



Dat-wat-is, kan anders zijn

Hoe Michel Foucault een opening biedt voor de
impasse rond ethische reflectie in
zorginstellingen

Master scriptie

**Kritische Organisatie en Interventie Studies
&
Educatie**

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht 2009

Door: Petra Engels (0040036)

Datum: 31 augustus 2009

Begeleider: Martien Schreurs

Meelezer: Ruud Kaulingfreks

Voorwoord

De keuze voor ethiek in de zorg, als onderwerp van de scriptie, is ontstaan tijdens mijn stage bij de Carante Groep. Hier heb ik me beziggehouden met de opzet van een expertisegroep ethiek. Mijn interesse voor de ethiek was al gewekt tijdens de vele colleges op de universiteit. De zorg was meer een toevallige omstandigheid die me later heel goed van pas is gekomen.

In mijn huidige baan bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hou ik me ondermeer bezig met de implementatie van moreel beraad in de zorg. De implementatie van deze methode verloopt alles behalve soepel. Ethiek in de zorg heeft in de afgelopen decennia meer aandacht gekregen, maar dan met name van critici die vinden dat de menselijke maat uit de zorg verdwijnt door het steeds verder invoeren van marktprincipes in de zorg. In de zorg zelf beweegt het maar langzaam. Dat is ook logisch zeggen de critici want de managers van tegenwoordig komen veelal niet uit de zorg en houden zich alleen bezig met het kostenplaatje en de verantwoording. Ik heb deze kritiek ook gezien tijdens mijn stage, maar ben er niet van overtuigd geraakt dat het alleen de manager is waarop de implementatie van ethiek in de zorg vastloopt.

De scriptie is een bijdrage aan het debat over ethiek in de zorg en is een poging de impasse die is ontstaan te doorbreken.

In een voorwoord is altijd ruimte voor een woord van dank. Allereerst gaat mijn dank uit naar Elly Kommer voor haar altijd aanwezige steun. Niet alleen tijdens het schrijven van de scriptie maar ook in alle jaren die we hebben doorgebracht op de universiteit. Ik dank Sacha Nelstein voor haar aanmoediging en het lezen van de verschillende versies. Ik dank de rest van mijn vrienden voor hun geduld en meeleven. Als laatste gaat een woord van dank naar mijn collega's van de afdeling Ethiek. Zij hebben intens meegeleefd en hadden op sommige momenten meer vertrouwen in een goede afloop dan ik.

1 Inhoudsopgave

Inleiding.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
H1: Grote veranderingen in de zorg vragen om andere ethische benadering	14
1.1 Van volgende patiënt naar eisende consument	15
1.1.1 De ontzuiling	15
1.1.2 Emancipatie	16
1.1.3 De kwaliteitstoets	17
1.1.4 Gevolgen voor ethiek	17
1.2 Marktwerking als kostenbeheersing.....	20
1.2.1 De zorg is ondoorzichtig en ondoelmatig	21
1.2.2 'Marktwerking' in het zorgstelsel	23
1.2.3 Gevolgen voor ethiek	25
1.3 De opkomst van de professional in de zorg	28
1.3.1 Gevolgen voor ethiek	29
1.4 De opkomst van de techniek	31
1.4.1 Gevolgen voor ethiek	31
1.5 Conclusies	32
H2 Ethiek in de zorg van vandaag	35
2.1 Kritiek op de principebenadering.....	35
2.2 De zorgethische benadering van Joan Tronto	36
2.2.1 Zorgethiek is praktisch en actie gericht.....	37
2.2.2 Mijn kritiek op de zorgethiek van Tronto	39
2.3 Normatieve professionaliteit.....	41
2.4 Ethische reflectie / moreel beraad.....	43
2.4.1 Verbinden van theorie en praktijk	44
2.4.2 Drie vormen van moreel beraad.....	45
2.4.3 Mijn kritiek op moreel beraad	46
2.5 Foucault als aanvulling	48
2.6 Conclusie.....	49
H3 De manager en de professional	51
3.1 De manager heeft niets met ethiek	52
3.1.1 De logica van managen	52
3.1.2 De taal van de manager.....	54
3.2 De professional heeft alles met ethiek	56
3.2.1 De logica van de professional	58
3.2.2 De taal van de professional	60
3.3 Professional en manager vast in hun toebedeelde rol?	61
3.4 Conclusie.....	63
H4 Foucault als kritisch reflectie instrument.....	66
4.1 Moraliteit volgens Foucault.....	66
4.1.1 Zelfzorg	67
4.2 Een kritische zoektocht.....	68
4.3 Het beperken van de macht	70
4.3.1 Overheersing door marktlogica's?	71
4.4 Conclusie.....	74
H5 Tot slot: Dat-wat-is kan anders zijn	76
Literatuurlijst	81

“ Men moet alles wat zogenaamd vastligt en onbeweeglijk is, proberen terug te brengen in staat van beweeglijkheid, in een staat van openheid tot verandering. Een van de taken van menselijke wezens is nooit iets te aanvaarden als definitief, onaantastbaar, van zelfsprekend of onbeweeglijk”

(Michel Foucault, San Francisco, 3 november 1980)

Inleiding

De hierboven gekozen uitspraak van de Franse filosoof Michel Foucault¹ slaat wat mij betreft de spijker op z'n kop als het gaat om de beschrijving van de status van ethiek in de zorg. Ondanks alle initiatieven die er vanaf de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw zijn geweest, wil het met de ethiek in de zorg maar niet echt lukken (Van Dartel 2005). De invoer van ethiek in ziekenhuizen en zorgorganisaties zit al jaren vast op hetzelfde niveau. Een krappe 40% van alle instellingen beschikt over een of andere vorm van ethisch beleid, veelal vormgegeven door ethische commissies (Van Dartel 2002). Deze commissies houden zich vaak bezig met de 'abstractere' ethische onderwerpen zoals abortus, euthanasie, levensbeëindiging bij pasgeborenen en bijvoorbeeld kindermisdaad bij verstandelijk gehandicapten. Dat is nodig en goed, maar volgens pleitbezorgers van de zorgethische benadering, niet voldoende om te kunnen spreken van goede zorg. Hun zorgethiek richt zich niet alleen op het medisch juist handelen van de professional maar veel meer op wat zij zelf noemen de menselijke maat in het zorgen. Zaken als nabijheid, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, professionaliteit, betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid moeten in de zorg voorop staan (Tronto 1993, Kunneman 1995, Van Heijst 2005). Ook binnen de humanistiek is deze benadering opgepakt en met name door Henk Manschot en Harry Kunneman verder uitgewerkt tot normatieve professionaliteit.

De roep om een meer zorgethische benadering vindt plaats onder invloed van technologische en maatschappelijke veranderingen. De technologie maakt het

¹ Foucault werd in 1926 geboren in Poitiers. Hij studeerde filosofie in Parijs. Vanaf 1954 is hij aan verschillende universiteiten werkzaam. In 1970 krijgt hij een academische toepositie aan *College de France* waar hij tot zijn dood in 1984 aan verbonden blijft. Voor een uitvoerige beschrijving verwijs ik naar D. Eribon, *Michel Foucault een biografie*, vertaald door J. Holierhoek, Amsterdam 1990.

mogelijk om mensen steeds langer in leven te houden. De vraag dringt zich op of alles wat kán ook daadwerkelijk móet (Widdershoven 2000). De medische vooruitgang wordt niet langer onproblematisch geacht en brengt nieuwe ethische vragen met zich mee zoals: Wanneer is een leven voltooid, Wanneer is behandelen zinloos en Moet iemand niet ook waardig kunnen sterven?

In deze periode van technologische vooruitgang vinden ook allerlei maatschappelijke veranderingen plaats. Vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw komen mensen steeds lossier te staan ten opzichte van kerkelijk gezag en de zuil waarbinnen mensen leven (Van der Veen 1990). Deze verzuiling wordt gevolgd door de emancipatiebeweging. Maatschappelijk betekent dit een verschuiving van een structuur van voornamelijk plichtopvolgend naar een structuur waarin autonomie en zelfbeschikking de boventoon gaan voeren. Deze verschuiving levert een ander type burger op. Deze burger laat zich niet door de dokter voorschrijven wat moet gebeuren maar wil inspraak. Er komen dan ook steeds meer rechten voor patiënten en de arts wordt verplicht de patiënt te informeren en te laten meebeslissen in de voorgelegde behandelalternatieven. Dit vraagt om een ander type arts en hulpverlener. Eén die oog heeft voor meer dan alleen de techniek van de behandeling, één die oog heeft voor iedere individuele patiënt in diens unieke omstandigheden. Een professional die moreel kan reflecteren op het eigen handelen en dat handelen, ten gunste van de patiënt, ter discussie durft te stellen zodat de zorg verbetert.

Door deze technologische en maatschappelijke ontwikkelingen heen loopt een probleem van schaarste in de zorg. De zorg wordt almaar duurder. De overheid ziet zich in de jaren tachtig van de vorige eeuw dan ook genoodzaakt in te grijpen in de kostenstructuur. Tal van maatregelen zoals budgetsystemen, kwaliteitssystemen en zorgbehandelplannen werden en worden door de overheid ingevoerd. Met als resultaat de invoer van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2005². Het probleem van schaarste is nog altijd niet opgelost. Verwacht wordt dat door de vergrijzing van de bevolking enerzijds en het teruglopen van het aantal beschikbare professionals anderzijds de tekorten in de zorg alleen maar zullen oplopen. Er zal dus naarstig gezocht blijven

² Deze wet heft het tot dan toe gangbare verschil tussen ziekenfonds en particuliere verzekering op. Onder minister Hoogervorst werd deze wet in juli 2005 ingevoerd als laatste grote verandering in het zorgstelsel tot nu.

worden naar beheersing van dit probleem. De overheid kiest op dit moment voor een vorm van marktwerking; door financiële prikkels probeert men de problemen in de zorg te beheersen.

Voorstanders van marktwerking in de zorg, redeneren vanuit markteconomische principes als: efficiency, kostenbesparing, transparantie en vraag gestuurde zorg. Vraag gestuurd is volledig gericht op de klant (of zorgconsument, patiënt, cliënt). Op zichzelf is dit geen onlogische redenatie omdat die klant in de loop der jaren steeds mondiger is geworden en dus ook vraagt om meer keuze mogelijkheden en een andere aanpak. Het is de klant die uiteindelijk de kwaliteit van de zorg gaat beoordelen en dat geeft voldoende prikkels voor ziekenhuizen en zorginstellingen om ook daadwerkelijk hard te werken aan deze kwaliteit, zo redeneren de voorstanders.

Tegenstanders van marktwerking in de zorg zijn voornamelijk te vinden in de sociaal filosofische hoek, gesteund door de professionals zelf. Zij beweren dat al die mooie marktpraatjes alleen maar hebben geleid tot meer bureaucratie en meer verschraling van de zorg (Tonkens 2008, Mol 2006, Van Heijst 2005, Kunneman 2005).

Verschraling betekent dan dat de zorgverlener juist helemaal niet toe komt aan die vraag gestuurde, op de individuele klant afgestemde zorg, maar meer bezig is met administratieve handelingen dan het uiteindelijke billen wassen of opereren. Liberale marktmaatregelen die door de overheid zijn genomen om te komen tot meer efficiency, kostendaling, keuzevrijheid, transparantie en verhoging van de kwaliteit van zorg hebben vooral geleid tot protocollen, behandelplannen, bureaucratie en verschraling van de zorg. Marktwerking in de zorg is duur, bureaucratisch en demotiverend (Tonkens 2008, p. 53-77).

Die aangevoerde demotivatie heeft vooral betrekking op de professional die werkzaam is in de zorg. Met de invoer van alle systemen die noodzakelijk zijn voor de efficiency gaat de menselijke maat in de zorg verloren, zo beweren de tegenstanders van de marktwerking. Voor vragen die raken aan zaken als nabijheid, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, professionaliteit, betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid is geen ruimte meer. In de zorg zou nog slechts worden gesproken over en gemeten met de economische, kostenbesparende en efficiency

verhogende maatstaven en dit veroorzaakt beroepszeer, zorgt voor gedemotiveerd personeel en werkt ziekteverzuim alleen maar in de hand.

Dat marktprincipes en zorg inderdaad niet altijd goed samengaan illustreert een artikel uit dagblad De Pers van 6 oktober 2008. De kop van het artikel luidt: 'Doemscenario's over tekorten in de zorg overdreven'. Dit overdrijven van het scenario wordt als volgt uitgelegd: 'De productiviteit in de zorg neemt toe, terwijl de ligduur daalt'. Het tegen elkaar afwegen van productiviteit en ligduur heeft alles te maken met marktgereguleerde principes. Het artikel verscheen echter naar aanleiding van een incident in een psychiatrische kliniek. In de kliniek was een man gestikt in een stuk brood in de separeercel. Binnen de psychiatrie was het volgens het personeel steeds vaker noodzakelijk om lastige cliënten in de separeercel op te sluiten omdat er te weinig personeel was om hen fatsoenlijk te begeleiden. De bezuinigingen in de zorg hadden nu eenmaal tot gevolg dat de aandacht die een dergelijke patiënt nodig heeft niet kon worden gegeven. Kern van de zaak was dat het stikken in het stukje brood had kunnen worden voorkomen als er meer personeel aanwezig was geweest, tenminste zo luidde de conclusie van het personeel. Het gaat er mij in deze scriptie niet om of deze uitleg van het personeel juist was. Wat opvalt, zijn de argumenten die worden aangehaald om de aangevoerde uitleg van het incident, namelijk het personeelstekort, tegen te spreken. Er is namelijk geen sprake van personeelstekort (volgens het artikel) want de productiviteit is toegenomen en de ligduur gedaald. Uit deze uitleg is de menselijke maat inderdaad volledig verdwenen, maar niet alleen uit de argumentatie van de manager. Ook het personeel gebruikt een term als personeelstekort om het incident te omschrijven. Zaken als menselijk contact, het verlichten van de last van de patiënt, de nabijheid en de betrouwbaarheid worden niet genoemd. De eerder genoemde kritische auteurs vinden dan ook dat professionals steeds meer worden opgeslokt door de ingevoerde markttermen en dat ze zich daar ook achter gaan verschuilen (Van Heijst 2005). Het is daarom van het grootste belang dat er tijd komt voor reflectie; ethische reflectie. Reflectie zal er voor zorgen dat professionals zich niet alleen gaan beperken tot die handelingen die zuiver vanuit beleidsperspectief noodzakelijk worden geacht. Door ethische reflectie leren professionals deze beperkingen doorzien en komt er weer ruimte voor hun aanwezig geachte intrinsieke motivatie. Die intrinsieke motivatie behelst dan het willen zorgen

voor anderen. Niet op een technische instrumentele manier, maar op een manier van wederzijdse afhankelijkheid en wederkerigheid (Manschot 1997, Kunneman 2006).

Om ethische reflectie mogelijk te maken zijn er verschillende methoden ontwikkeld waarvan moreel beraad en socratische gespreksvoering de meest bekende zijn. Naar de effecten van moreel beraad is ook onderzoek gedaan; dus over deze methode kan het meest worden gezegd. Dit moreel beraad gaat uit van het idee dat theorie en praktijk intrinsiek met elkaar zijn verweven (Molenwijk 2008). Door middel van het bespreken van casuïstiek uit de dagelijkse praktijk en de morele reflectie hierop, zoeken deelnemers naar antwoorden op morele vragen binnen geleefde praktijksituaties. Hoewel deze methode zijn weg heeft gevonden naar de zorgprofessionals wil het met een echte doorbraak maar niet lukken.

De aandacht voor reflectie bij zorgprofessional is ‘hot’, maar hoewel ‘hot’ sinds midden jaren negentig van de vorige eeuw heeft het tot nu toe weinig effect, stelt Hans van Dartel in een artikel in 2005 (Van Dartel 2005, p. 51). De belangrijkste oorzaak voor het falen van ethiek in de zorg is volgens Van Dartel de manager. Deze ondersteunt de initiatieven onvoldoende. Dat is ook logisch, zo stelt hij, want ethiek vraagt om een dialoog zonder macht en dat verhoudt zich niet goed tot het managementperspectief van beheersing. Dat de huidige dominante economische rationaliteit in het management de ethische waarden in zorg bemoeilijkt, onderschrijven meerdere auteurs. Het zou leiden tot ‘beroepszeer’ onder professionals (Brink e.a. 2005, p. 8) en het zou onmogelijk worden om de kern van de zorg thuis te brengen in de taalspelen van het management (Mol 2006, p. 17).

Motivatie voor het onderzoek

Tijdens mijn stage ben ik voor het eerst direct in aanraking gekomen met de invoer van ethiek in de zorg. Later heeft zich dit voortgezet in mijn huidige baan. Wat mij steeds heeft verbaasd is de ‘cultuur’ van tegenstellingen die is ontstaan in het schrijven en denken over dit onderwerp. Het is de overheid als belichaming van marktwerking en bezuiniging tegenover de veel abstractere ideeën over ‘goede’ zorg. Het zijn de managers van de instellingen tegenover de professionals en het zijn de professionals tenslotte die falen tegenover de zorgconsument. Marktprincipes van

efficiency, transparantie, kostenbesparing, vraag gestuurde zorg enz. leiden per definitie tot vershraling van zorg en staan 'goede' zorg in de weg.

Ik heb tijdens de stage kunnen ervaren wat er in de zorg allemaal is veranderd, sinds ik daar zelf werkte, eind jaren tachtig van de vorige eeuw. In mijn tijd was er nog een hoofdverpleegkundige die dagelijkse leiding gaf vanuit haar eigen zorginhoudelijke vakbekwaamheid. De afdelingswerkzaamheden werden opgebouwd rondom de medische specialismen. Afdelingsoverstijgende zaken als personeelsbeleid, logistieke zaken, medicijnbeheer etc. werden ingevuld door een directrice en een medisch directeur.

Inmiddels is de hoofdverpleegkundige vervangen door een zorgmanager of unitcoördinator. Dit is iemand die lang niet altijd uit de zorgsector afkomstig is en die middels een door de overheid ingevoerd budgetteringssysteem het zorgproces aanstuurt. Doorgaans komt dit erop neer dat hij³ sturing geeft aan een eenheid en zich daarbij moet houden aan de begrenzings van het budget. De directrice en medisch directeur zijn vervangen door management teams of raden van bestuur. Deze hebben vaak hun eigen aandachtsgebied zoals financiën, beleid of logistiek. Ook de leden van deze organen zijn meestal niet uit de zorg afkomstig. Het gevoerde beleid wordt vormgegeven vanuit een visie en een missie⁴ waarin principes terug te vinden zijn van het Human Resources Management of Development.⁵

De werkvloer dan uiteindelijk is vaak een zelfsturend team en levert een product dat zorg heet. Deze zorg is gemaakt voor de zorgconsument, die vroeger patiënt heette. In deze vraaggestuurde aanpak van zorg, anticipeert de zorgproducent op de vraag van de zorgconsument. Die vraag wordt vervat in doelen en producten, waarbij van te

³ Mannen waren vroeger bijna nooit hoofdverpleegkundige, maar de unitcoördinator of zorgmanager van nu is bijna altijd een man. Slechts 8% van alle leidinggevende in de zorg is vrouw (TVZ nr 9 2001, p. 267)

⁴ In een visie van een organisatie is verwoord waarop men zich in de toekomst wil richten. Een missie staat voor visie en drijfveren. Het geeft dus naast het doel tevens een richting aan vanuit een bron of streven waarvoor als het goed is elke medewerker warmloopt, waardoor zij zich wil inzetten (Lokhorst 2002, p. 159,160).

⁵ Human Resource Management richt zich op een zo goed mogelijk gebruik maken van de aanwezige kennis en kwaliteit van de medewerkers. Human Resource Development gaat een stap verder. Hierbij richt men zich op de vraag

voren vastgestelde targets in de vorm van productiecijfers worden ingezet tijdens de onderhandelingen met de zorgverzekeraars om het budget voor het daaropvolgende jaar vast te stellen.

Er is dus veel veranderd in de zorg en zeker in de aansturing van een organisatie zitten grote verschillen met vroeger. Toch ben ik er niet van overtuigd geraakt dat de impasse die er al bijna 20 jaar lijkt te zijn ten aanzien van de invoer van ethiek in de zorg, niet wordt opgelost omdat het management niet wil. Dat er meer aan de hand is dan een onwillig management, wat overigens ook maar de vraag is of dat zo is, wordt ondermeer bevestigd door het rapport Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen uit 2005 van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het centrum stelt dat ethiek in zorginstuties nog niet voldoende is ontwikkeld. In de conclusie staat dat het grootste probleem is dat ethiek niet beklijft, dat het begrip ethiek niet duidelijk gebruikt wordt, dat er geen randvoorwaarden worden gecreëerd die tijd voor reflectie mogelijk maken, dat de indruk bestaat dat het begrip ethische dilemma's te gemakkelijk in de mond wordt genomen en dat er kritiek is op de aansluiting van theorie en praktijk. De basiskennis en vaardigheden voor reflectie zijn onvoldoende aanwezig, men weet niet hoe om te gaan met ethiek en het besef dat ethiek met dagelijkse zorg verbonden is, ontbreekt (CEG 2005, p.52). Voorts staat er in het rapport dat uit interviews blijkt dat professionals het idee hebben dat ethiek bijdraagt aan 'goede zorg'. Op de vraag op welke wijze precies, worden veel verschillende antwoorden gegeven. Ethiek zou allerlei gunstige effecten hebben. Tot dusverre ontbreken echter meer algemene of systematische methoden om adequaat in kaart te brengen of de beoogde effecten worden gerealiseerd (CEG 2005, p. 53). Van hulpverleners op alle niveaus wordt verwacht dat ze reflecteren, maar het is de vraag in hoeverre zij daartoe zijn opgeleid en sowieso daartoe in staat zijn (CEG 2005, p. 49).

Bovenstaande geeft voor mij aan dat het niet realistisch is om te focussen op de manager als oorzaak voor het falen van ethiek in de zorg. Evenzo vind ik het te kort door bocht om te stellen dat door de invoer van markteconomische systemen in de zorg er een toestand optreedt waardoor het leveren van 'goede' zorg onmogelijk is

hoe medewerkers kunnen participeren in de kennisontwikkeling van een

geworden, zoals de eerder aangehaalde critici beweren. Door het steeds tegenover elkaar zetten van grootheden als marktwerking versus goede zorg of manager versus professional ontstaat er een situatie waarin er niet meer met elkaar gecommuniceerd wordt en naar oplossingen gezocht, maar situaties waarin alleen maar ongebreidelde niet vruchtbare kritiek op elkaar wordt geleverd. De critici voeren de discussie met evidenties die er volgens mij helemaal niet noodzakelijkerwijs hoeven te zijn. Zo is de manager onwillig omdat ethische reflectie vraagt om tijd en ruimte. Tijd die de manager niet bereid is te geven. Zo worden er aan ethische reflectie allerlei positieve eigenschappen toegeschreven. Eigenschappen waarvan het CEG zich dus, en ik denk terecht, afvraagt of dit wel zo evident is? Is de zorgprofessional altijd in staat tot een dergelijke reflectie? Een andere is dat de zorgethische benadering hét medicijn zou zijn tegen alle wantoestanden in de zorg. Ik denk dat het veel te simplistisch is gedacht en geen recht doet aan de uiterst complexe situatie waarbinnen ziekenhuizen en zorginstellingen zich vandaag de dag begeven.

Het onderzoek

Zoals aangegeven in het begin ligt de uitdaging voor de zorgsector mijns inziens in het feit dat vastzittende overtuigingen en systemen moeten worden losgemaakt. De grootste uitdaging ligt in het opheffen van de 'wij' / 'zij' cultuur en de daarbij horende evidenties die zijn ingesleten. Het is mijns inziens vruchtbaarder te zoeken naar wegen waar de tegenstellingen kunnen samenkomen zodat ethiek in zorginstellingen een vaste plaats kan verwerven op elk niveau binnen de organisatie. Nu is het zo dat als ethische reflectie al plaatsvindt, dit gebeurt op twee niveaus: ofwel het abstracte niveau van ethische commissies met de daaruit voortvloeiende richtlijnen en protocollen, ofwel op het niveau van de zorgrelatie. Dilemmamethoden als moreel beraad, focussen veelal op dit laatste niveau, maar op beide niveaus kan de manager gemakkelijk buiten schot blijven. De protocollen en richtlijnen zijn immers bedoeld voor de professional om mee te werken en de ethische reflectie bevindt zich op hetzelfde niveau.

In deze scriptie wil ik zoeken naar een vernieuwde kijk op de ontstane impassen binnen de invoering van ethiek in de zorg. Ik ga dit doen aan de hand van het werk van de Franse filosoof Michel Foucault. Allereerst omdat zijn werk handvatten biedt om de ingesloten, vastzittende denkwijzen los te woelen. Foucaults hele oeuvre richt zich op het deconstrueren van de actualiteit. Deconstructie is dan het ‘demonteren’ van het geheel, waardoor de constructie zichtbaar wordt (Derrida 1995, p. 50). Foucault vond het van belang om te weten hoe het heden is ‘gemaakt’. Hoe conflicten zijn beslecht en waartoe botsingen hebben geleid. Door dit zichtbaar te maken wordt de situatie in het heden ontdaan van een bepaalde geslotenheid en starheid (Linssen 2005, p. 148). Bovendien betekent het dat wanneer men weet dat en hoe de vormen zijn ontstaan, ze ook weer kunnen worden afgebroken en getransformeerd. Vermeende evidenties met betrekking tot de actualiteit kunnen aan het wankelen worden gebracht (Linssen 2005, p. 147).

Ik zal mij voornamelijk richten op het latere werk van Foucault. Hierin gaat het niet alleen om de analyse van wat is, maar worden contouren zichtbaar van een praktijk waarin iedereen in redelijke vrijheid kan opereren. Deze zogenaamde vrijheidspraktijk van Foucault kent zowel een historische analyse van de situatie als een methode om te komen tot kritische zelfzorg. Dit laatste sluit mijns inziens aan bij de al bestaande situatie van morele reflectie. Het meest interessant vind ik dan ook de machts- en waarheidsspelen. De analyse die hiervoor nodig is, kan de verruiming inhouden die noodzakelijk is om management en professionals bij elkaar te krijgen. Ik denk dat managers en professionals gebruik maken van andere vertogen, waardoor ze niet deelnemen aan elkaars spel en dus ook geen vrijheidspraktijk kunnen creëren die nodig is om ethiek tot ware bloei te laten komen. Mijn onderzoeksvraag luidt dan ook:

Geeft de vrijheidspraktijk van Foucault met de hierin voorkomende machts- en waarheidsspelen nieuwe inzichten en daarmee nieuwe oplossingsrichtingen voor de invoer van ethiek in de zorg?

In hoofdstuk 1 ga ik in op de ontstaansgeschiedenis van de huidige situatie in de zorg en waarom deze situatie noopt tot verdere invulling en doordenking van ethiek in de zorg. Centraal staat de overgang van een paternalistische arts en samenleving naar een

samenleving van vraaggestuurde zorg, schaarste problematiek en hoogstaande technologische ontwikkelingen. Het doel van het hoofdstuk is om inzichtelijk te maken wat er is veranderd in de ethiek binnen de zorg. In hoofdstuk 2 bouw ik hierop voort en beschrijf de opkomst van de zorgethiek en de hieraan klevende bezwaren. In dit hoofdstuk zal Michel Foucault worden geïntroduceerd als mogelijke oplossing voor de problemen van de zorgethiek.

In hoofdstuk 3 ga ik in op de rol van de manager, versus die van de professional. Hier zullen de tegenstellingen duidelijk worden en de evidenties (waarheden) waarin de verschillende partijen zich hullen. Aan het einde zal ik via Foucault aan zowel de manager als de professional een handreiking doen die hen dichter bij elkaar brengt.

Hoofdstuk 4 staat volledig in het teken van de ideeën van Foucault. Deze zullen worden gelegd naast de al bestaande oplossingen als zorgethiek en moreel beraad. In dit hoofdstuk wil ik inzichtelijk maken dat de bestaande theorieën en methoden slechts ten delen een oplossing bieden. Met de vrijheidspraktijk van Foucault kom ik tenslotte tot een aanvulling op de bestaande praktijk. Tot slot breek ik in hoofdstuk 5 een lans voor een andere manier van denken, namelijk te aanvaarden dat dat-wat-is, ook anders kan zijn.

H1: Grote veranderingen in de zorg vragen om andere ethische benadering

Deze scriptie gaat over ethiek in de zorg. Ethiek is niet nieuw in de zorg maar kent al een zeer lange geschiedenis. De eed van Hippocrates, afkomstig van de oude Grieken, omschrijft al een aantal verplichtingen die een medicus heeft ten opzichte van de patiënt en van collega's. Zo moet de arts altijd het belang van de zieke voorop stellen en moet hij geheimhouding betrachten. De houding van de arts wordt vooral gekenmerkt door deugden. Zo moet hij beschikken over zelfbeheersing, en aandacht en toewijding tonen (Widdershoven 2000, p. 7). De uitgangspunten van deze eed gelden nog altijd, maar zijn al lang niet meer toereikend voor het werken in de complexe zorgpraktijk van tegenwoordig. Want in die praktijk is veel veranderd sinds de jaren zestig van de twintigste eeuw. In dit hoofdstuk zal ik de meest omvangrijke veranderingen beschrijven met daaraan gekoppeld de veranderingen in ethische benadering. Aan de orde komen achtereenvolgens: de verandering van een volgende patiënt naar een eisende consument, marktwerking als kostenbeheersing, de

toegenomen professionalisering en de toegenomen technologische mogelijkheden die vragen om steeds nieuwe toe- en aanpassingen. Al deze veranderingen hebben geleid tot een uitbreiding van de ethiek in de zorg. Was ethiek eerst alleen een zaak van de professional, nu is het gekoppeld aan de relatie met de patiënt, de omgang met andere professionals, de opkomst van nieuwe technologieën en het omgaan met de gevolgen van de marktwerking.

1.1 Van volgende patiënt naar eisende consument

Een belangrijke ontwikkeling waarmee ziekenhuizen en zorgorganisaties werden en worden geconfronteerd zijn de toenemende individualisering en het hogere opleidingsniveau van de bevolking. “De mondigheid van de burger en de bij hen beschikbare kennis over (medische) mogelijkheden en over hun ‘rechten’ op zorg zijn in het recente verleden aanzienlijk toegenomen,” zo schrijft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in haar rapport Professionals in de Gezondheidszorg (RVZ 2000, p. 17). Deze toenemende individualisering is begonnen vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw, met wat in Nederland bekend staat als de ontzuiling.

1.1.1 De ontzuiling

De ontzuiling in Nederland kan het best worden begrepen vanuit de opbouw van de verzorgingsstaat. Dit is een staat waarin de overheid zorg draagt voor het welzijn van haar burgers. Die taak heeft de overheid op zich genomen na de Tweede Wereldoorlog. Door het maken van steeds meer wetten en regelgeving werd het welzijn van de burgers veilig gesteld. De staat zorgt er voor dat de burgers zijn beschermd tegen risico's van de moderne industriële samenleving, zoals arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, ziekte en ouderdom. Ook werd door de staat voorzien in zaken die voor ieder mens nodig zijn om te functioneren, zoals woningen, onderwijs en gezondheidszorg (Schuyt, 1983 p. 256-257).

Als gevolg hiervan worden mensen steeds meer financieel onafhankelijk en hebben zij de oude zekerheidsstructuren van gezin en gemeenschap niet meer nodig. Deze grote gemeenschappen, ook wel zuilen genoemd, deden voorheen de armenzorg, ziekenzorg, zorg voor bejaarden, sport, onderwijs, ontspanning enz. Doordat de staat steeds meer van deze taken wettelijk en financieel garandeert, hoeven mannen en

vrouwen niet meer in deze grote ‘gezinssamenstellingen’ te blijven wonen om onzekerheden in het leven op te vangen (Van der Veen 1999, p. 42-43). Hierdoor komt een beweging op gang waarin steeds meer mensen zich losmaken van de protestants-christelijke, katholieke, liberale of sociaal-democratische zuil. Dit losmaken gaat gepaard met een emancipatiegolf waar de tot dan toe plichtenvolgende burger zich emancipeert tot een autonoom, zelfbeschikkend individu.

1.1.2 Emancipatie

De groeiende wil tot zelfbeschikking komt in de zorg tot uitdrukking doordat door de invloed die de patiënt wil uitoefenen op de zorg die word geboden. Onder aanvoering van patiëntenorganisaties en belangenverenigingen worden steeds meer rechten geclaimd voor mensen die op allerlei gebied zorg behoeven. Deze rechten worden door de overheid vastgelegd in wetten. Ondermeer de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in 1992, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in 1994, de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector in 1995, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen in 1996 en de Wet op bijzonder medische verrichtingen in 1997 (RVZ 2000, p. 21). Deze wetten zorgen ervoor dat de behandelaar niet meer kan volstaan met één diagnose en één behandeling. De patiënt heeft het recht op informatie, alternatieve behandelingen en een second opinion. Alle beslissingen tot behandelen worden alleen nog genomen op grond van geïnformeerde instemming het zogenaamde informed consent. De patiënt moet na goed te zijn geïnformeerd toestemming verlenen en de wetten moeten ervoor zorgen dat de patiënt een individuele afweging kan maken over de eigen situatie. Op deze manier komt er veel aandacht voor de zelfbeschikking van de patiënt en is de paternalistische⁶ rol van de arts niet langer houdbaar. De legitimiteit van zijn beroepsuitoefening wordt steeds vaker ter discussie gesteld. Werkprocessen en werkmethoden van professionals worden onder invloed van internet en de media steeds inzichtelijker. De professional moet zich steeds meer gaan verantwoorden voor de geleverde kwaliteit en zijn werkwijze moet gaan voldoen aan transparantie. Het is niet langer voldoende professional te zijn, de professional moet bewijzen deze titel

⁶ De arts bepaalt uit hoofde van zijn beroep wat goed is voor de patiënt. Dit oordeel staat niet ter discussie.

waardig te zijn (RVZ 2000, p. 17). De geleverde kwaliteit van zorg wordt een serieus gespreksonderwerp.

1.1.3 De kwaliteitstoets

De kwaliteit van de geleverde zorg komt vanaf eind jaren tachtig van de vorige eeuw steeds centraler te staan. Er wordt ernstig nagedacht over een manier van kwaliteitsborging van de zorg. Zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenverenigingen gaan met elkaar om de tafel en dit leidt in 1994 tot de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de oprichting van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). De wet verplicht instellingen om zorg van goede kwaliteit te leveren. De Stichting zorgt dat de kwaliteit benoemd en getoetst kan worden⁷.

Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) uit 1993 moet ervoor zorgen dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt bevorderd en bewaakt. Daarnaast regelt de wet dat de patiënt wordt beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen en dat de patiënt vrijheid heeft van keuze van hulpverlener (ZonMw 2002, p.23). Bescherming tegen onprofessioneel handelen, recht op instemming, recht op informatie, recht op zorg van goede kwaliteit en keuzevrijheid zijn de ingrediënten die de overheid levert voor de zogenaamde vraaggestuurde zorg. Niet langer de arts bepaalt, maar de zorgconsument. Deze situatie wordt door de maatschappijcritica Evelien Tonkens als volgt omschreven: “De patiënt is klant geworden. Zijn rechten heten producten en zijn belasting- en premiegelden zijn betaalmiddel. De hulpverlener is een winkelier die levert wat de klant vraagt. Als het geleverde niet bevalt, gaat de zorgconsument naar een ander” (Tonkens 2008, p.16).

1.1.4 Gevolgen voor ethiek

De medische ethiek is lange tijd opgevat als een beroepsethiek; een bezinning op het door beoefenaars van een bepaald beroep gemeenschappelijk aanvaard complex van waarden en normen. Een dergelijke ethiek is vooral een zaak van beroepsbeoefenaars zelf. Zij formuleren wat die ethiek inhoudt en houden zich bezig met de bezinning (Ten Have e.a. 1998, p. 32). Vanaf het midden van de achttiende eeuw worden deze

⁷ zie voor beoordelingscriteria www.adburdias.nl/hkz.htm

voorschriften voor het handelen gecodificeerd en vastgelegd in beroepscode. De codes waren lange tijd gebaseerd op de eed van Hippocrates (460 – 377 v. Chr.). Het bijzondere van Hippocrates is dat hij een wetenschappelijke benadering van rationeel denken, waarneming en experimenten, verbonden heeft met ethische opvattingen over verantwoord handelen. Een goede arts gaat niet alleen vakbekwaam te werk, maar neemt ook ethische regels in acht. Het gaat om persoonlijke kwaliteiten zoals eerlijkheid, trouw, moed, beschikbaarheid, dienstbaarheid, zelfbeheersing, kortom ‘deugden’ die hem maken tot een bewonderenswaardige persoon (Ten Have e.a. 1998, p. 30-31).

Aan deze situatie verandert tot aan de jaren zestig van de vorige eeuw weinig. Daarna, zo hebben we gezien, komt er een omwenteling in het denken over de macht van de medicus. De autonomie en zelfbeschikking van de patiënt komen voorop te staan. Deze botsen echter soms met de tot dan toe gangbare normen in de medische wereld. Zo moest een arts op grond van de eed van Hippocrates het leven altijd boven alles stellen. Maar dit verhield zich niet goed met vrouwen die abortus eisten omdat ze baas waren in eigen buik of burgers die het recht eisten op beëindiging van hun eigen leven. De ethische afweging gebeurt in zulke gevallen doordat een ethisch probleem geconceptualiseerd wordt als een botsing van principes (Widdershoven 2000, p. 16). Er volgt een rationele afweging van het belang van de principes en één wordt naar voren geschoven als oplossing (Widdershoven 2000, p. 19). Zo kent abortus bijvoorbeeld het principe van zelfbeschikking van de vrouw, tegenover bescherming van het ongeboren kind. De zelfbeschikking van de vrouw prevaleert boven bescherming van het kind, totdat het kind buiten de baarmoeder kan leven. Daarna prevaleert de beschermwaardigheid van leven boven de zelfbeschikking. Dit alles wordt vastgelegd in wetten en regels die de rechten en plichten regelen van een ieder die bij een dergelijke beslissing is betrokken. Het recht van de vrouw op abortus tot 24 weken, het recht van de arts om een abortus te weigeren en de plicht van beiden om te komen tot een weloverwogen keuze en uiteindelijk een zorgvuldige behandeling.

Het afwegen van principes

Het afwegen van principes wordt in de jaren negentig verder uitgewerkt door Beauchamp en Childress (1994, p. 25 e.v). Zij baseren hun theorie op vier principes die volgens de auteurs zijn geworteld in een common morality, ze zijn onderdeel van de medische praktijk en geen theoretische constructies. Het gaat om basale uitgangspunten van medisch handelen die nader gespecificeerd kunnen en moeten worden in regels en richtlijnen. De principes zijn weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid. Weldoen en niet-schaden komen nog voort uit de Hippocratische traditie. De arts dient alles te doen wat de gezondheid kan bevorderen. Niet-schaden kan echter problematisch worden als behandelen bijvoorbeeld hevige pijnen gaat opleveren in het vervolg van iemands leven. In de Hippocratische traditie zou dit geen probleem opleveren voor het moreel oordeel van de arts omdat het principe van het weldoen (behoud van leven) altijd bovenaan staat. Beauchamp en Childress voeren daarom twee extra principes toe; dat van autonomie en rechtvaardigheid. De patiënt moet altijd zelf kunnen beslissen, ongeacht of die beslissing invoelbaar is voor de arts. Daarnaast moet de zorg voldoen aan een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen. Met name dit laatste is binnen de gezondheidszorg relatief nieuw, maar bepaalt volgens Beauchamp en Childress wel de grenzen van de autonomie. Als bijvoorbeeld hele dure medicijnen moeten worden ontwikkeld voor enkele patiënten dan is dit voor Beauchamp en Childress niet rechtvaardig. Patiënten kunnen dus niet alles autonoom eisen vanwege het rechtvaardigheidsbeginsel. Het gaat hen niet om de deugdzaamheid van de arts, maar om het recht doen aan meerdere, potentieel strijdige waarden (Widdershoven 2000, p. 23).

Het komen tot een oordeel gaat in drie stappen: de eerste is het signaleren van een ethische dimensie van het probleem. Mag deze patiënt tegen zijn wil worden behandeld? Als de ethische dimensie is vastgesteld volgt de analyse van het probleem. Het gaat daarbij om het helder krijgen van welke principes bij het probleem in het geding zijn en waar deze botsen. Daarna volgt het afwegen van de principes. Geen van de principes heeft daarbij een absolute waarde. De vraag of iemand tegen zijn wil behandeld mag worden, kan alleen worden beantwoord door redenen aan te voeren. Met de principebenadering is een standaard ontwikkeld voor het oplossen van morele dilemma's waarin de autonomie van de patiënt is verdisconteerd. Tot op de dag van vandaag is dit de meest gebruikte vorm voor een ethische afweging binnen de zorg.

De winst is dat de patiënt niet langer iemand is die lijdzaam allerlei medische (be)handelingen ondergaat, niet een lichaam dat gerepareerd wordt wanneer het defect is, maar een subject dat respect verdient. Omgaan met ziekte, dood, lijden en handicaps zijn geen technisch probleem, maar een menselijk vraagstuk (Ten Have e.a. 1998, p. 40).

1.2 Marktwerking als kostenbeheersing

De patiënt is een zorgconsument geworden, een klant die vraaggestuurde producten krijgt aangeleverd, tenminste als de situatie van nu wordt beschreven met de bril van de marktwerking. Voor marktwerking is het noodzakelijk dat er sprake is van een markt. Een markt kan dan gezien worden als: “het economisch organisatiemechanisme waarbij de vraag van consumenten vervuld wordt door een ruil van private goederen en diensten met aanbieders die elkaar beconcurreren en een winst oogmerk hebben” (Claassen 2006, p. 2).

In deze definitie zijn drie elementen te onderscheiden: de vraag van consumenten, de ruil van private goederen en diensten en als derde het karakter van het aanbod door concurrentie en winst. Deze economische opvattingen van een markt vereisen de logica dat de klant met een welomschreven vraag komt, die door de aanbieder niet in twijfel wordt getrokken, maar zo goed mogelijk wordt bevredigd. Voor de ruil van goederen en diensten is een heldere afbakening van het product noodzakelijk zodat het gemakkelijk kan worden overgedragen (geruild) tegen betaling.

In de zorg echter is de marktwerking beperkt. Allereerst omdat de terreinen van vraag en aanbod niet zo helder zijn afgebakend. De vraag van de zorgconsument is meestal helemaal niet duidelijk maar begint bij een vaag omschreven klacht. Die vaag omschreven klacht kan in sommige gevallen worden gegoten in een zorgproduct (operatie, pillen, fysiotherapie etc.) maar in veel gevallen is dit niet aan de orde. Denk bijvoorbeeld aan chronisch zieke patiënten waar het zorgproduct meestal gaandeweg tot stand komt. Het is vaak een lange weg voor de arts en patiënt hebben uitgevonden welke behandeling aanslaat en draaglijk is voor de patiënt. Juist een dergelijke afstemming komt tot stand door iets wat niet in markttermen te vangen is: de zorgrelatie.

Een andere reden waarom er in de zorg nog lang geen sprake is van een markt is de nog altijd sterk aanwezige overheidsregulering. Die regulering moet garanderen dat iedereen toegang heeft tot een breed pakket zorgvoorzieningen. Die voorzieningen worden voor de kortdurende zorg betaald uit de zorgverzekeringswet, voorheen ondergebracht in de ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. In het zorgverzekeringsdeel zit een splitsing tussen zorg die verzekeraars verplicht moeten aanbieden (het basispakket) en zorg die niet verplicht is gesteld (aanvullende verzekeringen). Zorgaanbieders zijn dus sterk beperkt in hun aanbod. Een groot deel van wat ze aanbieden is verplicht.

Daarnaast wordt de langdurige zorg betaald uit de zogenaamde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ); een verplichte volksverzekering waaraan iedereen die kan, moet meebetalen (Veenstra & Wansink 2008, p. 97). Alweer geen marktvrijheid, maar een verplichting. Het uitgangspunt bij de AWBZ is dat jonge mensen betalen voor ouderen en gezonde mensen voor (chronisch) zieken. Achter de AWBZ zit geen fonds en er wordt geen spaarpot opgebouwd. Minder inleg van gezonde, jonge mensen betekent dus minder uitkeringsgelden voor ouderen en zieken. Niet de vraag bepaalt het aanbod, maar het aantal gezonde mensen in verhouding tot het aantal ouderen en zieken.

Maar ondanks het feit dat er in de zorg niet volledig van marktwerking kan worden gesproken, heeft de overheid wel degelijk steeds meer financiële prikkels ingevoerd.

1.2.1 De zorg is ondoorzichtig en ondoelmatig

Financiële prikkels werden onder andere noodzakelijk geacht omdat de zorg ondoelmatig en ondoorzichtig was. Die situatie werd gezien als een overerving uit de tijd waarin alle zorg nog binnen de eigen zuil werd georganiseerd. In deze tijd was de overheidsbemoediging met de inhoud van de zorg nagenoeg afwezig. Binnen de zuil werd de inhoud van ondermeer armenzorg, onderwijs en zorg voor ouderen en zieken bepaald. Na de ontzuiling zorgde de overheid meer en meer voor geld en wetten, maar binnen de zorg zijn het dan nog altijd dezelfde op zichzelf opererende organisaties die doorgaan met het verlenen van die zorg. Kleine en grote, provinciale, regionale en stedelijke instellingen van allerlei pluimage werken naast en door elkaar. Wat ontstaat, is een overheid die middelen ter beschikking stelt en speciale professies en

organisaties die deze middelen omzetten naar taken (Van de Beek 1990, p. 159). Het is volledig ondoorzichtig wat voor type zorg tegenover het geld van de overheid staat; welke kwaliteit wordt geleverd tegen welke kosten. Toen zich in de jaren tachtig dan ook de economische recessie aandiende, was het niet verwonderlijk dat de welzijnssector in Nederland sterk onder vuur kwam te liggen. De roep om duidelijkheid en harde maatregelen nam toe. Niet alleen de overheid wilde orde op zaken stellen, ook het bedrijfsleven wilde duidelijkheid. Niet in de laatste plaats omdat zij het waren die deels moesten opdraaien voor de kosten van arbeidsongeschikte werknemers.

Naast het probleem van de ondoorzichtigheid bood de structuur waarin de zorg vervat was onvoldoende prikkels voor doelmatig gedrag. Die prikkels waren niet ingebouwd omdat de wetten en regels stammen uit de tijd dat de overheid er vanuit ging dat de burger regelvolgend en conformistisch is. Zij vooronderstelde dat er een consensus was over wat de verzorgingsstaat inhield en deze consensus was dat je als burger en instelling alleen gebruik maakte van de geboden mogelijkheden als dit echt niet anders kon. Wat echter langzaam zichtbaar werd, was dat de geboden mogelijkheden ook bijeffecten hadden die niet correspondeerden met de regelvolgende, conformistische gedachte; de mogelijkheden creëerden alleen maar meer vraag. Zo bleven werklozen langer werkloos door het ontbreken van financiële prikkels, werd het aanbod van zorgarrangementen steeds groter waardoor de vraag naar nog weer andere en nieuwere arrangementen toenam. Daarnaast waren het ook de uitvoerende organisaties die werden gekenmerkt door een geringe controle op de rechten en plichten van burgers en door soms een sterk van de wetgeving afwijkende organisatiecultuur (Van de Beek 1990, p. 165). Door de aanwezige ondoorzichtigheid en ondoelmatigheid verloor de overheid de grip op de almaar stijgende kosten van de zorg- en welzijnssector. Dit in combinatie met de roep vanuit met name het bedrijfsleven om duidelijkheid en maatregelen, zorgde ervoor dat de overheid hervormingen ging doorvoeren. Nu bleek dat burgers en ook instellingen helemaal niet zo conformistisch en regelvolgend waren, moesten deze oude uitgangspunten worden vervangen door nieuwe. De keuze viel in navolging op de emancipatie op een meer individualistisch mens- en organisatiebeeld. Dit beeld houdt veel meer rekening met een calculerende burger en organisatie. “Hierbij past een andere sturing dan die

van rechten en plichten. Het gaat veel eerder om incentives en disincentives of te wel (financiële) prikkels die het gedrag van burgers en organisaties beïnvloeden. Er kwam veel aandacht voor bestuur, uitvoering en toezicht en financiële prikkels als sturingsmodel” (Van der Veen 1999, p. 46).

1.2.2 ‘Marktwerking’ in het zorgstelsel

De overheid werd in de jaren tachtig geconfronteerd met de rekening van het stelsel wat ze zelf had opgebouwd. De staat die zorgt voor haar burgers van wieg tot graf bleek inefficiënt en peper duur. De kosten voor de verzorgingsstaat waren gestegen van 10,2 miljard gulden in 1955 tot 251,4 miljard in 1988 (Van der Veen 1990, p. 12).

De eerste hervormingen in de zorg worden uitgewerkt in 1987 door de Commissie Dekker. Deze stelt in het rapport ‘Bereidheid tot verandering’ voor om marktwerking in de gezondheidszorg te introduceren (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker), 1987). Het rapport stond model voor het latere plan Simons dat door het kabinet Lubbers III (1989 – 1994) bij de Kamer werd ingediend. Het plan Dekker en Simons richtte zich op het tot stand brengen van één ziektekostenverzekering die door risicodragende, concurrerende ziektekostenverzekeraars zou worden uitgevoerd. Zo zouden flexibiliteit en zorg op maat mogelijk moeten zijn (commissie Dekker p. 2-3). Het tot stand brengen van één ziektekostenverzekering zou uiteindelijk bijna 20 jaar in beslag nemen want met het plan Simons liep het slecht af. De werknemers waren tegen ongewenste inkomenseffecten en de particuliere zorgverzekeraars vreesden een forse uitbreiding van de macht van de overheid in de zorgverzekering. Daarnaast was er ook grote twijfel over de vraag of gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg eigenlijk wel kon (Elsinga & Van Kemenade, 1997, p. 23-34). Uiteindelijk werd het plan Simons 'politiek dood' verklaard.

Toch worden er wel maatregelen doorgevoerd om de kosten te beheersen. De overheid doet dit door het aanbod van zorg te gaan beperken. Door dit aanbod te beheersen, kunnen ook de kosten worden beheerst, is de gedachte. Als eerste wordt de financiële ruimte van de aanbiedende instellingen afgebakend. Door het College

Tarieven Gezondheidszorg worden de kosten voor zorg aan vaste budgetten gebonden met vaste tarieven. Zo ontstaat een vergoedingensysteem dat is gebaseerd op onder andere: ligdagen, polikliniekdagen, ziekenhuisproductie en het aantal bezette bedden. Aan deze budgetten zaten zogenaamde budgetplafonds. Men kon dan bijvoorbeeld wel meer zorg leveren, maar er stond geen vergoeding meer tegenover. Deze maatregelen van de overheid hebben een negatief bijeffect: er ontstaan enorme wachtlijsten in de zorg omdat de toegestane volumegroei (noodzakelijk voor kostenbeheersing) achterblijft bij de toename van de zorgvraag (Feenstra en Wansink 2008, p. 26).

Toen medio 2000 het doodverklaarde hervormingsdebat in de zorg opnieuw startte, was de verwachting dat de wachtlijsten in de zorg door invoer van marktwerking zouden verdwijnen. Als de leveranciers van zorg gaan concurreren dan gaan ze niet alleen betere zorg leveren, maar worden ze ook geprikkeld om de lange wachtlijsten weg te werken. De zorgconsument zal tenslotte eisen dat zorg van goede kwaliteit, op maat en vooral ook op tijd wordt geleverd, zo is de gedachte.

Door de invoer van het budgetsysteem worden de ziekenhuizen en zorginstellingen zelf verantwoordelijk gemaakt voor de uitvoering van het binnen de financiële ruimte gevoerde beleid. Op deze manier wordt het probleem van de budgetoverschrijding van de overheid neergelegd bij de instellingen. Deze worden dan ook gedwongen binnen het budget te werken en als dat nodig is de noodzakelijke bezuinigingen te realiseren, de juiste kwaliteit te leveren en de wachtlijsten weg te werken.

Het gevolg voor de instellingen en ziekenhuizen is dat er een heel andere manier van werken wordt verwacht. Een manier die eerder door Van der Veen wordt omschreven als veel aandacht voor bestuur, uitvoering en toezicht en financiële prikkels als sturingsmode. Het regelen binnen de muren van de eigen zorginstelling is afgelopen. De nadruk komt te liggen op transparantie, meetbare kwaliteit, patiëntenrechten en bovenal een goede financiële huishouding (Van der Veen 1999, p. 52). Instellingen moeten anders gestructureerd worden en hele nieuwe specialismen doen hun intrede. De hoofdverpleegkundige wordt vervangen door een unit-coördinator en een medisch directeur door een Raad van Bestuur. De nadruk in zorginstellingen wordt verlegd naar het kloppend krijgen van de budgetten en het verantwoorden in cijfers; alles

moet meetbaar en verantwoord worden. Met name deze toenemende bureaucratisering stuit op groot verzet bij enkele sociaal filosofen als: Kunneman, Manschot, Verkerk, Van Heijst, Mol en maatschappijcritica Tonkens. “Hulpverleners is goed, maar registreren is beter, want de inkomsten hangen af van de registratie van hulp, niet van de hulp zelf. De vele ergerniswekkende tijdrovende formulieren zijn namelijk geen extraatjes; ze zijn de steunpilaar van iedere instelling geworden” (Tonkens 2008, p.153). Bovendien is al deze bureaucratisering en verantwoording van kwaliteit slecht voor de professional. “Wat van ze wordt verwacht, is kwaliteitverbetering, het oplossen van de wachtlijsten, een klantvriendelijke ‘vraaggerichte’ benadering en hoge prestaties” (Tonkens 2008, p.12). De professional moet al deze wensen vervullen onder een almaar uitdijende bureaucratie, waardoor ze steeds meer van hun werk worden gehouden door registratie, overleg, doorverwijzingen en verantwoording. “Dit gaat ten koste van hun eigenlijke werk zoals het wassen van bejaarden of het verwijderen van tumoren” (Tonkens 2008, p.10).

1.2.3 Gevolgen voor ethiek

De kritiek op de marktwerking in de zorg is vernietigend, zo zien we hier boven. Samengevat komt het erop neer dat de logica's van de marktwerking als efficiency, transparantie, vraag en aanbod, keuzevrijheid en concurrentie niet samengaan met de logica's van zorgen (Mol 2006, Tonkens 2008). Zorgen gaat veel meer over: “Vragen die raken aan zaken als nabijheid, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, professionaliteit, betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid” (Kunneman 1995, p. 26). Belangrijke waarden in onze samenleving zoals gelijkheid en betrouwbaarheid hebben door de verschillende logica's, verschillende uitkomsten. Zo hoort in de marktwerking bij efficiency en transparantie een bepaalde mate van bureaucratie. Cijfers bepalen immers hoe efficiënt we zijn en transparantie is alleen mogelijk als alles op papier staat en toegankelijk is gemaakt voor een groot publiek. Met die bureaucratie is niets mis omdat het ook houvast en betrouwbaarheid biedt (Tonkens 2008, p. 27). Zo is het bijvoorbeeld handig dat we weten wanneer de vuilnis wordt opgehaald, dat iedereen evenveel recht heeft op huursubsidie en thuiszorg. De bureaucratie geeft een zekere garantie dat iedereen in gelijke gevallen gelijk wordt behandeld (Tonkens 2008, p. 28). De prijs van bureaucratisering is rompslomp en traagheid, maar over het algemeen hebben we dat graag over voor gelijkheid en betrouwbaarheid.

Als in de zorg echter de waarde gelijkheid en betrouwbaarheid op dezelfde bureaucratische wijze worden ingevuld als in de markt dan gaat het mis want hier spelen persoonlijke relaties een rol. Van een huisarts die jou al veertig jaar kent, verwacht je iets anders dan van iemand die je net hebt ontmoet. In de zorg is de ene cliënt de andere niet en een volledig gelijke behandeling is dus niet mogelijk en ook niet wenselijk (Tonkens 2008, p. 28).

Niet geheel onterecht zijn de critici bang dat nog slechts wordt gesproken over en gemeten wordt met de economische, kostenbesparende en efficiency verhogende maatstaven van de markt. De professional wordt opgezadeld met een onevenredig groot deel bureaucratische rompslomp. Tijd die niet kan worden besteed aan de zorgtaken. Die wanverhouding is een van de meest zwaarwegende en herhaalde klachten van professionals (Tonkens 2008, p. 29). De marktwerking met haar bureaucratisering ondermijnt medische beroepsnormen en stelt de professional steeds minder in staat de ‘beroepsethiek’⁸ hoog te houden. Hierdoor ontstaat er noodgedwongen een erosie van professionele normen wat ernstige schade toebrengt aan de kwaliteit van de zorg (RVZ 2002, p. 23). Die erosie wordt deels veroorzaakt doordat marktwerking een beroep doet op concurrentie en daardoor het nastreven van het eigen belang en eigen gewin van instellingen en professionals (Tonkens 2008, p. 25). Voor een ander deel komt het voort uit het feit dat professionals meer houvast zoeken bij kreten en termen die door de marktwerking worden aangedragen zoals: wie betaalt bepaalt, protocollen voor standaardisatie en behandelplannen voor het vastleggen van de overeenkomst tussen cliënt en zorgverlener. Hierdoor neemt de eigen verantwoordelijkheid van de professional af. Professionals die houvast zoeken bij ‘wie betaalt bepaalt’ komen tot uitspraken als: “Dat wilde de patiënt zelf”. Hierdoor wordt niet meer gekeken naar de zorg die eigenlijk geboden had moeten worden. Of professionals herformuleren alles tot oplosbare probleemsituaties zodat kan worden volstaan met een ander zorgplan of andere medicatie. Of ze grijpen naar protocollen en wettelijke regels om de eigen verantwoordelijkheid niet te hoeven nemen (Van Heijst 2005, p. 263).

⁸ De beroepsethiek stelt medisch inhoudelijke normen centraal voor het handelen.

Het pleidooi van de critici is dat de ziel terug moet in de zorg, maar dit niet kan binnen de logica's van het marktdenken. De marktlogica van efficiency die moet leiden tot kostendaling, werkt niet in een atypische markt die de zorg is. Zorg is niet te verhandelen in hapklare units van handeling, tijd en geld. De logica van transparantie en concurrentie die zou moeten leiden tot keuzevrijheid voor de zorgconsument geeft die consument weinig keus. Zorgverzekeraars sluiten grote contracten af waar de consument helemaal geen invloed op kan uitoefenen. Zelf bepalen door wie je waar behandeld wordt, is helemaal niet van de grond gekomen. De logica van competitie die zou moeten leiden tot betere zorg, zorgt er hooguit voor dat professionals worden aangespoord om vooral uit te kijken naar makkelijke en dus goedkope patiënten. Wat doen we met de chronisch zieken, oude en gehandicapte mensen?

Bovendien is zorg geen afgebakend product dat door een duidelijke vraag tot stand komt en heen en weer geschoven kan worden. In de zorg is de keuzevrijheid ook niet simpelweg een autonome beslissing zoals het marktdenken doet vermoeden. Een ziek lichaam, het te horen krijgen van een slechte diagnose, een acute opname; het zijn geen omstandigheden waarin de 'zorgconsument' in staat is tot een autonome beslissing, maar afstemming en steun nodig heeft van anderen (Mol 2006, p.82). Het is deze relatie en afhankelijkheid die in de logica's van het marktdenken niet voorkomen, maar die in de zorg van zo'n essentieel belang zijn als het gaat om het leveren van goede zorg.

Tussen alle ethische idealen over goede zorg en tegen de achtergrond van alle ingevoerde marktmechanismen moet de professional van nu zich staande houden. De dilemma's die dit met zich meebrengt, kunnen worden verzacht door aandacht voor ethiek in de zorg. Enerzijds als middel voor het articuleren van kritiek tegen het steeds instrumenteler wordende karakter van de zorg en anderzijds voor het bieden van handvatten voor het emanciperen van de zorgprofessional zelf en het professionaliseren van diens zorgrelatie met de 'mondige zorgconsument' (Van Heijst 2005, p. 206).

Deze felle verdediging van de positie van de professional van nu heeft ook een heel andere kant gekend. Eerder zagen we dat de professional zich onder invloed van de emancipatie meer moest gaan verantwoorden. Vooral in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw zagen filosofen en sociologen het als hun taak om twijfel te zaaien en kritiek te leveren op de paternalistische professional. “Ze belichtten de duistere kanten van de goede intenties van hulpverleners, stelden hun macht aan de kaak en ontmaskerden gezondheid als een ideaal met bezwaren. Dat bracht de al te wijdverbreide arrogantie van de professional gevoelige deuken toe en schudde vastgesleten verhoudingen los”, zo stelt Annemarie Mol (Mol 2006, p.120).

1.3 De opkomst van de professional in de zorg

“Wat begon met dokters en bewaarders is uitgegroeid tot een breed vertakt beroepenveld met meer dan dertig soorten hulpverleners” (RVZ 2000, p. 25). Zieken, gekken en dwazen werden vroeger gewoon thuis verzorgd en opgenomen in de gemeenschap. Het opheffen van die situatie kent een lange geschiedenis, maar men isoleerde deze mensen steeds meer van de maatschappij en bracht ze onder in instituties. Door de ontzuiling en de daarmee gepaard gaande emancipatie brokkelt het opnemen van zorg behoevende mensen in de gemeenschap steeds verder af. Steeds meer mensen buiten het gezin gaan zich dan ook specialiseren in een vorm van zorg leveren. Zo wordt het vrijwillig verplegen en verzorgen van familieleden en burens omgezet naar een betaalde baan; zie hier de opkomst van de professie(s). Met de komst van de professie komen er steeds meer gespecialiseerde instanties zoals inrichtingen, kruiswerk, verpleeghuizen, revalidatiecentra etc. (Van de Beek 1990, p. 161). De opkomst van deze professies heeft ook een bijeffect, namelijk een enorme macht voor professionals. Door het opdelen in professies en professionele instanties ontstond de situatie dat de professional de macht kreeg mensen in te delen in categorieën. Zo stijgt bijvoorbeeld het aantal mensen met een psychiatrische aandoening tussen 1960 en 1975 met een factor 26. De vraag is dan: zijn de mensen na de jaren zestig ineens veel gekker geworden of is er iets anders aan de hand? Doordat de professional de macht heeft het aantal patiënten op onverklaarbare wijze te laten oplopen, bepaalt hij ook hoe de financiële middelen worden verdeeld. Hierdoor kreeg hij een te grote invloed op de toename van de zorgvraag en de daarmee gepaard gaande kosten.

De toenemende vraag naar zorg wordt niet alleen door professies opgewekt. Ook de burger speelt hierin een belangrijke rol. Mensen worden in het dagelijks leven steeds vaker geconfronteerd met een specifieke (professionele) problematisering van situaties en gaan dit tot de hunne maken. Mensen gaan hun aandoeningen vervatten in termen van de professional zoals: depressie, hyperventileren en bijvoorbeeld RSI. En eenmaal een gestelde diagnose, vereist deze ook behandeling. Door het feit dat mensen hun problemen gaan definiëren in professionele termen gaan hun ogen open voor de mogelijkheden van professionele hulpverlening en neemt de vraag ernaar ook toe⁹. Dit complexe systeem van medische vraag naar zorg wordt in stand gehouden door de gezamenlijke invloed en vaak zelfs parallelle belangen van medici en patiënten (Van de Beek 1990, p.165).

1.3.1 Gevolgen voor ethiek

Zoals eerder beschreven is de positie van de professional sterk veranderd onder invloed van het opkomend zelfbeschikkend individu. De arts kan inmiddels niet meer zonder instemming van de patiënt bepalen wat er gaat gebeuren. Dit geldt niet alleen voor de medisch arts. Ook binnen veel nieuw opgekomen professies geldt dat niet wordt getolereerd dat de hulpverlener uitmaakt wat goed is voor de patiënt. Hulpverleners in bijvoorbeeld de gehandicapten zorg worden geconfronteerd met vragen rond seksualiteit en ouderschap. Steriliseren ter voorkoming van zwangerschap is strijdig met het beginsel van gelijke rechten. Relaties tussen bewoners moesten worden toegestaan en dwang en drang kon niet meer zondermeer worden toegepast maar werd bij wet aan banden gelegd. Het was de taak van de professional om de visie op het eigen handelen en de inhoud van het beroep te herzien. En dat is wennen. Professionals moeten wennen aan de ‘zakelijke’ ‘eisende’ patiënt die vraagt naar resultaten en minder belang lijkt te hechten aan de vertrouwensrelatie. Soms stelt de patiënt zich op als een zorgconsument met eisen waaraan de professional moet voldoen. Doet hij dat niet dan wordt bedreigd met

⁹ Dit fenomeen is door Abraham de Swaan omschreven als protoprofessionalisering in: *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* (Sociologie van de psychotherapie deel I) Het Spectrum, Utrecht 1979.

klachten. Dan weer is diezelfde patiënt in acute of levensbedreigende situatie helemaal niet zo mondig en verwacht dat de professional de beslissingen neemt, maar wel met een schadeclaim achteraf als blijkt dat de verkeerde beslissing is genomen. Dit kan bij professionals aanleiding geven tot defensief handelen. Ze handelen dan nog slechts op basis van datgene wat is vastgelegd in protocollen, richtlijnen of behandelplannen. Dit verschuilen achter papier erodeert de professionele verantwoordelijkheid (RVZ 2000, p.18).

Niet alleen de individuele patiënt is kritischer ten opzichte van de professional. Ook de samenleving als geheel, vaak onder invloed van de media, zet vraagtekens bij de essentiële normen en waarden die de beroepsuitoefening domineren (RVZ 2000, p. 22). Het beroepsgeheim bijvoorbeeld, is niet meer 'heilig'. Bij ernstige zedenmisdrijven wordt de maatschappelijke roep om de zwijgplicht op te heffen steeds luider.

Naast de patiënt en de samenleving is er nog een belangrijke oorzaak voor het herzien van dominanties binnen de eigen professie. Door het stijgende aantal professionals en de daardoor explosief toegenomen kennis op allerlei terreinen van zorg, worden professionals in sterke mate afhankelijk van kennis en diensten van andere disciplines. De vanzelfsprekendheid over het 'eigen' van het vakgebied verdwijnt en professionals moeten hun 'professionele ruimte' meer en meer delen met anderen (RVZ 2000, p. 6). Dit delen van de ruimte met de patiënt en andere professionals, in combinatie met de door de maatschappij geëiste transparantie en verantwoording, knaagt aan de professionele autonomie. Zo leidt de onafhankelijke indicatiestelling voor verpleging en verzorging ertoe dat niet-verpleegkundigen de indicatiestelling doen voor het werk van de verpleegkundigen. Of willen werkgevers dat huisartsen en arbo-artsen intensiever gaan samenwerken om mensen weer sneller aan het werk te krijgen (RVZ 2000, p. 23 e.v). De professional wordt ook ingezet voor de verdeling van schaarse middelen. Zo wordt de professional in de thuiszorg geacht te beoordelen wie er die dag geholpen wordt en in de verzorgingshuizen bepaalt de professional hoe vaak iemand onder de douche mag.

Professionals ervaren een toenemende werkdruk bij een toenemende vraag en een toenemende bureaucratie. Hierdoor neemt de zelfwaardering van de professional af; hij is niet zeker hoe de patiënt en de samenleving hem waardeert. Dit geeft beroepszeer en werkt zeer demotiverend (Tonkens 2008, p. 68). Zoals eerder aangegeven kan dit worden verzacht door aandacht voor ethiek in de zorg.

De aandacht voor ethiek in de zorg is echter niet opgekomen door de professional die in de knel zit, maar door de laatste maatschappelijke verandering die ik hier wil behandelen: de opkomst van de technologie.

1.4 De opkomst van de techniek

In de naoorlogse westerse wereld wordt er medisch steeds meer mogelijk. Mensen kunnen door ingrijpende operaties van de dood worden gered. Door nauwkeurige medicatie kunnen mensenlevens enorm worden gerekt. Behandelingen die vroeger ondenkbaar waren, zijn door de innovaties van medische hulpmiddelen binnen handbereik gekomen (RVZ 2000, p. 26). Met het steeds verder verlengen van levens en het uitvoeren van uiterst kostbare onderzoeken en operaties komen ethische afwegingen steeds meer in de schijnwerpers te staan.

1.4.1 Gevolgen voor ethiek

In 1969 wordt door Van den Berg een boekje geschreven Medische macht en medische ethiek. In dit boekje geeft hij een voorbeeld van een soldaat wiens onderlichaam volledig is geamputeerd en hij stelt hierbij de vraag wie bepaalt of een dergelijke operatie een juiste ingreep is geweest (Widdershoven 2000, p. 8). De arts die het leven van de patiënt heeft gered zal snel overtuigd zijn van de juistheid van de ingreep, zo stelt Van den Berg. De vraag is echter of de patiënt dat ook vindt. Volgens Van den Berg moet de medische macht zijn grenzen kennen en toegeven dat het soms beter is niet in te grijpen. Het ongebreideld streven naar behoud van het leven is ethisch niet altijd verantwoord. Soms is de dood een beter alternatief (Widdershoven 2000, p. 8). Het gaat Van den Berg erom dat niet langer de deugdzame houding van de arts het uitgangspunt is voor medisch handelen maar dat de handeling wordt

beoordeeld op het effect. En wie anders kan dat effect beter vaststellen dan de patiënt? Artsen kunnen zich niet langer alleen richten op levensverlengend handelen. Ze worden gedwongen na te denken over de medische zinvolheid van hun handelen.

Naast de afweging van medisch zinvol handelen brengt de technologie ook afwegingen voort op het terrein van toelaatbaarheid en schaarste. Een total bodyscan is bijvoorbeeld mogelijk, maar is het ook wenselijk? Ziektes waar mensen geen weet van hebben en die eigenlijk ook niet direct gevaarlijk zijn kunnen aan het licht komen en wat moet een arts met die informatie richting de patiënt? Nodeloos ongerust maken of prevaleert het recht op weten? Bovendien zijn dergelijke scans duur. Als het recht op een dergelijke scan niet wordt verankerd in het basispakket dan is deze vorm van 'zorg' alleen toegankelijk voor diegenen die dit kunnen betalen en dat brengt ongelijkheid met zich mee. Een ondermijning van de waarde gelijkheid, waar we in de Nederlandse democratie doorgaans erg aan hechten.

De toepassing van technologische mogelijkheden vindt ook steeds meer plaats in thuiszorg situaties. Robots moeten straks schoonmaakwerkzaamheden kunnen overnemen en chronisch zieke patiënten moeten hun lichaamsfuncties kunnen meten, intoetsen en direct versturen naar een arts die het ziektebeeld kan monitoren van achter een computerscherm. Dit is geen toekomstmuziek meer en zal in het licht van de te verwachte olopemde schaarste van zorg alleen maar toenemen. In een nog uit te geven publicatie van de gemeente Utrecht zijn talrijke voorbeelden opgenomen van zorg op afstand. Gelukkig zijn in diezelfde uitgave de ethische kanten van deze ontwikkelingen ook meegenomen met als uitgangspunt 'goede zorg'.

1.5 Conclusies

Ethiek en zorg raken onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw steeds meer met elkaar verbonden. Beperkte de ethiek zich voor die tijd tot de beroepsethiek van de arts, in de zorg van vandaag de dag is die opvatting veel te beperkt. In de zorgrelatie is in ieder geval steeds meer aandacht gekomen voor de rechten van de patiënt die de autonomie en zelfbeschikking moet waarborgen. Als deze waarden (of zijn het normen geworden?) botsen met de

waarden van de arts dan is er een ethische afweging mogelijk volgens de principebenadering van Beauchamp en Childress (1994). Deze principebenadering wordt in de zorg veelvuldig toegepast als moet worden gekomen tot nieuwe richtlijnen voor bijvoorbeeld: euthanasie, abortus, levensbeëindiging bij pasgeborenen of een kindervens bij verstandelijk beperkte mensen. Vaak worden deze afwegingen in de praktijk neergelegd bij ethische commissies. Ingebrachte casuïstiek door professionals wordt hier besproken door ethici en de terugkoppeling vindt plaats doormiddel van een protocol of richtlijn. Het verschuilen van professionals achter deze protocollen en richtlijnen leidt tot afbrokkeling van de verantwoordelijkheid van het professionele handelen.

De vraag of autonomie en zelfbeschikking eerder normen dan waarden zijn geworden, hangt samen met de opkomst van de marktwerking in de zorg. Hoewel ik heb betoogd dat er van echte marktwerking in de zorg geen sprake is, hebben wel veel marktmechanismen hun intrede gedaan. Begonnen als kostenbeheersing is de overheid steeds meer aangehaakt op de roep om autonomie en zelfbeschikking. Hierdoor kon het een nieuw ideologisch kader verschaffen aan professional en patiënt, namelijk dat van vraagsturing en vraaggerichtheid. “Een mondige kiezende patiënt kan zelf bepalen wat hij in zijn winkelwagentje gooit” (Tonkens 2008, p. 27). Tenminste zo zou het idealiter in de markt moeten zijn, maar de doorgevoerde hervormingen hebben niet geleid tot keuze voor de zorgconsument. De zorgverzekeringswet uit 2006 heeft slechts geleid tot fusies en mammoetcontracten waarop de verzekerde helemaal geen invloed heeft. De zorgverzekeraar sluit package deals met de goedkoopste zorgaanbieders en dit leidt ertoe dat klanten verplicht worden tot hulp bij een bepaald ziekenhuis of een bepaalde huisarts (Tonkens 2008, p. 60). Van de beloofde keuzevrijheid is dus geen sprake en de sturingsmacht van de patiënt of zorgconsument is nihil.

Die mondigheid en keuzevrijheid wordt ook ondermijnd als een patiënt in een acute of een bedreigende situatie zit, zo zagen we eerder. De klant is niet zo mondig zoals de markt graag zou willen. “De autonome actor (de patiënt) is namelijk helemaal zo autonoom niet wanneer hij ziek wordt. In de steek gelaten door het lichaam moet de

actor zorg van anderen accepteren. Het lichaam dat in de autonomie gedachte wordt begrepen als een middel om levensplannen te verwezenlijken, vraagt nu om aandacht en zorg. De actor wordt gedwongen tot passiviteit (Tronto 1995, p. 151).

Op allerlei terreinen gaan logica's van de markt mank, maar wie daar volgens de critici nog wel het meest onder lijdt, is de professional. "De eigen waarde en het eigen werk van professionals wordt miskend en professionals krijgen te weinig ruimte om hun werk op een goede manier te doen. Een toenemend geïnstitutionaliseerd wantrouwen jegens de professional en de daaruit voortkomende roep om verantwoording en transparantie, leidt tot almaar uitdijende bureaucratie, waardoor professionals steeds meer van hun werk worden gehouden" (Tonkens 2008, p. 10).

De ziel moet terug in de zorg en er wordt teruggegrepen op ethiek als middel om dit te bewerkstelligen.

H2 Ethiek in de zorg van vandaag

In het vorige hoofdstuk zien we dat binnen de zorg een nieuwe ethiek ontstaat waarbinnen aandacht is voor de kwaliteit van het bestaan, en waar de arts rekening houdt met de wensen van de patiënt (Widdershoven 2000, p. 10).

Cruciaal hierbij is dat de arts de patiënt de mogelijkheid biedt mee te beslissen. Om dat te kunnen doen, dient de patiënt over rechten te beschikken. Deze rechten worden hem door de overheid gegeven. De patiënt krijgt het recht op informatie, het recht een behandeling te weigeren, het recht op een tweede opinie en de arts kan alleen beginnen met behandelen als er sprake is van een informed consent, of te wel een geïnformeerde instemming. De eisen die de patiënt stelt, zijn niet langer vreemd maar eerder vanzelfsprekend. Voor de arts kan het nog altijd leiden tot moeilijke afwegingen, maar die afweging is in beginsel te maken zo zagen we bij de principebenadering van Beauchamp en Childress. De standaard die is ontwikkeld met de principebenadering geeft een oplossing voor het bespreken van morele dilemma's en de patiënt is erin verdisconteerd. In dit hoofdstuk bespreek ik de kritiek die op de principebenadering komt. Deze kritiek wordt geformuleerd door onder anderen Joan Tronto en zal zich ontwikkelen tot de zorgethische benadering. Het is deze benadering die de ethische reflectie voor de professional introduceert en die stelt dat de zorgpraktijk altijd een morele praktijk is. Door de focus op de zorgpraktijk, ontstaat de situatie dat de zorgethiek is geworden tot een methode die alleen aandacht heeft voor de zorgrelatie en daarmee de positie van de professional, zo zal ik bepleiten. Dit zorgt ervoor dat de ontstane impasse binnen de invoer van ethiek in de zorg blijft bestaan. Het is daarom noodzakelijk te kijken naar theorieën en ideeën die een mogelijkheid bieden om deze verkokerde visie los te woelen en te verbreden. Ik kies in deze scriptie voor Foucault, maar pretendeer daarmee niet dé enige oplossingsrichting te hebben. Zeker als het gaat om het verder denken van zorg als politieke activiteit is Hannah Arendt een bron van inspiratie. Ik kies voor Foucault omdat ik vind dat zijn vrijheidspraktijk beter aansluit bij de al bestaande praktijk van zorgethiek en hier tevens een uitbreiding aan kan geven.

2.1 Kritiek op de principebenadering

Zoals aangegeven komt er kritiek op de principebenadering. Het overbruggt niet de kloof tussen de zorgprofessional en de patiënt, zo bepleit Joan Tronto. Allereerst omdat de professional nog altijd kan blijven bij zijn comfortabele rol van held (Tronto 1995, p. 150). We zagen eerder dat een autonome patiënt niet meer zo autonoom is als hij ziek wordt. Tronto omschrijft dit als het mechanisme waarin de actor wordt gedwongen tot het accepteren van hulp van anderen en daarmee tot passiviteit. En wanneer dit is gebeurd, is er een andere actor nodig. En zie daar, de arts als held (Tronto 1995, p. 150).

Ten tweede heeft de principebenadering geleid tot ethische commissies die zich buigen over ethische vraagstukken. Niet de professional, maar de ethici gaan nadenken over hoe moet worden omgegaan met medisch ethische vraagstukken. Hierdoor wordt de medische ethiek niet door artsen en hulpverleners zelf uitgevoerd, maar door speciale experts. Hiermee is een grote kloof ontstaan tussen de in de praktijk beleefde morele dilemma's en de vaak als abstract ervaren argumenten van de commissies (Ten Have e.a. 1998, p. 46). Deze commissies kunnen wellicht een goed oordeel vormen over zaken als euthanasie en levensbeëindiging bij pasgeborenen maar lijken weinig betekenis te hebben als het gaat om zaken als bejegening, seksualiteit en omgaan met agressie.

Als laatste is er nog het bezwaar tegen de steeds verder gaande juridisering en protocollering die de principebenadering in de hand heeft gewerkt. Door dit fenomeen ontstaat er, naast de kloof tussen theorie en praktijk, een kloof tussen zorgverlener en zorgvrager. De zorgverlener zou zich steeds meer zijn gaan richten op de aangereikte richtlijnen en protocollen waardoor de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorgrelatie wordt ondermijnd (zie ook H1). Om te komen tot een relatie tussen hulpgever en hulpvrager, waarbij de kwaliteit van het bestaan en de zorgrelatie centraal staan, biedt de medische ethiek met de principebenadering geen uitkomst en wordt er een hele nieuwe ethiek ontwikkeld: de zorgethiek.

2.2 De zorgethische benadering van Joan Tronto

De zorgethische benadering is geboren in de praktijk van het zorgverlenen en kent als belangrijkste auteur filosofe en ethica Joan Tronto.¹⁰ Zij articuleert in 1993 voor het eerst een alles omvattende zorgethische theorie waarin zij zich niet beperkt tot datgene wat in instellingen gebeurt. Zij hanteert een brede visie van zorg waarin zij zorg ziet als een specifieke activiteit waardoor onze wereld in stand gehouden kan worden en waarin zo goed mogelijk geleefd kan worden (Tronto 1993, p.103). Zij gaat daarbij uit van een mensvisie waarin kwetsbare afhankelijkheid en zelfredzame autonomie als gelijkwaardige en elkaar doordringende aspecten van het menselijk bestaan worden beschouwd. Vanuit deze visie heeft ze scherpe kritiek op een politieke orde die volgens haar uitsluitend onafhankelijkheid en autonomie erkent als de natuur van het menselijk leven. Het kwetsbare deel van het menselijk leven wordt door deze visie op de mens verbannen naar het privé-leven (Tronto 1993 p.135).

Auteurs als Verkerk en Manschot zijn Tronto gevolgd en zoeken in Nederland verder naar een passend vocabulaire voor datgene wat van waarde wordt geacht in het zorgverlenen op zich (Widdershoven 2000, p. 134). “Zorg wordt hierin opgevat als iets dat samenhangt met relaties, aandacht, liefde en solidariteit. Deze termen zijn moeilijk te vatten binnen een omgeving van regels, protocollen, richtlijnen en andere regelethische principes. Het zijn echter deze centrale waarden waarmee zorgzaamheid uitgedrukt wordt, die door practici in de gezondheidszorg als een belangrijk aspect van hun beroep ervaren wordt” (Verkerk 1994, p. 59).

Ziet de medische ethiek de patiënt als een autonoom individu met rechten en plichten, de zorgethiek ziet dit individu ingebed in concrete verhoudingen met anderen, waar plaats is voor gevoelsmatige aspecten (Widdershoven 2000, p. 138). De zorgethische benadering ziet de mens als kwetsbaar en eindig en zoekt vanuit dit gegeven en de daaruitvolgende – soms zeer beperkte - mogelijkheden die iemand nog heeft, naar wijzen waarop vorm gegeven kan worden aan het vrij en autonoom zijn van de mensen (Manschot 1994, p. 99).

2.2.1 Zorgethiek is praktisch en actie gericht

¹⁰ Voor het gemak van de lezer kies ik niet voor engelse citaten maar maak ik gebruik van vertalingen. De paginanummering is overeenkomstig de Engelstalige

Tronto ziet de zorgethische benadering als praktisch en gericht op activiteiten, in plaats van een statisch stel regels of principes. Daarom omschrijft zij naast de vier fasen in het zorgen, vier specifieke bijbehorende morele kwaliteiten die iemand in staat stelt uitvoering te geven aan een betreffende fase. Zij ziet een moreel persoon als iemand die tracht antwoord te geven op een appèl dat op die persoon wordt gedaan. Dat geldt niet alleen in zorgsituaties, maar gedurende het hele leven, in elke situatie (Tronto 1993, p. 126-127).

Tronto omschrijft de vier fasen van het zorgproces als volgt:

- 1 Caring about – aandachtige betrokkenheid: houdt het besef in dat er zorg nodig is, door een of meerdere personen te herkennen als zorgbehoefstig. Om deze behoefte te kunnen waarnemen dient de zorgverlener aandacht te hebben voor en zich betrokken te voelen bij de zorgbehoefte van de ander. Zonder deze aandachtige betrokkenheid is het volgens Tronto onmogelijk om te kunnen voldoen aan die zorgbehoefte.
- 2 Taking care of – verantwoordelijkheid: houdt het vermogen in om zorg te kunnen dragen voor het zorgproces. Hierbij gaat het om de onderkenning van concrete taken en het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor het op gang brengen van de zorg.
- 3 Care-giving – competentie: houdt de activiteit van het directe zorgverlenen in, waarbij er dus rechtstreeks contact is tussen de zorgverlener en de zorgontvanger(s). Naast voldoende kennis en vaardigheden valt hier ook de (beroeps)houding van de zorgverlener onder. Om tot een goede zorgverlening in staat te zijn, dient de zorgverlener competent te zijn wat inhoudt dat hij niet alleen in professioneel, maar ook in menselijk opzicht gekwalificeerd is om goede zorg te kunnen verlenen.
- 4 Care-receiving – responsiveness: houdt in dat wordt nagegaan of er werkelijk voldaan is aan de behoefte van de zorgvrager. In deze fase staat dus niet het zorgverlenen maar het zorgontvangen centraal. Het zou kunnen zijn dat de zorgverlener een zorgbehoefte verkeerd heeft geïnterpreteerd, of de wijze waarop hij zorg verleend heeft niet als correct is ervaren, waardoor er meer problemen veroorzaakt worden dan opgelost. De morele activiteit die hierbij hoort is wat lastig te vertalen. Manschot omschrijft het in zijn vertaling als “de bereidheid om eigen

uitgave zoals vermeld in de literatuurlijst

zorgbehoeften adequaat te interpreteren” en het hebben van een open houding ten aanzien van de geboden zorg (Tronto, 1993. p. 106-108, 127) (Manschot, 1994. p. 106-107).

2.2.2 Mijn kritiek op de zorgethiek van Tronto

Hoewel de theorie van Tronto de officiële status van ethische theorie heeft bereikt, is de toepassing ervan niet eenvoudig gebleken in de praktijk. Ik denk dat dit enerzijds komt door het feit dat Tronto de vier morele kwaliteiten als beginpunt ziet. Die vier kwaliteiten zie ik niet als een beginpunt maar meer als een eindsituatie. Het is iets waar de zorgverlener naar toe kan groeien maar voor hij daar is, heeft hij een lange weg te gaan. Er zullen in de praktijk dan ook niet veel professionals te vinden zijn die van nature over de kwaliteiten beschikt die Tronto heeft beschreven. En dan is er nog het probleem van de kwalificatie ‘goede zorg’. Wanneer zijn de beschreven kwaliteiten zodanig toegepast dat de verleende zorg ook daadwerkelijk goed genoemd kan worden? Tronto noemt namelijk niet de voorwaarden waaraan de zorg moet voldoen om het predikaat ‘goed’ te krijgen. Anderzijds beschrijft Tronto de zorg als een proces met vier te onderscheiden fasen. Die fasen zijn opvolgbaar en eenmaal allemaal uitgevoerd hebben we hét zorgproces voltooid. Ik denk dat het uitgangspunt dat er altijd sprake is van één zorgwerkelijkheid, geen recht doet aan de complexiteit waarin de zorg plaatsheeft. Tronto suggereert door haar fasemodel eenheid in de zorg die er in de praktijk vaak helemaal niet is. De eerste fase wordt meteen al problematisch als de zorgverlener wel een zorgvraag denkt te zien, terwijl de beoogde zorgontvanger daar heel anders over denkt, zoals vaak gebeurt bij verslaafden of beginnend dementerenden. En de vierde fase veronderstelt dat een patiënt altijd in staat is tot een directe respons op de verleende zorg maar vaak is de verwerking van een situatie waarin men zorg nodig had, zeker als deze acuut was, een kwestie van lange termijn. Zo hebben vrouwen die op jonge leeftijd een abortus hebben ondergaan hier vaak pas op latere leeftijd last van.

Een ander punt is dat Tronto haar theorie maatschappij breed ziet en niet alleen van toepassing op de zorgrelatie. Zij vat de moraliteit van zorg op in een politieke context en alleen via die weg ziet ze een mogelijkheid om het eerder genoemde verbannen

kwetsbare deel van het menszijn terug te winnen voor het publieke domein. Ik wil de nadruk leggen op deze politieke benadering van Tronto omdat dit door auteurs die voortborduren op haar werk, uit haar theorie is gefilterd. Het huidige debat over ethiek en zorg richt zich voornamelijk op de zorgrelatie. Helaas de enige focus die is overgebleven van de zorgethische benadering van Tronto. Hier begint volgens mij het probleem rondom het matige succes van ethiek in de zorg. Het focussen op de zorgrelatie haalt de context waarbinnen dit gebeurt uit beeld. Zo verdwijnt de hele organisatie die nodig is om zorg te verlenen buiten beeld en wordt het een uiterst moeizame operatie om via de zorgethiek alleen te komen tot een ethisch lerende organisatie. Er blijft weinig ruimte voor andere spelers dan de zorgverlener en de zorgvrager. De hele context van personeelsbeleid, financiën, verantwoording naar de maatschappij, wordt buiten beschouwing gelaten. Zorg beperkt zich tot de zorgrelatie. Blijkbaar mankeert er veel aan de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. Wat opvalt, is de focus op de hulpbehoevendheid van de patiënt. Het gaat bij herhaling over patiënten die niet in staat zijn tot zelfbeschikking, maar in relatie met de hulpverlener moet leren leven met de situatie waarin zij verkeren. Het gaat steeds over situaties waarin geen hulp meer geboden kan worden in medische zin of waar de voorgestelde behandeling niet past in het levensplan van de patiënt. Biedt de principebenadering die uitgaat van autonomie en zelfbeschikking weinig ruimte voor mensen die niet zelf kunnen beschikken, in de zorgethiek is er weinig ruimte voor mensen die dat wel kunnen en die helemaal geen behoefte hebben aan het aangaan van een onderlinge afhankelijkheid met de hulpverlener. De zorgethiek is wellicht een tegengeluid voor de ver doorgevoerde en volledig geaccepteerde zelfbeschikking, maar schiet zelf zo door naar kwetsbaarheid dat er voor de autonome patiënt geen plek is ingeruimd.

Door de focus op de zorgrelatie wordt ook veel van de zorgprofessional verwacht. Niet alleen goed medisch handelen maar bovenal een normatieve houding waarop ethisch wordt gereflecteerd. Dat moet ook wel, vinden de zorgethici, want wie in de zorg werkt, wordt onvermijdelijk geconfronteerd met ethische kwesties. Zorg is onlosmakelijk verbonden met ethiek, we zouden kunnen zeggen; geen zorg zonder ethiek (Manschot en Van Dartel 2005, p.45). Van de professionals wordt niet alleen

verwacht dat zij in staat zijn adequaat om te gaan met morele kwesties, maar ook dat een verbetering van die omgang uiteindelijk leidt tot betere, lees, goede zorg. (Van Dartel 2005, p. 50). Moest de zorgprofessional in de jaren zestig van de twintigste eeuw uit zijn centrale, alwetende rol worden gehaald, anno 2009 staat hij opnieuw centraal, zo lijkt het, maar dan als instrument voor betere zorg in plaats van patriarch. Deze focus op de professional en diens zorgrelatie heeft er toe geleid dat er binnen de zorgethiek geen ruimte is voor bijvoorbeeld de manager. Deze wordt wel gezien als veroorzaker van het probleem dat ethiek niet lukt in de zorg, maar dat kan ook bijna niet anders als hij niet mee kan doen aan het zorgethisch ‘spel’. De zorgethiek lijkt zich vooral te hebben ontwikkeld tot een kritiek zonder toenadering. Het laat geen ruimte voor een brug tussen het management en de professional, maar laat ook weinig ruimte voor de eigenheid van de professional. De professional lijkt volledig in dienst te staan van het eindoordeel (zie fase 4 Tronto) van de patiënt. Om meer recht te doen aan de autonomie van de professional wordt de zorgethiek binnen de humanistiek uitgewerkt tot normatieve professionaliteit.

2.3 Normatieve professionaliteit

De normatieve professionaliteit komt voort uit een zoektocht naar een opvatting van professionaliteit voor het humanistisch raadswerk. Het humanisme heeft evenals de godsdiensten een boodschap voor de worstelende mens: het geloof in de mogelijkheid van een menswaardig leven, een bestaan dat de mens waardig is (Van Praag 1953, p. 65). Het humanistisch raadswerk is de professie die de mens in deze worsteling bijstaat. De uitgangspunten zijn dat de mens de bereidheid heeft om uiterlijke en innerlijke ervaringen zonder weerstand tegemoet te treden (openheid) en dat er een besef is dat in de mens zelf de ‘wet’ van zijn bestaan ontdekt kan worden (autonomie) (Van Praag 1953, p. 67). Het geestelijk raadswerk is gebaseerd op de overtuiging dat het voor ieder mens mogelijk is om met het gegeven karakter, hoe ontoereikend wellicht ook, nieuwe mogelijkheden te scheppen en de poort naar nieuwe gebieden van het leven open te stoten. De raadswerker helpt en ondersteunt hierbij (Van Praag 1953, p. 67). Zingeving is een ander belangrijk uitgangspunt bij het humanistisch geestelijk raadswerk: “zo lang er voldoende menselijke vermogens intact zijn gebleven, is er nog altijd de mogelijkheid van een betekenis, die daaraan gegeven kan

worden. Zingeving is dan werkelijk te zijn, wie men gegeven de omstandigheden kan zijn” (Van Praag 1978, p. 167).

Normatief handelen is niet descriptief.¹¹ Normatief gaat om een waardeoordeel, iets dat niet objectief kan worden getoetst aan de werkelijkheid. Met de uitspraak ‘Piet is een goede collega’ wordt blijkbaar iets gezegd over de criteria of normen die gelden binnen de groep op basis waarvan de uitspraak valt te doen (Ten Have e.a., p. 12).

Een normatieve uitspraak eist een bepaalde geldigheid op. Als bijvoorbeeld uitspraken over een arts worden gedaan, valt in principe een verzameling normen te identificeren die aangeeft wanneer iemand een goed medisch beroepsbeoefenaar is. Dit schept duidelijkheid aan twee kanten. De arts weet wat hij behoort te doen, de patiënt weet wat hij kan verwachten. Vaak wordt dit vervat in handelingsimplicaties zoals geboden, verboden, voorschriften, adviezen, richtlijnen of aanbevelingen (Ten Have e.a., p.13).

Begin jaren negentig van de vorige eeuw wordt normatieve professionaliteit door Harry Kunneman als volgt verwoord:... “het uitgangspunt dat professionaliteit in het welzijnswerk hoe dan ook normatieve stellingname impliceert, zowel in politieke als in existentiële zin. Daarmee is het appèl verbonden om die normativiteit te expliciteren, reflexief te verantwoorden en maatgevend te laten zijn voor het eigen professioneel handelen” (vgl Metz 2005, p. 71). Doordat de professional zichzelf als uitgangspunt dient te nemen voor het handelen, wordt er weer autonomie aan de professional gegeven. Op basis van normatieve professionaliteit kan iemand dus ook niet doen wat de patiënt eist, mits de onderliggende redenen worden geëxpliciteerd, bereflecteerd en worden verantwoord.

In de eerder genoemde jaren negentig ligt het zwaartepunt voor inhoudelijke kritiek van professionaliteit op het technisch instrumentele. Gepleit wordt dan ook voor het serieus nemen van normatieve dimensies in de zorg. Hiermee sluit de normatieve professionaliteit aan bij de kritische geluiden vanuit de zorg-ethische hoek. De beweging richt zich dan ook binnen de normatieve professionaliteit voornamelijk op

de relatie professional / cliënt met reflectie als toverwoord. Later vindt een verdieping plaats door te richten op het idee dat reflectie een open einde heeft en dus nooit een instrument is om een bepaalde uitkomst voort te brengen (Metz 2005, p. 71). Voor de professional houdt dit in dat de eigen normatieve keuzes richtinggevend zijn voor het eigen werk, maar vooral ook dat men die keuzes tegenover de cliënt expliciteert en ter discussie stelt en zo de cliënt de eigen afweging vanuit zijn bestaansethiek laat maken (Metz 2005, p. 72).

In 2004 wordt normatieve professionaliteit door Douwe van Houten omschreven als normatieve sturing (Van Houten 2004, p. 206). Dit verwijst naar reflexieve omgang met de morele samenhang tussen de gehele interventiepraktijk en de institutionele inbedding ervan (Van Houten 2004, p. 210). De interactie tussen hulpverlener en cliënt, waar de normatieve professionaliteit zich aanvankelijk op richtte, is daar een aspect van (Van Houten 2004, p. 211). Inzet van de reflectie is het bekend en erkend worden van onbedoelde bijeffecten waardoor de fundamenten ter discussie kunnen komen te staan (Van Houten 2004, p. 215-216). Deze bewustwording is niet vrijblijvend. Het vooronderstelt de bereidheid om besluiten, methoden, wensen en aannamen bij te stellen. Hiermee geeft de normatieve professionaliteit van vandaag de dag al een breder kader dan de eerdere reflectie die ook alleen de focus richtte op de zorgrelatie. Reflectie wordt hoe dan ook gezien als een belangrijke voorwaarde om te komen tot normatieve, morele oordelen.

2.4 Ethische reflectie / moreel beraad

In deze scriptie beschrijf ik moreel beraad als methode tot ethische reflectie in de zorgpraktijk. Ik beperk mij hiertoe omdat het de meest voorkomende, zo niet enige vorm in de zorg is die wordt gebruikt voor ethische reflectie. Bovendien is het de enige vorm waar wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan. Moreel beraad kent variaties maar in de basis blijft het een “groepsbijeenkomst waarin methodisch gesproken wordt over een morele vraag welke direct verbonden is aan een concrete ervaring, onder leiding van een daartoe opgeleide gespreksleider” (Molenwijk e.a.

¹¹ Een descriptieve uitspraak is een feitelijke constatering waarmee een bepaalde stand van zaken wordt weergegeven, bijvoorbeeld Sabien is een eerstejaars

2008, p. 36). Moreel beraad is dialogisch, het vraagt om morele betrokkenheid en is altijd gesitueerd.

2.4.1 Verbinden van theorie en praktijk

Moreel beraad vindt haar oorsprong in de pragmatische hermeneutiek. Deze stelt dat theorie en praktijk intrinsiek met elkaar verweven zijn en elkaar vormgeven.

Daarbinnen staat de mens als interpreterend wezen dat zichzelf steeds interpreteert (Gadamar, 1960, Dewey, 1960). Dit impliceert meteen dat de praktijk aan verandering onderhevig is en dus niet statisch. Bovendien kunnen verschillende deelnemers de situatie anders interpreteren, dus is er ook sprake van waarde pluralisme. De praktijk en de ervaring staan centraal en de dialoog is het middel. Een dialoog die wordt gevoerd aan de hand van een methode en waarin openheid en ruimte voor de perspectieven van anderen centraal staan. De dialogische praktijkethiek gaat uit van een aristotelische manier van ethiek bedrijven. Dat wil zeggen dat het gaat om een rationaliteit die in de praktijk plaatsvindt en die dus ook praktijkkennis vooronderstelt. Deze aristotelische ethiek wordt gekenmerkt door het besef van de betrekkelijkheid van het eigen oordeel en dit impliceert de noodzaak van openheid voor anderen (Molenwijk 2008, p. 37).

Naast dialogische openheid vereist moreel beraad ook morele betrokkenheid. Morele betrokkenheid is niet hetzelfde als betrokkenheid. Het vraagt aandacht voor een speciaal soort waardering van het menselijk handelen en een bepaalde manier van evalueren. Het uitgangspunt is de wil om de praktijk te verbeteren en de bereidheid deze praktijk kritisch te onderzoeken. Hierbij worden de argumenten van elkaar kritisch onderzocht op geldigheid. Als richtlijn voor de beoordeling daarvan wordt aangesloten bij deugzaamheid, ofwel de deugdethiek.

De deugdethiek gaat niet uit van een ideaal over wat goed is, maar werkt vanuit de praktijk waarin men zich begeeft. De mens vraagt in het zoeken naar het goede dus praktisch naar de weg. Het is daarbij de mens die zichzelf een doel stelt en langs de deugden: denken, matiging, zelfbeheersing en de gulden middenweg, toewerkt naar geluk (Aufenanger 1985, p. 38). Het gaat er bij moreel beraad om dat de deelnemers antwoorden zoeken op morele vragen die zich voordoen binnen concreet geleefde

medisch studente (Ten Have e.a. 1998. p.11)

praktijksituaties. Voorts ligt er een sterke nadruk op wat de gezondheidsprofessionals zelf vinden en denken (Molenwijk e.a. 2008, p. 37). Dat is een andere benadering dan een theoretische visie als vertrekpunt nemen. Daarbij zal de gespreksleider waarschijnlijk zeggen "Dit is een casus over en vanuit de theorie betekent dit dat....." Bij moreel beraad ligt de 'juiste' morele vraag niet vast maar wordt bepaald door wat de betrokkenen als casus naar voren brengen.

2.4.2 Drie vormen van moreel beraad

In het boek *In gesprek over goede zorg* onderscheiden Manschot en Van Dartel drie vormen van moreel beraad. Zij doen dit onder de noemer probleemgeoriënteerde methoden (Manschot en Van Dartel 2003, p. 49-51). De eerste methode is *Omgaan met dilemma's*. Hierin wordt vanuit een concreet ervaren dilemma de verbreding gezocht naar de laag van de waarden en normen. Het doel van de methode is om door ethische reflectie in te zien dat verschillende waarden en normen een rol spelen en dat dit inzicht helpt om tot een beter beargumenteerde afweging te komen.

De tweede methode is de *Nijmeegse methode voor moreel beraad*. Het is een op beslissing gerichte methode in vier stappen: eerst wordt het morele probleem zo helder mogelijk geformuleerd, vervolgens worden de feitelijke gegevens (medische, verpleegkundige, levensbeschouwelijke etc) geïnventariseerd en geïnterpreteerd, dan worden ethische argumenten ontwikkeld en vervolgens wordt gekomen tot een zo verantwoord mogelijk besluit. Het begint met het verantwoorden en begrijpen van morele intuïties en overtuigingen binnen het behandelende team. Men moet eerst afbakenen wat precies het probleem is. Iedereen kan daar anders over denken. Waar hebben we het over en zijn we het eens over de gehanteerde begrippen?

De derde vorm is *Het stappenplan; de Utrechtse methode*. Deze methode is handlingsgericht.

Welke methode van moreel beraad is de juiste? De achterliggende waarden en normen van het handelen worden geëxpliciteerd. In de praktijk worden de verschillende vormen veelal door elkaar gebruikt, al naar gelang het dilemma en de situatie.

2.4.3 Mijn kritiek op moreel beraad

In zogenaamde moreel beraad projecten, waar een zorginstelling zich gedurende een promotietijd (gemiddeld 4 jaar) verbindt aan de universiteit, wordt moreel beraad geïmplementeerd en systematisch onderzocht (Van der Dam 2008, p. 41). Van der Dam schrijft verder: “Ofschoon deelnemers zich uit eigen motivatie hadden aangemeld, waren sommige niet direct enthousiast. Vanuit hun oriëntatie op ‘doen’ hadden de meeste deelnemers er aanvankelijk moeite mee om de waarde te zien van het opschorten van praktische oplossingen voor het dilemma” (Van der Dam 2008, p. 43). Pas na een jaar waren deelnemers in staat een meerwaarde te zien en zich open te stellen voor de perspectieven van de anderen. Over haar onderzoeksresultaten zegt ze dat deze mogelijk een vertekening geven omdat de deelnemers uit eigen beweging hebben deelgenomen en naar mag worden aangenomen al gevoeliger waren voor morele issues (Van der Dam 2008, p. 44).

Deze bevindingen van Van der Dam bevestigen voor mij in ieder geval dat mijn kritiek op Tronto gerechtvaardigd is. Een morele houding van professionals is geen beginsituatie maar een vaardigheid die moet worden aangeleerd. Als morgen alle bureaucratie wordt opgeheven dan is het dus niet automatisch zo dat de morele houding van professionals verbeterd. Reflecteren in de morele richting zou vanuit hun oriëntatie op ‘doen’ niet de eerste richting zijn waaraan ze denken. Bovendien is al aangegeven dat professionals niet graag hun rol als held opgeven. De vraag is dus hoe groot de wil is om de betrekkelijkheid van het eigen oordeel in te zien? Iets wat noodzakelijk is voor moreel beraad.

Moreel beraad richt zich op dilemma’s uit de praktijk. Het dilemma of morele probleem moet zo helder mogelijk worden geformuleerd. Let wel, door de professional die het inbrengt. Het dilemma wordt door zijn of haar bril aangereikt. Er is geen sprake van wederhoor bij eventueel andere betrokkenen in dit verhaal. Omdat veel dilemma’s zich afspelen binnen de directe zorgrelatie, vind ik dat nogal bezwaarlijk.

In de vertogen van de in deze scriptie gebruikte auteurs komt de benarde positie van de professional terug als een mantra. De toegenomen bureaucratie, de werkdruk, de verantwoordingsdruk, de eisende patiënt waar mee moet worden overlegd enz. Het kiezen voor een methode die focust op dilemma's die zich voordoen in de dagelijkse zorgpraktijk draagt het risico in zich dat er een vergrootglas komt te liggen op demotiverende factoren van het werk van de professional.

Op een dergelijke manier bestaat het gevaar dat de reden waarom reflectie in het leven is geroepen, namelijk humanisering van de praktijk, helemaal niet tot haar recht komt. De reflectie biedt namelijk geen vergezicht, maar bevestigt het toch al heersende beeld. Namelijk dat het de professional is die én klem zit én de enige is die de zorg kan redden van de ondergang.

Ethische commissies bevinden zich dan misschien in ivoren torens, maar professionals zitten op een apart (zorg)eiland binnen de hulpverleningsorganisatie. Methoden als moreel beraad houden dit eiland in stand waarmee ethiek iets exclusiefs wordt van de zorgprofessional. Dat dit zo is, wordt echter toegeschreven aan een onwillige manager. Die zou het al lang best vinden dat hij er niks mee te maken heeft (Van Dartel 2005, p. 49). Bovendien ziet Van Dartel nergens terug dat ethisch beleid geëxpliciteerd wordt in het strategisch beleid van de organisatie. De organisatiewaarden worden niet gerelateerd aan ethiek. Dat is ook logisch stelt Van Dartel want ethiek vraagt om dialoog en dit verhoudt zich moeizaam tot het managementperspectief van beheersing (Van Dartel 2005, p. 51). Ik vraag me alleen af, wie gaat de dialoog met wie niet aan?

In de inleiding van deze scriptie geef ik al aan dat ik er niet van overtuigd ben dat ethiek in de zorg niet lukt vanwege de manager die niet wil. Daarnaast heb ik met bovenstaande willen aantonen dat ik ook niet overtuigd ben van ethische reflectie in de vorm van moreel beraad als dé oplossing voor de problemen in de zorg. Dit is te simplistisch gedacht. Ik denk dat er een groot probleem zit in de enorme focus die is komen te liggen op de professional als slachtoffer en de zorgrelatie als dé plek waar morele reflectie moet plaatsvinden om goede zorg te bewerkstelligen. Veel eerder moet worden gedacht aan de morele samenhang tussen de gehele interventiepraktijk en de institutionele inbedding (zie eerder Van Houten 2004, p. 206). Ik wil daarbij

alleen zoeken naar een methode die de minste kans loopt om net als moreel beraad ingebed te raken in de evidenties waar het eigenlijk een uitweg voor zou moeten bieden. Ik maak daarvoor gebruik van het werk van Michel Foucault.

2.5 Foucault als aanvulling

In de inleiding van mijn scriptie geef ik aan dat het werk van Foucault gericht is op dat wat vastligt en onbeweeglijk is, in een staat van beweeglijkheid, een staat van verandering te brengen. De focus in zijn werk ligt niet op dat wat is, maar richt zich op dat wat mogelijk is (Linssen 2005, p. 6). Om te kunnen komen tot een idee van wat mogelijk is, moet de actualiteit aan het wankelen worden gebracht en moeten bestaande evidenties worden doorbroken (Linssen 2005, p. 8). Het doorbreken daarvan heeft niet als doel om te komen tot een ideaal concept van de toekomst, aan de hand waarvan we de huidige situatie zouden kunnen duiden (Linssen 2005, p. 9). Dus geen ideale situatie in de zorg. Ook geen ideale professional die via morele reflectie weer terugkeert naar de intrinsieke motivatie waardoor de zorg als vanzelf uitgroeit tot zorg die door de zorgontvanger wordt geclassificeerd als goed.

Foucault rekent ook af met de kritiek die wordt gegeven op de marktwerking in de zorg. De door Tonkens en anderen verwoorde catastrofe die op ons af is gekomen zou door Foucault worden weggezet als ‘theoretische garnituur’ (Linssen 2005, p. 141). Het heden wegzetten als een crisis ziet hij als het onvermogen van intellectuelen om hun eigen heden te diagnosticeren, het ontbreekt hen aan de juiste analyse instrumenten (Linssen 2005, p. 141). Wat dergelijke analyses doen is vastleggen wanneer iets tot ‘ontploffing’ is gekomen. “Men duidt het punt waarvandaan men niet meer verder kan” (Foucault in Linssen 2005, p. 142). De invoer van ethiek in de zorg zit al decennia muur vast. Het is niet onwaarschijnlijk dat de kritieken uit sociaal filosofische hoek niet erg constructief hebben bijgedragen aan de invoer van ethiek in de zorg. Foucault stelt voor om het heden niet te stigmatiseren met een pessimistische intellectuele houding, maar het heden te beschouwen als “een tijd die nooit helemaal dezelfde is dan voorafgaande tijden “ (Foucault in Linssen 2005, p. 142). De actualiteit moet dus nooit worden begrepen als een vaststaande, onbeweeglijke,

noodzakelijke gegevenheid, maar als een gegevenheid die evengoed anders had kunnen zijn.

2.6 Conclusie

In dit hoofdstuk ben ik begonnen met de kritiek die is gekomen op de principebenadering van Beauchamp en Childress. In de principebenadering is nog altijd te weinig ruimte voor een relatie tussen hulpgever en hulpvrager, waarbij de kwaliteit van het bestaan en de zorgrelatie centraal staan.

Het is Joan Tronto die deze relatie probeert taal te geven en vast te leggen in een theorie, de theorie van de zorgethiek. De theorie van Tronto vormt de basis voor de door de humanistiek uitgewerkte normatieve professionaliteit. Beide theorieën hebben de zorgrelatie als uitgangspunt. Hoewel normatieve professionaliteit zich de laatste jaren heeft ontwikkeld tot een theorie waar de gehele interventiepraktijk in ogenschouw wordt genomen en er dus ook oog is voor de institutionele inbedding.

Een belangrijk onderdeel van beide theorieën is reflectie op het moreel handelen door de professional. Deze reflectie vindt haar weg naar de praktijk door moreel beraad. Deze methode heeft de praktijk van alle dag tot uitgangspunt. Uit deze praktijk worden door de deelnemers zelf casussen aangedragen en hierop wordt moreel gereflecteerd. Ik betoog in dit hoofdstuk dat deze vorm van morele reflectie te veel focust op de zorgpraktijk, zodat de ontstane impasse binnen de invoer van ethiek in de zorg blijft bestaan. De methode zorgt ervoor dat alle aandacht uitgaat naar de benarde positie van de professional. Hierdoor loopt de methode de kans de negatieve beeldvorming rondom de positie van de professional te bevestigen. Dit draagt niet bij aan humanisering van de praktijk, maar bevestigt juist het heersende beeld. Om dit te doorbreken kies ik voor het werk van Michel Foucault omdat zijn theorie een staat van verandering kan brengen en erop is gericht om dat wat vastzit los te woelen. Voor ik uitgebreid inga op het werk van Foucault wil ik eerst nog kijken welke evidenties en 'waarheden' er worden gezegd over de relatie tussen managers en professionals. Op die manier zou een helder beeld te verkrijgen moeten zijn over de aanname dat managers geen voorstanders zijn van ethiek in de zorg en professionals wel.

H3 De manager en de professional

De manager en de professional hebben een moeizame relatie. De professional wordt gezien als degene die het echte werk doet. Zij doen de operaties, wassen de billen, geven de medicijnen en staan de patiënt bij in diens nood. Hun werk vraagt vaak specialistische kennis, die ze alleen door het voortdurend opdoen van ervaring, kunnen onderhouden. Voor veel professionals -niet voor alle- is de professie bovendien een soort roeping: ze zijn sterk gemotiveerd omdat ze van hun werk houden (De Bruijn 2008, p. 1).

Onder invloed van de economische maatregelen van de overheid is de aansturing van de gezondheidszorg drastisch veranderd. We zagen al eerder dat de professional niet langer hoofd was van de afdeling, maar werd vervangen door een unit coördinator. Managers en bestuurders deden hun intrede in de zorg en de anders zo prominente rol van de professional in bestuur en beleid werd steeds verder teruggedrongen (RVZ 2000, p. 24). Het is niet de professional die fungeert als gesprekspartner voor overleggen met de overheid en zorgverzekeraars, maar de managers en bestuurders (RVZ 2000, p. 20). Vaak zonder kennis van de zorg. Een veel gehoorde klacht is dan ook dat er te veel managers zijn, dat ze het te veel voor het zeggen hebben, terwijl ze niet de inhoudelijke kennis van de professie hebben (De Bruijn 2008, p. 1). De toegevoegde waarde van de manager is voor de professional vaak niet duidelijk. Management levert gedoe op. Het gedoe is dan de toenemende bureaucratie, want het is de manager die ervoor zorgt dat registreren belangrijker wordt dan zorgen (zie Tonkens H1). Hierdoor kan de professional zijn werk niet meer doen. Wie complexe taken uitvoert, heeft autonomie nodig en heeft recht op het vertrouwen dat hij deze taken goed uitoefent, zo is de gedachte (De Bruijn 2008, p. 2). Het verantwoordelijk leidt er tevens toe dat de professional onzeker wordt over het eigen handelen en de professionele autonomie moet delen met de patiënt en de maatschappij. Bovendien zorgt de manager er voor dat ethiek in de zorg geen doorgang kan vinden omdat de ruimte die ethiek nodig heeft niet strookt met de beheersing van waaruit de manager werkt, aldus Van Dartel (Van Dartel 2005, p. 51).

In dit hoofdstuk laat ik de twee meest voorkomende ‘waarheden’ de revue passeren die betrekking hebben op de impasse van de ethiek in de zorg. De eerste is dat de manager geen ethiek wil, de tweede is dat de professional altijd ethiek wil. In dit hoofdstuk zal ik laten zien dat beide ‘waarheden’ nuancering behoeven.

3.1 De manager heeft niets met ethiek

Het is correct dat zorginstellingen onder druk van de maatschappelijke roep om verantwoording steeds meer zijn gaan lijken op bedrijven en ondernemingen (Van Dartel e.a. 2002, p.3). Hiermee adopteren instellingen ook de economische taalspelen van transparantie, efficiency, kwaliteit en keuze. Hoewel gebruikte richtlijnen en protocollen bol staan van ethische uitgangspunten, is er geen sprake van een geïntegreerd ethiek beleid in ziekenhuizen en zorgorganisaties. In 2002 heeft minder dan de helft van alle zorginstellingen in Nederland een ethische commissie of een andere vorm van ethische ondersteuning (Van Dartel e.a. 2002, p.8-11). Een onderzoek dat momenteel door de Vrije Universiteit Amsterdam wordt uitgevoerd laat anno 2009 geen ander beeld zien¹². Toch zegt dat wat mij betreft nog niet veel over de manager. Ethiek is nooit expliciet onderdeel geweest van de gehele bedrijfsvoering. We hebben eerder immers gezien dat de ethiek zich beperkte tot de beroepsethiek van de professional.

3.1.1 De logica van managen

De manager in de zorg managet met economische logica's en bijbehorende productiestandaarden, zo luidt de kritiek op de manager. In de economie is efficiency een belangrijk uitgangspunt, om met zo min mogelijk middelen een zo hoog mogelijk rendement te behalen. De productietijd per product moet dus het liefst zo kort mogelijk zijn zodat het rendement van het product omhoog gaat of, in andere termen, goedkoper wordt.

¹² Ik heb inzicht in deze resultaten omdat ik zitting heb in de begeleidingscommissie van het onderzoek en de data verzameling voor de eerste fase van het onderzoek is afgerond.

Als dit uitgangspunt toegepast wordt op de zorg dan worden er pakketten van zorg samengesteld die een voorspellende afloop kennen in behandel tijd. Voorbeelden zijn de diagnose-behandelcombinatie (DBC) of het zorgzwaartepakket (ZZP).

Nu wil het geval dat de tijd die vrijkomt door deze efficiënte aanpak niet wordt besteed aan de zorg, maar wordt besteed aan een nieuwe poging de tijd per productie-eenheid te verkorten. Hierdoor verschuift de aandacht van het materiële product naar het beheersen van de tijd (Van Heijst 2005, p. 24). Dit heeft in de zorg tot gevolg dat er niet meer tijd voor zorgen vrijkomt, maar dat men juist van die tijd wordt beroofd door de bureaucratie die ontstaat rondom het invullen van allerlei formulieren die moeten vaststellen dat er inderdaad efficiënter en kwalitatief hoogstaander wordt gewerkt in een kortere tijd (Tonkens 2008, p. 68). Op deze manier managen, lijkt dus het tegendeel in zich te dragen van wat het uiteindelijk beoogt, namelijk efficiency en geeft iets bloot van onbeheersbaarheid, of van “een handelen dat iets bevat waarover de mens geen beschikking heeft” (Van Heijst 2005, p. 25). Om dit verder uit te werken maakt Van Heijst gebruik van het boek van Geert Mak, *De mercator sapiens anno 2004*. Mak, zo zegt zij, stelt dat de managers in onze samenleving uit de aard van hun vak erop uit zijn om risico's te mijden en beheersmatig al het onvoorziene uit te bannen. Dit in tegenstelling tot ondernemers die juist risico's willen nemen en het onvoorziene moeten inbouwen. Volgens Mak zucht de hedendaagse samenleving onder de beheersingsdrift van managers die “het goede zien als het resultaat of zelfs product van een verfijnde beheersing waarin alle deelverrichtingen precies hetzelfde resultaat beogen. Ook in de zorg is dit terug te vinden. Vooral in de kwaliteitsmetingen zoals de HKZ: uniform en verifieerbaar” (Van Heijst 2005, p. 26).

Alasdair MacIntyre typeert de manager als iemand die doelen behandelt als een gegeven en buiten de eigen horizon vallend; zijn taak is het de gestelde doelen te behalen door ze om te zetten in technieken, processen te ontwikkelen en slecht aangepaste individuen met hun neus de goede kant op te zetten (MacIntyre 1985, p. 30). Zo bezien maakt het de manager niet uit of hij te maken heeft met zorg of met het verkopen van auto's. Als het doel is om het zorgproduct af te leveren binnen een vastgestelde DBC of een ZZP dan doet de manager dat zonder zich te bekommeren om wat er in dat pakket gebeurt of zich te realiseren dat het een zorgpakket is en geen auto. Vanuit deze visie bezien, is het ook logisch te verklaren dat managers geen

behoefte hebben aan ethiek als iets van hen zelf. Prima als het wordt gedaan op de werkvloer, mits het geen geld en extra tijd kost.

Als de manager inderdaad uitsluitend denkt in de marktlogica's zoals hem volgens de critici wordt toegeschreven dan nog zijn professionele zorg en management tot elkaar veroordeeld. We hebben namelijk al gezien dat de mondig geworden patiënt meer eist, dat het 'zorgbedrijf' zich moet verantwoorden over de maatschappelijke prestaties en dat er inzicht geboden moet worden in het verantwoordelijkheidsbeleid zelf. Organisaties dienen aan te tonen dat ze goed beleid voeren. Trefwoorden zijn transparantie, toerekenbaarheid (accountability) en de mate van inspraak door belangrijke stakeholders (Van Dartel e.a. 2002, p. 4). De manager kan zich dan met de beste wil van de wereld niet onttrekken aan datgene wat er uiteindelijk als 'eindproduct' aan zorg wordt afgeleverd. De beoordeling daarvan zal, als de marktwerking doorzet, immers bepalend zijn voor het voortbestaan van de onderneming.

3.1.2 De taal van de manager

Volgens Van Dartel doet in 1991 Van Willigenburg voor het eerst onderzoek naar ethiek en het management. In 2002 worden de gegevens uit dit onderzoek door Van Dartel, Jacobs en Jeurissen, vergeleken met de situatie van dat moment. Er is tot dan toe veel geschreven over ethiek en zorg, maar zoals ik al meerdere malen heb aangegeven altijd vanuit de zorgethische visie. Die visie focust op de relatie tussen professional en cliënt. Er is weinig tot geen aandacht voor organisatie aspecten en managementprocessen. Als die aandacht er al is dan is het vanuit een zeer negatief standpunt, zoals we eerder zagen bij onder anderen Tonkens en Mol. Deze constant, bijna als een mantra, geuite kritiek zal ik nu iets proberen te nuanceren door ook een stem te geven aan het onderwerp van de kritiek, namelijk de manager.

Wat volgens de manager in de zorg wordt gemanaged zijn zorg- en bedrijfsmatige processen. De zorg gaat dan over het verstrekken van medicijnen, het doen van een operatie en bijvoorbeeld het wassen en aankleden van patiënten. De bedrijfsmatige

processen behelzen zaken als beloningssystemen, werving en selectie, ARBO-omstandigheden, ketenverantwoordelijkheid, veiligheid en bijvoorbeeld fusies.

In de zorgprocessen herkent de manager volgens het onderzoek van Van Dartel wel degelijk ethische dimensies als bejegening, rechtvaardige verdeling van beperkte middelen, marktwerking versus solidariteit, autonomie van de cliënt, omstreden behandeltechnieken, omgang met agressie, dwang en drang etc. (Van Dartel e.a. 2002, p. 35). Op de vraag welke belangrijke ethische kwesties de managers zien voor de toekomst kunnen ze dan ook gewoon antwoorden: culturele diversiteit van cliënten, vragen rond het levenseinde, de autonomie van de cliënten, de bejegening van cliënten en de privacy van cliënten (Van Dartel e.a. 2002, p. 37).

Managers hadden meer moeite om ethische dimensies te zien in de bedrijfsmatige processen, maar kwamen toch nog op een aanzienlijk rijtje: seksuele intimidatie, fraude, discriminatie, pesten op het werk, relatiegeschenken, milieu, steekpenningen en corruptie. Voor de toekomst zagen ze hier vooral: ketenverantwoordelijkheid, arbeidsomstandigheden, veiligheid en gezondheid, bejegening van het personeel en culturele diversiteit van het personeel (Van Dartel e.a. 2002, p.36 – 37).

Opvallend is dat managers voor de toekomst geen problemen lijken te verwachten rond schaarste en rechtvaardige verdeling van middelen. In de zorgprocessen zijn het voornamelijk de cliënten die zorgen baren en in de bedrijfsprocessen voornamelijk het personeel. Het onderzoek werpt helaas geen licht op de reden achter de zorg over het personeel. Betreft het een groot verloop, hoog ziekte verzuim, te weinig gekwalificeerd personeel?

Zaken die door de critici als gegeven worden beschouwd, zoals verschraling in de zorg en toenemende bureaucratie, worden door de managers in de zorg niet bij naam genoemd. Des te frappanter is dit als de gegevens uit 2002 worden gelegd naast die van 1991. Toen voorspelde managers nog dat zaken die samenhangen met schaarste en de grenzen van zorg, zoals wachtlijsten, interne budgetverdeling, personeelsbeleid en grenzen van het medisch handelen, in de toekomst de topics zouden zijn voor zorginstellingen (Van Dartel e.a. 2002, p. 43). Van een gedeelde zorg met de critici in 1991 is de focus van de manager verschoven naar andere onderwerpen. Zijn de kritieken, die eind jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen, wel meegegaan met de

praktische werkelijkheid? Kunnen de managers van nu gewoon beter omgaan met de nieuwe situatie en zijn ze beter geworden in het beheren van budgetten en verdelen van de beschikbare middelen?

Of beschouwt de instellingsmanager zich niet als eigenaar van het probleem en vindt hij het vooral een kwestie van een niet beïnvloedbare politieke aangelegenheid? Dit zou betekenen dat de manager het ook ziet als een onderdeel waar geen eigen beleid op te maken valt. En dat is schadelijk. Niet anticiperen maar afwachten tot er iets gebeurt, zorgt voor een te late reactie en achter de feiten aan lopen. Het maakt een instelling kwetsbaar in het voortbestaan. De grillen van de overheid bepalen dan wat er met de instelling gebeurt en dat is een zwakke positie. Bovendien ook een positie waar de overheid geen baat bij heeft. Want hoe kan de overheid continuïteit van zorg garanderen als instellingen bij bosjes omvallen doordat er rustig wordt afgewacht wat er in Den Haag besloten wordt? Wel doemt hier een scenario op waarin de manager zichzelf niet beschouwt als de man achter de marktsystemen, maar als slachtoffer van die systemen, net als de professional. Het vraagt een apart onderzoek om dit uit te werken. Daarom ga ik er in deze scriptie vanuit dat de manager de zorg- en bedrijfmatige processen zo goed mogelijk probeert te combineren. Daarvan uitgaande heeft het er alle schijn van dat de manager zich in ieder geval niet herkent in de kritiek die zo veelvuldig op hem wordt geuit. Ethische dimensies van het werk worden wel degelijk onderkend en ook de ethische verwachtingen voor de toekomst kunnen worden benoemd. De vraag die nog altijd onbeantwoord blijft is: waar gaat het dan mis? Als het falen van de invoer van ethiek in de zorg niet volledig is af te schuiven op de manager is het zinvol te kijken naar de tweede evidentie; het feit dat de professional alles zou hebben met ethiek.

3.2 De professional heeft alles met ethiek

De professional van nu zit voornamelijk klem volgens de critici Tonkens, Van Heijst, Mol en Kunneman. De professionals worden gedwongen tot defensief handelen omdat patiënt en maatschappij hoge verwachtingen hebben. De professionele autonomie staat onder druk door alle verantwoording en het moeten delen van de ruimte met andere professionals. Professionals hebben het gevoel dat in de loop der tijd een gebrek aan evenwicht is ontstaan tussen enerzijds dat wat van ze wordt

gevraagd in tijd en kwaliteit, en anderzijds de waardering (RVZ 2000, p. 23). De toenemende vraag, de toenemende werkdruk en een toenemende bureaucratie leiden tot onzekerheid. In dit toch al wankel zelfbeeld wordt van de professional verwacht dat hij adequaat kan omgaan met morele dilemma's op de werkvloer. En eigenlijk nog een beetje meer; het gebruik van ethische reflectie zal volgens de critici de problemen in de zorg oplossen of in ieder geval verzachten. De professional heeft er dus nog een taak en een verantwoordelijkheid bij.

Ik denk dat die taak en verantwoordelijkheid wat nuancering behoeven. Zeker als het gaat om de maakbaarheid van die taak. Het maakbare zit dan voor mij in de vooronderstelling dat alle professionals willen reflecteren, kunnen reflecteren en deze ethische component ook zien als onderdeel van hun beroepsuitoefening.

In de zorgethiek is helder omschreven aan welke ethische kwaliteiten een professional moet voldoen. Iedere fase in het zorgproces van Tronto kent een eigen morele verantwoordelijkheid. De normatieve professionalisering spreekt over eigen morele keuzen, reflectie, aandachtige betrokkenheid, nabijheid, het scheppen van nieuwe mogelijkheden, zingeving. Moreel beraad houdt het op de bereidheid het eigen oordeel ter discussie te stellen en waar nodig bij te stellen. Uit welke hoek het ook komt, er wordt nogal wat van de professional gevraagd op moreel gebied. Alle auteurs gaan er ook vanuit dat het tot de mogelijkheden behoort. Tronto gaat er zelfs vanuit dat haar voorgestelde morele verantwoordelijkheden al aanwezig zijn in iedere professional. Ook normatieve professionaliteit gaat er vanuit dat de intrinsieke motivatie tot 'zorgen voor' bestaat. Dit suggereert een maakbaarheid van een reflexieve ethische praktijk in de zorg, waarvan ik me dus afvraag of die er wel is.

Wie ook vraagtekens zet bij de maakbaarheid van een reflexieve zorgpraktijk is Brecht Molenaar. Zij schrijft in haar artikel Kwetsbare complexiteit: "Het innerlijk leven kan zo moeilijk toegankelijk zijn. Om te beginnen al voor jezelf, omdat veel gevoelens, verlangens en behoeften innerlijk niet worden gearticuleerd en zich vaak ook maar moeilijk, nauwelijks of helemaal niet laten articuleren. Ze zijn te pijnlijk of gênant om onder ogen te zien. Al voor jezelf, laat staan ten overstaan van de ander" (Molenaar 2005, p. 47). Om dit te illustreren geeft ze een voorbeeld uit haar eigen

leven. Haar moeder ligt op sterven in een ziekenhuis. Ze vraagt aan de verpleegkundige neutrale informatie over de aard van de aandoening en de te verwachte prognose. Ze krijgt een antwoord met objectieve feitelijke kennis. Geen compassie, geen gevoelsleven van de kant van de professional. Molenaar ziet dat echter niet meteen als een tekortkoming van de professional. “Ik had het gesprek neutraal geopend en gevraagd naar een weet-vraagje. Met de vraag naar objectieve kennis, sloot het antwoord aan op de instrumenteel-rationele richting die ik zelf had gekozen. Is de professional hier juist normatief goed omdat ze aansluit op het beleving- en gespreksniveau van de persoon tegenover haar, of had ze iets anders moeten doen?” (Molenaar 2005, p. 48). Wanneer kan de ethische of normatieve houding als goed worden aangemerkt?

Ook Van Heijst stelt zich vragen bij de werkelijke mogelijkheden voor de professional. “De zorgvraag is doorgaans groter dan wat degene die zorg biedt kan geven. Niet zelden door gewone praktische redenen, de zorg moet gedeeld worden met andere die zorg behoeven” (Van Heijst 2005, p. 23). Ook kan de professional niet al het lijden verzachten, het verdriet stillen en het gemis vergoeden. Hierin wordt iets gevraagd van de patiënt zelf. Die zal het ziek zijn moeten uithouden en dulden, ermee leren leven en het moeten aanvaarden. “Dit beproeft de spankracht van de patiënt, niet van de professional” (Van Heijst 2005, p. 24). Voor het omgaan en leren uithouden van ziekte en beperkingen zijn aparte professies in het leven geroepen. Het vraagt denk ik te veel en voert te ver om deze taak onder te brengen bij de personen die, om met Tonkens te spreken, billen wassen en opereren. De ethische houding van de professional zal dus best verhoogd kunnen worden, maar de verwachtingen moeten wel reëel blijven. De ene professional zal het op dat gebied beter doen dan de andere en niet iedere professional zal ethische reflectie met open armen ontvangen. En in het kader van de normatieve professionaliteit zou dat ook niet hoeven: “Ook voor de professional moet ruimte zijn voor de bijzonderheden van de persoon en het belang van diens unieke biografie en de betekenis van de specifieke narratieve context van waaruit iemand denkt” (Kunneman 2006, p. 43).

3.2.1 De logica van de professional

Een professional oefent een beroep uit op basis van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos (RVZ 2000, p. 12). Een professional is diegene die het echte werk verricht, zagen we eerder. Iemand die werkt vanuit specialistische kennis, die ze onderhouden door het opdoen van ervaring en bijscholing. In de afgelopen decennia zijn deze professionals steeds vaker geconfronteerd met managers. In hun ogen niet professionals, die de organisatie besturen en beheren (De Bruijn 2008, p. 2). Deze managers overtreden een basis regel: “wie complexe taken uitoefent die kennis- en kunde intensief zijn, heeft autonomie nodig. Vertrouw dus op de deskundigheid van de professional en niet op procedures, plannen, protocollen en ander gedoe” (De Bruijn 2008, p. 3).

Een belangrijke manier waardoor professionals hun kennis en kunde op peil houden en verder ontwikkelen is door te handelen en te werken in de praktijk. Een professional is zich meestal niet bewust van het feit dat dit werken in de praktijk het ontwikkelen van kennis is. “Het vergaren van die kennis is voor de professional zo vanzelfsprekend, zo sterk verweven met zijn persoon, dat hij vaak niet eens weet wat hij allemaal weet. Dit noemen we tacit knowledge¹³” (De Bruijn 2008, p. 10). Het moeilijke aan de tacit knowledge is dat de professional deze moeilijk kan expliciteren. Een voorbeeld dat De Bruijn geeft in zijn boek (De Bruijn 2008, p. 13 ev) maakt dit duidelijk. Premature kinderen zijn erg kwetsbaar. Verpleegsters van deze kinderen blijken heel goed in staat om infecties te voorspellen. Door een groot aantal interviews onder deze verpleegkundigen is achterhaald wat de signalen voor een infectie zijn. Een aantal kwamen voor in de boeken en waren dus geen tacit knowledge maar expliciete kennis. Maar ook een aantal signalen waren nieuw. Zo kan een kind dat altijd huilt bij het oppakken en dat ineens niet meer doet, een infectie hebben. Het heeft heel veel interview tijd gekost voor verpleegsters dit als signaal benoemen. Het blijkt voor professionals dus lastig om onder woorden te brengen wat ze precies weten en van waaruit ze precies handelen. Het vastleggen in protocollen, richtlijnen en het verantwoorden in rijtjes en staten is dus vanuit managementoogpunt wellicht zeer gewenst, maar voor de professional een uiterst vermoeiende, zo niet onmogelijke bezigheid.

¹³ Dit begrip is geïntroduceerd door Michael Polany en moeilijk te vertalen, maar het komt neer op ingesloten kennis, impliciete kennis of stilzwijgende kennis.

3.2.2 De taal van de professional

Het kenmerkende van kennis en kunde is dat het is gekoppeld aan een persoon of team. Dat is anders voor data en informatie (De Bruijn 2008, p. 142). Data en informatie komen voor in databanken, handboeken en systemen en deze zijn toegankelijk voor iedereen. Professionals leren van elkaar tijdens het dagelijks werk, tijdens de dagelijkse professionele interactie (De Bruijn, p. 143). Zo leert de co-assistent van de arts en voor wie wel eens in het ziekenhuis heeft gelegen is het bekend dat het voor een buitenstaander buitengewoon moeilijk is om hun gesprek te volgen. De details die nodig zijn om het begrijpelijk te maken voor een buitenstaander worden weggelaten omdat de verhalen precies zijn afgestemd op de professional. Het is tijdverspilling voor de professional om een voor iedereen begrijpelijk en gestructureerd verhaal te maken. Wat voor de professionals dus voldoende is om kennis over te dragen aan elkaar is voor buitenstaanders en dus ook managers vaak fragmentarisch en slecht gestructureerd (De Bruijn 2008, p. 143).

Dit mechanisme van hoe professionele kennis en kunde wordt opgedaan en uitgewisseld is niet zonder risico's (De Bruijn 2008, p. 144 e.v). Als buitenstaander heb je weinig zicht en invloed op wat er zich binnen de groep professionals afspeelt. Dit was ook precies het probleem in de jaren tachtig van de vorige eeuw waar de zorg ondoorzichtig en ondoelmatig was.

De groep professionals heeft zo de gelegenheid om gedeelde opvattingen te ontwikkelen over wat zinvol, goed en acceptabel wordt geacht. In zeker zin gebeurt dit ook binnen beroepsgroepen. Dit richten op de professie kan ervoor zorgen dat professionals hardnekkig gaan vasthouden aan de eigen, heersende opvattingen. Zo zagen we bijvoorbeeld al dat de professional niet graag zijn rol als held opgeeft binnen de zorgrelatie.

Een ander risico is dat er niet voldoende variatie in opvattingen wordt toegelaten binnen de professie. En variatie is wel nodig in de zorg, zo zagen we eerder. De professional van nu wordt immers onder invloed van maatschappelijke veranderingen gedwongen om over de eigen professie na te denken. De mondige burger moet worden toegelaten, verantwoording aan de maatschappij moet worden afgelegd en het

‘eigene’ aan de professie staat onder druk door de opkomst van andere disciplines en andere taken. Ethische reflectie kan in dit licht worden gezien als een taak die een andere invulling vraagt dan voorheen en dus verder moet worden ontwikkeld binnen de professie. Dat houdt in dat er consensus moet zijn binnen de ‘groep’ over de vraag of deze vorm van ethische reflectie inderdaad behoort tot de kern van het beroep. Of die consensus er is, is allerm minst zeker. Het regelethische principe heeft haar plek verworven binnen de zorg, zo zagen we in hoofdstuk 2, maar met de ethische reflectie die is gekoppeld aan de zorgethiek wil het maar niet lukken.

Nu we hebben gezien dat professionals onderling een eigen taal, een eigen ruimte en een eigen vorm van kennisontwikkeling hebben is het is dus niet geheel onwaarschijnlijk dat er ook professionals zijn die vinden dat ze niet ethisch hoeven te ontwikkelen. Ze beschikken immers al over een beroepsethos waarbinnen ze zeer verantwoord opereren. En als ze het niet meer weten dan brengen ze hun casus in bij de ethische commissie en deze komt met een richtlijn of protocol. Deze kunnen dan worden nageleefd en het probleem is opgelost. Harry Kunneman noemt dit: “vastklampen aan en verschuilen achter technische oplosbaarheid en maakbare controle, waar eigenlijk trage vragen en mogelijke dilemma’s onder ogen gezien moeten worden in plaats van verdrongen” (Kunneman 2005a, p. 153). Het ethisch reflecteren in de zorgpraktijk zou dus ook wel eens op verzet kunnen stuiten bij de professional zelf en niet alleen bij de manager.

3.3 Professional en manager vast in hun toebedeelde rol?

Als het gaat om de zorg dan stelt Harry Kunneman dat de critici zowel vanuit de sociologische als vanuit de zorg-ethische hoek constant de papieren werkelijkheid van de systemen en de ‘echte’ geleefde werkelijkheid van cliënten en professionals tegenover elkaar zetten. “De kritiek op de papieren werkelijkheid (veelal de werkelijkheid van de manager) is dat deze iedere verwijzing naar concrete ervaringen en emoties mist; deze zijn zorgvuldig verwijderd. Het gaat niet om de ervaring van concrete belichaamde individuen met chronisch ziek zijn, pijn, eenzaamheid en vertwijfeling. Het kent alleen financiële criteria, zorgfuncties en regelingen” (Kunneman 2006, p. 59). De valkuil, stelt Kunneman, “is de verleiding om de

menselijke kant of de leefwereldkant als het machteloze slachtoffer op te voeren van een ‘onmenselijke’, systematische dynamiek die alle betrokkenen in een ijzeren greep heeft; ook als zij van goede wil zijn” (Kunneman 2006, p. 61).

Om de vraag te beantwoorden of beide partijen vastzitten in hun rol zou Michel Foucault gebruik maken van een historische analyse van de relatie tussen ons denken en de praktijk. Centraal zou niet staan het zoeken naar de waarheid maar waarschijnlijk de vraag naar waarom de rol van de manager als boeman en de rol van de professional als slachtoffer zo centraal is komen te staan in ons denken. Een dergelijke analyse stelt ons voor vragen die slechts ‘zeer onvolledig en voorlopig’ beantwoord kunnen worden, omdat zij een laatste, universeel standpunt over ‘wie wij zijn’ uitstelt en ontregelt met behulp van een andere vraag: ‘Wat zijn we in onze actualiteit?’ (Foucault vert 2004, p. 211). Foucault waarschuwt voor ‘waarheden’ die mensen voorhouden wat ze moeten denken. Deze ‘waarheden’ zitten vervat in technieken die met taal verweven zijn, waarvan het spreken een prominente plaats inneemt. “Het geheel van concepten en technieken, van talige elementen en de voorwerpen waarmee ze verweven zijn, heet bij Foucault een ‘discours’, in het Nederlands veelal vertaald als ‘vertoog” (Mol en Van Lieshout 2008, p.69). Het is door de analyse van deze vertogen dat duidelijk wordt hoe en op welk moment zaken van elkaar gescheiden worden en ‘opgeborgen’ in een ander hokje. Een dergelijke analyse zou zichtbaar kunnen maken wanneer precies de gescheiden rollen van de professional en de manager zijn ontstaan, maar ook wanneer deze tegenover elkaar zijn gezet. En duidelijk zou ook moeten kunnen worden dat de rollen helemaal niet zo vast liggen en ook niet zo gescheiden zijn. Voor een complexe en goede zorgpraktijk van vandaag de dag zijn ze namelijk beide nodig, de manager en de professional.

De zorgpraktijk van tegenwoordig heeft te maken met fusies, mammoetcontracten met zorgverzekeraars, klachtenregelingen voor patiënten, een enorm ingewikkelde logistiek en een zeer nijpend personeelsprobleem. Als de professional zich met deze taken zou moeten bezighouden dan zou hij evenmin toekomen aan het opereren en billen wassen. Bovendien vergen deze onderwerpen vandaag de dag andere expertise dan die van de professional. “Het is zelfs niet onwaarschijnlijk dat de professional,

gevraagd naar zijn initiatieven ten aanzien van deze onderwerpen, zal verwijzen naar de manager. Vragen die op de organisatie afkomen en niets van doen hebben met de professie, moeten door managers worden beantwoord” (De Bruijn 2008, p. 4).

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk heb ik de twee dominanten beelden in de discussie rondom het falen van het invoeren van ethiek in de zorg willen nuanceren. Enerzijds is er de manager die wordt gekoppeld aan de taal en logica van de markt. Hij zou geen oog hebben voor de zorg als ethische praktijk maar slechts bezig zijn met kosten, baten en efficiency. Daarnaast is er de professional die zucht onder deze marktwerking met zijn toenemende bureaucratisering. Bezig gaan met ethische reflectie verzacht de pijn van deze ontstane praktijk en levert een positieve bijdrage aan het verbeteren van de zorg en dat is wat de professional wil.

De manager blijkt niet zo wars van ethiek als wordt beweerd en kan bovendien heel goed benoemen wat de ethische uitdagingen voor de toekomst van de zorginstelling worden. Zorginstellingen hebben allerlei protocollen en richtlijnen op het gebied van ethische kwesties, zoals euthanasie, bejegening, seksualiteit, dwang en drang. Ze zijn dus doordrongen van expliciete visies op ethische thema's. Het betreft dan wel geen geïntegreerd ethiek beleid, maar er is ethisch doordacht beleid. Alleen is dat voor de zorgethiek en normatieve professionaliteit niet genoeg. Goede zorg is zorg die ruimte heeft voor zaken als nabijheid, kwetsbaarheid en op elkaar betrokken zijn (zie eerder Kunneman en Van Heijst).

Of de professional deze vorm van goede zorg en de daarmee gepaard gaande reflectie rekent tot de kern van het beroep, is maar zeer de vraag. Tronto geeft al aan dat een heldenrol de professional beter lijkt te passen dan een ondersteunende rol. De hang naar verbeteren en optimaliseren van de situatie is nog altijd voor de meeste professionals de kern van het beroep. “Er moet genezen worden en als dat niet kan moet de dood uitgesteld worden” (Van Heijst 2005, p.28). “Als iemand het weer gaat doen of ten minste beter gaat doen dan is de zorg goed te noemen” (Van Heijst 2005, p.30). Uit een onderzoek dat is gepubliceerd in het Tijdschrift voor Verpleegkundigen

blijkt dat het zelfvertrouwen van veel jonge verpleegkundigen voornamelijk is gebaseerd op kennis en kunde. “Het leeuwendeel van hun voldoening halen zij uit het analyseren en oplossen van complexe zorgvragen, bij voorkeur gecombineerd met medisch-technisch handelen” (TVZ no 9 2002, p.14). Het is volgens Kunneman nu juist dit medisch-technisch handelen dat de ruimte voor trage vragen verdringt. Er zit dus een discrepantie tussen wat binnen de zorgethiek en normatieve professionaliteit onder goede zorg wordt verstaan en de zorg die de professional als goed ziet. Het is in ieder geval duidelijk dat de professional niet per definitie hetzelfde wil aan ethiek als datgene wat door critici als Tonkens, Kunneman en Van Heijst als evident naar voren wordt gebracht.

Nu de veronderstelde onwil van de manager en de veronderstelde wil van de professional wat zijn genuanceerd is het tijd verder te kijken dan het vertoog tot nu toe. De tijd is voorbij waarin de manager en professional van elkaar gescheiden kunnen worden. Ze zijn tot elkaar veroordeeld, of dat nu een goede ontwikkeling is of niet. Ze zullen de vraagstukken die op de zorg afkomen gezamenlijk moeten oplossen. De mondige burger die verantwoording eist, maar ook de juiste bejegening wil en de juiste behandeling, is de vragende klant waar de zorgonderneming het mee moet doen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt in haar rapport ‘Ethiek en beleid’ dat er een verschuiving plaatsvindt van verantwoordelijkheidstoedeling als het gaat om ethiek. Het gaat niet alleen meer om de bekende medisch ethische kwesties die direct betrekking hebben op hulpverlening en behandelen, maar er vindt een verbreding plaats naar de richting van sociaal beleid (RVZ 1999, p. 13). Die richting heeft zich alleen maar verder ontwikkeld en zit nu in de richting van maatschappelijke verantwoording. De overheid wilde verantwoording over de geleverde zorg, zo zagen we in hoofdstuk 1, maar ook de maatschappij wil dat ondernemingen verantwoording afleggen, dus ook de zorgonderneming (Van Dartel e.a 2002, p. 70).

Hummels & Karssing vinden dit niet zo vreemd. “Ondernemingen oefenen door hun activiteiten direct invloed uit op de belangen van onder meer werknemers, toeleveranciers, consumenten, alsmede op de natuurlijke omgeving, de sociale

omgeving en het leefmilieu voor de toekomstige generatie. Vanuit dit gezichtspunt is het niet meer dan redelijk dat ondernemingen helder maken op welke wijze zij ingrijpen in de sociale, economische en maatschappelijke werkelijkheid en wat de gevolgen daarvan zijn” (Hummerls & Karssing 2000, p. 213-214). Ethiek is dus niet alleen meer een zaak van de professional, maar van de gehele zorgonderneming. Ethiek in een dergelijke onderneming kan zich dus niet beperken tot dilemma’s die zich voordoen in de zorgrelatie. Voor het zoeken naar verbreding van ethiek in de zorg sluit ik, zoals eerder aangegeven aan bij het werk van de Franse filosoof Michel Foucault.

H4 Foucault als kritisch reflectie instrument

Tot nu toe heb ik het werk van Foucault steeds in verband gebracht met de mogelijkheden die het biedt om de ‘waarheid’ van het nu, anders aan het licht te brengen. Hierdoor ontstaan inzichten die het mogelijk maken vastzittende patronen en evidenties los te woelen en nieuwe praktijken te creëren. Ik acht het van belang dat niet alleen de professional leert reflecteren op zijn praktijk, maar dat de gehele zorgorganisatie haar bestaansgrond durft te bekritisieren en waar nodig durft bij te stellen. Alleen is de zorgethiek met de methode moreel beraad daarvoor mijns inziens niet voldoende. Zoals vaker aangehaald focust de methode te veel op dilemma’s en op de zorgrelatie. Hierdoor blijft de manager buiten schot en hoeft zich niet verantwoordelijk te voelen voor de ethiek in de organisatie. Door het werk van Foucault toe te voegen aan de al bestaande zorgethische visie denk ik dat het wel mogelijk is om de hele zorgpraktijk mee te nemen in de reflectie en misschien nog wel belangrijker, in gesprek te laten gaan met elkaar. Daarmee slaat het werk van Foucault mogelijkwerijs een brug tussen de logica’s van de manager en die van de professional. Op die manier kunnen deze logica’s beter op elkaar worden afgestemd in plaats van steeds tegenover elkaar te worden gezet. In dit hoofdstuk geef ik eerst een korte uiteenzetting van de ethiek in het werk van Foucault. De ethiek van Foucault is er een van zorg voor het zelf. Door deze zorg kan het subject uitgroeien tot een ethisch wezen dat niet overheerst en niet overheerst wordt. Zelfzorg stelt het subject in staat tot een analyse van het heden. Het is deze analyse die de uitbreiding vormt op moreel beraad. De uitbreiding maakt het mogelijk dat de professional, de manager en de patiënt in vrijheid de actualiteit kunnen bespreken en kunnen bepalen hoe die eruit ziet.

4.1 Moraliteit volgens Foucault

Volgens Foucault is moraliteit een set waarden en normen die worden bevestigd door voorgeschreven instanties zoals familie, scholen en religieuze en sociale instellingen. De morele code kan zich voordoen als doctrine met een duidelijke scheiding tussen wat goed is en wat kwaad, maar veel vaker is dit onderscheid allerminst duidelijk (Hofmeyr 2005, p. 43). Moraliteit komt ook tot uitdrukking in het gedrag van mensen.

Dit gedrag staat in relatie tot de waarden en normen die mensen geacht worden na te leven, waar mensen als het ware aan vastzitten, mee zijn vergroeid. Voor Foucault was het interessant om te kijken naar hoe de mensen zich verhouden tot deze voorgeschreven regels, vooral de niet duidelijk voorgeschreven regels. Hoe vormt het subject zich tot ethisch subject in relatie tot de voorgeschreven regels die onderdeel zijn van wat ethisch genoemd kan worden? Er is immers een bepaald idee over wat algemeen moreel goed gevonden wordt en wat niet. Deze al bestaande morele code is ook een vorm van doctrine. Het is dus een ingewikkeld proces om jezelf te vormen tot een vrij ethisch subject omdat je die vorming niet anders dan tegen de achtergrond van datgene wat je hebt geleerd, kan afwegen. Het gaat Foucault in zijn late werk niet om een totale vrijheid in relatie tot de heersende systemen, maar om een bewuste manier van bepalen in hoeverre men zich wil conformeren aan voorgeschreven regels en wanneer men dit niet wenst te doen. Hoe ik behoort te handelen wordt dan veel meer hoe ik verkies te handelen (Hofmeyr 2005, p.45). Door steeds kritisch te reflecteren op mijn dagelijks leven, is het mogelijk om buiten bestaande grenzen te denken, anders te denken en daardoor een andere vorm van leven te creëren (Foucault 1983a: 45-50). “For what is morality, if not the practice of liberty, the deliberate practice of liberty?” (Foucault 1984, p.4). Foucault staat dus een ethiek voor waarin de moraliteit van een individu bestaat uit de wijze waarop de persoon weloverwogen vorm geeft aan zijn vrijheid (Hofmeyr 2005, p. 44). Het gaat om de waarde die je jezelf ‘oplegt’ en de norm die je jezelf stelt.

4.1.1 Zelfzorg

Het vormgeven aan de eigen vrijheid gaat voor Foucault door middel van ‘zorg voor het zelf’. Voor Foucault is het ethisch worden een actief proces van zelfvorming en niet een interventie van een ander (Hofmeyr 2005, p.71). Het vraagt oefening, praktische taken en uiteenlopende activiteiten. Het gaat Foucault om de verruiming van de vrijheid door een zelfbevrijding van begrenzungen, gerealiseerd door een praktijk waarin het subject zichzelf vormt door: excessen te vermijden, te werken aan zelfrespect, aandacht te besteden aan voeding, kleding en andere vormen om zichzelf te ‘stijlen’ zodat het in alles zorg draagt voor zichzelf en daarmee een voorbeeld is voor anderen en daardoor ook zorgdraagt voor de ander (Hofmeyr 2005, p. 73). Voor

de vorming heeft het ‘zelf’ de ander nodig en is daarmee niet, zoals Foucault vaak is verweten, een egoïstisch volledig door zichzelf bezeten individu.

“Het proces van zelfformatie en zelfkritiek is altijd begrensd, maar ook altijd vastberaden en daarom zijn we altijd in de positie opnieuw te beginnen” (Foucault 1983a, p. 47). De begrenzing van wat we ethisch ‘goed’ vinden, is gegeven door tijd, plaats en cultuurspecifieke kenmerken. Het is voor Foucault juist de uitdaging om deze gegeven grenzen te onderzoeken, kritisch te bereflecteren en vervolgens te denken en handelen voor onszelf. “We moeten in de voetsporen van Kant leren om zonder gegeven Godheid zelfstandig te wandelen” (Hofmeyr 2005 p. 73). Dit zelfstandig wandelen is voor Foucault geen eindstation of dé oplossing. Hij zal de laatste zijn die het wil presenteren als een nieuwe filosofie of politiek (Foucault 1984a, p. 13-14).

4.2 Een kritische zoektocht

Foucault begrijpt een zorginstelling, evenals gevangenissen en andere instellingen, binnen een sociaal-maatschappelijke context van machtsuitoefening en controle (Foucault 1975, vert 1989). In de (post) moderne samenleving is volgens hem sprake van een toenemende mate van controle over en disciplineren van het individu. Die disciplineren gebeurt door een gezamenlijk gedeelde waarheidsmacht. (Foucault vert. 2004, p. 60). Die waarheidsmacht komt voort uit onze wil tot weten en wordt gecontroleerd. De controle zit in de voorgeschreven blik die de mens wordt geacht te hebben. Foucault omschrijft dat er vanaf de zeventiende eeuw een wil tot weten ontstaat die, vooruitlopend op wat hij tegenwoordig omvat, schema’s van mogelijke, waarneembare, meetbare en klasseerbare objecten ontwierp; een wil tot weten die het kennende subject een zekere plaats, een zekere blik, een zekere functie toeweest; een wil tot weten die het technische niveau voorschreef waarop de kennis zijn beslag moest krijgen om verifieerbaar en nuttig te zijn (Foucault vert. 2004, p. 46). Alles wat buiten deze blik valt, valt buiten het verhoor, buiten het spreken. Een ander uitsluitingsysteem voor het spreken is volgens Foucault het verboden woord. “We weten dat we niet het recht hebben alles te zeggen, dat we niet in alle omstandigheid over alles kunnen praten, dat niet zomaar iedereen, ten slotte, over wat dan ook kan

praten” (Foucault vert. 2004, p. 43). Een derde uitsluiting is die van de scheiding tussen rede en waanzin (Foucault vert. 2004, p.43). Wie er spreekt, wie wordt gehoord, wat er gezegd wordt en wat behoort tot het redelijke wordt bepaald en betreffen het deel van het spreken dat de macht en het verlangen tot inzet heeft (Foucault vert. 2004, p. 49). Het is volgens Foucault van het grootste belang om te achterhalen welke heersende vertogen er zijn en wat deze uitsluiten, dus wat níet gezegd mag worden. Zoals eerder benoemd, zijn in de vertogen over de ethiek in de zorg een aantal zaken dominant. Zo heeft marktwerking in de zorg geleid tot verschraling en bureaucratisering van de zorg, is de manager altijd de vertolker van de logica’s uit de markt, heeft de professional het enorm zwaar, wil de professional ethisch reflecteren en voldoet de principebenadering niet als het gaat om het leveren van goede zorg; voor goede zorg is ethische reflectie noodzakelijk. Deze onderscheidingen lijken zonneklaar omdat ze een grond vinden in de ‘kennis’ die door bepaalde wetenschappelijke disciplines wordt gegenereerd, zegt Foucault (Linssen 2005, p. 147). Tegelijkertijd zijn ze breekbaar geworden vanwege urgente problemen in de actualiteit. Doordat er een probleem, noem het onbehagen, ontstaat in het heden geeft dat heden aanleiding tot een analyse van de systemen en de historische vorming van de ervaring (Linssen 2005, p. 10). Foucault start dus net als moreel beraad vanuit de actuele ervaring. Foucault maakt vervolgens een analyse van de systemen en de historische vorming van de ervaring. Hiermee biedt hij een mogelijkheid om een ervaren dilemma binnen moreel beraad te betrekken op een groter geheel. Neem bijvoorbeeld het volgende dilemma. De verstandelijk en lichamelijk beperkte Freek moet voor zijn gezondheid zo veel mogelijk gestimuleerd worden te bewegen. Hij heeft die dag al gewerkt en is dus al in beweging geweest. ’s Middags moet hij naar de wc. Hij zit in zijn stoel als hij de begeleidster belt. Zij heeft het die middag heel druk. Wat doet ze? Tien minuten besteden aan Freek zodat hij zelf naar het toilet kan lopen of hem een plasfles geven zodat ze weer snel door kan? Moreel beraad zou focussen op de waarden die hier aan ten grondslag kunnen liggen, bijvoorbeeld rechtvaardigheid en menswaardigheid. Rechtvaardigheid zou een onderliggende waarde kunnen zijn als de extra zorg van Freek moet worden afgewogen tegen de zorg die niet op datzelfde moment aan anderen kan worden verleend. Foucault zou dit dilemma uitbreiden naar de vraag wanneer dit een dilemma is geworden en naar hoe deze vorm van het dilemma is ontstaan. Het eerste en meest voor de hand liggende antwoord is natuurlijk door de werkdruk, maar er zijn ook

andere antwoorden mogelijk als men verder teruggaat in de tijd. Toen ik in de jaren tachtig van de vorige eeuw in de zorg werkte was dit helemaal geen dilemma geweest omdat iemand gewoon de plasflles had gekregen. Het geven van een plasflles werd toen in ieder geval niet gezien als een vorm van slechte zorg. Alleen met de opgekomen aandacht voor gezondheid en bewegen kan dat gevoel zijn omgeslagen en wordt het in de actualiteit van vandaag een dilemma. Het thema gezondheid en bewegen kan dan dienen als uitgangspunt voor een verdere analyse. Hoe heeft dit thema vorm gekregen in de organisatie? Vinden we het belangrijk genoeg om het verdere vorm te laten krijgen? Met dergelijke vragen ga je richting beleid en komt het management van de organisatie in beeld. Als bewegen het speerpunt wordt voor het beleid, hoe wordt de organisatie dan ingericht? Op dit punt zullen professionals en managers moeten gaan samenwerken. De expertise van de dagelijkse zorg is nodig om alle zorg op elkaar af te stemmen en bewegen een prominente plaats te geven. De manager is nodig voor de randvoorwaarden. Het juiste personeel, budget, eventuele aanpassingen aan het gebouw, maar ook begrenzingsen voor al te wilde plannen. Als managers en professionals er een gezamenlijk onderzoeksproject van maken met ruimte voor de inbreng van beide kanten, dan kan ruimte worden gecreëerd voor nieuwe inzichten. Dan is de manager niet meer alleen de boe-man en de professional niet het slachtoffer van de systemen.

4.3 Het beperken van de macht

De vrijheidspraktijk van Foucault is erop gericht de macht zoveel mogelijk te beperken. Het subject kan die macht van anderen beperken door zelf 'macht' te verwerven door zichzelf te vormen tot ethisch wezen. Als ethisch gevormd wezen beperkt het subject vervolgens de machtsuitoefening over anderen (Foucault vert. 2004, p. 191). Het vormen tot een ethisch persoon is het vormen van een bepaalde, zichtbare houding. Gedragingen die daarbij horen, moeten zichtbaar zijn voor anderen. Iemands houding komt tot uiting in zijn kleding, uiterlijk, wijze van lopen en de rust waarmee hij op gebeurtenissen reageert enzovoorts (Foucault vert. 2004, p.189). Wie een mooie houding had en als voorbeeld geroemd kon worden, was iemand die vrijheid op een bepaalde manier in praktijk bracht. Men moest wel heel wat werk aan zichzelf verrichten (Foucault vert. 2004, p.189). Foucault gelooft niet in een samenleving zonder machtsverhoudingen. Het gaat erom dat iedereen de

mogelijkheid krijgt “de rechtsregels, de bestuurs technieken en ook de moraal, het ethos en de zelfpraktijk te verschaffen waarmee die machtsspelen met een minimum aan overheersing gespeeld kunnen worden” (Foucault vert. 2004, p. 204).

Foucault maakt een onderscheid tussen macht en overheersing. Machtverhoudingen ziet hij als strategische spelen, dus gericht op het ‘vernietigen van de vijand’. Dit maakt dat de één het gedrag van de ander probeert te bepalen. Vervolgens ‘verdedigt’ de ander zichzelf en doet zijn best het eigen gedrag niet te laten bepalen. Zolang beide spelers toegang hebben tot het strategisch spel is er sprake van vrijheid. Van overheersing is sprake als er geen vrijheid is tot het strategisch spel.

Tussen macht en overheersing staan de bestuurs technieken. Dit zijn de technieken die individuen in vrijheid ten opzichte van elkaar hanteren, bepalen en vormen om ze vervolgens in te zetten (Foucault vert. 2004, p. 206). Het individu kan bepalen in welke mate hij of zij aan het spel wil deelnemen, het berust dus zondermeer op vrijheid. Bij het analyseren van macht moet men volgens Foucault dan ook altijd beginnen met de analyse van de strategieën en bestuurlijkheid en niet bij de institutie. Deze ziet het subject uitsluitend als iemand met rechten en plichten (Foucault vert. 2004, p. 207). Managers en professionals zullen dus overleg moeten voeren over de binnen hun instelling heersende bestuurs technieken en analyseren of er sprake is van macht of overheersing.

4.3.1 Overheersing door marktlogica’s?

De technieken die horen bij de marktlogica’s worden in ieder geval door critici als Tonkens en Mol gezien als overheersing van de manager over de professional. Managers staan voor efficiency, productiviteit en snelheid. Professionals staan voor de kwaliteit, maar daar komen ze niet meer voldoende aan toe doordat die kwaliteit getoetst en gemeten moet worden teneinde nog efficiënter te werken en meer verantwoording te kunnen afleggen.

Niemand zal ontkennen dat kwaliteit belangrijk is in de zorg. Kwaliteit is echter al lang niet meer het exclusieve domein van de professional. Kwaliteit kan namelijk

worden bevorderd door kwaliteitssystemen, is de gedachte. Hierin kunnen werkprocessen worden beschreven die tot een kwaliteitsvolle dienstverlening moeten leiden of een proces van diagnosticeren en effectief behandelen (denk aan de eerder genoemde diagnose-behandelcombinatie). Vaak kennen deze systemen ook nog een verbetercyclus. Voorbeelden van dergelijke systemen zijn : INK model, Total Quality Management, ISO 9000, de Plan, Do, Check, Act- cyclus of bijvoorbeeld de Sigma benadering (De Bruijn 2008, p. 82). De essentie van dergelijke systemen is dat de kwaliteit kan worden gecodificeerd: vastgelegd in beschrijvingen, procedures en protocollen. Vervolgens kan een certificaat worden verkregen, zodat de buitenwereld een beeld heeft van de kwaliteit van de organisatie. De kritiek op deze manier van vastleggen is dat kwaliteit niet te meten valt. Er ontstaat een papieren werkelijkheid met cijfers en getallen, naast een werkelijkheid van dagelijkse zorg die geleverd moet worden. Deze laatste hangt samen met de eerder behandelde en moeilijk te codificeren tacit knowledge. Geen enkele situatie is voor de professional hetzelfde en laat zich dus moeilijk codificeren. De kwaliteit hoeft niet te worden gemanaged maar ontstaat tussen de professionals onderling.

Al eerder is erop gewezen dat dit idee over professionele kennis onder de professionals niet zonder gevaar is. De Bruijn noemt het in zijn boek zelfs een drogredenering die van stal wordt gehaald als een professional zich niet kan vinden in een bepaalde ontwikkeling (De Bruijn 2008, p. 83). Onderlinge professionele controle werkt niet, zo stelt hij. Professionals hebben de neiging op een eiland te werken. “Denk aan de slechte samenwerking tussen de artsen op de afdeling hartchirurgie van het Radboudziekenhuis, met dodelijke slachtoffers als gevolg” (De Bruijn 2008, p. 84). De Bruijn gaat verder en stelt dat kwaliteit een waarde weergeeft waar iedereen aan behoort te voldoen maar het is eigenlijk niemand precies duidelijk wat de kwaliteit is of moet inhouden (De Bruijn 2008, p. 84). Voor een rechter is dit bijvoorbeeld juridische kwaliteit, bejegening van de verdachte, procesgang, begrijpelijkheid van het vonnis en snelheid van het proces. Bij een arts kan het zijn het aanbieden van behandelalternatieven, komen tot informed consent met de patiënt, het juist uitvoeren van de medische ingreep, goede nazorg waardoor de patiënt zo snel mogelijk weer naar huis kan. Kwaliteit is dus een meervoudig begrip, met verschillende componenten, die onderling strijdig kunnen zijn (De Bruijn 2008, p.

85). Het komen tot een informed consent kan bijvoorbeeld veel tijd in beslag nemen. Als de conditie van de patiënt hierdoor achteruit gaat dan kan het juist uitvoeren van de medische ingreep onder druk komen te staan omdat voor een perfecte uitvoering de conditie van de patiënt beter had moeten zijn . dat het voorkomen dat het verbeteren

Daarnaast is eerder geduid dat verschillende partijen verschillend kunnen denken over wat kwaliteit is en wat daarin gewenst is. Zorgethici vinden dat zorg van goede kwaliteit moet voldoen aan ethische reflectie, terwijl de zorgprofessional veel meer aansluit bij technische complexiteit en goede medische behandeling. Managers en bestuurders hebben eveneens een mening over de kwaliteit. En uiteindelijk vinden ook organisaties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat zorg van een bepaalde kwaliteit moet zijn, ingegeven door bij wet vastgelegde kwaliteitseisen. Over wat goede kwaliteit van zorg is moeten dus meerdere partijen hun zegje doen, om uiteindelijk te komen tot een opvatting hierover. Het verdient voor zorginstellingen zelfs aanbeveling om hier zelf mee te komen in plaats van af te wachten wat door overheid en andere instanties over hen wordt uitgestort. Komen tot een gezamenlijke opvatting hierover versterkt de positie ten opzichte van buitenstaanders en op die manier neemt de overheersing erdoor af.

Uit bovenstaande blijkt dat kwaliteit een meervoudig begrip is. Daarom moet verschil van mening mogelijk zijn over wat het inhoudt. Alleen dan kunnen de opvattingen over kwaliteit in beweging blijven en vindt er geen fixatie plaats, zoals bij de zorgethiek is gebeurd: zorg van goede kwaliteit = ethische reflectie op de werkvloer. Door de ethische reflectie op de werkvloer gelijk te zetten aan zorg van goede kwaliteit wordt het een overheersing van de manager. Deze heeft immers geen mogelijkheid meer een andere richting op te denken of een andere gedachte in te brengen. Worden de marktlogica's gezien als overheersing van de professional, de fixatie op zorgethiek is een overheersing van de manager.

Toch kan niet worden ontkend dat veel van wat valt onder de tacit knowledge van de professional, niet kan worden vastgelegd in kwaliteitseisen. Dat is ook niet relevant want als een arts een beslissing moet nemen over leven of dood dan is er geen tijd het protocol af te werken. In een dergelijke situatie is durf nodig om een beslissing te

nemen. Hoe graag de manager het misschien zou willen, dit kan niet worden vastgelegd, niet worden opgesneden in hapklare en verhandelbare brokken. Toch ben ik van mening dat een groot deel van de handelingen weldegelijk in kwaliteit en meetbare kwantiteit kan worden vastgelegd. Het gaat alleen om het juist evenwicht, de gulden middenweg. Het mag nooit zo zijn dat het professionele handelen wordt belemmerd door protocollen. Het mag ook nooit zo zijn dat het maken van protocollen doel op zichzelf wordt, maar het vastleggen van kwaliteitseisen is zinvol. Zo is het ook zinvol dat de manager accepteert dat niet alles is vast te leggen en dat de professional ruimte en vertrouwen nodig heeft om in vrijheid te opereren. Daarnaast moet de professional begrijpen dat verantwoordelijk is in de huidige complexe tijd. Waar de zwaartepunten komen te liggen, zal per instelling verschillend zijn. Maar het is van groot belang dat de professional, de manager en ook de patiënt er gezamenlijk uitkomen. Marktlogica's hoeven zo niet overheersend te worden. Hetzelfde geldt voor de mate waarin en de manier waarop ethiek moet worden ingevoerd. Het zijn de spelers in het veld die moeten bepalen welke systemen ze toelaten en welke niet. Zij creëren idealiter in het licht van de vrijheidspraktijk van Foucault zelf hun toetsingssystemen en bepalen wat binnen hun zorginstelling valt onder goede zorg; in de hoogst haalbare vrijheid voor iedere deelnemer.

4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is het late werk van Foucault opgevoerd als gereedschapskist die gebruikt kan worden bij de verdere invoer van ethiek in de zorg. Het werk van Foucault is ethisch door de zelfzorg die Foucault voorstaat. Door zorg te hebben voor het zelf kan een ethisch subject worden gecreëerd. Doel is om een ethisch zelf te creëren dat aan de ene kant zo min mogelijk wordt overheerst en aan de andere kant de ander zo min mogelijk overheerst. De ethiek van de zelfzorg voorziet in een constante mogelijkheid om te zondigen tegen bestaande wetten en regels. Het is een proces dat actie vereist ten aanzien van bestaande regels, normen en waarden. Het subject moet immers steeds afwegen in welke mate hij of zij wil meegaan in hetgeen moreel van hem of haar wordt gevraagd (Hofmeyr 2005, p. 47).

Deze vrijheidspraktijk is niet machtsvrij, stelt Foucault. Eigenlijk bestaat het bij gratie van de begrenzing die de ander geeft. Die macht is niet problematisch, maar

overheersing wel. Tussen macht en overheersing staan de bestuurs technieken. Deze technieken worden door de spelers aan het vrijheidsspel zelf ingebracht. Dit is ook het punt waarop Foucault een mogelijkheid biedt om ethiek in de zorg wel een gedeeld 'probleem' te laten zijn van de professional, de manager en de patiënt.

In plaats van te focussen op de dilemma's vraagt Foucault om een analyse van waar we staan en hoe we daar zijn gekomen. Als we inzicht en grip hebben op hoe het heden is ontstaan, is het ook mogelijk andere keuzes te maken. Het ethisch subject kan bepalen in hoeverre de bestaande bestuurs technieken nog relevant en nastrevenswaardig te noemen zijn. Gezamenlijk kunnen, indien gewenst, andere bestuurs technieken worden samengesteld die het voor de professional, de manager en de patiënt mogelijk maken de actualiteit in vrijheid te bespreken en aan te passen.

H5 Tot slot: Dat-wat-is kan anders zijn

Dat-wat-is kan anders zijn omdat wat is geweest altijd anders is geworden. De beschrijving van de veranderingen in de zorg laten dit zien. De zorg is vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw drastisch veranderd. De burger werd een mondige patiënt met rechten. De houding van de overheid veranderde van zorgen van wieg tot graf naar de invoer van steeds meer financiële prikkels. De geleverde zorg moest worden verantwoord en moest voldoen aan een zekere kwaliteitsstandaard. Nieuwe disciplines deden hun intreden zoals aparte, niet aan de zorg verbonden, managers en bestuurders. Dat wat nu is, was dus ooit anders en de verandering stuit(te) op flink verzet dat verwoord werd door de critici die in deze scriptie zijn aangehaald: Tronto, Tonkens, Van Heijst, Kunneman en Mol. “Vragen die raken aan zaken als nabijheid, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, professionaliteit, betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid, sneeuwen in de waan van alle dag vaak onder of krijgen alleen aandacht voorzover het technisch instrumentele wordt ondersteund” (Kunneman 1995, p. 61). Bovendien hebben alle veranderingen in de zorg ervoor gezorgd dat de professional niet meer goed weet waar hij staat. De patiënt eist, de organisatie wordt almaar meer bureaucratisch en het eigene van de professie staat onder druk door het ontstaan van nieuwe professies en het moeten verantwoorden aan patiënt en maatschappij. En de manager werkt er alleen maar aan mee dat de professional zijn eigenlijke taken niet naar behoren kan uitoefenen. Zie hier in het kort de schets van het huidige vertoog over de situatie in de zorg. In hoofdstuk 3 van deze scriptie breng ik enige nuancering aan in dit beeld. En ook in het beeld dat de invoer van zorgethiek dé pleister is op alle wonden. Zorgethiek richt de aandacht te veel op de relatie tussen professional en patiënt, zo is mijn stelling, en neemt de organisatie als geheel te weinig in ogenschouw. Hierdoor blijven de manager en de bredere context waarbinnen de professional moet opereren buiten beeld. Bovendien vraagt ethische reflectie zoals moreel beraad te veel van een professional op moreel gebied. Door voorstanders van ethische reflectie wordt ten onrechte aangenomen dat het een uitgemaakte zaak is dat ethische reflectie wordt ervaren als kern van het beroep. Evenmin is het waar dat managers geen benul hebben van ethische kwesties binnen de zorgonderneming en uitsluitend uitgaan van efficiency en kostenbesparing.

Het is echter een feit dat sinds het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw met deze evidenties wordt gewerkt en dat er met ethiek in de zorg dan ook niet veel is gebeurd.

In deze scriptie heb ik getracht naar een mogelijkheid te zoeken om deze impasse vlot te trekken. Dit heb ik willen doen aan de hand van het werk van de Franse filosoof Michel Foucault. Mijn onderzoeksvraag luidt dan ook:

Biedt de vrijheidspraktijk van Foucault met de daarin voorkomende machts- en waarheid spelen nieuwe inzichten en daarmee nieuwe mogelijkheden voor ethiek in de zorg?

Het antwoord op deze vraag is: ja dat doet het. Voor Foucault is het juist van het grootste belang om datgene wat in een staat van onbeweeglijkheid is gekomen, te brengen in een staat van openheid tot verandering (Linssen 2005, p. 149). Het brengen van beweging en openheid is voor Foucault een morele positie waarbinnen hij drie elementen onderscheid. Ten eerste de weigering om de dingen die ons als evident worden voorgehouden te aanvaarden. Ten tweede noemt hij nieuwsgierigheid: de behoefte om alles te analyseren en te bereflecteren, waardoor geen enkel aspect van de actualiteit bij voorbaat wordt uitgesloten van de analyse. Ten derde noemt Foucault het principe van innovatie: het bereflecteren van zaken die tot nu toe niet gedacht zijn of van zaken die nopen tot anders denken (Linssen 2005, p. 149-150). In een interview uit 1982 stelt Foucault dat mensen vaak veel vrijer zijn dan ze denken; ze aanvaarden iets als waar of evident, en vergeten dat zoiets altijd kan worden bekritiseerd of tenietgedaan (Linssen 2005, p. 150). “Al mijn analyses gaan in tegen de idee van universele noodzakelijkheden in het menselijk bestaan. Zij leggen de nadruk op het arbitraire karakter van instituten en zij tonen ons welke ruimtes van vrijheid wij nog tot onze beschikking hebben en wat de veranderingen zijn die nog kunnen worden doorgevoerd” (Foucault in Linssen 2005, p. 150). Een dergelijke analyse wordt gedaan uit naam van de vrijheid. Niet zozeer een ‘subjectieve vrijheid’, wat men definieert als mate van vrijheid die een individu ervaart indien de eigen wensen in vervulling gaan. Het gaat eerder om een ‘objectieve vrijheid’; de

mogelijkheden die de omstandigheden bieden. “ Indien de mogelijkheden worden vergroot, belemmeringen verminderd, neemt de vrijheid in objectieve zin toe” (Linssen 2005, p. 151). Het doel van de analyse van Foucault is voorwaarden te scheppen voor het teniet doen van belemmeringen van mogelijke verandering. Het gaat niet om het omschrijven van totalitaire theorieën. Daarvan zegt Foucault dat die vaak niet interessant zijn voor de analyse. Het gaat juist om specifieke lokale vormen van weten en de daarmee gediskwalificeerde vormen van weten (Linssen 2005, p. 153). De tacit knowledge van de professional kan worden opgevat als een lokale vorm van weten, die zowel includeert als excludeert. Toch biedt deze lokale vorm van weten juist de sleutel tot het loskoppelen van totalitaire theorieën. Door de analyse van wat er heerst aan waarheden binnen de eigen zorgonderneming, kunnen deze ter discussie staan zonder dat het noodzakelijk is te kijken naar algemene theorieën over bijvoorbeeld kwaliteit van goede zorg of de benarde positie van professional in de zorg. Foucault verwoordt het als volgt: “Kritiek moet daarentegen een instrument zijn voor degenen die strijden. Zij hoeft de wet de wet niet te stellen. Zij is geen fase in een programmering. Zij is een uitdaging aan dat-wat-is” (Foucault in Linssen 2005, p. 153).

De complexiteit van het werk van Foucault is dat een dergelijke kritiek en analyse niet moet uitmonden in aanwijzingen die voorschrijven wat iemand moet doen. Foucault benadrukt dat zijn werk niet is bedoeld als een nieuw toekomstideaal. Het beoogt evenmin aan te geven waarheen we zouden moeten gaan (Linssen 2005, p. 5). Wat Foucault hoopt te bereiken is dat men eigenlijk niet meer zo goed weet wat men moet doen, omdat vanzelfsprekendheden problematisch zijn geworden. Foucault erkent dat uitkomsten kunnen leiden tot een zekere mate van inbedding in systemen, maar dit mag nooit de kritiek aan banden leggen. Met de inbedding moet uiterst zorgvuldig worden omgegaan aangezien het inbedding is in een bestaand kader. Hiermee ontstaat het risico oppervlakkig te worden, een oppervlakkige transformatie. De transformatie waar Foucault naar zoekt, is het willen scheppen van ruimte om te kunnen denken zoals men eerst niet dacht. Een dergelijke vorm kan niet te voren door een beoogd resultaat worden beperkt. Een dilemma methode zoals moreel beraad heeft die neiging juist wel in zich omdat het uitgaat van de bestaande praktijk en het morele dilemma ook denkt binnen die praktijk. Daarmee is moreel beraad te weinig

creatief, kan gesteld worden, om grotere veranderingen te bewerkstelligen. Wellicht is dit een reden waarom het vaak doodbloedt in organisaties en niet beklijft.

Foucault veronderstelt niet dat ieder mens van nature in staat is tot een dergelijke kritische analyse. Daarvoor moet een individu hard werken, werken aan de eigen vorming. Voor het kunnen doen van een dergelijke analyse, op een kritische manier, is een bepaalde grondhouding vereist. Die grondhouding kan worden verkregen door zelfzorg. Middels de zelfzorg vormt men het eigen filosofisch ethos, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Allereerst moet men in staat zijn onderzoek te doen naar de gebeurtenissen die tot de vorming van onszelf hebben geleid. “Die ervoor hebben gezorgd dat wij onszelf herkennen als subjecten van wat we doen, denken en zeggen” (Linssen 2005, p. 156). De methode tot de kritiek is hier archeologisch omdat “de vertogen die articuleren wat wij denken, zeggen en doen, behandeld worden als historische gebeurtenissen” (Linssen 2005, p. 155). De kritiek is genealogisch omdat zij “door het tonen van de plichtmatigheden die ons hebben doen zijn wat we zijn, de mogelijkheid zal openen om niet langer dat te zijn, te doen of te denken wat we zijn, doen of denken” (Linssen 2005, p. 157). Deze methode probeert niet een metafysica mogelijk te maken die uiteindelijk wetenschap moet worden (iets wat moreel beraad wel doet) “zij probeert daarentegen steeds opnieuw en voor zover dat mogelijk is het ongedefinieerde werk van de vrijheid op gang te brengen” (Foucault in Linssen 2005, p. 157). Als we namelijk de historische gebeurtenissen kunnen blootleggen van onze constitutie waardoor wij onself herkennen als subjecten van wat we doen, denken en zeggen, dan opent men de mogelijkheid tot andere ervaringen van het heden en van onszelf (Linssen 2005, p. 157). Voor dit alles is een experimentele, lerende houding noodzakelijk. “Om de kritiek meer te kunnen laten zijn dan een lege droom van vrijheid, moeten er tegelijk, naast het historisch onderzoek, voortdurende proefnemingen gedaan worden in het heden” (Foucault in Linssen 2005, p. 157). Hiermee geeft Foucault opnieuw aandacht aan de lokaliteit van de analyse. In hoofdstuk 4 heb ik reeds aangegeven dat dit van belang is voor zorgorganisaties om zo te komen tot een eigen visie op dat wat gebeurt en geen verlengstuk te zijn van dat wat op ze af wordt gestuurd door anderen.

Als allerlaatste wil ik het door Foucault geïntroduceerde evenementalisering aan de orde stellen. Dit is de methode waar een gebeurtenis als singulariteit of vreemdheid, aan een analyse wordt onderworpen. Hierdoor kan duidelijk worden dat een gebeurtenis helemaal niet zo vanzelfsprekend hoeft te zijn als men zou denken. Binnen zorginstellingen kan het behulpzaam zijn om bijvoorbeeld zaken als kwaliteitsbewaking te bevragen. Daardoor wordt hét gevolg van kwaliteitsbewaking niet alleen maar toenemende bureaucratie, maar kunnen ook andere zaken zichtbaar worden. Kwaliteitsbewaking kan bijvoorbeeld nuttig zijn als checklist bij routine of handig als protocol bij moeilijke beslissingen. Door kwaliteitsbewaking te bevragen kan ook zichtbaar worden waar het zinloos is het toe te passen en van weinig toegevoegde waarde. Door vanuit het heden terug te redeneren naar waar het allemaal is begonnen en de verbinding te leggen met de logica's, strategieën, regelsystemen en evidenties waaraan kwaliteitsbewaking is gekoppeld, kan worden blootgelegd wat nuttig is om te behouden en waar afscheid van genomen kan worden. Nu kan zichtbaar worden welke waarheden en welke machtprincipes ten grondslag hebben gelegen aan de huidige praktijk van kwaliteitsbewaking. Welke elementen hebben waarheid geclaimd en welke procedures van overheersing hebben die opgeleverd? Kan de overheersing van het alles registreren worden doorbroken en kan dat-wat-is anders worden?

Foucault zegt dat het kan. “Ten eerste in verhouding tot de waarheid, waardoor we onszelf constitueren tot subjecten van kennis; ten tweede in verhouding tot de macht, waardoor we onszelf constitueren tot subjecten die op anderen kunnen inwerken; ten derde in verhouding tot de moraal, waardoor we onszelf constitueren tot ethische subjecten” (Linssen 2005, p. 167).

“Mijn probleem bestaat erin, aan de hand van een bepaalde historische inhoud, een ervaring mee te maken van wat wij zijn, niet alleen van ons verleden, maar ook van ons heden, een ervaring van onze moderniteit, zodat we er veranderd uit tevoorschijn komen. Die ervaring maak ik eerst zelf door, en daarna nodig ik anderen uit ze met mij te voltrekken” (Foucault in Devos, p. 111).

Literatuurlijst

Aufenanger J. (1985). *Filosofie*. Zutphen: Uitgeverij Koninklijke Wohrman

Beauchamp T.L. en J.F. Childress (1994). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press

Beek, E. van de (1990). 'De zorgzame staat', In: Schuyt C.J.M. en Van der Veen R. *De verdeelde samenleving. Een inleiding in de ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Uitgeverij Stenfert Kroese.

Berg, J.H. van den. (1969). *Medische macht en medische ethiek*. Bilthoven: Ambo.

Bergen M. van (2005). Een plaats in het spanningsveld hebben, krijgen en nemen, In: *Tijdschrift voor Humanistiek*, nr. 22, 6^e jaargang juli 2005

Blackburn S. (2005), *Goed leven, een tegendraadse beschouwing over ethiek*. Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat

Brink, G van den, Mak G, Prick L. (red). (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werk*: Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bruijn H. de. (2008). *Managers en professionals*. Uitgeverij Academic Service

Centrum Ethiek en Gezondheid (CEG) (2005). *Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen*. Den Haag

Claassen, R, Markt en Zorg een filosofische grensverkenning, Paul Cremerslezing 13 april 2006

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker). (1987). Bereidheid tot veranderen. Den Haag.

Dam S. Van der (2008). Doen, denken, en delibereren in het verzorgingshuis. In: Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek, nr 2. 18e jaargang 2008

Dartel, H. van, M. Jacobs, R.J. M. Jeurissen. (2002). Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management. Assen: Uitgeverij koninklijke Van Gorcum BV

Dartel, H. van. (2005). Ethiekpraktijk in de zorg: veel gespin maar weinig wol, In: Tijdschrift voor Humanistiek nr. 22, 6^e jaargang juli (p. 49-55)

Devos R. (2004). Macht en verzet. Het subject in het denken van Michel Foucault. Kapellen: Uitgeverij Pelckmans

Dewey J. (1960). On Experience, Nature and Freedom. New York: The Liberal Arts Press

Dohmen J. (2007). Tegen de onverschilligheid, Pleidooi voor een Moderne Levenskunst. Amsterdam: Uitgeverij Ambo

Dupuis H. (1998). Over moraal. Uitgeverij Nieuwezijds

Elsinga E. & Kemenade Y.W. van. (1997). Van Revolutie naar Evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom

Ende T. van den en Jacobs G. (2005). Ten geleide, In: Tijdschrift voor Humanistiek nr. 22, 6^e jaargang juli 2005

Feenstra H. & Wansink W. (2008). Zo gaat het in de zorg. De burger als klant, speelbal of koning, mondig of monddood. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Atlas

Foucault, M. (1984 vert). De wil tot weten. Geschiedenis van de seksualiteit I. Nijmegen: Uitgeverij SUN. Nederlandse vertaling van Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir. Parijs, Gallimard (1976)

Foucault, M. (1984a vert). Het gebruik van de lust. Geschiedenis van de seksualiteit 2. Nijmegen, Uitgeverij SUN. Nederlandse vertaling van Histoire de la sexualité. 2.L'usage des plaisirs. Parijs, Gallimard (1984).

Foucault, M. (1984b vert). De zorg voor zichzelf. Geschiedenis van de seksualiteit. Nijmegen: Uitgeverij SUN. Nederlandse vertaling van Histoire de la sexualité. 3.Le souci de soi. Parijs, Gallimard (1984)

Foucault, M. (1989 vert). Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis. Groningen: Historische uitgeverij. Nederlandse vertaling van Surveiller et punir. Naissance de la prison. Parijs, Gallimard (1975)

Foucault M. (1995). Breekbare Vrijheid: de Politieke Ethiek van de Zorg voor Zichzelf. Inleiding van Henk Manschot en Laurens te Kate. Amsterdam: Uitgeverij Krisis/Parressia

Foucault M. (2004). Breekbare Vrijheid: teksten en interviews. Red. Ten Kate L. en Rooden A. Amsterdam: Uitgeverij Boom/Parressia

Gadamer H. –G. (1960). Wahrheit und Methode. Tübingen: J.C.B. Mohr

Gelauff, M. en Manschot, H. (1997). 'Zingeving als funderende dimensie van zorg: Voorstel voor een perspectiefwisseling op de zorgrelatie', In: Verkerk M. (red), Denken over zorg: Concepten en praktijken. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom (p.189-204)

Have, H.A.M.J. ten, Meulen R.H.J. ter, Leeuwen E.van. (1998). Medische Ethiek. Houten/Diegem: Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum.

Heijst, A. van, (2005). Menslievende zorg; een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Uitgeverij Klement,

Hummels, H. and Karssing, E. (2000). 'Ethiek organiseren', In: Jeurissen, R. (Ed.). Bedrijfsethiek Een Goede Zaak

Hofmeyer A.B. (2005). Ethics and Aesthetics in Foucault and Levinas. Nijmegen: University Press

Houten, D. van (2004). De gevarieerde samenleving; over gelijkwaardigheid en diversiteit, Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom

Kunneman, H. (1995). 'Narratieve individualiteit en normatieve professionaliteit', In: Jan Baars & Doortje Kal. Het uitzicht van Sisyphus, maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid. Uitgeverij Wolters Noordhoff.

Kunneman H. (1998). Postmoderne moraliteiten. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Kunneman H. (2005). Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme, Amsterdam: Uitgeverij SWP

Kunneman H. (2006). De grenzen van het moderne autonomiebegrip toegelicht aan het voorbeeld van de ouderenzorg, Tijdschrift voor Humanistiek nr. 28, 7^e jaargang december 2006

Linssen J.A.A. (2005). Het andere van het heden denken. Filosofie als actualiteitsanalyse bij Michel Foucault. Nijmegen: University Press

Manschot H. (1992). ...Levenskunst of Lijsbehoud? Een humanistische kritiek op het beginsel van autonomie in de gezondheidszorg. Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar wijsbegeerte. Universiteit voor Humanistiek, 4 november 1992

Manschot H, Verker M. (1994). Ethiek van de Zorg: een discussie. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Manschot H. & Dartel van H. (2003). In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Metz, J. (2005). 'Toverwoord 'reflexiviteit' verliest magie', In: Tijdschrift voor Humanistiek, nr.22, 6^e jaargang juli 2005

Mol A. (2006). De logica van het Zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.

Mol A., Lieshout P. van. (2008). Ziek is het woord niet: Medicalisering, normalisering en de veranderende taal. Amsterdam: University Press

Molenaar B. (2005). 'Kwetsbare complexiteit', In: Tijdschrift voor Humanistiek, nr. 22, 6^e jaargang juli 2005

Molewijk, B. (2008). Moreel beraad in de kliniek. Van Waaruit, waarom en waartoe? In: Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek, nr 2. 18e jaargang 2008

Praag J.P. van (1953). 'Geestelijke verzorging op humanistische grondslag', In: Derkx P. (samenst.). J.P. van Praag om de geestelijke weerbaarheid van humanisten, Humanistisch erfgoed nr. 5, het humanistisch archief

Praag J.P. van (1978). 'Grondslagen van humanisme. Inleiding tot een humanistische levens- en denkwereld', In: Derkx P. (samenst.). J.P. van Praag om de geestelijke weerbaarheid van humanisten, Humanistisch erfgoed nr. 5, het humanistisch archief

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1999). Ethiek en beleid. Zoetermeer

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Europa en de gezondheidszorg. Zoetermeer

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer

Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (2001). Care & cure, Zoetermeer

Rosier J. (2002). 'Hooggestemde verwachtingen: aan het begin van het nieuwe studiejaar', In: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr. 9 2002

Schuyt C.J.M. (1983). Tussen macht en moraal, Alphen aan den Rijn

Sociaal Economische Raad (2000). Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Den Haag

Tonkens, E. (2008). Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector. (herziene 4^e druk). Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.

Tronto J.C. (1993). Moral Boundaries, A Political Argument for an Ehtic of Care. New York, London: Routledge

Tronto, J.C. (1995). Van product naar praktijk: gezondheidszorg als zorg, Rekenschap september 1995 p.148-157

Veen, R. van der (1990). 'De ontwikkelingen van de Nederlandse verzorgingsstaat', In: Schuyt C.J.M. en Van der Veen R. De verdeelde samenleving. Een inleiding in de ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat. Uitgeverij Stenfert Kroese.

Veen, R. van der (1999). De ontwikkelingen en recente herzieningen van de Nederlandse verzorgingsstaat, In: Trommel W. En Van der Veen R. De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Amsterdam: University Press

Verker M. (red) (1997). Denken over zorg. Concepten en praktijken. Utrecht: Uitgeverij Elsevier/De Tijdstroom

Widdershoven, G.A.M (2000). Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benadering in de gezondheidsethiek. Amsterdam: Uitgeverij Boom

