugde *et cetera* ervaren) wordt een andere weg gezocht dan louter rede of louter gevoel.

157 Zie 3.2.4, 3.6.5, 5.4.1.1 ▪4, 5.5.1, 5.6 ▪4, 6.4.1 en 6.8 ▪5.

7.4.2.5 Authenticiteit

Ik deze subparagraaf beschrijf ik eerst, net als in de vorige paragrafen, de authenticiteitinterpretatie van Lee en vanuit een zorgethisch perspectief. Daarna bereflecteer ik Lee's standpunt vanuit een zorgethisch perspectief dat in die zin een normatief buitenperspectief is.

Het gaat bij Lee over authentieke mensen, zorgverleners, die in contact komen met de patiënt en een band met hem scheppen. Authenticiteit heeft derhalve betrekking op personen in het zorgcontact.

7.4.2.5.1. Lee

Een authentiek persoon is iemand die echt, oprecht, ongeveinsd en geloofwaardig is.[158] Zorgpersoneel wordt geworven op empathisch talent en moet liefde voor mensen hebben en van betekenis willen zijn voor een ander.[159] Een belangrijke managementtaak is om dit talent te coachen en laten bloeien in zorgcontacten. In de context van werk-is-theater coacht de manager het acteertalent van de zorgverlener om de rol die gespeeld moet worden te optimaliseren. Een sleutelwoord bij authentiek-zijn is verbeeldingskracht. Verbeeldingskracht brengt de zorgverlener in contact met de eigen diepe innerlijke gevoelens en emoties. Door dit eigen gevoelscontact kan een zorgverlener empathisch meevoelen met de patiënt. Verbeeldingskracht is bovendien de motivatie- en inspiratiebron om de rol authentiek te kunnen blijven acteren.[160]

158 Zie 1.6.1.

159 Zie 1.5.3.

160 Zie 1.5.4.

Een authentiek acteur heeft een diepe innerlijke motivatie om de rol met hart en ziel te spelen en kan op elk gewenst moment in contact komen met alle aspecten van de eigen persoonlijkheid en gevoelens om een bepaald personage te acteren. Het 'zichzelf' inzetten in de rol bepaalt de 'echtheid'. Acteurs trainen het kunnen spelen van specifieke emoties door eigen ervaren emoties in herinnering te roepen (zintuiglijke keuze). Deze verbinding met de eigen diepe gevoelslaag zorgt ervoor dat de non verbale communicatie overeenstemt met de gevoelens die in een bepaalde scene opgeroepen moeten worden. Om de patiënt empathisch te kunnen bijstaan is de beweging naar binnen, naar het eigen innerlijk, allereerst nodig. Daar komt het juiste gevoel vandaan, de juiste emotie, die maakt dat de realiteit van de patiënt diep meegevoeld kan worden. In het contact met de eigen gevoelens zit de echtheid, de authenticiteit. Inleven in een ander gaat via de weg van het eigen gevoel.

De rol wordt een vanzelfsprekende gewoonte naarmate een mens meer getraind raakt in het verbinding maken met het eigen gevoelsleven en van daaruit de patiënt medegevoel en begrip doen ervaren.[161] Zorgen is dan eigen gevoelens en emoties aanwenden en leren gebruiken om de patiënt bewogenheid te doen ervaren. Verbeelding maakt empathisch, bewogen en authentiek. Op deze wijze blijft een zorgverlener vanuit een diep contact met het innerlijk gevoel ook geïnspireerd en gemotiveerd. Een belangrijke invalshoek om verbeeldingskracht te wekken is de vraag 'Hoe zou ik mij voelen als mij dit overkwam (of dierbaar ander)?'[162]

Bij het spelen van de eigen rol in het ziekenhuis is de gewenste uitkomst bepalend voor wat de spelers moeten inzetten.[163]

161 Zie 1.6.1.

162 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen*, Reed Business, Amsterdam, 2009, p. 151.

163 Zie 1.5.2.

Dit zijn de belangrijke punten waarop de manager zijn acteurs coacht. Spelers moeten hun eigen gedrag nauwgezet analyseren, exact paraat hebben wat de patiënt moet weten en voelen (script) en wat gezegd moet worden om een onvergetelijke indruk te maken (perceptiecreatie). Vanuit het eigen diepe *commitment* aan publiek, medespelers, de regisseur en het script (zelf aan meegeschreven) speelt de zorgverlener zijn authentieke rol op een gelijkmatig hoog niveau. Het organisatiedoel (ultieme ervaring en loyaliteit creëren) is leidend voor de performance van zorgpersoneel. Eigen gevoelens mogen de rol en het niveau van de performance niet verstoren; een geoefend acteur blijft vriendelijk en inlevend, wat er ook gebeurt.

7.4.2.5.2 Zorgethiek

Authentiek mens zijn staat in de morele context van deugdelijk handelen (een moreel goed mens zijn derhalve). Deugden zijn lange termijn houdingen waarin (het nastreven van) bepaalde ethische waarden eigen zijn geworden.

Een authentiek zorgverlener start vanuit ónbepaaldheid van het handelen.[164] Vanuit particuliere situaties wordt (procesmatig) inzicht ontwikkeld dat leidt tot passend handelen of nalaten van handelen. Passend wil zeggen dat de juiste morele keuze wordt gemaakt.[165] Ontvankelijkheid en verbeeldingskracht zijn daarbij nodig, verstand en emotie informeren beide, om te komen tot een weloverwogenheid die geheel gericht is op 'het goede' voor de ander. Een mens is authentiek als hij op deze wijze praktisch wijs is. In de intuïtieve perceptie van complete en complexe situaties (wat zorgsituatie vaak zijn) ontstaat gaandeweg ethische kennis en ervaring die praktische wijsheid voedt. Diep besef van meerduidigheid, het multiperspectivische, het onbeheersbare, onmacht, onkenbaarheid, het unieke specifieke, onherhaalbaarheid, maken deel uit van praktische kennis.[166] Waar gepoogd wordt toeval uit het leven te bannen, is er het risico dat authentiek menselijke dingen verloren gaan. Menselijke kwetsbaarheid is op een bepaalde manier een noodzakelijke voorwaarde voor authentiek goede dingen (zoals liefde en vriendschap).[167]

Authentiek iemand die in nood is bijstaan, een patiënt, betekent een raakbaar mens zijn. Een zorgverlener wordt van buitenaf, premoreel en prerationeel, getroffen door het leed van een medemens.[168] Dit geraakt worden geeft een innerlijke ontregeling en ontzetting die een mens meesleept en wegtrekt van de eigen ik-focus. Hierin ligt de oorsprong van *sumpatein* en erbarmen. In dit geraakt worden, inleven en komen tot barmhartigheid appelleert de lijdende ander aan het eigen bestaan, de zingevings- en bestaansvragen en de eigen menselijke broosheid van de zorgverlener.[169] Barmhartigheid en onbaatzuchtigheid zijn zorgethische kernwoorden die in een context staan van lotgenootschap en *do quia mihi datum est*.[170]

In en door de confrontatie met de gekwetste ander leert een mens zichzelf kennen en wórdt hij een authentiek mens. Relationaliteit (dialogisch) is dus funderend voor (identiteitvorming en) authenticiteit. Een mens heeft geen innerlijke kern (essentialisme) die opengelegd kan worden en geraadpleegd op gevoelsniveau. Mens-wording en een-zelf-worden komt (het vermeende 'zelf' onttronend) van buitenaf en niet van binnenuit.[171]

Verlies van controle, zelfverlies en geraaktheid horen bij mens-zijn en zorgen. Zorgverleners veranderen in hun arbeid door de inzichten die lijdende patiënten hen over zichzelf geven. Bij authenticiteit past besef van eerbied voor lichaam en ziel van de ander. Eerbied voor het lichaam dat het 'werkmateriaal' is van de dokter en de verpleegkundige. Maar *travail sur l'autrui* raakt ook de ziel. *The body is that part of the soul which can be seen*.[172] Authenticiteit heeft de inhoud van verstandigheid waar handelen en interveniëren aan de orde is samen met het zich verhouden tot veelal onbeheersbare dingen in het leven en zorgen.

164 Zie 3.4.3, 3.4.4.1, 3.6.6, 3.6.7 en 6.8 ▪1.

165 Zie 3.5.2 en 6.4.

166 Zie 3.4.3en 3.6.6.

167 Zie 3.5.1 ▪4.

168 Zie 5.3.1.3, 5.5, 5.5.5.

169 Zie de Griekse tragedies in hoofdstuk 3, 5.5.4 en 6.3.2.

170 Zie 5.3.2.3 en 6.1.2.

171 Zie 5.3.2.1, 5.4.3 en 6.4.3.

172 Zie het citaat van William Blake voorafgaand aan hoofdstuk 5.

7.4.2.6 Zorgethische reflectie op authenticiteit binnen de context van de beleveniseconomie

Lee's authenticiteitconcept staat in de context van de beleveniseconomie. Daar geldt dat de kern van een rol spelen echt-doen-alsof is; het magische alsof. Het is dit acteren zelf dat uiteindelijk het verschil maakt tussen gedenkwaardige belevenissen (klantenbinding) en gewone menselijke handelingen.[173] Vanuit een zorgethisch perspectief zijn dergelijke 'gewone menselijke handelingen' binnen zorgpraktijken alledaags en niet spectaculair maar wel betekenisvol. De klantenbindingdrang veroorzaakt de 'noodzaak' tot spektakel en onderscheiden van concurrenten. Exceptioneel beleven en memorabele belevenissen opdoen is niet zorginhoudelijk maar belevenismarkt gedreven ingegeven. Goede zorg is vanuit een zorgethisch perspectief 'goed genoeg'.

Gilmore en Pine zeggen over de authenticiteitbehoefte bij mensen dat de als onecht ervaren wereld (mede gecreëerd door de beleveniseconomie) mensen tot het besef brengt dat het hen ontbreekt aan zinvolle en betekenisvolle belevenissen.[174] Aan dit klantverlangen móeten zij tegemoet komen; een belevenisaanbod-reactie op betekenisverlangen en innerlijke leegte zoals Schulze al in 1995 somber voorzag.[175] De uitdaging voor een ondernemer is, zo stellen Gilmore en Pine, om exact en tot in detail na te gaan hoe de eigen klanten het (belevenis)aanbod als écht (authentiek) zullen ervaren.[176] Acteren als bezigheid is per definitie niet authentiek, stellen de beide marketeers; het gaat er om dat het authentiek óverkomt bij de klant.[177] Het 'nep-echt' aanbod (bij Lee de zorgverlener, de zorgrelatie) moet met authenticiteit gemodelleerd worden, zodanig dat klanten er in wíllen geloven.[178] Gilmore en Pine onderstrepen hoe belangrijk het is om bij klanten 'geloof' te creëren. Zeker in branches waar de 'echt-echt' matrix aan de orde is, zoals ziekenhuizen, luistert het uiterst nauw.[179] De inrichting van de omgeving van de klant en de strikte, geregisseerde, consistente performance van de (tussen)leverancier moeten die geloofsbereidheid vasthouden en vergroten. '*Be your word*' en '*Walk the talk*'[180] staan in déze context van geloofs-overtuigen van de klant en gaan niet over de morele waarde 'trouw-zijn'. Bij de ziekenhuisklant is die geloofsbereidheid op voorhand groot, gezien de noodsituatie van fysieke en emotionele gekwetstheid. Schulze spreekt over de noodzaak (voor producenten van belevenissen) om een binnengeoriënteerde motivatie van de productie met de klant te communiceren.[181] Hij wijst er op dat de emotioneel behoeftige klant graag via (auto)suggestie in die waan verkeert en dat dit op de belevenismarkt 'rationeel' is.[182] Lee's patiënt wíl geloven dat iedereen in het ziekenhuis écht met hem begaan is. Als mensen geloven dat iets echt is (fenomenologisch als authentiek waargenomen) terwijl het ontologisch nep is, is de perceptie goed beïnvloed. Lee's ambulancevoorbeeld wordt hiermee verklaard.[183] Hier geldt het aloude sociologische Thomas-theorema:[184]

> 'If men define situations as real, they are real in their consequences'.[185]

De interpretatie van de werkelijkheid is niet objectief maar heeft wel objectieve, reële gevolgen (de subjectieve ervaring doet ernaar handelen). Deze interpretatie- en definitie visie is interessant in verband met Lee's 'indruktheorie' die Schulze 'zwak' noemt. Het Thomas-theorema kritiseert het behaviorisme dat uitgaat van situatie *stimuli* die gewenste vormen van gedrag teweegbrengen (Lee's omgevingsfactoren, scripts en acteurs). Schulze wijst, evenals Gilmore en Pine, op het moeilijk stuurbare en creëerbare van belevenissen die zich ín iemand afspelen waarbij eigen interpretaties en niet-situationele factoren een belangrijke rol spelen. Lee onderschat ernstig wat Schulze het 'innerlijk situatiemanagement' noemt dat om vele redenen (aldus Schulze) nogal eens faalt.[186]

Schulze heeft benoemd dat de belevenismarkt geen boodschap heeft aan terughoudendheid bij kwetsbaarheid van klanten door angst, verslaving en geloofsbereidheid.

173 Zie 2.3.2.

174 Zie 2.5.2 ▪5.

175 Zie 2.6 ▪9 en 4.4.4.1.

176 Zie 2.1.2.

177 J.H. Gilmore - B. Pine, Authenticiteit: *Wat consumenten écht willen*, Academic Service, Den Haag, 2008, p. 159.

178 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 121.

179 Zie 4.4.1.2.

180 Zie 1.5.1.

181 Zie 7.2.2.

182 Zie 4.4.1.1.

183 Zie 1.4.3.

184 Met dank aan Peter Steijn die mij hierop wees.

185 William Thomas is een Amerikaans socioloog die deze uitspraak in 1928 deed.

186 Zie 4.3.4.

Deze mensen vormen juist een grote, verregaand te exploiteren markt.
Er is, vanuit de belevenismarkt-rationaliteit geredeneerd, alles aan gelegen om authentieke betrokkenheid met emotioneel behoeftige mensen te communiceren. Hoe meer angst en zin- en betekenisleegte, des te groter de winstkansen en het openleggen van nieuwe markten. Klanten zijn immers vrije, zelfkiezende mensen? Hier vermengen zich marktrationaliteit en neoliberaal denken; de belevenisleveranciers beroepen zich daarop.[187]

187 Zie 2.5.1.2.

Het European Center for the *Experience economy* timmert flink aan de weg van immateriële waardecreatie en nieuwe verdienmodellen in de zorgsector in Nederland.[188] In de zorgsector moet het woord nep beslist vermeden worden, zo weet ook directeur Boswijk. Elders kan gesproken worden over 'fauxthentiek', een grap met 'faux' van Gilmore en Pine, wanneer overduidelijk (en ook met de klant gecommuniceerd) is dat het gaat om 'nep-nep'.[189] Er zijn echter situaties waarin volstrekte oprechtheid en betrokkenheid gecommuniceerd en gecreëerd moet worden en het ziekenhuis is zo'n situatie.[190]

188 Zie commentaar in hoofdstuk 2; het samengevat economisch perspectief ▪9.

189 Zie 2.5.3.

190 J.H. Gilmore - B. Pine, 2008, p. 119 en 2.5.3.

In het binnenperspectief van de belevenismarkt is 'authentiek' wat als zodanig erváren wordt. Lee's ambulance voorbeeld illustreert fauxthenticiteit die moet doorgaan voor authentiek een mens in nood bijstaan.[191]

191 Zie 1.4.3.

Lee benut een laatmodern mensbeeld (evenals Gilmore en Pine), verbonden met een Romantisch authenticiteitbegrip waarin het eigen creatieve innerlijke gevoelsleven centraal staat.[192] Bij de laatmoderniteit hoort ook het Disney-gelukbeleven discours.

192 Zie 3.6.7.

Lee's authentieke zorgverlener verandert niet in confrontatie met de patiënt. Voor een consistente performance is een vorm van ónraakbaarheid wenselijk.[193] Hoewel Lee voortdurend intense bewogenheid met en betrokkenheid op de patiënt in zijn boek centraal stelt, zijn in zijn zorgrelatie binnen het theaterbusinessmodel gescheidenheid en asymmetrie de realiteit.

193 Zie 1.4.2 (*front office* totaalmanagement) 2.3,1 ▪3 en 6.3.4.3 (de zorgrelatie als interventie in de orde van het maken).

Dit toont complexiteit en tegenstrijdigheid in zijn boek. Wie zich werkelijk met hart en ziel wijdt aan het bijstaan van anderen, wórdt kwetsbaar en raakbaar omdat die betrokkenheid verbinding met het eigen leven inhoudt. Met de verwisseling van rollen in Lee's theater is deze tegenstrijdigheid al aan het licht gekomen. De zorgverlener beïnvloedt bij Lee de perceptie van de patiënt terwijl in het tragedietheater de aanvangssituatie omgekeerd is. Het lijden van de patiënt is leidend voor raakbaarheid, ontreddering, angst en medelijden en lotgenootschap in bekommerd bijstaan. Lee gaat daar in zijn businessmodel niet op in terwijl dit in zijn praktijkvoorbeelden wel speelt. In de theatercontext zegt hij: '*The show must go on*'.[194] Onaangename indrukken moeten koste wat kost vermeden worden. In Lee's wereld maken gelukkige mensen (zorgverleners/acteurs) andere mensen gelukkig (patiënten), maar ze moeten dan wel een consistent gelukkigheidsniveau houden.[195] Broosheid en contingentie zijn geen prettige thema's; het past ook niet in een maakbaar, stuurbaar, geregisseerd en gecontroleerd ziekenhuis. De empathie die langs het eigen innerlijk gevoelsleven moet gaan voordat de realiteit van de patiënt bevat kan worden doet vreemd aan. Roept het zien van een patiënt die hartverscheurend worstelt met de ellende die hem treft geen ontreddering, empathie en erbarmen op? In de praktijkvoorbeelden wel, in het businessmodel niet.

194 Zie 1.5.2 en J.H. Gilmore - B. Pine, *De belevenis-economie: Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium*, Academic Service, Den Haag, 2000, hoofdstuk 3 met als titel *The show must go on*..

195 Zie 1.5.3.

Acteurs kunnen misschien een louter goedwillend personage spelen, in werkelijkheid bestaan zulke mensen niet. In de geleefde ziekenhuisrealiteit zijn mensen veel ondoorzichtiger en vermengen zich goed en kwaad, vaak onontkoombaar, in mensen (zorgverleners, patiënten), zorghandelingen, processen en organisatiestructuren. De zo gewenste harmonie, het oplossen van de problemen, het komen tot een conflictloze synthese, is een vorm van laatmodern denken. De prijs ervan is verlies van rijkdom aan waarden wat zichtbaar wordt in Lee's onderschikking van álle

waarden onder de nutsgeoriënteerde hoofdwaarde 'beleven'.[196]
Zorgen reduceren tot een patiënt aan een gecreëerde belevenis helpen is vanuit een buitenperspectief (zorgethiek is zo'n moreel buitenspectief) een vorm van interventionisme en onteigening. Dat geldt voor zowel de zorgverlener als de zorgontvanger. Vanuit een zorgethisch perspectief wordt hen beiden menswaardigheid onthouden.[197]
Met de verproducting van zorg in de theatercontext met de Disney-filosofische principes vindt de vreemde reductie plaats die wringt met de praktijkvoorbeelden. Er is ook een andersoortige 'context' (dan de beleveniseconomie context) die relevant is, namelijk die van de hedendaagse ziekenhuiszorgsituatie in Nederland. Van Heijst kritiseerde in 2005 de medisch-technische focus en fabrieksmatig aandoende, vaak onpersoonlijke, afstandelijke zorg. Ze pleitte voor een kwalitatieve omslag en oog voor de patiënt en voor ontkomen aan wat zij een mechanistische mensvisie noemde.[198] Daarin is het een en ander ten goede veranderd maar nog niet zodanig dat de patiënt-ervaring van een fabrieksmatige bejegening verdwenen is. In die context komt Lee's warme, liefdevolle, gestroomlijnde concept als geroepen. Lee lijkt oog voor de patiënt te hebben maar ondanks alle gecommuniceerde compassie is zijn mensbeeld mechanistisch. Een mens is een sociaal instrumenteel te 'bewerken' object voor een gewenst resultaat.
Van Heijst en Vosman benadrukken in 2010 het belang van kwalitatief, narratief vernemen van patiënten zelf wat zij ervaren in hun ziek-zijn en in de wijze hoe er (al dan niet) voor hen gezorgd wordt.[199] Lee zet voluit in op kwalitatief, narratief vernemen wat mensen als belangrijk ervaren in de zorg maar dat dient de optimale belevenisproduct leverantie die klantloyaal maakt. Het gaat niet om verkennen wat moreel relevant is in het verhaal van mensen.[200] Disney en zijn uitbater-volgelingen nemen mensen mee in een verhaal en léveren hen een memorabel verhaal.[201]
Van Heijst en Vosman roepen de manager op om een buffer te vormen in de organisatie en bij alles wat zich aandient de vraag te stellen 'Dient dit het primaire zorgproces?' Lee's kundige manager weerstaat alle organisatorische druk en stelt de werkvloer vrij zodat 'de vertrouwensrelatie' alle ruimte lijkt te krijgen. Maar het betreft geen zorgproces, geen betrekking, het is een klant-leverancier model waarin sociaal instrumenteel bemiddelde aandacht, tijd en liefde moet leiden tot dé belevenis en daarmee klantbinding en daarin succes ten opzichte van de concurrentie.
Wat patiënten ervaren, welke perceptie zij opdoen, hoe de hele ziekenhuisomgeving daarop van invloed is, is allemaal zonder enige twijfel van belang. Vertrouwen, medeleven, aandacht, bekommernis, compassie; het zijn zorgethisch belangrijke concepten in de zorgbetrekking. Het (kwalitatief, narratief vernemen wat de patiënt doormaakt), is voor zorgethiek een belangrijk thema. Maar 'belevenis-creatie' op 'waarheidsmomenten' om gedenkwaardige herinneringen te creëren die binding aan het ziekenhuis veroorzaken, is niet hetzelfde als goede zorg ontvangen vanuit een zorgethisch perspectief. Aandacht voor de emoties van de patiënt is een (belangrijk) aspect van zorgen maar niet een zorgomvattende beschrijving. Onder het vriendelijk aanschijn van compassievolle zorg door authentieke zorgverleners gaat sociaal-instrumentele totaalbeheersing schuil, die Lee van de belevenismarketeers en van Disney heeft geleerd.
Alleen een normatief buitenperspectief kan het illusionaire nep van de belevenismarkt doorprikken. Uiteindelijk is het eigen normatieve standpunt, het mens- en wereldbeeld, de visie op het goede leven, doorslaggevend voor een evaluatie van de belevenismarkt waarvan Lee's ziekenhuisconcept deel uitmaakt.
Aan het slot van deze thesis wil ik Van Heijst's cultuurkritiek aanscherpen en een kritisch standpunt innemen ten aanzien van de beleveniseconomie en Lee's zorgconcept daarbinnen.[202] Met de beleveniseconomie is een wezenlijk andere situatie

196 Zie 3.2.2.3 en 4.6.3 ▪h.

197 Zie 6.4.1.

198 Zie 6.1.2.

199 Zie 6.6.5.

200 Zie 3.6 en 6.3.3 ▪2.

201 Zie 1.3.2, 2 Inleiding, 2.3.1, 2.3.2 en 4.6.1 g.

202 Van Heijst's cultuurkritiek, zie 6.1.2.

ontstaan dan in de economie tot dan toe (die vanuit een zorgethisch perspectief ook al discutabel was). Wat vroeger gratis was, kost voortaan geld. Het innerlijk leven van mensen, het meest kwetsbare, wordt ongegeneerd gemanipuleerd en geëxploiteerd onder illusiecreatie van liefdevolle bijstand. In de beleveniseconomie vindt annexatie en absorptie plaats van (onder meer) filosofische, ethische en levensbeschouwelijke domeinen en derhalve óók van zorgethiek. Deze domeinen worden benut, uitgebaat en beheerst bínnen de beleveniseconomie om de erin herkende 'waarden' als 'waren' in gereduceerde productvorm op de belevenismarkt te verhandelen. De terminologie lijkt sprekend op zorgethische taal.[202] De betekenissen zijn echter versleuteld; morele waarden verkleuren in de beleveniseconomie. Nieuwe 'rijke' belevenismarkten dienen zich aan; de klant snakt naar zin en betekenis en de belevenismarketeers gaan 'dienstig', aan het vernomen en te creëren klantverlangen, 'leveren'. Menselijke kwetsbaarheid (bij ziekte eens te meer zichtbaar), innerlijke leegte en bestaansangst zijn márkt.

Vanuit een zorgethisch perspectief is beleveniseconomie-gestuurd zorgen onverenigbaar met een zorgethische visie op zorgen.

Het belevenismarkt-vereconomiseren van diep menselijke verlangens naar goed leven, ertoe doen, gezien worden, menslievend en zorgzaam bijgestaan worden, liefde en vriendschap, relaties met mensen, vertrouwenvolle omgang, kan alleen maar krachtig gekritiseerd worden. Zorgethiek moet zich veel scherper tot deze laatmoderne realiteiten gaan verhouden dan tot nu toe het geval is.

Ik beschouw deze thesis als een beginnende verkenning en kritisering van de beleveniseconomie en het belevenis-vereconomiseren van de zorgsector.

203 Vanwege de zorgethisch aandoende taal moet wellicht ook het zorgethisch zoekmodel van Andries Baart uitgebreid worden met een (macro)context beschrijving van zorgethische menslievende zorg, onderscheiden van commerciële 'menslievende zorg'. Louter afgaan op de taal volstaat niet.

SAMENVATTING

Bij patiënten in het ziekenhuis kan door onverschilligheid of onachtzaamheid voor wat zij doormaken leed toegevoegd worden aan bestaand leed. Zorgethica Annelies van Heijst pleit in 2005 voor menslievende zorg waarin menswaardigheid en medemenselijkheid centraal staan. De context van een medisch-technische benadering van de patiënt als object van interventies, toenemende specialisatie en een professionaliteitopvatting van afstandelijke bejegening, noopt daartoe.
Sindsdien is marktdenken in de zorg in Nederland ingevoerd, zijn *service excellence* programma's geïntroduceerd die de specifieke ziekenhuisklant centraal stellen en wordt meer dan voorheen aandacht geschonken aan de beleving van de patiënt.
Tegelijkertijd verkeert het Nederlandse zorgen in zwaar weer vanwege de groeiende zorgconsumptie, onbeheersbare kostenstijging en toenemend tekort aan zorgend personeel.
Anno 2013 kan daar nog de economische crisis aan toegevoegd worden die de financieringsthematiek nog prangender maakt.

De Amerikaan Fred Lee motiveert en inspireert met zijn theaterbusinessconcept, gericht op positieve genezingservaringen van patiënten, tal van managers en zorgverleners in Amerika en inmiddels ook in Nederland. Zijn boek *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9½ dingen die u anders zou doen*, is in 2004 in Amerika en in 2009 in Nederland verschenen. Lee is ervaren in ziekenhuismanagement, heeft in Disney World gewerkt evenals bij Disney University voor *quality service for the heathcare industry.*
Hij stelt de patiëntbeleving centraal en ordent de ziekenhuisorganisatie om de patiënt heen.
Een belangrijke vraag is voor hem hoe een ziekenhuis in de harde concurrentiestrijd een goede positie op de markt kan krijgen en behouden.
In het boek *De beleveniseconomie*, van de marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine, ontdekt hij hoe hun werk-is-theater concept -ontleend aan Disney- ook voor het ziekenhuis relevant is. De perceptie van de klant, hoe de zorg ervaren wordt, blijkt bepalend voor klantenbinding. De patiënt wil authentieke, bewogen, empathische zorgverlening ervaren en dat moet leidend zijn voor de inrichting van de ziekenhuiszorg. Lee herkent een ziekenhuis als een theater*setting* waarin zorgverleners acteren en een bepaalde indruk maken op de patiënt. Wanneer de performance van zorgverleners kundig geregisseerd wordt, doet de patiënt een positieve genezingservaring op die hem loyaal maakt.
In deze thesis zoek ik naar de inhoud van de authentieke bijstand in de zorgrelatie in Lee's zorgconcept om deze inhoud te vergelijken met authenticiteit vanuit een zorgethisch perspectief.
Met een brede benadering van de thematiek verken ik eerst de context van de beleveniseconomie in het werk van Gilmore en Pine. Die context maakt commerciële markteigen doelen zichtbaar waarbij de vraag speelt of en in hoeverre zorgverlenen eigen principes en doelen kent die moeilijk of niet verenigbaar zijn met commerciedoelen.

Zorgverlening als drama theater benoemen, zoals Lee doet, leidt tot een dieper onderzoeken van tragedietheater in de Griekse oudheid. Martha Nussbaum heeft dit relevant opgelegd voor hedendaagse mensen. Daarbij valt de politiek-morele

context van het Griekse theater op evenals de belangrijke rol van ken-kracht van emoties die het publiek tot *katharsis* brengen. Het goede leven kan zomaar door tragiek ondermijnd worden. Het tragisch lot van de spelers geeft inzicht in gedeelde menselijke kwetsbaarheid en wat 'goed handelen' dan inhoudt. Vanuit Nussbaum's werk wordt zichtbaar dat Lee een ándere theaterinhoud in het ziekenhuis voor ogen heeft dan de actuele relevantie van het Griekse theater die zij beschrijft.
De cultuursocioloog Gerhard Schulze heeft het ontstaan van de belevenis-maatschappij (in Duitsland) retrospectief onderzocht en komt daarbij tot cultuur-kritische bevindingen aangaande de dynamiek van de belevenismarkt. Zijn werk geeft een helder inzicht in de verschillende rationaliteiten van de belevenisvragers en belevenisaanbieders en de gevolgen daarvan op persoonlijk en maatschap-pelijk niveau. Zijn analyse toont onderliggende menselijke verlangens naar zin en betekenis in een tijd waarin óverleven voor westerse mensen niet meer hoofd-doel van het bestaan is. De levensopgave van nu is een goed, mooi en zinvol leven creëren en ervaren waarbij de vraag is of het commercieel belevenisaanbod daarbij past.
Vanuit twee zorgethische perspectieven worden fundamentele vragen gesteld, onder meer over het specifieke doeleinde van het instituut gezondheidszorg en daarmee verbonden de inhoud van goede zorg in de zorgbetrekking. Het eerste perspectief is van Frits de Lange, het tweede omvat een min of meer gezamenlijk zorgethisch perspectief van Annelies van Heijst, Frans Vosman en Joan Tronto.
Het instituut gezondheidszorg heeft een ethische grondslag; mensen dragen zorg voor elkaar om humanitaire redenen. Veel problemen in het hedendaagse zorgen, hebben te maken met de afbrokkeling van het instituut gezondheidszorg door doeleinde-verlies (zorgvervreemding). Zorgethici omschrijven het doeleinde als 'menslievende zorg'. Doeleinde-verlies hangt samen met marktdenken dat in de zorg geïntroduceerd is, toenemende systemisering en dominantie van het neoliberale denken. Dit denken focust op autonomie, keuzevrijheid, gelijkheid van mensen en maakbaarheid van het leven. Deze vooronderstellingen staan alle op gespannen voet met de realiteit van een patiënt die afhankelijk, onvrij, ongelijk aan 'gezonden' en getroffen door wat hij niet-wilde in het ziekenhuis belandt. Kwetsbaarheid maakt deel uit van de menselijke conditie en is met controle- en beheersingsdenken en (medisch-technisch) interveniëren niet uit te bannen.
De zorgethische perspectieven zijn kritisch ten opzichte van vermarkten van zorg dat ingevoerd is om problemen van bekostiging en bemensing, waarop het politieke debat gefocust is, op te lossen.
In die context biedt Lee zijn commercieel theaterbusinessconcept aan als een win-win concept. De patiënt staat hierin centraal, zorgverleners kunnen empathisch zorgen en kwalitatieve evaluaties van de zorg brengen de klanttevredenheid in beeld. Slechte zorgaanbieders prijzen zichzelf uit de markt, zo is de marktfilosofie.
Na de verkenning van Lee's theaterbusinessconcept vanuit verschillende perspec-tieven wordt aan het slot van de thesis de som opgemaakt. Lee's zorgconcept, in de context van de beleveniseconomie en authenticiteit in de zorgrelatie, komt onder kritiek te staan. Binnen de beleveniseconomie worden morele waarden versleu-teld tot 'waren'. Oermenselijke verlangens naar menslievendheid en zorgzaamheid worden in marktaanbod omgeduid en verschraald tot producten die weliswaar tot zeer tevreden klanten kunnen leiden maar geen goede zorg inhouden. Vanuit een zorgethisch perspectief wordt op de belevenismarkt en in een bedrijfsmatig gerund belevenis-georiënteerd ziekenhuis het binnenleven van kwetsbare zieke mensen met sociaal instrumentele middelen beheerst, gemanipuleerd en geëxploiteerd voor commerciële doeleinden.
'Wat vroeger gratis was, kost voortaan geld', is de leus van Gilmore en Pine. Van marktwerking in de zorg is geen kostenbeheersing of -reductie te verwachten en tot goede zorg leidt het evenmin.

LITERATUUR

A. Goossensen, A. Baart, Kwaliteit van zorg 2.0: Menslievende, presente en zorgzame zorg. In: Kwaliteit in zorg 6, p. 4-7.

J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, G.F. Callenbach bv., Nijkerk

J.H. Gilmore - B. Pine, *De beleveniseconomie: Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium,* Academic Service, Den Haag, 2000.

J.H. Gilmore - B. Pine, *Authenticiteit: Wat consumenten écht willen*, Academic Service, Den Haag, 2008.

A. van Heijst, *Liefdewerk: Een herwaardering van de caritas,* Verloren B.V., 2002.

A. van Heijst, *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, 2005.

A. van Heijst en F.J.H. Vosman, Managen van menslievende zorg, in M. Pijnenburg, C. Leget, B. Berden (eds.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit*, Damon, 2010, p. 11-39.

H.W.R. Kennedie, *Waarde, waardering, waardigheid; Hospitality care en de toekomst van de Nederlandse verpleeghuiszorg*. Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inus & Resorts, 2005.

F. de Lange, *De mythe van het voltooide leven:Over de oude dag van morgen*, Meinema Zoetermeer, 2007.

F. de Lange, *In andermans handen: Over flow en grenzen in de zorg*, 2011.

F. Lee, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen*, Reed Business, Amsterdam, 2009.

A. Mol, *De logica van het zorgen: Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Van Gennep, Amsterdam, 2006.

M. Nussbaum, *De breekbaarheid van het goede: Geluk en ethiek in de Griekse filosofie en literatuur,* Ambo/Anthos uitgevers, Amsterdam, 2012 (Rev. Ed.)

T. O'Brien, *A place of mercy: Finding God on the street*, Grand Rapids, Michigan, 2004.

M. J. Sandel, *Niet alles is te koop: De morele grenzen van marktwerking,* Ten Have, 2012.

G. Schulze, *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart,* Kampus Verlag GmbH, Frankfurt/Mainz, 2005.

J. C. Tronto, Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. In: *Ethics and social welfare*, volume 4, number 2. Routledge, july 2010, p. 158-171.

P. Verhaeghe, *Identiteit*, De Bezige Bij Amsterdam, 2012.

D. de Wachter, *Borderline Times: Het einde van de normaliteit*, Lannoo Campus Leuven, 2013.

F. Vosman, 2007, Beroepsethiek: een kwestie van gevoel? Wat je als bestuurder kunt doen voor compassie in de zorg. In: *Zin in Zorg. Tijdschrift van Reliëf over zorg, ethiek en levensbeschouwing* 2, p. 6.

M. Walzer, Spheres of Justice: *A Defense of Pluralism and Equality,* Basic Books, 1983.

www.arsflorat.nl *Platoon Verzameld Werk*, Stichting Ars Floreat, Amsterdam 2010.
Deel 1 *Phaedros* en *Symposion*
Deel 2 *Phaidoon*
Deel 5 *Gorgias*

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

1a De efficiëntie-hoffelijkheidsparadox

Efficiëntie van de afdeling staat voorop	**Hoffelijkheid & service** staan voorop
Interne focus	Externe focus
Territoriumgedrag	Ontvankelijkheid
Vechten om mensen en middelen	Mensen en middelen delen
Resulteert in algehele inefficiëntie	**Resulteert in algehele efficiëntie**

1b Belangrijkste factoren voor patiënttevredenheid

Press Ganey Associates: top tien van belangrijkste factoren voor patiënttevredenheid

Press, Ganey, Satisfaction Report, Augustus 2003

Schriftelijke enquêtevragen (totaal aantal vragen 48) die de hoogste correlatie vertonen met 'waarschijnlijk zal ik dit ziekenhuis aanbevelen'

1	Hoe goed het personeel als team samenwerkte om voor u te zorgen	7,9
2	Prettige, opgewekte sfeer in het ziekenhuis	7,4
3	Respons op uw ongerustheid/klachten die u tijdens uw verblijf had	6,8
4	Hoeveelheid aandacht voor uw persoonlijke, specifieke behoeften	6,5
5	Begrip van het personeel voor het ongemak dat een ziekenhuisopname met zich meebrengt	6,5
6	Hoe goed het verplegend personeel u op de hoogte hield	6,4
7	Moeite die het personeel nam om u te betrekken bij beslissingen over uw behandeling	6,4
8	Houding van het verplegend personeel ten opzichte van uw verzoeken	6,4
9	Kundigheid van het verplegend personeel	6,3
10	Vriendelijkheid van het verplegend personeel	6,2

Gallup: top zeven van belangrijkste factoren voor klanttevredenheid

The Gallup Organisation, 1999

Vragen van een telefonische enquête (totaal aantal vragen: 27) die de hoogste correlatie vertonen met 'over de hele linie tevreden'

1	Verplegend personeel speelde proactief op uw behoeften in	6,4
2	Personeel en afdelingen werkten samen als een team	6,4
3	Personeel was zorgzaam en vol medeleven	6,2
4	Personeel stelde u op de hoogte als een behandeling werd uitgesteld	6,1
5	Verplegend personeel legde u de werking van medicijnen, procedures en behandelingen uit	6,0
6	Verplegend personeel greep prompt in bij pijnklachten	6,0
7	Verplegend personeel reageerde binnen een redelijke termijn	6,0

1c Verbeteren van resultaten en perceptie

Resultaten	**Perceptie**
Concentreer je op teamverantwoordelijkheden	Concentreer je op individuele verantwoordelijkheden
Breng processen in kaart en bestudeer ze in detail	Handel op grond van informatie-doe het gewoon
Krijg inzicht in procesvariatie	Krijg inzicht in de perceptie van patiënten
Verbeter de vakkundigheid en vaardigheden van personeel	Verbeter gedrag en houding van personeel
Leg duidelijk uit wat mensen moeten doen	Leg duidelijk uit wat mensen moeten zeggen
Streef naar meetbare resultaten	Streef ernaar om indrukken te beïnvloeden
'Zero defect'-denken	'Zo goed mogelijk'-denken
Ban onverschilligheid uit	Ban ontlopen van verantwoordelijkheid uit

1d Drie verzorgingsniveaus

Correlatie tussen patiëntenzorg en -evaluatie

Personeelsmotivatie	**Performance**	**Patiëntenevaluatie**
Geïnspireerd	**Bewogenheid**	5 zeer tevreden
Verplicht	**Hoffelijkheid**	4 tevreden
In dienst genomen	**Vakbekwaamheid**	3 neutraal
Ontslagen		**1-2 ontevreden**

1e Lijst met bijvoeglijk naamwoorden ten aanzien van gedrag van personeel uit spontane schriftelijke reacties van patiënten

Bron: Lee's vrouw. Geen verdere gegevens bekend

Zorgzaam, zorgde voor, zorgde dat	33	Innemend	4	Hartelijk	1
Lief, liefde	25	Respect	5	Vrolijk	1
Hulp, behulpzaam	17	Beleefd	4	Grootmoedig	1
Bewogen, vol medeleven	16	Geduldig	4	Zachtheid	2
Troost, troostvol	14	Glimlachend	3	Sympathiek	1
Professioneel	10	Begripvol	3	Bemoedigend	1
Vriendelijk	9	Vakkundig	3	Vlug	4
Aandacht, opmerkzaam	8	Attent	3	Prompt	1
Bezorgd	7	Empathie	3	Gewetensvol	1
Luistert	5	Teder	3	Vakbekwaam	1
Liefdevol	4	Hoffelijk	1	Fijngevoelig	1
Houding t.o. patiënt tijdens bezoeken	4	Zacht	1	Geruststellend	1
Hardwerkend, efficiënt	1	Aardig	1	Onbaatzuchtig	1
Neemt de tijd	2	Toegewijd	1	Communicatief	1
		Opgewekt	1		

1f De hoogste tien scores van de bijvoeglijk naamwoorden uit 1e

1	Zorgzaam, zorgde voor, zorgde dat	(33)
2	Lief, liefde	(25)
3	Hulp, behulpzaam	(16)
	Bewogen, vol medeleven	(16)
5	Troost, troostvol	(14)
6	Professioneel	(10)
7	Vriendelijk	(9)
8	Aandacht, opmerkzaam	(8)
9	Bezorgd	(7)
10	Luistert	(5)

1g Lee's literatuurbronnen

Uitgezonderd de gemarkeerde publicaties gaan alle publicaties over management, economie en kwaliteitsonderzoek. Via de vermeldde paginanummers in Lee's boek is de context waarin de publicatie genoemd wordt, terug te vinden.

p. 12. *Compating for service*, 2002, Healthcare Advisory Board.

Report on service excellence, 1998, Healthcare Advisory Board.

p. 13. Florence Nightingale, Notes on nursing: *What it is and what it is not*. (1846) New York: D. Appleton-Century Company, 1946.

p. 14. Buckingham & Coffman, *First, break all the rules.*

p. 15. *The Disney Approach to Quality Service for the Healthcare Industry* (Disney University)

p. 21. Press Ganey, *Satisfaction Report*, Augustus 2003.

The Gallup Organisation, 1999.

p. 51. W. Edward Deming, *Out of the crisis*.

p. 65. Frederick F. Reichheld, *The loyalty effect: The hidden force behind growth, profits and lasting value*, Boston, Harvard Business School Press, 2001.

p. 80. Frederick F. Reichheld, *The one number you need to grow*, Harvard Business School Review, December 2003.

p. 105. Steve Brown, *13 fatal errors managers make and how to avoid them,* New York, Berkley Books, 1985.

p. 106. Peter M. Senge, *Leading learning organizations: the bold, the powerfull and the invisible,* in: Frances Hesselbein, Marshall Goldsmith, and Richard Beckhard (eds.) *The leader of the future: New Visions, Strategies, and Practices for the next era*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1996, pp. 42-44.

p. 118. B. Joseph Pine & James Gilmore, *The experience economy; work is theater & every business a stage,* Boston, Harvard Business School Press, 1999.

p. 121. Harold Clurman, *On directing,* New York, Simon & Schuster, 1997.

p. 126. Bob Thomas, Walt Disney, *An American original,* New York, Simon & Schuster, 1976.

p. 127. James C. Collins & Jerry I. Porras, *Build to last,* New York, Harper Collins Publishers, Inc.

p. 133. Eric Morris & Joan Hotchkis, *No acting please: 'Beyond the method' A revolutionary approach to acting and living*, Los Angeles, Ermor Enterprises Publishers, 1995.

p. 143. Marcus Buckingham & Curt Coffman, *First, break all the rules: What the world's greatest managers do differently,* New York, Simon & Schuster, 1999. (op p. 14 alleen in de tekst genoemd)

p. 125. Stephan R. Covey, *The seven habits of highly effective people: Restoring the character ethic*, New York, Simon & Schuster, 1989.

p. 161. James J. Londis, *Touching is believing,* in: The Adventist Review, 1 april 1993.

p. 163. Bob Thomas, *Walt Disney, An American original*, New Tork, Simon & Schuster, 1994. (Op p. 126 ook genoemd maar met publicatie-jaartal 1976)

p. 169. Michael Franz Basch, *Understanding Psychotherapy, The science behind the art*, New York, Harper Collins Publishers, 1988.

p. 173. Jim Collins, *Good to great*, New York, Harper Collins Publishers, 2001.

p. 177. Ray E. Brown, *Judgement in administration*, Chicago, Pluribus Press, 1982.

p. 183. Stephan R. Covey, *The seven habits of highly effective people: Restoring the character ethic*, New York, Simon & Schuster, 1990. (Op p. 125. ook genoemd maar met publicatiejaartal 1989)

p. 189. Edward E. Lawler, *From the ground up*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

p. 193. Edward Deming, *Out of the crisis.* (ook op p. 51 genoemd)

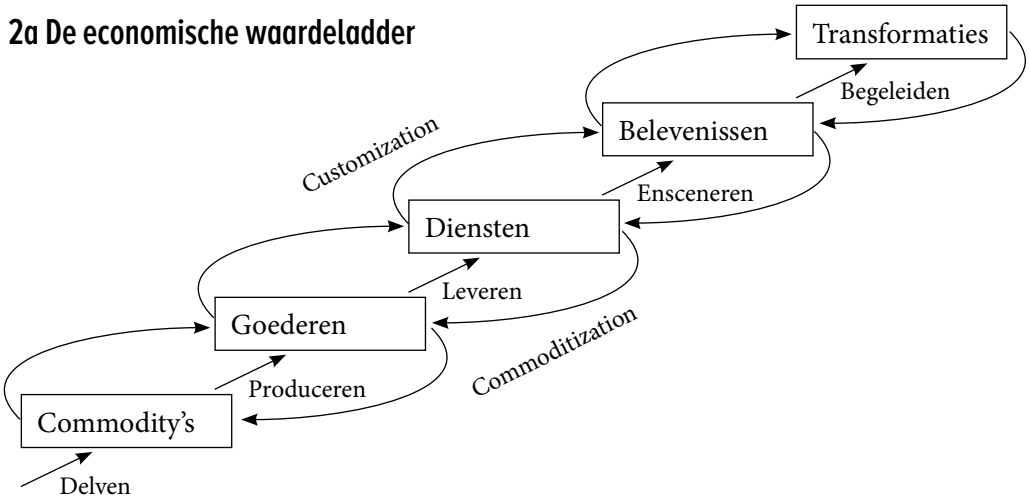
p. 194. W. Edward Deming, *Out of the crisis*, Cambridge, Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology, 1982. (twee keer eerder in de tekst genoemd inclusief titel, hier voluit)

p. 207. Jeffrey Pfeffer & Robert I. Sutton, *The knowing-Doing gap: How smart companies turn knowledge into action,* Boston, Harvard Business School, 2000.

p. 211. Peter Block, *The answer to how is yes*, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers, 2002.

BIJLAGE 2

2a De economische waardeladder



2b De domeinen van de belevenis

Absorptie

passief	Amusement	Leven
	Esthetiek	Ontsnapping

actief

Onderdompeling

2c Opeenvolgende imperatieven en gevoeligheden

Economische output	*commodities*	goederen	diensten	belevenissen
Zakelijke imperatieven	aanvoer	controle	verbetering	overbrengen
Consumenten-gevoeligheid	beschikbaarheid	kosten	kwaliteit	authenticiteit

2d De vijf maatschappelijke instituties

Maatschappelijke institutie	**Bestaansreden**	**Financieringsmethode**
Bedrijfsleven	Winst maken	Betalingen en vergoedingen
Onderwijs	Kennis verspreiden	Overheid en schoolgeld
Overheid	Burgers beschermen	Belastingen en heffingen
Liefdadigheid	Naasten helpen	Donaties en giften
Kerk	Woord verkondigen	Schenkingen en giften

2e Economische verschillen

Economisch aanbod	**Commodities**	**Goederen**	**Diensten**	**Belevenissen**	**Transformaties**
Economie	Agrarisch	Industrieel	Diensten	Belevenis	Transformatie
Economische functie	Oogsten/ delven	Maken	Leveren	Organiseren	Begeleiding
Aard van het aanbod	Inwisselbaar	Materieel/ tastbaar	Immaterieel/ niet-tastbaar	Gedenkwaardig	Doeltreffend
Sleutelkenmerk	Natuurlijk	Gestandaardiseerd	Maatwerk	Persoonlijk	Individueel
Leveringswijze	Opgeslagen in bulk	Stuksgewijze opgeslagen na productie	Op vraag gemaakt	Vertoond gedurende een periode	Blijvend
Verkoper	Handelaar	Fabrikant	Dienstverlener	Regisseur	Stimulator
Koper	Markt	Gebruiker	Cliënt	Gast	Kandidaat
Vraagfactoren	Kenmerken	Eigenschappen	Voordelen	Gewaarwordingen	Eigenschappen

2f Het nieuwe concurrentielandschap

	Commodities Het *materiaal* is het aanbod	**Goederen** Het *product* is het aanbod	**Diensten** Het *werk* is het aanbod	**Belevenissen** Het *evenement* is het aanbod	**Transformaties** Het *individu* is het aanbod
Oorsprong	Nieuwe *substanties* worden ontdekt	Nieuwe *vindingen* worden ontwikkeld	Nieuwe *procedures* worden bedacht	Nieuwe *scripts* worden geschreven	Nieuwe *doelstellingen* worden vastgesteld
Uitvoering	*Onttrekking* is de kernactiviteit van de handelaar	*Produceren* is de kernactiviteit van de fabrikant	*Levering* is de kernactiviteit van de dienstverlener	*Regisseren* is de kernactiviteit van de regisseur	*Begeleiding* is de kernactiviteit van de organisator
Correctie	Een *slechte winplaats* leidt tot verdere exploratie	Een *probleem* is aanleiding tot herstel van de fout	Een *reactie* leidt tot herstel van de fout	*Vergeten* zet aan tot verankering van de herinnering	Een *terugval* leidt tot grotere vastbeslotenheid
Toepassing	*Handel* vormt het contact met de markten	Een *transactie* vormt het contact met de gebruikers	Een *interactie* vormt het contact met de klanten	Een *ontmoeting* vormt het contact met de gasten	*Volhouden* vormt het contact met de kandidaten

BIJLAGE 3

3a Tragedierollen in schema

	Griekse tragedie	Lee's tragedie (omkering van spelers en publiek i.v.g. Griekse tragedie)	Consistente tragedie-rollen voor ziekenhuis-setting
Speler(s)	Door tuchè getroffen mens(en)	Verpleegkundige (en ieder individu dat met de patiënt in contact komt)	Door tuchè getroffen patiënten
Publiek	Atheense bevolking; gemeen-schappelijk en individueel	Patiënt; individueel en uniek	(Zorgend) personeel; gemeen-schappelijk en individueel
Doel(en)	-Perceptiebeïnvloeding van publiek -Angst en medeleven doen ervaren -Katharsis -Condition humaine: gedeelde kwetsbaarheid -Besef van wat er toe doet voor het goede leven -Passend handelen (deugdelijk en meelevend)	-Perceptiebeïnvloeding van patiënt -Bewogenheid en empathie doen ervaren met als doelen: fantastische belevenis opdoen en loyale klant worden -Bedrijfsgezondheid garan-deren -Marktpositie behouden en verstevigen	-Perceptiebeïnvloeding van personeel -Angst en medeleven doen ervaren -Katharsis -Condition humaine; gedeelde kwetsbaarheid -Besef van wat er toe doet voor het goede leven -Eerbied voor lijden en een-zaamheid van de door tuchè getroffen mens -In de zorgrelatie met die mens zoeken naar wat 'op het spel staat' in diens patiënt-zijn -Passend handelen (deugdelijk en meelevend in ambachtelijkheid)
Plaats emoties	-Emoties en gevoelens informe-ren mensen over bepaalde opvattingen van over de wereld (wat er kennelijk wel en niet toe doet respectievelijk wat op het spel staat) -Emoties vormen in die zin een te bereflecteren kennisbron voor 'het goede leven' -De gemeenschappelijk onder-vonden emoties worden zowel gemeenschappelijk als indivi-dueel bereflecteerd en 'verwerkt' -De emoties angst en medeleven informeren mensen over de gedeelde menselijke kwetsbare conditie en niet te beheersen kans op tuché -Uit emoties wordt gemeen-schappelijk, diep en duurzaam-procesmatig geleerd -In het handelen is een even-wicht tussen de informatieve waarde van emoties en ratio	-Emoties herkennen als informatief voor (nieuwe) klantbehoefte -een product maken dat emo-ties ('belevenis') stuurt -emoties van zorgend perso-neel herkennen als zorgin-trinsiek én benut-baar voor het product -klant faciliteren om emoties zo juist mogelijk 'op te doen' (belevenis creëren) -personeel faciliteren om klantbehoefte 'bewogenheid' en 'medeleven' te kunnen le-veren (acteervaardigheden en motivationele verbeeldings-kracht inzetten; eigen-inner-lijk georiënteerd) -waarden die emoties van klant beïnvloeden kunnen toegevoegd worden aan het (belevenis)product	Algemeen: zie kolom Griekse tragedie Specifiek voor ziekenhuis (illustratief enkele noties) -Reflexief normatief profes-sioneel handelen in brede context van 'het goede leven' en in particuliere afstemming (procesmatig) met de patiënt -Gezamenlijk diep leren uit (vaak emotioneel zeer heftige) zorgpraktijken -Emoties informeren maar zijn niet 'leidend' -Vakkundig handelen en compassievolle zorg zijn niet te scheiden; 'waarden' kunnen niet 'toegevoegd' worden aan het ambacht

3b Het ontstaan van Lee's theaterbusinessconcept

1	Breed vernemen vanuit concrete zorgpraktijkvoorbeelden en uit onderzoek naar wat patiënten het allerbelangrijkst vinden in het ziekenhuis vanuit 'Wat wil onze klant?'	Analyse van voorbeelden vanuit de vragen: 1. Wat vinden patiënten het belangrijkst? 2. Op grond waarvan ontstaat klantenbinding? 3. Wat vindt zorgpersoneel belangrijk? 4. Welk product vervult patiëntwens, maakt hen loyaal en is wat zorgpersoneel wil? 5. Wat moet in de organisatie veranderen om de juiste bedrijfscultuur te creëren?	Ad 1: a. Uit concrete zorgpraktijk-verhalen (van Lee zelf, zijn vrouw, collega's)[1] b. Uit tevredenheidsonderzoeken (zie bijlage 1.b.) c. Uit documenten van Lee's vrouw (zie bijlage 1.e.) d. Daarnaast ook bedrijfscontext-gerelateerde verhalen die bijvoorbeeld *service excellence* illustreren Ad 2: a. In huis hebben wat de klant wil b. De klant wil bewogen en empathisch bijgestaan worden; dat creëert loyaliteit Ad 3: Menslievend kunnen zorgverlenen Ad 4: Bewogenheid en empathie Ad 5: Invoeren van Disney-principes (duidelijke structuren, verantwoordelijkheden en bedrijfscultuur) en prioriteren organisatiedoelen
2	Businessmodel ontwerpen	Ontwerp van businessmodel: 1. Doelen: klanten binden (kerndoel), personeel binden, kosten reduceren, winst maken 2. Middelen: prioriteren van beleving van patiënt, bedrijfscultuur aanpassen door werk-is-theater-model en Disney principes 3. Resultaten: Juiste cultuur, loyale klanten, loyaal zorgpersoneel, winstgevend bedrijf, bestendige marktpositie 4. Bron van businessmodel: bedrijfsleven en marketing consultants Gilmore en Pine die het Disney-concept uitwerken	Ad 1: a. Klant binden door doen ervaren van ultieme belevenis b. Personeel binden door geïnspireerd en gemotiveerd compassievol te laten werken c. Kosten reduceren door productiviteitverhogende procesverbeteringen c. winst maken door resultaat en perceptie-management, klantenbinding, innovatie Ad 2: Ontwerp voor hele organisatie en prioriteit voor: perceptie van de patiënt beïnvloeden (theater-concept tot in detail uitwerken) Ad 3: Volgsysteem van klantloyaliteit ontwerpen (tevredenheidsonderzoek doen op diverse momenten in en na ziekenhuisopname; kwalitatief vernemen) Ad 4: Structuur van de organisatie (en daarmee de cultuur) veranderen door Disney-principes consistent en volhardend in te voeren.
3	Businessmodel implementeren in de ondernemingl	Implementeren van businessmodel 1. Goed management 2. Getalenteerd personeel 3. Gehele organisatiestructuur creëren en onderschikken aan kern-bedrijfsdoel (klant loyaal maken) 4. Gehele organisatieomgeving perceptie-van-de-patiënt-sturend inrichten 5. Zorgpersoneel intrinsiek inspireren, motiveren 6. Cyclisch verbeteren van bedrijfsresultaten (PDCA-model van Deming)	Ad 1. Dappere, ruimte-aan-professionals-biedende managers die principes en theaterconcept invoeren en handhaven en managen op resultaten en percepties Ad 2: a. personeel met acteertalent werven en scholen b. teamwork en rolwisseling in bedrijf organiseren en stimuleren Ad 3: Theaterconcept uitvoeren Ad 4: idem Ad 5: Bewogenheid en compassie via motivationele verbeeldingskracht Ad 6: niet-tevredencultuur; continu verbeteren

1 F. Lee, 2009, *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9½ dingen die u anders zou doen*, Reed Business, Amsterdam, 2009. Bijvoorbeeld op p. 46,47; 69; 71-7; 87; 134,135; 136,137; 145; 161.

BIJLAGE 4

4a Handelingsdoel, rationaliteit en strategieën van belevenisaanbieders en vragers

Publieksdoeltreffendheid als handelingsdoel (aanbieders)	**Belevenis als handelingsdoel (vragers)**
Rationaliteit van het belevenisaanbod *Buitengeoriënteerd*	**Rationaliteit van de belevenisvraag** *Binnengeoriënteerd*
Strategieën van belevenisaanbieders	**Strategieën van belevenisvragers**
Schematisering	Correspondentie Abstractie
Profilering	Correspondentie Abstractie Variatie
Afwisseling/Variatie	Variatie
Suggestie	Autosuggestie
	Cumulatie
Buitengeoriënteerde productiemotivatie	*Binnengeoriënteerde consumeermotivatie*

4b Dynamiek van de belevenismarkt

Zeven hoofdaspecten

1 Belevenisgeoriënteerde verandering van de productiestructuur:
a. innovatie (nieuwe producten)
b. diversificatie (nieuwe producten concurrerend maken)
c. omduiding (gebruiksproducten omduiden naar belevenisproducten)

2 Expansie van het ruilvolume:
a. aantal binnengeoriënteerde consumeerhandelingen per persoon per eenheid opvoeren
b. geldwaarde van consumeerhandeling laten toenemen

3 Ruimtelijke expansie van afzetgebieden en óntregionalisering

4 Corporatisering en concentratie

5 Samenspel van beide rationaliteitstypen resulteert in de dynamiek van de belevenismarkt

6 Ontwikkeling van de alledaags esthetische schema's

7 Medebepaaldheid van milieusegmentering door belevenismarkt

4c Alledagsesthetische schema's

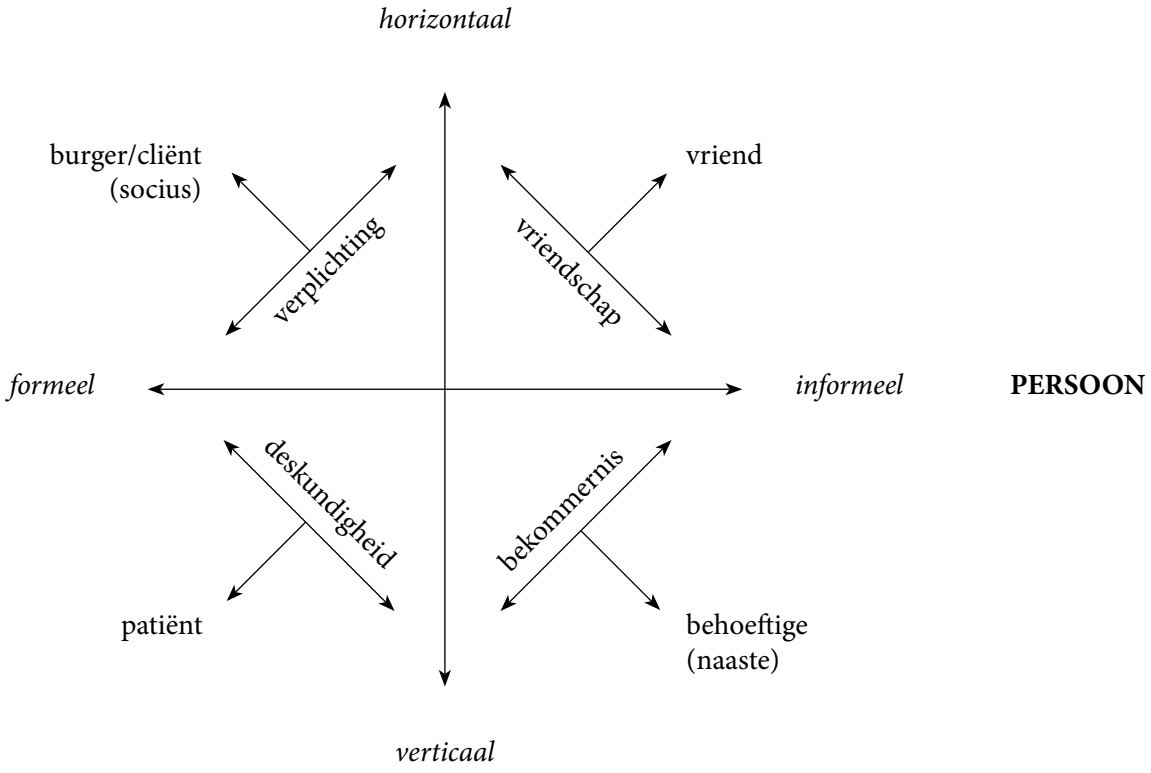
Alledagsesthetisch schema	Hoofdkenmerken	Leeftijd, opleiding, stijl
Hoogcultuurschema	Genietingschema: contemplatie Distinctie: barbaarse smaak Levensfilosofie: perfectie	Met name ouderen Hoogopgeleid Ambitieus Literatuur, kunst, cultuur
Triviaalschema	Genietingschema: gezelligheid Distinctie: mensen buiten eigen kring Levensfilosofie: harmonie	Met name laagopgeleid, Eenvoudig, familiegericht Boeketreeks, knutselen, 'kitsch'-stijl
Spanningsschema	Genietingschema: actie Distinctie: conventies Levensfilosofie: narcisme	Jongeren Gemiddeld tot hoog opgeleid Anti-burgerlijk, zelfontdekking, 'innerlijke kern', uniek-leven, kicks nastreven

4d Globale schets van vijf milieus

Niveaumilieu	Overwegend hoogcultuur populatie Distantie ten opzichte van triviaal- en spanningsschema Voornamelijk 40 plus Belangrijk: waarheid, beschaving, erkenning
Harmoniemilieu	Overwegend oriëntatie op triviaalschema Distantie ten opzichte van hoogcultuurschema Voornamelijk 40 plus Belangrijk: bij groep horen
Integratiemilieu	Combinatie hoogcultuur- triviaalschema Voornamelijk 40 plus Belangrijk: geordende maatschappij, conventies
Zelfverwerkelijkingsmilieu	Overwegend hoogcultuur- en spanningscultuurschema populatie Distantie ten opzichte van triviaalschema 40 min Belangrijk: zelfexpressie
Ontspanning-amusementmilieu	Oriëntatie op spanningsschema Distantie ten opzichte van hoogcultuur- en triviaalschema 40 min Belangrijk: *stimuli*, imago

4e Ethische betrekkingen in een zorgrelatie

ROL



METIER

BIJLAGE 5

Specialiseren

R3 houdt van het denkwerk in zijn vak in combinatie met het ambachtelijke. De variatie in het werk vindt hij belangrijk evenals het breed uitoefenen van het vak in teamverband en op een centraal gebied in de geneeskunde. Hij heeft zich vijf jaar gespecialiseerd in interne geneeskunde en daarna drie jaar tot Maag-, Darm- en Leverspecialist (MDL-specialist).
Bij de algemene trend van nog verdergaand specialiseren en met name de volume-thematiek plaatst hij kritische kanttekeningen die samengevat inhouden: het is nog maar de vraag of het de patiënt én de dokter goed doet.
R3 "(…) het leuke van de interne geneeskunde (…) het is een denkvak. (Het werd) zo supergespecialiseerd dat een algemeen internist een uitstervend ras zou worden en dat je dus een aandachtsgebied binnen dat vakgebied moet hebben. Nou en dan trok mij maag, darm en leverziekte als zelfstandig specialisme (…) een buitengewoon interessant en gevarieerd ziektegebied. En het is gekoppeld aan handvaardigheid. Ik zou er niet aan moeten denken om de hele dag poli te moeten doen. (…)Vandaar dat ik een vak heb waarbij je én poli doet en de patiënten ziet, én de scopieën doet, de verrichtingen dus doet en ook mensen in de kliniek ziet. Dus die variatie in het vak trekt mij erg aan. En ook in het team werken. (…) Je hebt heel veel raakvlakken met interne geneeskunde. (…) als het over marktwerking gaat, dan zien wij daar wel eh ontwikkelingen die ik wel met lede ogen aanzie. (…) als je dat (vak) veel meer gaat opsplitsen in allerlei deelgebiedjes binnen je aandachtsgebied (…) dat je het risico loopt dat de totale mens niet meer goed in beeld wordt gehouden. Dat vind ik essentieel om de geneeskunde te beoefenen."
R3 koppelt het doorspecialiseren en centreren van hoog- en laagvolume chirurgie in expertcentra aan zowel marktwerking als druk uit de vakverenigingen en de Inspectie van de Gezondheidszorg. Hij kritiseert het eenzijdige volume-criterium dat hij soms, maar lang niet altijd relevant acht. Marktwerking ziet hij in het veralgemeniseren van de vooronderstelling dat als je iets vaak 'maakt', dit leidt tot een kwalitatief beter product.
R3 "(…) op het moment dat hoogcomplexe laagvolume ingrepen moeten worden gedaan en de chirurgie is daar bij uitstek een voorbeeld van... Hoogvolume, dat speelt nog niet, maar daar lopen we ook het risico dat we die kant opgaan, maar de laagvolume chirurgie, bijvoorbeeld slokdarmchirurgie bij slokdarmkanker (…) wat gebeurt er; dat mag niet meer van de inspectie want elke keer wordt dat aantal opgeschroefd (…) Het gevolg daarvan is dat we hier moeten regionaliseren. (…) d'r wordt naar mijn overtuiging naar de verkeerde parameters gekeken. (…) volume is niet identiek aan mortaliteit/morbiditeitsrisico's. (…) als je alleen maar de routinebulk doet dan kan dat ook eh demotiverende gevolgen hebben, en ik vind ook niet dat je daardoor betere gezondheidszorg krijgt per definitie. Want er moet met meerdere ziekenhuizen overlegd worden, dat moet met video-conferencing, (…) dat is qua timing lastig want je moet al die specialismen maar bij mekaar zien te krijgen, d'r moet mailverkeer zijn, data via mail of via CD-Roms opgeslagen moeten verstuurd worden terwijl (…) een ander die moet gaan opereren omdat dat toevallig het expertcentrum is geworden, die heeft die hele patiënt nog niet gezien! (…) wat is de morbiditeit, wat is de mortaliteit? Wat zijn mijn complicatieprocenten? Dáár moet je naar kijken. Dát zijn zuivere maten om te kunnen zeggen dat hebben we goed of niet goed gedaan."
R3 wijst op demotiverende effecten van routinewerk bij én overbelasting van artsen

(enkelen doen bepaalde ingrepen zeer vaak), onnodig toenemende complexiteit in de organisatie (dienstenregeling), grotere risico's voor de patiënt bij informatieoverdracht aan collega's die de patiënt niet kennen (kennis-hiaten-risico) en bij transport van de patiënt (verslechtering door transportrisico). Het volumedenken wordt naast de chirurgie ook op andere gebieden van de geneeskunde gelegd tot ergernis van R3. Zijn kennis en kunde wordt teruggebracht tot risico-analyse; voor antivirale behandelingen die hij altijd gedaan heeft moet hij nu doorverwijzen. Terwijl hier niet ambachtelijk handelen centraal staat maar het op peil houden van theoretische kennis.
I "Ik hoor jou twee dingen zeggen: Het een vorm van veronachtzaming van de ervaring die je hebt opgebouwd in je loopbaan (**R3** tussendoor: ja, ja, ja) én je vraagt je af of de patiënt hier nou echt mee gebaat is. **R3** "(…) als je een patiënt niet kent, dat betekent dat je gegevens moet opvragen en zo. Ik heb hier een patiëntendossier. (…) dan denk ik dat je hiaten krijgt in de kennis. En je hebt een voorgeschiedenis nodig van een patiënt wil je geen bokken schieten bij de uitoefening van een bepaalde interventie. Daar staat helaas Medisch Contact regelmatig vol van. (…) maar het wordt nu ook al geëxporteerd naar behandeling met antivirale middelen bij hepatitis B en C. Ik ben één van degenen die dat hier doet (…) dat hebben we verloren omdat wij hier op (…) niet zo heel veel van dat soort patiënten zien in tegenstelling tot grote steden. (…) je moet je vak ook levendig houden door ook dit soort dingen in je vak te hóuden."
Behalve de ervaren uitholling van het vak benadrukt R3 dat de patiënt niet gebaat is bij toenemend gefragmenteerd kijken waarbij steeds minder mensen het geheel nog overzien. Hij ontmoet vaker artsen die deze verontrusting delen en pleiten voor een holistische benadering van de patiënt. Om die versnippering van het zicht op de patiënt te voorkomen vindt hij dat de eerstelijns gezondheidszorg veel sterker gemaakt moet worden. De huisarts is nog degene die het brede zicht heeft en gericht kan verwijzen naar de tweedelijnszorg. Met al zijn werkervaring vindt R3 dat hij ervaren is geworden in vanzelfsprekend ook 'breed' kijken naar de patiënt. Die ervaring wordt veronachtzaamd bij hyper-specialiseren.
R3 "(…) je hebt het sneller door als er ook op ándere terreinen, buiten je eigen vakgebied, iets mis is. Daar heb je toch een antenne voor. En daar hoef ik niet altijd dingen voor in te zetten maar dan kan ik veel gerichter verwijzen naar een specialist waarvan ik denk die moet daarmee verder. En wat er nu gebeurt is, ieder kijkt naar z'n onderdeeltje en het gevolg is ja, dat het totaal ontbreekt. Ik denk dat dat geen goede gezondheidszorg is."
R3 "Nu denk ik dat de eerste lijn te zwak is en de tweede lijn te ver door differentieert met, naar mijn overtuiging, risico's. Maar dáár zegt dit boek helemaal niets over (wijzend naar het boek van Lee)."
R3 "Versnipperde organisaties en dat wij als medisch specialisten een doorgeefluikje worden. Zo van, oh, zit niet op mijn lijstje, die moet naar dát ziekenhuis en die moet naar dát ziekenhuis. Ah, jongens, dat moeten we toch niet willen met z'n allen? Specialisten die allemaal een onderdeel doen… Já. Je hoort de chirurg ook wel eens klagen, die staat de hele dag liesbreuken te doen. Oogartsen die alleen maar cataract operaties doen, de héle dag! Dat kan toch niet, dat kan niet goed zijn. Maar die ontwikkeling gaat wel door."

Kwaliteitssystemen

De specialist barst los in kritiek op de vele kwaliteitssystemen die tijd- en geldverslindend zijn, de patiënten niet echt dienen en dokters afleiden van de patiëntenzorg. Natuurlijk is kwaliteit belangrijk maar de papier- en predicaten wirwar dienen geen zinnig doel. Hier helpt Lee die dat soort onderzoeken kritiseert ook niet bij, aldus R3 omdat Lee focust op klanttevredenheidonderzoek waarbij geen richtlijn

ontstaat voor zorginhoudelijke kwaliteit.
R3 "(…) we zijn een bureaucratisch bestuurssysteem geworden en iedereen vindt dus dat alles vastgelegd moet worden in protocollen in eh, regeltjes, in checklisten, in het afvinken van hè, die predicaten. (…) Nou, daar word je gék van! Ik heb in het stafbestuur gezeten van het ziekenhuis en daar hadden we van het NIAZ, vorig jaar of twee jaar geleden, (…) een week lang zitten daar acht duur betaalde mensen, een wéék lang, en die vragen allerlei dingen. Moet je nagaan, m'n eigen beroepsvereniging heeft er al wat van gezegd en de inspectie heeft er al eens wat van gezegd en dan komt zo'n NIAZ, die genereren een pakket aan aanbevelingen en aan papier wat vervolgens in een la verdwijnt. (…) Dat is ook een reden dat onze beroepsvereniging ook veel meer de inspectie heeft aangesproken en heeft gezegd: wij willen dingen sámen doen. Want als wij denken dat dit de beste weg is, dan toetsen jullie dat en dan doen we dat op één lijn. En nu mis ik regie in kwaliteitsland. (…) Je hebt een dagtaak aan dit soort dingen."
R3 "(…) het is bij Lee met name: de klant is koning. Mensen moeten zich préttig voelen. Natuurlijk voel je je prettig als je snel geholpen wordt maar dan wordt er onvoldoende richtlijn in aangegeven."
R3 "(…) al die controle mensen van NIAZ, HKZ en noem maar op. Ontzettend veel geld. Inefficiënt gebruik van kwaliteits-normering. Ja, en ik denk dat het zo log is geworden dat die kluwen niet meer te ontwarren en dat die rekening op het verkeerde bordje terecht komt. (…) Kijken we nou wel naar de kosten om het systeem te controleren? Kijken we nou wel naar de efficiency van de maatregelen die niet efficiënt blijken te zijn. (…). **I** En luistert men ook naar de mensen die ermee werken? **R3** Nou, ik voel me niet gehoord als specialist op de werkvloer bij dit soort discussies."

Macht van verzekeraars

R3 beschrijft hoe verzekeraars in toenemende mate regie nemen over ziekenhuizen, specialisten en patiënten. De huidige vormen van honorering dwingen bijna om bepaalde verrichtingen uit te voeren omdat die financieel gewin geven. De DBC's noemt hij als zorgkostenverhogend voorbeeld. Deze gedachte aan eigen inkomsten en inkomsten voor het ziekenhuis kwam vroeger nooit bij hem op en nu steeds vaker. De controlesystemen van de DBC's bij de zorgverzekeraars zou hij graag eens doorgerekend zien. Moeilijk en tijdrovend is dat verzekeraars medicatie willen vervangen door een generiek product. Ze mengen zich ook in de zorginhoud door bijvoorbeeld een telefonisch consult niet te vergoeden.
R3 "Die (verzekeraars) gaan steeds meer op jouw plek zitten. Wat ik lastig vind (…) is dat zorgverzekeraars bepalen wat goed is voor de patiënten." (stilte) **I** "Hóe zit dat dan?" **R3** "Nou kijk, een van de meest vervelende discussies is de vervanging van medicijnen door een ander generiek product of van een merk een generiek product. Eh, daar heb ik nauwelijks regie meer op. Eh, voor een groot deel kan ik daarin meegaan. Vaak kan je ook vervangen door een goedkoper middel maar lang niet maar niet altijd. Die mensen komen terug. Ja, nou heb ik dat gekregen van de apotheek; ik voel me daar niet goed bij. (…) terwijl het oorspronkelijk middel wel goed werkte. Dat genereert weer nieuwe consulten; ontevreden patiënten, nieuwe consulten die geld kosten want eigenlijk hoef ik die patiënt niet meer te zien. (…) Die komt dus weer terug. Hartstikke dure gezondheidszorg. Dan denk ik dus, als je mij nou de ruimte geeft om die keus zelf te maken. Ik ken mijn verantwoordelijkheid daar in."
R3 "Wij zitten als ziekenhuis natuurlijk in een financiële tang, hè. Zij kunnen behoorlijk de duimschroeven aandraaien: anders gaan wij naar een ander ziekenhuiscontract. Nou, dus eh, dus er worden eisen gewoon gesteld. We doen dat en anders hebben we geen contract. Geen contract is geen inkomsten. Nou een ziekenhuis dat

een aantal maanden geen inkomsten krijgt dat wordt lastig. Dus de machtspositie van de ziektekostenverzekeraars is groot."
R3 "Toch levert het bij elke prescriptie van een specialité gedonder op. (…)
Het kost mij eindeloos veel tijd en dat is een administratief iets, en want, dat, dat eh, en daar bén ik niet voor! Ik ben geen ambtenaar, ik ben dókter. Ik wil me daar helemaal niet mee bezig houden."
R3 "Dus als ik een telefonisch consult doe, terwijl ik medisch inhoudelijk vind dat dat best zou kunnen, want ik geef die patiënt wel gelijk, mág ik het niet doen want ik snijd in eigen vlees en in ziekenhuisvlees. (…) de verzekeraars bepalen als ik niet voldoende face to face contact heb dan staat daar geen rekening tegenover, geen uitbetaling tegenover. Volgens mij kan ik dat beter zelf bepalen wie ik echt moet zien en wie ik niet hoef te zien maar telefonisch te woord kan staan."
R3 "Maar dit geeft aan dat ik het op bepaalde onderdelen een heel pervers systeem vind. Eh, ik heb me nooit laten leiden door of een bepaalde handeling financieel gewin geeft. Dat is nog nooit bij me opgekomen. En als ik in mijn maatschap kijk dan is daar niemand die zich daardoor laat leiden. En deze vormen van, van, honorering, die zouden je er haast toe dwingen om daar meer naar te kijken."
De DBC's zijn een bron van ergernis voor R3 omdat het tot verspilling van tijd en geld leidt.
R3 "Hoe gek kun je het bedenken. Als wij mensen in twee keer goed op de rails hebben; dit is het probleem, dit hebben we aan onderzoek gedaan, ja, dan levert dat niks op omdat we patiënten dríe keer moeten zien. Dat is krankzinnig, dat is echt krankzinnig! Dan heb je enorm veel tijd en energie erin gestoken om zaken beter te doen, in het belang van de patiënt. Je hebt duidelijkheid, je hebt een plan van aanpak, hij kan terug naar de eerste lijn vaak en dan straffen we dat af!"

Management

Biedt Lee met zijn managementvisie een uitweg in de stroperige managementtraagheid, bureaucratie, regeldrift en inefficiëntie waarmee R3 in zijn ziekenhuis geconfronteerd wordt? R3 ziet er weinig heil in. Lee geeft geen reële oplossingen voor de complexiteit in R3's eigen ziekenhuis. De systemen, kwaliteitsnormeringen, verzekeraardruk; er zit in het boek geen vertaalslag, stelt R3. Voor die 'vertaalslag' ziet hij in gedachten al geldverslindende kandidaten oprijzen. De patiënt écht centraal vergt ándere dingen dan wat Lee noemt.
I "Maar zou dat wat jij nu allemaal zegt, niet passen in dat model van Fred Lee? Hij wil de scheidslijnen in de organisatie af breken, hij wil (…) álles voor de patiënt.
R3 "Ja, ja." **I** "Maar jij zegt, dat gaat niet werken want hij mist die complexiteit?" **R3** "Nou, ja, eh, ja, ik denk dat, hij nóemt dat wel maar hij geeft heel veel eh, uitvoerige beschrijvingen van zijn top een tot en met tien punten van aandacht, maar ik mis in dit boek de vertaalslag hoe je deze complexiteit beter kunt organiseren. (…) ik denk dat je dan weer allerlei goeroes krijgt die daar weer een nieuwe organisatie voor gaan bedenken."
R3 "Eh, ja, daar geeft Lee misschien wel wat hints in maar geen concrete aanwijzingen. En ik zie nog steeds niet hoe we dat in ons zorgstelsel hier moeten implementeren."
R3 "Alleen, (enkele seconden stilte) ik vind de transformatie van een Disneypark naar een ziekenhuis, dat vind ik te eenzijdig en daarom te simplistisch voorgesteld. Ik denk dat een ziekenhuisorganisatie één van de meest complexe bedrijfsvoeringen is die maar denkbaar zijn. Ehm, en daar komt veel meer bij kijken dan de ingrediënten die hij in anderhalf tot en met negeneneenhalf doet, hè. En dat, dat mis ik dus in dat boek."

Marktwerking in de zorg

Er is geen echte marktwerking zegt R3 en áls die er zou zijn, was er meer speelruimte voor professionals. Dat speelruimte-voordeel maakt hem geen pleitvoerder voor marktwerking. Ruimte voor professionals wordt teniet gedaan door perverse marktprikkels die niet het belang van de patiënt dienen en geen kostenbesparen. Een ander belangrijk punt bij marktwerking is voor R3 de toegankelijkheid van de zorg. R3 verdedigt de doktersethiek dat zowel een alcoholist als de directeur gelijke toegang hebben tot het ziekenhuis.

R3 "(…) als wij echt marktwerking hebben, als je dat letterlijk neemt, dan betekent dat dat je de mensen die in die sector werken het zelf laat doen. (…)" **I** "En wat gebeurt er dan?" **R3** "Dan ben ik bang dat wij juist in een pervers systeem gaan, dat we mensen willen behandelen omdat dat geld oplevert. (…) Als jij een operatie hebt, als jij een cataractoperatie hebt of je moet een nieuwe heup hebben, ja, dan kan je dat nú doen, dan is het kassa, binnen. Ik denk even heel negatief hè. Maar ik denk dat dát het risico is van marktwerking, weet je, een klánt binnenhalen. Maar wat is nou belangrijk; dat jouw bedrijf gezond is of dat de patiënt gezond is? En dan denk ik dat dat nog wel eens negatief zou kunnen uitvallen. En daarom ben ik daar ook zo sceptisch over, over marktwerking."

R3 " Ik, kijk hij noemt allemaal prachtige voorbeelden dat het allemaal superdeluxe is, prachtig, en iedereen tevreden. Maar voor wie is het in Amerika toegankelijk? Dat staat in het hele boek niet vermeld! Wij willen in Nederland en daar moeten we als basis aan vasthouden, dat gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. Ik heb de afgelopen week een een alcoholverslaafde gehad en ik zag bij ontslag dat ie onverzekerd was. Die moet dus net zo en die ís ook net zo opgevangen als de directeur van bedrijf huppeldepup. Dat vind ik een principieel uitgangspunt. Dat kennen ze in Amerika niet. Dat vind ik een basisprincipe. Als je daaraan gaat tornen, en dat vind ik dus tevens de valkuil van de marktwerking in de zorg, het is een kul. Het kan gewoon niet! Marktwerking in de zorg kan niet. Je moet zeggen: ik wil efficiënter werken, ik wil dingen beter doen, kwalitatief beter maar dat is niet identiek aan marktwerking. Wij zijn geen bedrijf in die zin dat wij een product maken. Wij hebben met mensen te maken waarbij heel andere dingen een rol spelen. Dat kan je niet vertalen in een product-fabriek-systeemwijze, handelswijze. En ik denk dat die twee elementen (…) dat klópt gewoon niet. (…) als je een even de moeilijke problemen, de oncologische zorg of de intensive care zorg, ja schiet op met je marktwerking. Helemaal niks marktwerking, dat kost klauwen met geld (…) dat wil niet zeggen dat je niet kritisch moet kijken naar wat je doet op zo'n dag en wat je besteedt. Moet je zoveel röntgenonderzoek doen en heb je allemaal van dat soort dingen nodig. Dat is een ander aspect. Maar dat wordt in Nederland niet bedoeld met marktwerking in de zorg. Wij willen de ziekenhuizen concurrerend positioneren ten opzichte van elkaar en wie de mooiste baniers aan de gevel heeft hangen en de beste PR eh, die kan het soms winnen van een ander ziekenhuis dat het prima op orde heeft (…) Daarom vind ik het ziekenhuissysteem onvergelijkbaar met het Amerikaanse en ik vind dat de overheid en de ziektekostenverzekeraars ja, daar téveel in meegaan en dit soort aspecten onderbelicht laten."

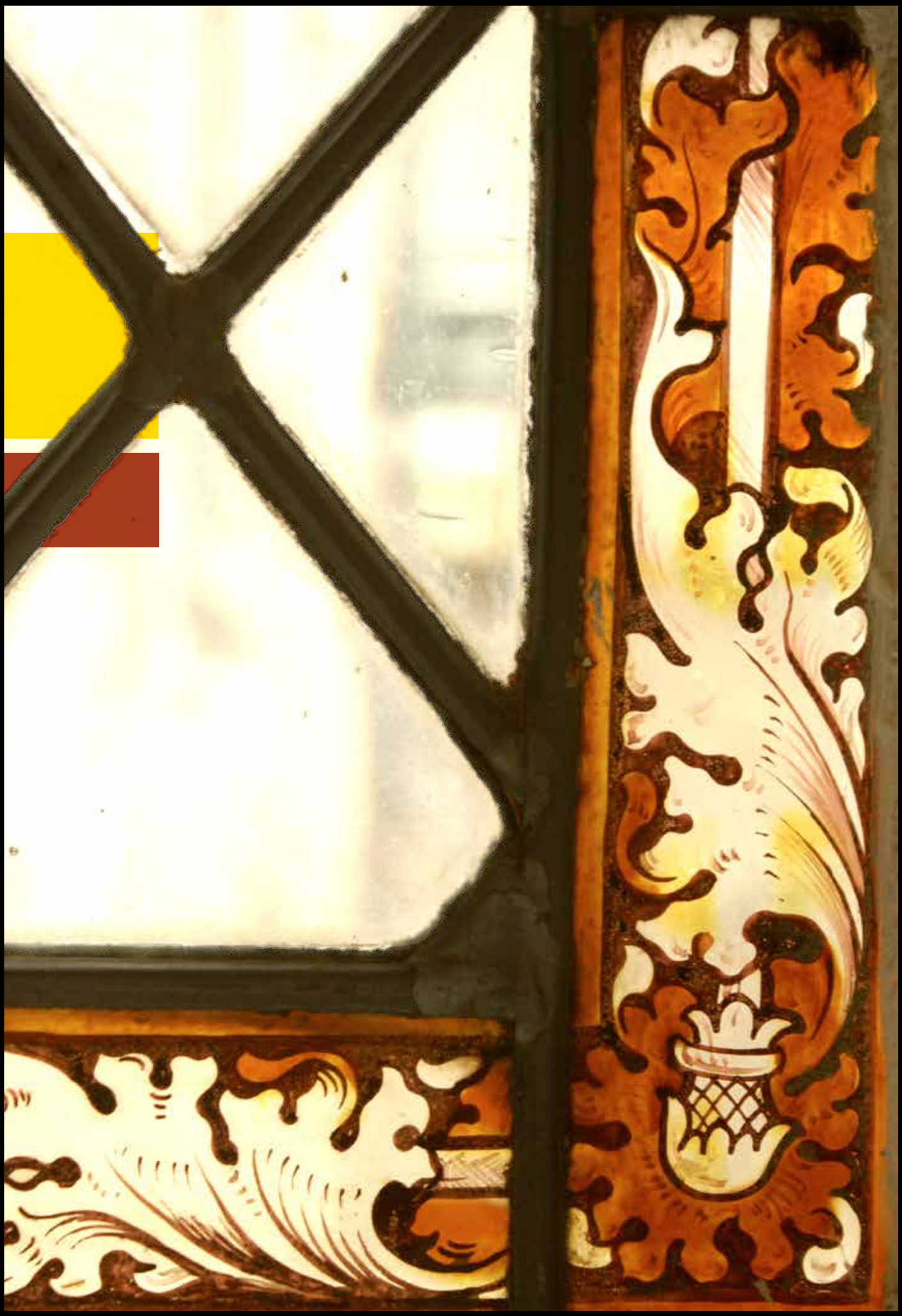
Hij ziet de omduiding en van 'zorg' naar 'product' en van 'patiënt' naar 'klant' bij marktwerking en de risico's daarvan. Een staaroperatie bij beginnende staar uitvoeren, een extra scan honoreren omdat de klant het graag wil, een onnodige second opinion en eigenzinnige internet diagnoses die de klant zelf dwingend inbrengt. De patiënt zal erg tevreden zijn als de dokter alle wensen vervult maar het is geen góede zorg waar de patiënt bij gebaat is en bovendien duur.

R3 "(…) het voorbeeld ja, u heeft staar en ja, het is prima als u dat nu laat opereren. Ben ik dan eerlijk tegen die patiënt. (…) wat is dan je prikkel? Dan is die patiënt

ontzettend tevreden. U heeft staar, dat gaan we opereren. Dan is de patiënt heel tevreden maar is het ook goede gezondheidszorg?"
R3 "Het is klantgedrag ja. Daar wordt helemaal aan voorbij gegaan want Fred Lee benadert het alleen maar vanuit de professionele kant. Om het oneerbiedig te zeggen: wij moeten de klant pleasen."
R3 "Ja, een eisende klant, ja, ja. Ik moet soms, gelukkig valt het mee, procentueel gezien, dan eist een patiënt: ik wil een CT-scan. Ja, met alle respect meneer, mevrouw, dat is voor uw klachten, uw probleem, niet aan de orde. Het kost geld, veel straling-belasting. Echt niet nodig. Toch gebeurt het, want als ik nee zeg dan gaan ze naar een andere dokter. En zwicht de eerste niet, de tweede misschien ook niet, maar de derde gaat voor de bijl.(…) dat creëren we met z'n allen."
Hij schetst hoe een patiënt in Amerika van de westkust naar Chicago reist voor een second opinion. Een patiënt die met deze klacht helemaal niet in het ziekenhuis thuishoort. Het leidt tot overbodige, dure zorg die de patiënt echter ultiem tevreden stelt.
R3 "Ik ben jaren geleden zelf een aantal dagen in een ziekenhuis in Chicago geweest. (…) hoe dat ging; ik zou als patiënt helemaal in de wolken zijn! Die ontvangst, een prachtige kamer, ik kwam bij de professor op de kamer en die zat ook met zo'n recorder (…) De patiënt had IBS, prikkelbaar darm-syndroom. Ja, de patiënt was tevreden want de tweede mening, de professor zelf, had het bevestigd. (…) Maar hebben we dan een efficiënte gezondheidszorg? Hebben we goede gezondheidszorg? Nee, absoluut niet. Die patiënt hoort helemaal niet in een ziekenhuis thuis, laat staan in een tweede ziekenhuis, aan de andere kant van Amerika, die hoort thuis in de eerste lijn!"
R3 brengt in deze context de lichte vorm van paternalisme ter sprake die hoort bij het vak maar bij de patiënt niet tot ultieme scores leidt terwijl het wel goede zorg is. Niet uitsluitend het patiëntperspectief telt; de dokter heeft ook wat in te brengen of het leuk is of niet. Hij vertelt over een patiënte die moeilijk op medicatie reageert maar zelf nalaat wat ze wel kan bijdragen aan een betere gezondheid. R3 confronteert haar hiermee maar verlaat haar niet als ze zijn dringende aanhoudende raad niet volgt.
R3 "(…) een patiënt, hij kan heel veel eisen, hij kan terecht eisen stellen maar ik mag ook bepaalde dingen van een patiënt verwachten. Het is een wisselwerking. Het is niet alleen maar wij vragen, u draait, maar ik mag ook bepaalde dingen vragen van een patiënt."
R3 "Bijwerkingen van medicatie of onvoldoende werking van medicatie. Dat is lástig, dat is vervelend. Ik word medicamenteus in een hoek gedrukt. Het enige wat die mevrouw nalaat, terwijl bewezen is dat het effectief is bij de behandeling van de ziekte van Crohn, is stoppen met roken. (…) Dat doet ze níet. Ja, 'gaan we proberen'. Ik zeg mevrouw, dat gaan we niet proberen, dat gaat u dóen! Ik snap het probleem wel, als je afhankelijk bent van een sigaret, dat is makkelijk gedaan. Ik heb nooit gerookt dus ik kan het makkelijk zeggen. Dus die empathie die toon ik wel. (…) Dus ik heb afgelopen weekend letterlijk tegen haar gezegd: U zal me wel een heel irritante vent vinden maar ik verwácht dit van u. Daar heb ik moeite mee en dat laat ik dan ook wel merken dat ik daar moeite mee heb. **I** Ja. **R3** Maar d'r zijn ook collega's die zeggen: als je dat niet doet, dan hoef je bij mij niet terug te komen. Dat doe ik niet." **I** "Waarom doe jij dat niet?" **R3** "Ehm, omdat ik vind dat die mensen nog steeds behandeld moeten worden. D'r zijn wel grenzen aan, dit is nog binnen de grenzen."
R3 noemt Lee's boek:
"(…) een leuk boek (…) maar een eenzijdig boek. Té Amerikaans en te weinig toegeschreven om dat zomaar te extrapoleren op onze gezondheidszorg situatie."

Hij wijst op de merkwaardige tegenstrijdigheid dat Obama zich welbewust oriënteert op een stelsel van gezondheidszorg zoals in Nederland terwijl Nederland Lee-achtige business toejuicht die in Amerika populair, maar slechts voor de *happy few* toegankelijk is.

R3 "Barack Obama wil niet voor niets die gezondheidszorg reorganiseren. Die wil eigenlijk een beetje meer naar ons systeem toe terwijl dit boek vasthoudt aan het huidige systeem en wij moeten daar op gaan lijken. Ik denk dat we dat toch niet moeten hebben. **I** Hoe gaat dat uitwerken die Obama Care voor Lee z'n ziekenhuis? Betekent dat grotere toegankelijkheid voor meer mensen? **R3** Of dan zeg maar het model waarin Fred Lee nog kijkt, of dat financieel nog kan, dat is maar zeer de vraag. Je kan hele mooie dure ziekenhuizen inrichten die voor eh, een deel, voor een beperkt deel van de patiënten, mensen uit Amerika toegankelijk zijn, maar als je in een achterstandswijk woont, in een zwarte wijk in een grote Amerikaanse stad en je moet het met hele basale voorzieningen doen, ja, dan eh, dan kan je wel heel veel empathie hebben maar dan willen mensen gewoon geholpen worden, die willen gewoon beter gemaakt worden. Die hebben op dat moment een probleem. En eh, dan zit het niet in de mooie receptie en het lekkere eten dan gaat het gewoon om heel elementaire zorg."

De vrees van R3 is:

"Dat wij een heel goed zorgsysteem in Nederland dreigen te verliezen als dit doordendert. Nou, daar ben ik bang voor."