

Zorg op maat van de deugd*

De medische technologie maakt steeds meer mogelijk en de vraag van de patiënt maakt steeds meer nodig. De commercialisering van de zorg en de leus 'zorg op maat' wekken de indruk dat de zorgbehoefte en -aanbod naadloos op elkaar kunnen aansluiten. Maar de patiënt is geen klant, hij zoekt geen product maar hulp. De commerciële verleiding in de zorg moet het hoofd worden geboden door cultivering van de deugd van de maat. Dat heeft verstrekende consequenties.

De uitdrukking 'zorg op maat' is in zeer korte tijd merkwaardig sterk ingeburgerd.

Iedereen kent de uitdrukking en velen gebruiken haar. Wie echter hulpverleners of managers uit de zorgsector – of zichzelf – de vraag stelt, wat die leuze eigenlijk betekent, zal vaak de bekende mond vol tanden zien en een hoop gestuntel horen. De uitdrukking staat weliswaar voor een programma waarvan men wel weet dat het nog uitgevoerd moet worden, maar ze kondigt dat aan in het triomfantelijk vertrouwen dat zorgaanbod en zorgbehoefte naadloos op elkaar kunnen aansluiten. Wie kijkt naar de praktijk van de zorg, en naar de wijze waarop de zorgsector in Nederland zich ontwik-

kelt, wordt minder optimistisch gestemd. In september jongstleden heeft bisschop Muskens van die ontwikkelingen een scherp en schrijnend beeld geschetst onder de titel: 'Stop de verarming van de zorg'.¹ Ik zal die behartigenswaardige kritiek hier niet herhalen. In plaats daarvan zal ik de vraag stellen of vanuit de deugdedethiek een constructieve bijdrage geleverd kan worden aan het denken over een maatvolle, passende zorg. Die benadering mag verbazing



*Prof. dr. P.J.M. van
Tongeren*

wekken, maar is minder vreemd dan ze lijkt. Het begrip 'maat' heeft immers een belangrijke geschiedenis in de traditie van de deugdedethiek. Omdat het huidige spreken over maat echter ver van die traditie lijkt afgedwaald te zijn, begin ik met een korte kritische schets

van het huidige spreken over maat, zoals dat in de uitdrukking 'zorg op maat' doorklinkt.

Zorg op maat

Men hoeft niet buitengewoon wantrouwig te zijn om te vermoeden dat een leuze als 'zorg op maat' past in onze tijd, als een tijd die beheerst wordt door reclame. Onze tijd is een tijd van reclame; een tijd waarin we verleid worden spullen te kopen door de aantrekkelijkheid van de verpakking waarin ze worden aangeboden, of door de plaatjes of de kreten ('nieuw!') die op die verpakking staan. Dat geldt niet alleen voor ondernemingen die hun producten verkopen door ze in aantrekkelijke verpakkingen te stoppen, maar ook voor organisaties die zichzelf verkopen door een aantrekkelijk beeld van zichzelf te presenteren: ze werken aan hun imago, heet het dan. Dat lijkt één van de belangrijkste redenen waarom allerlei organisaties tegenwoordig niet meer zonder een 'mission statement' kunnen.

De reclame waarmee bedrijven en organisaties elkaar opjagen produceert een beeld van het product, waardoor we verleid worden het te kopen. Ze voedt en prikkelt onze verbeelding, zodat we eerder onze eigen fantasie kopen dan het product dat daarin zit ingepakt. De

leuze 'zorg op maat' lijkt thuis te horen in deze cultuur; het is een imago waarmee een bepaald soort zorg zichzelf wil verkopen, zoals een reclameleuze op een verpakking.

Wantrouwen

Wie kritisch wil consumeren, zal moeten leren door de reclame en de verpakkingen heen te kijken – hetgeen niet altijd gemakkelijk is. Wie durft nog de motorkap van een auto open te doen, als er zo'n mooie juffrouw op zit? Een beproefde techniek om je niet door de reclame te laten misleiden, bestaat erin haar letterlijke boodschap wantrouwig om te keren. Natuurlijk klopt het niet altijd helemaal, maar – probeer het maar eens uit – heel vaak verraadt de reclame het zwakke punt van het product, doordat ze het tegendeel als voordeel ervan afficheert. Een zeepmiddel waarop met grote letters 'nieuw' staat, is waarschijnlijk weer hetzelfde als altijd. Een product dat wordt aangeprezen als 'anders dan anderen' had blijkbaar niets waarin het zich kon onderscheiden. Wanneer we de leuze 'zorg op maat' op die manier lezen, zou ze wel eens kunnen staan voor een zorgeloze matiging of bezuiniging, en een mateloze ontkenning van wat zorg eigenlijk is.

Misschien wordt de boodschap van matiging wel heel sluw verpakt doordat de term 'maat' de suggestie van het maatpak wil wekken: het zorgaanbod zou zoveel als mogelijk moeten worden afgestemd op de behoeftes en verlangens van de zorgvrager, als klant. Het 'klantmodel' dat in die betekenis van het maatpak zit bevestigt overigens het commerciële karakter van de boodschap achter deze leuze. Er is al genoeg gewezen op de gevaren van deze verklanting van de zorgvrager en deze ver-

* Deze tekst is de uitgewerkte versie van een voordracht die Paul van Tongeren hield tijdens het congres van de Katholieke Vereniging van Zorginstellingen (KVZ), over 'Zorg om maat'. In het voorjaar zal een bundel verschijnen waarin onder andere ook de voordrachten van pastor Marieke Meyer, Dom Jeroen Witkam en de hoogleraren Cor Spreeuwenberg, Carla Frederiks, Jacques de Visscher en Jos Koldewij gepubliceerd zullen worden. (M. Pijnenburg, P van Tongeren, red., *Zorg om maat*, Damon 1998.)

marketing van de zorg. Ik noem hier alleen kort twee punten van kritiek, die beide samen te vatten zijn onder de titel 'vervreemding'. Het klantvocabulaire dreigt zowel de zorgvrager als de zorgverlener te vervreemden van zijn identiteit.

Vervreemding

Ongetwijfeld is het mogelijk om zorg op te vatten als een product, dat wordt geproduceerd, verkocht en afgenomen; een product dat een prijs heeft en waarvoor een markt is. Die markt kan beïnvloed worden, aan de vraagzijde bijvoorbeeld door reclame. Het prijsniveau op die markt kan beïnvloed worden, bijvoorbeeld door concurrentie. Het hele jargon kan ook op dit segment van de markt, het segment dat H. Achterhuis jaren geleden al "de markt van welzijn en geluk" noemde van toepassing worden gemaakt.²

En toch is een patiënt geen klant. Hij zoekt niet het product dat hem het meest aanstaat (via een prijs-kwaliteit vergelijking), hij zoekt hulp. Hij komt niet winkelen, maar hij is in nood. Hij wil geen product, maar moet verzorgd worden. Maar niet alleen de zorgvrager, ook de zorgaanbieder wordt in zijn identiteit bedreigd door het klantvocabulaire. Iedereen kent die typische vriendelijkheid van winkeliers, die – vaak pijnlijk duidelijk – een deel is van de strategie om te verkopen. Nergens wordt zoveel hulp aangeboden als in winkels: "Kan ik u misschien helpen, meneer?" Men schrikt zelfs voor archaisch taalgebruik niet terug: "Waarmee kan ik u van dienst zijn?" Meestal duurt die gediensigheid totdat de klant zijn keuze gemaakt

heeft. Als de koop gesloten is verdwijnt de gediensigheid; voor de kassa mag je weer gewoon in de rij staan wachten. De onwezenlijkheid van deze klantvriendelijkheid zou de zorg wel eens op een heel speciale manier kunnen bedreigen. Ik noem één enkel punt: het vermoeden dat het klant-denken functioneert om contradicties die de zorgaanbieder ervaart te verdoezelen. Hoe kan een arts of een verpleegkundige zich het ene moment vol toewijding richten op de vraag van een patiënt om een zwangerschap af te breken, en het andere moment met dezelfde toewijding op de vraag van een andere patiënt om hulp om zwanger te worden,

of op de zorg om een te vroeg geboren baby in leven te houden?

De leuze 'zorg op maat' verraadt een commercieel model, dat bedreigend lijkt voor de zorg.

De spanningen die dat bijna onvermijdelijk moet geven in de persoon van de arts of verpleger, worden weggewerkt in het klant-model. Dat maakt

de geboden zorg incens niet meer tegensprekelijk, maar in alle gevallen identiek: het is immers steeds dat wat de klant wil. Maar kan een zorgaanbieder werkelijk op dezelfde manier onverschillig staan tegenover de vraag van de patiënt, als de verkoper, die het uiteindelijk een zorg zal zijn (dat wil zeggen geen zorg zal zijn) welke broek de klant koopt – als hij maar betaalt?

Een ander model

De leuze 'zorg op maat' verraadt een commercieel model, dat bedreigend lijkt voor de zorg. Voorzover het model spreekt van matiging, betekent dat doorgaans bezuiniging en ontleent het zijn norm niet aan de inhoud van de

zorg, maar aan de beschikbare middelen. De norm is puur formeel: hoe goedkoper, hoe beter. Voorzover het model duidt op klantvriendelijkheid, ontleent het evenmin zijn norm aan de aard en inhoud van de zorg, maar slechts aan de wens (en de koopkracht) van de klant. In beide gevallen zegt 'maat' dus niets over de kwaliteit van de zorg, maar slechts over een bepaald soort, namelijk de economische, kwaliteit van het proces waarin een product – in dit geval zorg – geproduceerd, aangeboden en afgenomen wordt. Tegenover dit commerciële model dat verscholen zit in de leuze 'zorg op maat', wil ik in het volgende een ander model plaatsen, het model van de deugdethiek. De traditie van de deugdethiek kan ons wellicht helpen te spreken over maat op een manier die meer met de inhoud van de zorg verbonden is. De notie 'maat' is minstens op twee manieren aanwezig in die deugdeethische traditie. Niet alleen is de maat of matigheid een van de deugden die worden beschreven, zelfs een van de zogenaamde kardinale deugden, maar ook speelt zij een centrale rol in het begrip van de deugd in het algemeen. Met dit laatste wil ik beginnen – ook al om eerst in grote lijnen dat model van de deugdethiek te kunnen presenteren.

De maat van de deugd

Het model van een deugdethiek is voor het eerst systematisch ontwikkeld door Aristoteles, meer dan twee duizend jaar geleden.³ Het is vervolgens door allerlei auteurs en stromingen verder ontwikkeld, en maakt tegenwoordig weer steeds meer opgang. Ik beperk me in het volgende tot een paar elementen uit de wijze waarop Aristoteles de deugd definieert.

Geen maatlat maar een ideaal

Op de eerste plaats moeten we ons realiseren dat deugdethiek geen ethiek is die normen of regels voorschrijft. Er zijn – grofweg – twee soorten van ethiek. De normethiek zegt wat elke mens in ieder geval moet doen, of nog strikter geformuleerd: wat hij moet laten. De doeletiek geeft aan waarnaar een mens moet streven en hoe hij aan dat streven het beste vorm kan geven. De eerste is een ethiek van de grens. Ze zegt eigenlijk alleen waar de grens ligt die je niet mag overschrijden. Wie dat wel doet, begaat een overtreding en is fout. Over wat goed is zegt deze ethiek eigenlijk niet zo veel. De tweede daarentegen is een ethiek van het ideaal. Ze zegt niet zozeer wat fout is, maar beschrijft het goede leven als een ideaal dat je meer of minder kunt benaderen. De deugdethiek hoort in deze tweede soort van ethiek thuis. Deugden zijn geen wetten waaraan iedereen zich moet houden. Het zijn manieren waarop perfectie, volmaaktheid, waarop het ideaal bereikt of benaderd kan worden. Deugden zijn de houdingen waarin het goede leven zich concretiseert.

Een houding is een stabiele vorm die je geeft aan je doen en laten. Wat mensen doen komt voort uit allerlei strevingen (passies, emoties) die ze in zich hebben, en uit de manier waarop ze de buitenwereld waarnemen en ervaren. Een houding is een vaste vorm voor die strevingen en waarnemingen. Zo zijn er deugden, houdingen, voor het streven naar plezier en het waarnemen van wat plezierig is, voor het streven naar veiligheid en voor de manier waarop we waarnemen wat onze veiligheid bedreigt, of van wat ons veiligheid geeft, enzovoort.

Er zijn dus vele verschillende deugden. Plato noemt de vier belangrijkste (kardinale) deugden: wijsheid of verstandigheid, moed of dapperheid, maat of matigheid en rechtvaardigheid. Aristoteles was de eerste die niet alleen die verschillende deugden beschreef (hij noemt er nog veel meer dan deze vier), maar die ook meer in het algemeen probeerde aan te geven wat voor soort houding de deugd eigenlijk is.

De deugd is een midden

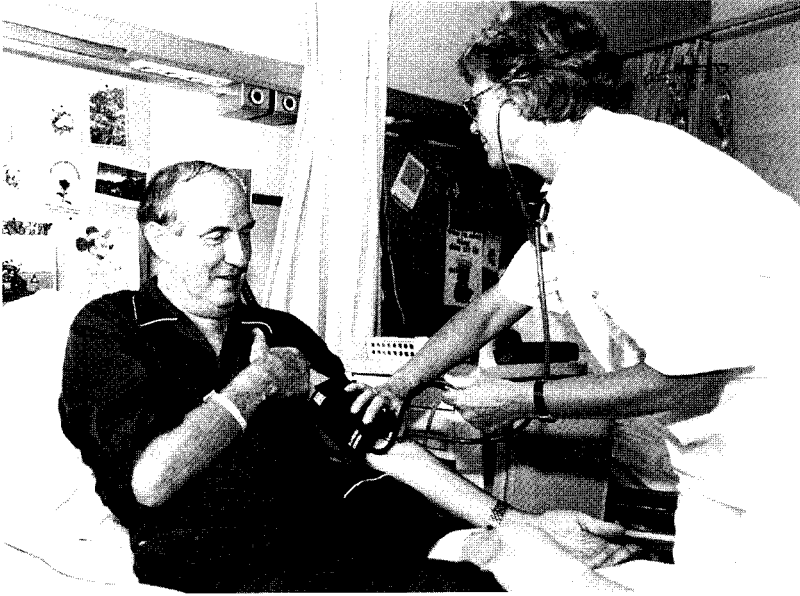
Een van de belangrijkste en meest bekende kenmerken is dat de deugd altijd een midden is. Een voorbeeld kan dit verhelderen. De deugd van de moed is de deugdzame houding inzake onze waarneming van en onze emoties in verband met gevaar. Die deugd is een midden, en wel tussen twee extremen. Het ene extreem – voor wat betreft de waarneming – is dat van degene die overal gevaar ziet en altijd op zijn hoede is, het andere dat van degene die zich nooit van gevaar bewust is. Het midden bestaat erin op het juiste moment en in de juiste mate aandacht te hebben voor het gevaar dat je bedreigt. Vervolgens – voor wat betreft onze reactie op dat gevaar dat we waarnemen – zal het ene extreem erin bestaan, alle gevaar te ontvluchten, dat noemen we lafheid. Het andere extreem bestaat erin altijd maar op het gevaar af te stormen, zonder goed je kansen te berekenen, dat noemen we overmoed. De moed of dapperheid is het midden tussen die twee extremen.

Toepassing

Voordat we verder gaan, kunnen we al proberen de tot nu toe genoemde kenmerken toe te passen op het domein van de zorg. Dat de deugd geen regel is maar een ideale houding, herinnert ons

eraan dat de deugdedthiek niet gebruikt kan worden als een soort checklist. Het gaat er eerder om je geleidelijk aan te oefenen in een bepaalde houding. In een deugdelijke of deugdzame zorg zal het niet gaan om het opleggen of volgen van een regel, maar om het ontwikkelen van een cultuur, waarin de juiste houding aangeleerd en geoefend kan worden. Dat de deugd een midden is, impliceert onder meer dat je steeds op minstens twee manieren eraan kunt zitten: je kunt zowel te veel als te weinig doen, zowel te hoog als te laag mikken. Het gaat erom in de deugd, de juiste maat daartussen te vinden.

Eigenlijk zouden we voor een toepassing van de deugdedthiek op het domein van de zorg moeten analyseren wat voor soort strevingen, waarnemingen en ervaringen hier in het geding zijn, en vervolgens proberen aan te geven wat inzake al die strevingen en ervaringen een teveel en een te weinig zou zijn, om langs die weg het juiste midden te kunnen bepalen. Zonder dat nu in extenso te doen, kunnen we aannemen dat het hier gaat om ervaringen van nood, lijden, verdriet en pijn. Zowel de lijdende (de zorgvrager) als de helpende (de zorgaanbieder) kan daarvoor extreem gevoelig of extreem ongevoelig zijn. Die gevoeligheid zit niet alleen in de mate waarin iemand het zich aantrekt, maar ook al in de mate waarin hij het opmerkt, waarneemt. Neemt iemand alleen de pijn of alleen het verdriet, of beide waar? Het zijn vervolgens stuk voor stuk ervaringen die een appèl doen op degene die waarneemt. Maar dat is een gecompliceerd appèl: een vraag om hulp, om troost, om aandacht, enzovoort. De deugden in verband met zorg hebben dus op de eerste plaats te maken



(foto Dirk Hol)

met een juiste waarneming, een adequate ervaring. En dat betreft niet alleen de waarneming door de zorgaanbieder, maar ook die van de zorgvrager. Een deugdethische benadering ziet die twee niet als klant en producent/verkoper in een economische relatie verbonden, maar als morele subjecten, die beide meer of minder deugdzaam kunnen zijn. Dat betekent dat de patiënt niet koning klant is, aan wie ik mij als winkelier onderwerp, maar een medemoreel subject die ik ook kan aanspreken op zijn eigen deugdzaamheid, of gebrek daaraan. Als morele subjecten zijn mensen elkaars hoeder en opvoeder. De vraag van een klant is mij als winkelier heilig, maar de behoefte van een medemoreel subject meet ik aan hetzelfde moreel ideaal dat ik ook zelf nastreef.

Het midden is relatief

Overigens is dat geen legitimatie voor een onbeperkt moralisme tegenover de

patiënt. Niet alleen omdat ook ikzelf als zorgaanbieder niet perfect ben, maar ook omdat het midden niet voor iedereen en in alle situaties hetzelfde is. Het is afhankelijk van persoon, tijd, plaats en omstandigheden. Het is niet moeilijk dit toe te passen op de situatie van de zorg. Er zijn geen algemene richtlijnen te geven (tenzij algemene), voor al die verschillende situaties waarvoor zorgers komen te staan. Er bestaan geen checklists die een garantie vormen voor kwaliteit. Kwaliteit is alleen te maken doordat de arts, de verpleger, de bestuurder, de pastor, in de situatie waarin zij staan, zelf in staat zijn die situatie op een adequate manier waar te nemen, en doordat zij in hun eigen optreden zelf het juiste midden weten te vinden inzake al die emoties en neigingen die mogelijk zijn: tussen bemoeizucht en onverschilligheid, tussen alleen maar zwijgen en alleen maar praten, tussen familiariteit en afstandelijkheid, tussen autoriteit en onderda-

nigheid, enzovoort. De relativiteit van de deugd impliceert geen relativisme. Het zou dwaas zijn te zeggen dat het er niet toe doet wat je kiest, 'omdat het te kiezen midden toch maar relatief is'. Wat het juiste midden is, hangt af van de situatie, maar er is in elke situatie wel degelijk een echt beste, en je kunt er ook echt naast zitten.

Oefening en voorbeelden

Om het juiste midden te vinden is zelfkennis nodig (want wat je moet doen, hangt af van wie en wat je zelf voor iemand bent), en oefening; want niemand kan in elke situatie opnieuw een omvattende analyse maken van alle omstandigheden, om daaruit vervolgens af te leiden wat het beste is om te doen. Men zal zijn emoties en neigingen getraind moeten hebben, zodat ze als vanzelf op de juiste manier zullen reageren in elke verschillende situatie. Deugd vereist ervaring, en vorming en begeleiding in de tijd waarin men nog niet ervaren is. Daarom ook zijn voorbeelden van zo'n groot belang. Iedereen kent ze: die dokters waarover patiënten roemen, omdat ze aandacht hebben, omdat ze de mens achter de patiënt zien, omdat ze weten mee te lijden, enzovoort.

Hetzelfde geldt voor verplegenden en de andere actoren in de zorg. Het zijn die voorbeeldige voorbeelden van wie we kunnen leren hoe het moet. Zij zijn als de ervaren timmerman, die ook niet kan uitleggen waarom hij precies doet wat hij doet, maar die wel met onfeilbare zekerheid steeds het juiste gereedschap en materiaal pakt. Zo iemand heeft geen maatlat waaraan hij meet wat hij doet, maar hij is een maat voor degene die het moet leren. Het voorbeeld is de maat. Het is een eigen en ei-

genaardig soort weten dat zich toont in die voorbeelden van ervarenheid. Dat weten heeft alles te maken met die bepaalde deugd waar het ons nu vooral om te doen is: de deugd van de maat.

De deugd van de maat

Zoals gezegd is de maat een van de voornaamste deugden in de klassieke deugdedeuk, maar een die veel wordt misverstaan. Onder invloed van een bekrompen moralisme en van een verkeerd begrepen ascse, is de maat geworden tot matigheid en is die soms verworpen tot de boodschap dat minder altijd beter is. Dat is een grove versimpeling, die misschien wel hieruit voortkomt dat bijna niets zo moeilijk is als het vinden van de juiste maat: voor veel mensen is matig drinken of roken nog veel moeilijker dan helemaal niet. Omdat het zo moeilijk is om maat te houden, versimpelen we die maat dan maar tot de matigheid van de onthouding. Maar de deugd kan eigenlijk nooit in een dergelijke negativiteit bestaan: deugd is nooit een negatie of onderdrukking van natuurlijke neigingen, maar een vorming ervan. Voor degene die maat weet te houden is totale onthouding even mateloos als de overmaat.

Eigenlijk is de deugd van de maat de houding die – als vanzelf – in allerlei situaties de juiste maat, dat is: de maat van het midden, weet te vinden en te houden.

Ik denk dat we kunnen zeggen dat de deugd van de maat van toepassing is op alle verlangens die gemakkelijk grenzeloos en mateloos worden. En misschien zijn ze dat wel allemaal.

André Comte-Sponville, een hedendaagse Franse auteur die een mooi boek heeft gepubliceerd waarin hij op klas-

sieke wijze de grote deugden beschrijft, zegt dat die grenzeloosheid eigenlijk niet zozeer in de verlangens zit, maar in onze verbeelding.⁴ Onze begeertes komen wel tot rust als ze bevredigd zijn, maar onze verbeelding zweept ze op tot over die natuurlijke grenzen heen. En dan stellen we ons de hemel voor als een 'eeuwig' gastmaal of prikkelen we op andere manieren onze fantasie om de gestilde begeerte weer te wekken. Voor een adequaat begrip van de deugd van de maat moeten we daarom kijken naar al die menselijke verlangens die door de verbeelding grenzeloos gemaakt kunnen worden. Ik denk dat dat een mogelijkheid is van alle menselijke verlangens, en zal proberen dat uit te werken in een toepassing op de situatie van de zorg.

Zo'n uitwerking kan alleen maar beperkt en schetsmatig zijn: de menselijke verlangens zijn te veelsoortig. Ik duid slechts een schema aan, dat gebruikt zou kunnen worden voor een analyse van het terrein van de

zorg, en een toepassing van de deugd van de maat, voor een soort moreel zelfonderzoek dus. Ik neem mijn toevlucht tot een klassiek schema, waar volgens de menselijke verlangens worden samengevat in de driedeling van het verlangen om te hebben (te bezitten), om te kunnen (kunnen doen, het vermogen of de macht hebben) en om te zijn (en te gelden, onze geldingsdrang). Het meest herkenbaar zijn die drie typen van verlangen wellicht in hun kwalijke extremen van respectievelijk: hebzucht, heerszucht en eerzucht. We zouden kunnen kijken of en op welke manieren die verlangens een

rol spelen in de zorg, en vooral hoe de verbeelding ze dreigt grenzeloos te maken. Ik geef van alle drie slechts één voorbeeld, steeds betrokken op een andere groep van betrokkenen in de zorg.

Hebben – de patiënt en zijn gezondheid

Ons verlangen om te hebben kan op allerlei wijzen grenzeloos worden. De samenleving van overvloed waarin wij wonen maakt dat op veel manieren duidelijk: naar mate we meer hebben, is er meer dat we nog begeren te bezitten. Elke vervulde begeerte lijkt slechts de aanleiding tot nieuwe begeerten, en onze overvloed lijkt paradoxalerwijze de oorzaak van de schaarste die we menen waar te nemen. De paradox is overigens wel degelijk te begrijpen. We

zijn niet tevreden als we nu hebben wat we willen hebben, omdat we de zekerheid willen dat we het zullen hebben als we het later weer zullen willen. Dus willen we een tweede auto en voorraadmast, enzovoort. En we willen een verzekering voor het geval

dat we, door wat dan ook, die dingen weer verliezen. Het verlangen om te hebben wat we nodig hebben, wordt steeds meer een verlangen om zeker te zijn dat we het altijd zullen hebben: zekerheid voor alle omstandigheden en een verzekering tegen alle toeval.

Het lijkt er op dat dit het schema is volgens het welke wij tegenwoordig over onze gezondheid en ons lichamen functioneren denken. Als we konden zouden we ons het liefst niet zozeer tegen de kosten in verband met ziekte verzekeren, maar tegen ziekte en ongeval zelf. Ziekte, ouderdom en ge-

**Mateloosheid in de
zorg is minstens
voor een deel toe te
schrijven aan die
mateloze vraag.**

brekigheid proberen we op allerlei manieren uit te sluiten, desnoods door te verklaren dat wij er niet meer willen zijn als we er nog slechts gebrekkig kunnen zijn. Het is niet alleen de medische technologie die steeds meer mogelijk maakt, het is ook de vraag van de patiënt die steeds meer nodig maakt. Mateloosheid in de zorg is minstens voor een deel toe te schrijven aan die mateloze vraag.

Tegenover de grenzeloze, mateloze begeerte om te hebben en zich van het bezit te verzekeren, staat een maatvolle houding, die het nodige vergaart, maar voor wie het bezit geen obsessie wordt, de houding die nog iets van de evangelische onbezorgdheid houdt (zie de vogels in de lucht en de leliën op het veld, en laat de dag van morgen voor zichzelf zorgen). Natuurlijk is dat een riskante houding, maar de gedachte dat risico zoveel mogelijk zou moeten worden uitgesloten is juist een effect van die mateloze houding. De deugd van de maat weet niet alleen te zorgen voor zichzelf, maar ook te aanvaarden waar die zorg haar grenzen vindt. Je kunt niet altijd alles hebben, je kunt niet eeuwig jong blijven, niet alle lichamen kunnen alles.

Kunnen – de manager en zijn organisatie

Het verlangen naar kunnen, macht, beheersing kwam ook in het vorige tussen de regels door al ter sprake. Net als allerlei andere organisaties, wordt ook de organisatie van de zorg steeds gecompliceerder. Steeds meer mensen doen een beroep op steeds meer voorzieningen. Naar verhouding tot de mogelijkheden komen er minder middelen beschikbaar. Steeds meer specialismen ontwikkelen zich of raken bij eenzelfde

patiënt betrokken. Steeds meer deeltijdwerkers verdubbelen langzamerhand het aantal betrokkenen. Afstemingsproblemen zijn het gevolg. Er komen steeds meer procedures die moeten zorgen dat alle betrokkenen van elkaars handelen op de hoogte zijn; er moeten steeds meer mensen in het kader en in de organisatie werkzaam zijn om die procedures te ontwikkelen, te sturen en te controleren; steeds meer zorgenden moeten meer tijd besteden aan rapportage, communicatie, enzovoort; en moeten er weer nieuwe procedures ontwikkeld worden om te zorgen dat de kwaliteit van de zorg bewaard wordt en controleerbaar blijft; en dus zal er weer minder tijd besteed kunnen worden aan de zorg, omdat die tijd nodig is voor de beheersing van de zorg.

Natuurlijk is dit een veel te simplistisch beeld van wat er gebeurt, maar het lijkt me niet geheel bezijden de waarheid. Het is een voorbeeld van de manier waarop ons verlangen om te kunnen (te beheersen) mateloos wordt. Ook het verslavend karakter van de grenzeloos wordende begeerte kan hier worden herkend: voor veel betrokkenen lijkt het een onvermijdelijke ontwikkeling. Net zoals de verslaafde roker wel weet dat hij zou moeten matigen, maar er – om de moeilijkheid daarvan de baas te kunnen – eerst nog maar centje opsteekt, zo lijkt de doldraaiende organisatie bijna onvermijdelijk zijn heil te zoeken in nieuwe procedures en technieken tot beheersing. Het lijkt op zijn plaats om hier te herinneren aan de deugd van de maat, die het juiste midden vormt tussen *laisser faire* en totale beheersing, en om te zoeken naar wat dat concreet betekent voor de organisatie van de zorg.

Zijn – de zorgverlener en zijn pretentie

Het verlangen om te zijn of te gelden, tenslotte, geeft gelegenheid om niet alleen nog een andere groep van betrokkenen onder de aandacht te plaatsen, de zorgenden zelf, maar ook crop te wijzen dat mateloosheid niet alleen bestaat in een teveel, maar ook kan bestaan in een te weinig.

Het verlangen om te zijn heeft betrekking op de wijze waarop we onszelf zien en waarop we verdragen dat anderen een bepaald beeld van ons hebben. Dit verlangen kan op verschillende manieren grenzeloos worden. Het meest uitgewerkt in de traditie is de mateloosheid die zich uit in de ijdelheid: het verlangen om samen te vallen met zijn ideaal via de erkenning daarvan door anderen. De mateloosheid blijkt uit de voortdurende onrust die erdoor wordt veroorzaakt: de ijdele is steeds bezorgd of de ander wel goed over hem denkt en raakt verstrikt in de paradox van de afgedwongen erkenning.

Maar er is ook een te weinig mogelijk: men kan de eigen kwaliteit bagatelliseren uit angst om haar te moeten waarmaken of rechtvaardigen. Iets dergelijks lijkt me soms aan de hand onder zorgenden. Ik geef tot slot een voorbeeld, dat ons weer zal terugbrengen bij waar we begonnen: de commercialisering van de zorg. Voor een terugkomdag van de postdoctorale beroepsopleiding 'ethiek in de zorg', maakten wij, op verzoek van cursisten, een programma over het thema dankbaarheid.⁵ Velen hadden de indruk dat dit een belangrijk thema was, waaraan ten onrechte te weinig aandacht werd besteed. We begonnen de dag met een 'sokratisch gesprek' (een bepaalde techniek, die je dwingt om zo helder en georganiseerd mogelijk te denken en te communice-

ren met elkaar) over de vraag: 'mag een hulpverlener dankbaarheid verwachten van de patiënt?'

In mijn groep maakte iemand meteen in het begin de opmerking dat zij blij was dat er van 'patiënt' sprake was, en niet van 'cliënt', zoals steeds meer in zwang kwam. De zorgrelatie was, zo stelde ze, geen commerciële relatie, en iedereen beaamde dat. Het was weliswaar moeilijk om precies aan te geven wat voor relatie het dan wel was, en wat de identiteit van de verzorgende is, als hij geen producent of verkoper (toeleveraar) is, maar daar moesten we dan maar naar zoeken, en wellicht had ook het thema dankbaarheid daar wel mee te maken. Toen we vervolgens op de vraag zelf ingingen bleek echter dat iedereen op verschillende manieren die eigen identiteit van de zorgverlener probeerde weg te werken in toch weer een soort van economische verhouding.

De meeste leden van de groep meenden dat er eigenlijk geen sprake kon zijn van een verwachting van dankbaarheid. De een zei: je moet geen dankbaarheid verwachten, want je doet gewoon je werk, en daarvoor wordt je betaald. Een ander zei: je moet juist heel argwanend zijn tegenover dankbaarheid van patiënten, want dankbaarheid is vaak een manier om jou te dwingen meer te doen dan wat je kunt of behoort te doen. Een enkeling zei dat hij wel dergelijk dankbaarheid verwachtte, juist als hij een patiënt extra aandacht en tijd had geschonken, maar hij gaf na een tijdje toe dat die dankbaarheid dan een soort extra betaling was voor wat hij zelf extra had geïnvesteerd. Zo waren er meer strategieën waarmee de zorgers zelf (er waren artsen, verplegenden en pastores in de groep) hun eigen identiteit wegwerkten in een economische

rol, in een functioneren binnen een relatie van do ut des, waarin met gelijke munt betaald moet worden.

Waarschijnlijk is de vereconomisering van de zorg niet alleen te wijten aan politici of ambtenaren die vanachter hun bureaus de zaak proberen te beheersen, maar zit ze ook in de hoofden van de zorgers zelf. Ze werkt als een strategie waarmee men zich beschermt tegen de hoge eisen die zouden kunnen volgen uit de erkenning van de eigen bijzondere identiteit van iemand die zijn tijd geeft voor de zorg van een ander. Ook tegenover deze angstige ontkenning van de eigen identiteit, kan de deugd van de maat ons wellicht wapenen.

Prof.dr. Paul J.M. van Tongeren (1950) is hoogleraar wijsgerige ethiek aan de Faculteit der Wijsbegeerte aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, tevens voorzitter van het Centrum voor Ethiek (CEKUN).

Noten

1. Mgr. M. Muskens, 'Stop de verarming van de zorg', *Zorgrede*, 2 september 1997, gepubliceerd in: *Kerkelijke Documentatie 1997*, 167-172.
2. H. Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk*, Ambo, 19..
3. Aristoteles, *Nikomachische Ethiek*.
4. André Comte-Sponville, *Kleine verhandeling over de grote deugden*, Amsterdam/Antwerpen, 1997.
5. Postdoctorale beroepsopleiding Ethiek in de Zorg, Centrum voor Ethiek, Katholieke Universiteit Nijmegen (CEKUN).

