

## Beleveniscreatie is niet hetzelfde als goed zorgen

### Een kritisch zorgethisch perspectief op Fred Lee's theaterbusinessziekenhuis

De Amerikaanse manager/marketeer Fred Lee inspireert veel managers en zorgverleners in Nederland met zijn theaterbusinessconcept (1) voor ziekenhuizen. In deze zorgformule staan managementprincipes van het Disneyconcern centraal (Lee, 2009). Lee kent als voormalig ziekenhuisbestuurder de ziekenhuiscultuur van binnenuit. Via zijn werk als *cast member* bij Disney World en medewerker bij Disney University is hij

bekend met de succesfactoren van Disney's commerciële ondernemen. Diverse problemen binnen de gezondheidszorg, zoals negatieve patiëntervaringen, een groeiend tekort aan zorgpersoneel en financieringsproblematiek kunnen volgens hem worden opgelost wanneer in ziekenhuizen de juiste bedrijfscultuur ontstaat, een cultuur van betrokkenheid en vertrouwen (Lee, 2009,17v). Managers vervullen een sleutelrol bij de benodigde transformatie van de bedrijfscultuur die, volgens Lee, een win-winsituatie oplevert voor zowel patiënten en personeel alsook het bedrijf. De ziekenhuisgast staat centraal en professionals krijgen alle ruimte om vanuit het hart bewogen en menslievend te kunnen zorgen. Een ziekenhuis dat daarin excelleert, heeft een onderscheidende concurrentiepositie op de zorgmarkt.

Vanuit de zorgethiek is het toenemend vereconomiseren van de zorgsector altijd bekritiseerd. Lee lijkt aan die zorgethische kritiek verregaand tegemoet te komen. Is hij in staat om zorgethisch goede zorg te bieden binnen de context van de hedendaagse beleveniseconomie waarvan zijn commerciële zorgconcept deel uitmaakt? In dit artikel wordt eerst zorgethiek beknopt geïntroduceerd. Daarna volgen een beschrijving van de beleveniseconomie en een toelichting op Lee's theaterbusinessmodel. Tenslotte wordt Lee's zorgformule vanuit een zorgethisch perspectief gekritiseerd (2).

#### Zorgethiek: zorgen in een sociaal-politieke context

Zorgethiek is een sociaal-politieke ethiek, zo'n veertig jaar geleden ontstaan uit onder meer feministische en filosofische wortels (Van Heijst, 2005; Tronto, 1993). In een sociaal-politieke ethiek staat het geordende samenleven op het spel en staan samenlevingsvraagstukken centraal. Joan Tronto herkent 'zorgen' als politiek, normatief en ook levensbeschouwelijk funderend voor samenleven. Ieder mens is in zijn leven altijd in meerdere



**Dr. Jeannet van de Kamp**

Theologe en zorgethica  
Werkzaam binnen de kerken en als consultant bij het CCE  
(Centrum voor Consultatie en Expertise)  
Promovenda bij de Universiteit voor Humanistiek  
E-mailadres: jeannetvdkamp@hotmail.com

of mindere mate zowel zorgontvanger als zorgverlener. Zorgethiek omvat een normatieve visie op 'het goede leven', hoe mensen zich tot elkaar zouden moeten verhouden en hoe ze zin en betekenis geven aan hun leven, opdat het een *góed* leven genoemd kan worden. In deze normatieve visie staat de dominantie van neoliberale waarden waarin burgers als onafhankelijke, atomaire, vrije en gelijke mensen worden gepositioneerd, onder cultuurkritiek. Vanuit een breed perspectief op menselijk leven en samenleven is zorgethiek ook als toegepaste ethiek gaan gelden in het domein van de gezondheidszorg. Het instituut gezondheidszorg is in Nederland een sociaal-politieke ordening die het maatschappelijk 'goed', namelijk (gezondheids)zorg, vanuit publieke middelen zodanig organiseert dat het voor alle burgers toegankelijk is. De zorgethische kernvraag is: wat maakt zorg tot moreel goede zorg? (Van Heijst, 2005; Van Heijst, 2010; Leget, 2011; Van Nistelrooy, 2008; Tronto, 2010). Een antwoord op die vraag gaat in op het 'waartoe' van zorgen (het zorgeigen doeleinde), het 'voor wie' van zorgen (gericht op toegankelijkheid voor allen en vooral de meest kwetsbaren) en op de inhoud van 'zorgen als een praktijk'. Annelies van Heijst signaleert in feite 'doeleindeverlies' in de gezondheidszorg en bepleit herfundering van de zorgsector op haar humanitaire grondslag (Van Heijst, 2005). Annemarie Mol signaleert op vergelijkbare wijze doeleindeverlies, als gevolg van verwisseling van de logica's van zorg en markt (Mol, 2006). Het zorgspecifieke doeleinde is: mensen – zo mogelijk – genezen, hun pijn verzachten, de dood weren en hen niet verlaten. Doeleindeverlies heeft meerdere met elkaar samenhangende oorzaken zoals:

#### 1. Commerciële zorgen

Het vereconomiseren van de zorg leidt tot installatie van zorg-*oneigen*, nieuwe, doelen zoals competitie, marketing en winstmaken.

Zorgeigen invullingen van bijvoorbeeld efficiëntie en effectiviteit krijgen een andere, bedrijfsmatige duiding. Patiënten (kwetsbaar en afhankelijk) en zorgverleners (vakkundig en medemenselijk) worden geherpositioneerd tot klanten (vrijkiezend en gelijk) en leveranciers (gastheer en acteur). De 'nood' van de patiënt wordt in de marktcontext een klantbehoefte en ervaren baat wordt 'publieksdoeltreffendheid'.

## 2. Systemisering

Systemen voor bijvoorbeeld planning, veiligheid en transparantie brengen, behalve gewenste innovatie, ook dominante systeemeigen doelen mee die zorgeigen doelen verdringen. Systemen hebben als ijkpunt dat de regels gevolgd zijn en niet dat zorgintrinsieke waarden gerealiseerd worden (Van Heijst, 2010).

## 3. Laatmoderniteit

Zorgethische cultuurkritiek geldt laatmoderne beheersingsdrang en illusionair maakbaarheidsdenken. In de gezondheidszorg wordt 'zorgen' in toenemende mate medisch-technisch benaderd en geïdentificeerd met het verbeterend interveniëren, terwijl er vaak niets te 'verbeteren' valt. Als gevolg hiervan kunnen patiënten alleen worden gelaten in hun ontredde. Het niet-beheersbare, het tragische, het ongeneeslijke, onmacht en onzekerheid verdwijnen uit zicht, evenals kwetsbaarheid en eindigheid als menseigen gegevenheden. Zij maken echter wezenlijk deel uit van het zoekende en voorlopige karakter van zorgend doen en laten.

## 4. Verdrukken van de zorgeigen ken-weg

De zorgbetrekking is de vindplaats waarin patiënt en professional samen de nood van deze specifieke patiënt verkennen. Een professional wisselt tussen patiëntperspectief (bij benadering verneembaar) en professionalperspectief (vakkundige en medemenselijke kennis). De zoekvraag is: welk 'goed' staat er op het spel door het kwaad van ziekte in het leven van deze patiënt? Betekenissen van goed en kwaad bij ziekten liggen niet vast maar worden inductief en procesmatig vernomen. Waar bijvoorbeeld de ene patiënt pijn het meest vreest en pijnbestrijding belangrijk vindt, verdraagt een ander liever de pijn omdat hij bewustzijnsvernauwing nog meer vreest.

Zorgethiek herkent in zorgpraktijken hoe morele waarden – menswaardigheid en medemenselijkheid – al dan niet gerealiseerd en hooggehouden worden.

Vanuit een zorgethisch perspectief bezien, gaat Lee in op een belangrijke leemte in veel ziekenhuispraktijken, doordat hij aandacht centraal stelt voor wat een patiënt

doormaakt in een periode van ziekte, pijn, verdriet en onzekerheid (Van Heijst, 2005; Baart, 2005). Aandacht voor de klacht van zorgverleners dat zij maar beperkt de ruimte krijgen om liefdevol en inlevend hun werk te doen, is eveneens belangrijk in dit verband. Maar hoe verhouden zich 'een onvergetelijke beleveniscreatie' en 'moreel goede zorg' tot elkaar? Krijgen Lee's *cast members* werkelijk de ruimte om hun professe uit te oefenen? En wat gebeurt er met de inhoud van zorg als *profits*, klantenbinding, reputatiemanagement en bedrijfsgezondheid centraal staan?

## De context van de beleveniseconomie

In de context van een Angelsaksische economie is de kernvraag voor marketeers: waar bevinden zich winstgevendende markten? De wereld van emoties vormt zo'n nieuwe, lucratieve markt, volgens de toonaangevende Amerikaanse marketing consultants James Gilmore en Joseph Pine (Gilmore, 2000). Zij herkennen bij klanten schaarste aan 'aandacht', 'liefde', 'tijd', 'vertrouwen', 'verbeelding' en 'het authentieke relationele'.

Het Disneyconcern biedt voor het bedrijfsleven hét grote voorbeeld van emotievermarketing. Onderdompeling van gasten in een gedenkwaardig verhaal is de sleutel tot commercieel succes. De beide marketeers analyseren en operationaliseren Disney's immateriele

belevenisproductie in hun werk-is-theater-concept, respectievelijk het theaterbusinessconcept. Zij wijzen op Amerikaanse overheidsstatistiek die een enorme kostenstijging toont in de gezondheidszorg en, in het kielzog daarvan, in de *marketing consultancy*. Hierin zien zij geïllustreerd binnen welke domeinen de beleveniseconomie succesvol doorwerkt, wat verdergaand uitgbaat kan worden (Gilmore, 2000, 253). In de beleveniseconomie verlegt een ondernemer de bedrijfsaandacht van dat wát er gezegd wordt door een medewerker naar hóe iets gezegd wordt met het oog op de klantrelatie. Vertrouwend en empathisch omgaan met de klant vergt subliem acteerwerk; werk-is-theater. Werknemers (talentvolle acteurs) gebruiken daarvoor zichzelf en putten uit het persoonlijke gevoelsreservoir en eigen emotionele ervaringen om een geloofwaardige, rijke invulling te geven aan hun rol. De essentie van acteren is: 'echt-doen-alsof', waardoor medewerkers ongeacht hun eigen gemoedstoestand altijd kunnen doen alsof ze vrolijk zijn, belangstellend, graag service verlenen en geen last hebben van moeilijke klanten (Gilmore, 2000, 161v).

Via het scheppen van zo'n intentionele, persoonlijke, authentieke klantrelatie krijgt een leverancier toegang tot het innerlijk leven van klanten. Gilmore en Pine spreken van 'de authenticiteitparadox'; het gaat om wat

*Vertrouwend en empathisch omgaan met de klant vergt subliem acteerwerk; werk-is-theater*

zij fenomenologische authenticiteit noemen en niet om ontologische authenticiteit (Gilmore, 2008, 98). Ze benadrukken dat alles in het bedrijfsleven nep is, kunstmatig, niet-authentiek. In de context van de beleviseconomie is 'authentiek' hetzelfde als 'geloofwaardig'. Een belevenis is authentiek wanneer de klant het zo 'ervaart', dat hoeft niet de werkelijkheid te zijn. In precare sectoren, zoals ziekenhuizen, is het wel belangrijk om intrinsieke gedrevenheid met klanten te communiceren. De beleviscreatie, die een co-creatie is met de klant (belevissen spelen zich immers af in het innerlijk van de klant), is gebaat bij illusie- en suggestieversterking (Gilmore, 2008; Schulze, 2005). Het werk van degene die voor een belevenis zorgt, 'vergaat', het is immaterieel, maar de waarde van de belevenis blijft als onvergetelijke belevenis in het geheugen van de klant. Werknemers sterken hun empathisch vermogen en hun consistente *performance* door training in theatervaardigheden en zij volgen doelgericht een (gezamenlijk) ontworpen script. Op de markt wordt van algemeen naar specifiek gedacht; deductief van algemene klantbehoeften naar individuen (Schulze, 2005; Gilmore, 2000, 105). Een belevenis is in die zin 'uniek' dat ze plaatsvindt in een interactie tussen een geregisseerde situatie en de toestand waarin een klant zich psychisch en fysiek bevindt. In de context van de beleviseconomie is dit 'massa-maatwerk'. Voor Lee vormt het op Disney-principes gegronde theaterbusinessconcept van Gilmore en Pine een *eye opener* voor de ziekenhuiszorg (Lee, 2009, 119v). De overeenkomst tussen Disney World en ziekenhuizen is, volgens Lee, dat beide met 'beleving' van mensen te maken hebben en die beleving is creëerbaar als een *memorable event*.

### **Fred Lee's commerciële belevenisziekenhuis**

De bedreigingen van de ziekenhuiszorg in de Verenigde Staten door financieringstekorten, faillissementen, personeelstekorten en patiëntontevredenheid gaat Lee te lijf door te focussen op klantenbinding. Mensen blijken een ziekenhuis niet te prefereren, zoals verondersteld wordt, op grond van kwaliteitsscores. Cruciale beslissingen van klantenbinding vallen op het niveau van patiëntbeleving (Lee, 2009, 64v). Patiënten verlangen naar authentieke, menselijke zorg. Daarom is een bedrijfscultuurtransformatie nodig waarbij de focus van het ziekenhuisbedrijf verlegd wordt van medische praktijken, naar principes die de grootste invloed hebben op de perceptie van de gast (Lee, 2009, 23v). Medisch-technische kwaliteit moet uitmuntend zijn maar voor bedrijfsgezondheid en bedrijfsoverleving is concentratie op de ziekenhuisbeleving van de patiënt geboden. Ziekenhuizen moeten derhalve goed onderscheiden tussen twee vormen van prestaties, namelijk 1. resultaten en 2. percepties (Lee, 2009, 23v).

Ad 1: Resultaten omvatten de medisch-technische praktijk, zijn meetbaar en worden door teams bewerkstelligd.

Resultaatgerichte procesverbeteringen en besparingen vergen een specifieke *managerial* verbeteringsaanpak.

Ad 2: De perceptie is de indruk die een patiënt opdoet van de ziekenhuissetting en zorgverlening. De benodigde aanpak bij perceptiebeïnvloeding vraagt andere managementkwaliteiten en -aansturing. De patiëntperceptie is moeilijk meetbaar en komt met name tot stand in individuele contacten tussen patiënt en zorgverlener. Verpleegkundigen moeten daarom toegerust worden om in elk patiëntcontact de perceptie van de patiënt tot loyaliteit te kunnen beïnvloeden. Dit is het zorgvuldig aan het bed geregisseerde proces van de beleviscreatie met de unieke ziekenhuisgast (Lee, 2009, 118).

### *Hoe stelt Lee de patiënt centraal?*

Lee beschrijft in zijn boek en masterclasses diverse inspirerende en inhoudrijke praktijkvoorbeelden van klantervaringen. Deze voorbeelden benut hij voor het vernemen van klantbehoeften, het nauwgezet bevredigen daarvan en het succesvol concurreren. De kernvraag voor Lee is: welke ervaring wil de patiënt opdoen? Die gewenste ervaring moet gecreëerd worden, opdat de patiënt loyaal wordt aan het ziekenhuis. Concurreren op productie van medisch-technische prestaties werkt niet. De 'belevingsfactor' van de patiënt is immers beslissend (Lee, 2009, 20v). Lee regisseert daarom de ziekenhuisomgeving tot een esthetisch weldadige omgeving voor de specifieke gast. Hij gebruikt daarvoor theaterprincipes van het Disneyconcern waarin *imagination* (verbeelding) en *engineering* (ingenieurswerk) nauw samengaan. Het zorgend personeel, gekozen op acteertalent, volgt – net als Disney's *castmembers* – *performance* trainingen. Zo ontwikkelen zij empathisch vermogen om patiënten menselijke, relationele weldadigheid te laten ervaren.

### *De klantperceptie van de memorabele genezingservaring*

Lee verneemt uit concrete zorgpraktijken en kwalitatief onderzoek wat patiënten het belangrijkste vinden tijdens een ziekenhuisopname. Zij willen als méns gezien worden. Ze verlangen naar medemenselijkheid, empathie en oog voor de narigheid van het ziek-zijn. Het belevisproduct dat Lee creëert omvat bewogenheid en empathie als kernconcepten. De klant moet de ervaring opdoen: men is hier menslievend, authentiek en compassievol om mij bekommerd. De bedrijfsmethode is: perceptie-beïnvloeding van de klant zodat deze een optimale, memorabele genezingservaring beleeft, loyaal wordt aan het ziekenhuis (klantenbinding) en dit ziekenhuis aanbeveelt bij anderen (reclame en reputatieversterking). Positieve klantervaringen zijn onvoldoende. Alleen topervaringen leiden tot de hoogste tevredenheidsscores en klantloyaliteit (Lee, 2009, 59, 62, 63). Goed zorgen betekent voor Lee: met patiënten een ultieme genezingsbelevenis creëren via compassievolle zorg.

### *Inzet van de authentieke zorgverlener*

Allen die in contact komen met de klant werken mee aan de authentieke, empathische zorgbeleving. Vooral verpleegkundigen benutten in de een-op-een contacten, de zogeheten 'waarheidsmomenten' voor de gedenkwaardige genezingservaring. Waarheidsmomenten zijn contactmomenten die een negatieve of juist positieve indruk achterlaten bij de patiënt (Lee, 2009, 35). Zorgverleners moeten zich ervan bewust zijn dat zij als *performers* altijd iets communiceren met de klant. Ze staan op een toneel en spelen een rol die een bepaalde indruk maakt op het publiek (de patiënt). Theater is een alomvattende werkbeschrijving, zegt Lee (Lee, 2009, hoofdstuk 6). Vanuit dat besef kan de patiëntcommunicatie welbewust verbeterd worden. Belevissen moet men uiterst zorgvuldig regisseren om waarheidsmomenten optimaal te benutten, want dáár vallen de klantbeslissingen. Lee benadrukt dat de perceptie van de compassievolle zorg niet de werkelijkheid hoeft te zijn.

Het *service excellence*-businessconcept, in Nederland vertaald als 'gastvrijheidconcept', vormt een vorige fase van het economische aanbod waarin veel ziekenhuizen zich nog bevinden (Gilmore, 2000,43; Gilmore 2008,53; Lee, 2009,118v). In de gastvrijheidsindustrie leren werknemers via algemene scripts wat ze in veelvoorkomende situaties moeten zeggen. In de belevenisindustrie worden plot en script in gemeenschappelijke brainstormsessies gedetailleerd uitgewerkt, gericht op de te creëren uitkomst van patiëntbelevenis en klantloyaliteit. Lee's manager coacht medewerkers bij alle 'scenes' met de patiënt waarbinnen de onvergetelijke ervaring gecreëerd gaat worden.

Om een goede acteur te zijn aan het bed is talent voor de rol het belangrijkste selectie criterium bij sollicitanten. De sollicitant moet authentiek kunnen bijdragen aan de gewenste ziekenhuiscultuur, een *teamworker* zijn en over verbeeldingskracht beschikken om empathie en medeleven te kunnen oproepen vanuit contact met het eigen gevoelsleven. Ziekenhuismedewerkers die omgaan met de patiënt moeten van betekenis willen zijn voor patiënten en van mensen houden. Alleen dan kunnen zij loyaliteit creëren bij de patiënt. Een belangrijke managementtaak is dan ook het motiveren van medewerkers en hen te helpen groeien om hun rol op een consistent hoog niveau als vanzelfsprekend te gaan spelen, zoals *cast members* bij Disney dat voortreffelijk kunnen.

### **Zorgethische kritiek op Lee's theaterbusinessziekenhuis**

De belevenismarketeers Gilmore en Pine benoemen specifiek gezondheidszorg en *marketing consultancy* als hedendaagse lucratieve groeimarkten van de belevenis-

economie. Fred Lee benut beide in zijn wervingsactiviteiten rond het theaterbusinessconcept voor ziekenhuizen. Leidend bij zijn idee over zorgen is niet de ethische vraag of er een moreel goed gerealiseerd wordt voor de patiënt. Leidend is daarentegen de bedrijfseconomische outputgerichte vraag: *Does it work?* Oog voor emoties van de patiënt, compassie, hoffelijkheid, *teamwork*, werkinspiratie, beroepstrots en de prettige entourage...het zijn allemaal middelen ten behoeve van zijn bedrijfsdoel van publieksdoeltreffendheid en daardoor concurrentiebestendigheid.

Zorgethiek kritiseert de ethiek die daaronder ligt. Dat is een teleologische ethiek (utilitaristisch en consequentiaalistisch), waarin onder invloed van dominant natuurwetenschappelijk denken, de *causa efficiens* centraal is komen te staan (Baart, 2008). In de Moderniteit is denken in termen van oorzaak en gevolg (*causa efficiens*) het denken in termen van een doeleinde (*causa finalis*) gaan vervangen. Zulke ethiek, gericht op resultaat en nut wordt vanuit een zorgethisch perspectief gekritiseerd omdat de basis te smal is om goedheid of slechtheid van

handelen te kunnen beoordelen. Een ordenende en richtinggevende ethiek voor de samenleving en de gezondheidszorg denkt vanuit de waartoe-vraag (*causa finalis*). Eerdere zorgethische kritiek gold de eenzijdige nadruk op medisch-

technisch instrumenteel handelen en een toenemend samengaan met economische *efficiens*. Lee's sociaal-instrumenteel handelen is op eenzelfde economische *efficiens* gebaseerd.

Dit leidt tot omduidingen van de zorginhoud, zoals bijvoorbeeld:

1. Exceptionele belevissen opdoen in een ziekenhuis gericht op 'klantloyaliteit' is niet zorginhoudelijk maar marktgedreven ingegeven. Klantenbinding creëren en het vergroten van productie zijn economische categorieën gericht op expansie van zorg. Moreel goede zorg houdt in mensen zoveel mogelijk vrijstellen van zorg en is daardoor intrinsiek zorgbeperkend. De omzetting van 'patiëntnood' naar 'de wil van de klant' is een omzetting van 'nodig hebben om te kunnen leven', waar een zekere beperking in zit, naar 'consumentwensen', wat oneindig is. Waar de klantwil leidend is, kan een ultiem tevreden 'gast' slechte of zelfs schadelijke zorg hebben ontvangen, bijvoorbeeld door overbodig onderzoek. Klanttevredenheid is iets anders dan 'ervaren baat'.

2. Vanuit een zorgethisch perspectief zit er een spanningsveld bij de authentieke verpleegkundige die acteur wordt zoals een *cast member* bij Disney. Het betreft

*In Lee's theaterbusinessconcept komen complexiteit, handelingsverlegenheid, onoplosbaar lijden, bitterheid en falen van zorgverlening niet voor*

een spanningsveld dat samenhangt met de beleviseconomie en de werkelijkheid- en perceptiethematiek (Gilmore, 2000; Schulze, 2005). Alleen vanuit een moreel buitenperspectief kan 'het werkt' onderscheiden worden van 'het is een moreel goed'.

3. Waar zorgen vanuit zorggeigen ónzekeerheid werkt, is bij Lee zorgen in alle opzichten strikt geregisseerd en onder controle. Het hele proces van perceptiebeïnvloeding wordt gecreëerd, beheerst, gecheckt en continu verbeterd. Ook de medisch-technische resultaten moeten, systemisch aangedreven, voortdurend naar een hoger, sneller en meer kostenbesparend niveau. In Lee's theaterbusinessconcept komen complexiteit, handelingsverlegenheid, onoplosbaar lijden, bitterheid en falen van zorgverlening niet voor. Zorgen voor behoeftige medemensen staat in een context van maakbaarheid. Dit betekent dat levensbeschouwelijke thema's, morele dilemma's en menselijke eindigheid radicaal worden omgezet in een andere, psychologisch en bedrijfsmatig bruikbare, vorm. Alles komt 'goed' in de genezingsbelevenis.

4. Lee volgt de beleviseconomische deductieve weg van massa-maatwerk. De emotionele 'belevisbehoeften' van patiënten worden op individuen toegesneden en binnen een 'zorgrelatie' geco-creëerd. De zorggeigen benadering is inductief. Een zorgverlener verkent binnen de zorgbetrekking, procesmatig, samen met de patiënt wat zich aan goed en kwaad toont en wat goede zorg zou kunnen inhouden. Dit alles zonder enig ander doel dan het patiënt-intrinsieke. Daarbij hebben emoties van de patiënt 'kenkracht', 'intelligentie'; ze informeren over wat er op het spel staat.

5. Wanneer excelleren in een zorgethische context ter sprake komt, gaat het over het al doende leren, verbeteren, vaardiger en praktisch wijs worden van dokters en verpleegkundigen (Baart, 2008). Ook Lee spreekt over excelleren en leren door te doen. Zijn *'from good to great principle'* betreft echter niet het verbeteren van de zorginhoud maar de toename van loyaliteitspercentages. *'Going the extra mile'*, *'walk the talk'* en *'be your word'*, gedrag waartoe Lee zorgverleners oproept, hebben geen betrekking op de morele waarde van trouw zijn maar dienen ter versterking van het geloof van de gast dat men écht om hem bewogen is. Lee's doel is dat deze klant het medeleven optimaal beleeft en dat zodoende de bedrijfsoutput stijgt (Lee, 2009, 172v).

6. Lee's professionals zijn nooit 'tevreden' over hun werk want het kan altijd beter (Lee, 2009, 175v). Met de sterke

managementsturing op bedrijfsresultaten worden Lee's zorgverleners – al communiceert hij alle ruimte en vrijheid om compassievol te zorgen – ten diepste systemisch aangestuurd en gemanaged. Een zorgverlener die tien mensen liefdevol en bekwaam heeft bijgestaan, maar enkel 'tevreden' klanten scoort bij de tevredenheidsevaluaties, werkt in Lee's bedrijf minder 'goed' dan de collega die één 'zeer tevreden' (loyale) klant heeft geworven.

7. Lee's boek is (naast praktijkvoorbeelden) geheel gebaseerd op literatuurbronnen over management, *consultancy*, economie, kwaliteit- en tevredenheidonderzoek en slimme bedrijfsvoering. Er is niet één verwijzing naar literatuur over zórginhoud.

### Conclusie

Voor wie voorbij leest aan de wervende praktijkvoorbeelden en Lee's zorgconcept, in de context van de beleviseconomie, tot op het kale gebinte ontleedt, toont zich het volgende beeld: de nood van de patiënt en diens diepmenselijke verlangens naar gezien, gehoord en geliefd worden, openen voor Lee lucratieve markten. Achter het menslievend aanschijn van Lee's compassievolle zorg door authentieke zorgverleners, gaat een sociaal-instrumentele marktbeheersing schuil die Lee van de belevismarketeers en van Disney heeft geleerd. Vanuit een moreel buitenperspectief is de gecreëerde onvergetelijke genezingservaring geraffineerde manipulatie en exploitatie van het innerlijk leven van kwetsbare mensen. Zorgprofessionals, die over het algemeen menslievend willen zorgen, worden zo tot middelen in Lee's bedrijf. Hun van betekenis willen zijn, wordt benut voor het bedrijfsdoel. Ook de patiënt is een middel voor het achterliggende commerciële belang. De zorgrelatie tussen zorgverlener en zorgontvanger dient het businessdoel; klantloyaliteit-creatie ten behoeve van bedrijfsgezondheid en concurrentiebestendigheid. Door Lee's vurig bepleite bekommernis om de patiënt en de compassievolle professional lijkt zijn zorgconcept op het eerste gezicht zorgethisch en humaan. Wie zich echter in de beleviseconomie verdiept, wordt keiharde reputatie- en winstgerichte *business* gewaar.

### Noten

1. Dit artikel is gebaseerd op een masterthesis in het kader van de studie Zorg, Ethiek en Beleid. J. van de Kamp. Ziekte als belevenis. Een zorgethische kritiek op Fred Lee's ziekenhuis. Tilburg University, 2013. Website <http://zorgethiek.nu>
2. Voor zover bekend bij de auteur en de begeleidend hoogleraar prof. dr. F.J.H. Vosman zijn de ziekenhuisformule van Fred Lee

*Wie zich in de beleviseconomie verdiept, wordt keiharde reputatie- en winstgerichte business gewaar*

en de context van de beleveniseconomie niet eerder vanuit een zorgethisch perspectief geanalyseerd. Om die reden kan niet gerefereerd worden aan eerdere zorgethische literatuur over deze specifieke thematiek.

### Literatuur

- Baart A. Aandacht. Etudes in presentie. Utrecht:Lemma, 2005.
- Baart A & Vosman FJH. Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008.
- Heijst A van. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Zoetermeer: Klement, 2005.
- Gilmore JH & Pine B. De beleveniseconomie. Werk is theater en elke onderneming creëert zijn eigen podium. Den Haag: Academic Service, 2000.

- Gilmore JH & Pine B. Authenticiteit. Wat consumenten écht willen. Den Haag: Academic Service, 2008.
- Lee F. Als Disney de baas was in uw ziekenhuis. 9 1/2 dingen die u anders zou doen. Amsterdam: Reed Business, 2009.
- Leget C, Gastmans C & Verkerk M (eds.). Care, Compassion and Recognition. An ethical Discussion. Leuven: Peeters, 2011.
- Nistelrooy I van. Basisboek Zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Heeswijk: Abdij van Berne, 2008.
- Schulze G. Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt/Mainz: Campus Verlag GmbH, 2005.
- Tronto JC. Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. London: Routledge, 1993.
- Tronto JC. Creating caring institutions. Politics, plurality, and purpose. Ethics and social welfare 2010; 4 (2): 158-171.

### Samenvatting

Fred Lee spreekt veel managers en zorgverleners aan met zijn theaterbusinessconcept voor het ziekenhuis. De patiënt staat daarin centraal en professionals krijgen alle ruimte om compassievol te zorgen. Vanuit een zorgethisch perspectief is de gecommuniceerde menslievendheid discutabel. Lee's concept staat in de context van de beleveniseconomie waarin de vertrouwvolle, empathische relatie met de patiënt een lucratief middel is voor commerciële doelen van klantenbinding, reputatieversterking, winststreven en een stevige concurrentiepositie. De 'menslievende zorg' bestaat ten diepste uit sociaal-instrumenteel geregisseerd en beheerst belevenis creëren, zoals Disney dat in zijn entertainmentbusiness doet.

Trefwoorden: *zorgethiek, theaterbusinessziekenhuis, beleveniseconomie*

### Summary

With his theatre business concept for hospital healthcare, Fred Lee appeals to a lot of managers and healthcare professionals. In his patient-centred model, professionals are free to care with compassion. However, from a perspective of ethics of care, the communicated professional loving care is debatable. Lee's concept of care is grounded in the realm of the experience economy. In this context a truthful, empathic relation with the patient is a means to achieving commercial targets such as customer relations, reputation management, profit and a strong market position. At its core, 'professional loving care' is a social-instrumental and directed way of controlling the creation of experience, similar to how Disney creates experiences in theme parks.

## Van beperkte waarde

### Reactie op het artikel 'Beleveniscreatie is niet hetzelfde als goed zorgen'

Reactie

**Het kritische commentaar van Van de Kamp in haar artikel *Beleveniscreatie is niet hetzelfde als goed zorgen* bevat een aantal relevante overwegingen die bijdragen aan de duiding van het concept van Fred Lee. Ik voorzie het graag van een korte reactie.**

Een eerste punt is de waarde van Lee's ideeën voor de Nederlandse situatie. Kijkend vanuit een sociaal-culturele optiek valt direct een mismatch op. Zorg in

Nederland is nauw verweven met waarden als compassie, solidariteit en gelijkheid en dat verdraagt zich slecht met concurrentie, omzet en winst (*shareholders' value*). Het vaak aangehaalde Rijnlandse model past goed bij de Nederlandse cultuur en bijbehorende conventies. Als illustratie: ons past de overtuiging dat het individu ondergeschikt is aan het collectief, er geen markt kan zijn zonder (gemeenschappelijke) coördinatie en concurrentie zonder samenwerking niet bestaat. Voor ons maakt dit het concept van Lee niet passend.

Er is echter ook de zijde van het individu, de patiënt of zij die het zullen worden. Passend binnen trends als het (kwalitatief) individualisme, informalisering en intensivering willen de patiënt en zijn omgeving gehoord worden. Dat sluit aan op de belevingscomponent en het concept van Lee. Dat de onderliggende doelstelling vanuit de zorgaanbieder in de gedachte van Lee mogelijk een andere is dan compassie doet daar niets aan af. En juist hier is er aanzienlijke winst te boeken: vertrekkend vanuit de positie en beleving van de patiënt. *Nothing about me, without me*. Dit staat beperkt op de agenda. De thans bestaande grote en niet te verantwoorden verschillen tussen zorgaanbieders zijn hiervan een aansprekend voorbeeld. Redenerend vanuit dit potentieel om het beter te doen spreekt Lee aan en zet aan het denken. In het verlengde hiervan blijft het de vraag of verwante concepten zoals ontwikkeld door zorgethici als Baart, Van Heijst en Vosman niet beduidend beter aansluiten op de Nederlandse situatie en ook tot meer duurzame veranderingen zullen leiden.

Een tweede punt dat ik graag inbreng is de aansluiting op actuele ontwikkelingen in de zorg. Die is niet steeds aanwezig bij Lee. Zeer in de belangstelling staat bijvoorbeeld de zogeheten *low volume care*, dat betrekking heeft op zorg die voor de patiënt amper of geen waarde toevoegt. Ook wel 'gepast gebruik' genoemd. Diverse analyses tonen dat tussen de 20 en 35% van de huidige diagnostische en therapeutische verrichtingen niet geïndiceerd zijn, of zelfs contra-geïndiceerd zijn. Het niet

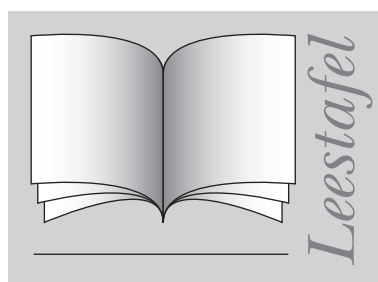
uitvoeren van deze verrichtingen bevordert de kwaliteit en remt de kosten.

Om die reden is 'gepast gebruik' een belangrijk potentieel aangrijpingspunt om kwaliteit en kosten te beïnvloeden en figureert het overvloedig in de beleidsarena. Overigens is het uitgangspunt van Lee dat 'de kwaliteit van zorg uitmuntend moet zijn' volstrekt irrealistisch en staat het op gespannen voet met uitkomsten van zeer veel onderzoek.

Uit het bovenstaande volgt dat *low volume care* zich niet verdraagt met omzetmaximalisatie, zoals de kern is van het concept van Lee. Maar er is ook nog de opstelling en de betrokkenheid van de patiënt. Bij 'gepast gebruik' hoort een patiënt die zich (!) informeert, begrijpt dat maximaal niet hetzelfde is als optimaal en dat sommige ingrepen wel kunnen worden verricht, maar (voor hem) niets meer toevoegen. En dat verschilt wezenlijk van de patiënt van Lee die moet worden behaagd met 'alles uit de kast'.

Kort en goed is het concept van Fred Lee voor Nederland slechts van beperkte waarde. Met name sluit het niet aan op de wijze waarop wij naar zorg kijken en past het niet goed bij 'gepast gebruik'. Beperkt, maar niet zonder waarde. Want het beter rekenschap geven van de patiënt is een opgave die ook in Nederland nog onvoldoende is opgepakt.

**Prof. dr. Bart Berden**, Voorzitter Raad van Bestuur, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis Tilburg  
E-mail: [m.maas@elisabeth.nl](mailto:m.maas@elisabeth.nl)



**Verbeek P-P.** *Op de vleugels van Icarus. Hoe techniek en moraal met elkaar meebewegen.* Rotterdam: Lemniscaat, 2014. 192 blz. ISBN: 9789047706304. Prijs: € 19,95.

In zijn nieuwe boek schrijft de Twentse techniekfilosoof Peter-Paul Verbeek: " .... zo moeten wij leren los te komen van " ja" of "nee" zeggen tegen nieuwe technologie. Het is dus geen kwestie van kiezen....."

Volgens Verbeek is onze omgeving (door het toenemende gebruik van technologie) dwingend en wordt het tijd de dwang die uitgaat van technologie verantwoord vorm te geven. Wij zijn ons onvoldoende bewust van hoe technologie ons handelen stuurt en hoe wij ook omgekeerd technologie sturen, stelt Verbeek. Aan de hand van voorbeelden verschaft hij inzicht hoe die sturing plaatsvindt en stelt hij onze vrijheid ten opzichte van technologie ter discussie. De technologie bepaalt soms ons handelen. Hadden zorgprofessionals in het ziekenhuis voorheen bijvoorbeeld toegang tot alle ruimten, nu zijn ruimten enkel toegankelijk wanneer men bevoegd is en het juiste pasje bezit. Verbeek maakt duidelijk dat het samengaan van technologie en mens verder gaat dan morele bemiddeling; technologie en mens raken

steeds meer verbonden door bijvoorbeeld robotica (chips in hersenen, bionische ledematen). Ethiek, vindt Verbeek, moet technologie niet langer van buitenaf bekijken, maar moet oordelen op basis van de kwaliteit van de impact die het heeft op het menselijk bestaan.

Dit boek biedt een kader waarin die impact van technologie kan worden begrepen en onderschrijft het nut en de toegevoegde waarde van empirisch onderzoek naar het gebruik van technologie. Zowel zorgverleners die elke technologische verandering in de dagelijkse praktijk omarmen als zij die elke verandering als een bedreiging ervaren, zullen in dit boek een nuancering van hun standpunt vinden.

*Drs. Marcel Boonen, Hoofd Zorgeneheid Orthopedie, St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg*