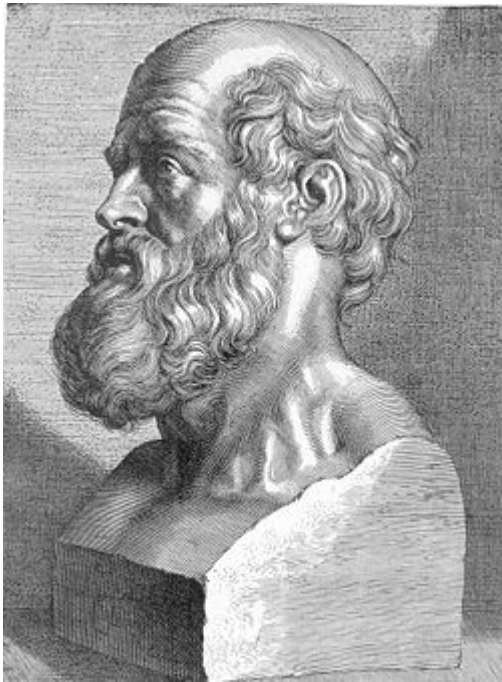


Vakmanschap tussen waardecreatie en schadelast

Over zorg vanuit interesse

Henk Oosterling (Erasmus Universiteit Rotterdam)

“De geneeskunst is lang, het leven is kort, de ontmoeting met de arts is vluchtig en zijn proefneming hachelijk, zijn oordeel over gezondheid is moeilijk. Een geneesheer behoort een open oog en oor te hebben voor de leefomstandigheden van de patiënt, de invloed van de jaargetijden, de leeftijd en andere omstandigheden die op de patient inwerken”



We schrijven 400 voor de christelijke jaartelling en horen de wijze woorden van de grondlegger van de westerse geneeskunst: Hippocrates van Kos (Kos ca. 460 v.Chr. – Larissa, 370 v.Chr.). Hippocrates, de beheerser van paarden, de paardenmenner. Deze Griekse arts ziet iets anders dan bovennatuurlijke krachten als hij een patiënt polst. Hij heeft oog voor het milieu, voore de eco-sociale inbedding waarin de ziekte zich aandient. Volgens de toenmalige inzichten werden epileptici door de goden neergeslagen: epi lambanein, lapsus (slaan, grijpen). Hippocrates toonde echter aan dat het ter aarde storten geen goddelijke straf was, maar een symptoom van een lichamelijke aandoening. Hij is ook de eerste farmacoloog: uit de wilgenbast distilleerde hij de pijnstillers en koortsonderdrukker aspirine, dat in 1897 door Bayer vanuit acetylsalicylzuur wordt gesynthetiseerd.

Hippocrates zat er ook wel eens naast. Zo dichtte hij uitsluitend vrouwen hysterisch gedrag toe: het duidde op een onregelmatige bloedstroom van de uterus naar de hersenen. Voor de Middeleeuwen wees de hysterische onrust bij vrouwen erop dat hun baarmoeder – hystera – door het lichaam zwierf op zoek is naar een vrucht. Dat bijgeloof ontbreekt bij Hippocrates. Hij doorbreekt als eerste de taboesfeer van tovenarij en godsdienst en zet de geneeskunde met beide benen op de grond door hygiëne, zowel bij de arts als bij de patiënt, gezonde eet- en

drinkgewoonten, en vooral frisse lucht voor te schrijven. Nog steeds durven jonge artsen daar een eed op te zweren, ook al is die eed recentelijk nog wat afgeslankt.

Discoursomslagen: ander mensbeeld, andere zorg

De geneeskunst draait in de 5e eeuw voor Christus vooral om de balans tussen de lichaamsvochten - de humoren – slijm (water), bloed (lucht), gele gal (vuur) en zwarte gal (aarde). Nog steeds spreken we over flegmatische, sanguïsche, cholerische en melancholische temperamenten. Ook al moeten we hartelijk om Hippocrates' humorenleer lachen, nog steeds weten we ons omringd door zwartgalligen, melancholici en flegmatieke typen. Oude theorieën zijn hardnekkig.

Sinds Hippocrates zijn de medische inzichten regelmatig bijgesteld. Voortschrijdend inzicht wekt ons steeds weer uit onze sluimer. Eeuw na eeuw licht de wetenschap een van de vederlichte sluiers van onwetendheid op en toont ze ons hoe de wereld en de mens *echt* in elkaar zitten. De voorlaatste keer gebeurde dat aan het eind van de 18e eeuw. Met de Amerikaanse en Franse revolutie, de Verlichting en Industriële Revolutie breekt het inzicht door dat het individuele lichaam en de geest - het zelfbewustzijn – een maakbare eenheid vormen. Voor ons zielenheil gaan verlichte individuen aan het eind van de 19^e eeuw niet langer naar de pastoor maar naar de zenuwarts.

Net als klinieken en psychiatrische ziekenhuizen zien volksgezondheid en gezondheidszorg in de loop van de 19e eeuw het levenslicht. Psychologie, pedagogiek, psychiatrie – de zenuwarts -, sociologie, seksuologie, criminologie, kortom, het hele gamma van sociale wetenschappen ziet het levenslicht. Zo wordt vanaf het eind van de 19e eeuw iedere burger letterlijk gepolst: van zuigelingen tot verzorgingstehuis. Ook het verzekeringswezen en de staatshuishoudkunde worden in die tijd opgetuigd. Dit zijn allemaal producten van een modern, door iedereen stilzwijgend onderschreven denken en doen. In dit moderne 'discours' staan voor het eerst in de westerse geschiedenis zelfbewuste, autonome individuen centraal die het zelfbeschikkingsrecht op hun lichaam opeisen.

Dit moderne discours begint in de tweede helft van de 20e eeuw leeg te lopen. Door de ontsluiting van het DNA, de digitalisering van de medische biotechnologie en de voortschrijdende inzichten in de werking van het brein ondergaat het zielknijpen een kwalitatieve transformatie. In de behandeling verschuift het accent van de sociale wetenschappen naar de biowetenschappen. Neurologie en farmacologie nestelen zich steeds behaaglijker in de schoot van de geneeskunst. Ook al weten we nog niet precies wat die prachtige kleurenbeelden van een RMI scan vol vurende dendrieten en zich vertakkende synapsen betekenen, toch lezen we het innerlijk van individuen steeds meer af vanaf een screen. Er wordt nog in zielen geknepen, maar steeds minder via het hart en de geest en meer en meer via het brein. Cliënten worden nog wel gepolst, maar op een screen wordt het pas serieuze business. De innerlijke wereld is lang voordat we daadwerkelijk ter wereld komen al een beeldscherm, een screen. Onze kinderen socialiseren en leren inmiddels via screens – Hyves, Facebook, Twitter. Het zijn geen teenagers meer maar screenagers. Heel onze wereld is een screen geworden: van de I phone tot aan de Tomtom.

Deze screening gaat niet alleen op voor de geneeskunde of de populaire cultuur. De beeldcultuur beheerst ook de wereldeconomie. Op de wereldwijd verspreide, maar onderling verbonden beurzen flikkeren op duizenden beeldschermen de miljarden voorbij. Ook al was de zeepbel van de newconomy aan het begin van de 21^e eeuw geknapt, pas na de creditcrisis beseffen we dat er echt andere tijden zijn aangebroken. De climate change heeft dat urgente

besef doorslaggevend bepaald. Alles is met alles verbonden, of we het willen of niet. Betrokkenheid is geen keuze meer, het is een voldongen feit. Je kunt er alleen nog je ogen voor sluiten en doen alsof je neus bloedt. Er bestaat geen afval meer omdat we het nergens meer kosteloos kunnen droppen. Ook al glippen er nog steeds veel te veel sjoemelaars door de mazen van het net, elke ‘externalisatie’ van kosten – op het bordje van de belastingbetaler leggen - komt vroeg of laat als een frisbee via een enorme boog terug en treft ons in onze nek omdat we de andere kant op stonden te kijken. Maar er valt niets meer af te wentelen. Dat geldt voor industrieel afval evenzogoed als voor – en ik besef dat dit een nogal harde metafoor is, maar toch – wat velen nog als menselijk afval zien, kortom, voor al diegenen die de boot missen of erbuiten vallen. Uw cliënten.

Schuld, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid: een voorval

Maar, zo horen we stemmen opklinken, zijn die niet voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor hun situatie? Verantwoordelijkheid, een oud woord. Even oud als solidariteit. Wat betekent dat nog in onze huidige samenleving? Door de snelheid en complexiteit van onze interacties en transacties verdwijnt immers het zicht op wat wij veroorzaken en wat door anderen wordt veroorzaakt snel uit beeld. Waar weken maanden met het postpaard over werd gedaan voltrekt zich nu in een vingerbeweging. De *message* is weg voordat je het beseft. Handelen – de derde categorie bij Hannah Arendt naast arbeid en werk - in onze ‘risicosamenleving’ is een hachelijke zaak. Verantwoordelijk zijn voor je handelen nog hachelijker. Laat ik u, om deze hachelijkheid enigszins te schetsen, een kort juridisch voorval vertellen uit het midden van de jaren negentig.

Het drama voltrekt zich in de Franse gezondheidszorg begin 1999. Dat wordt er een strafproces gestart over het al dan niet ‘bewust’ toedienen van met HIV besmet bloed aan hemofiliepatiënten in het midden van de tachtiger jaren. AIDS was nog niet echt in beeld. Ten aanzien van de betrokken politici – premier Fabius, minister van Volksgezondheid Hervé en minister van Sociale Zaken Dufoix – was de vraag: zijn zij schuldig, verantwoordelijk of aansprakelijk? De uitslag lag voor de hand: “responsable, mais pas coupable”, verantwoordelijk maar niet schuldig.. Oud-premier Fabius meende echter dat er sprake was van “coupable, mais pas justiciable”, schuldig maar niet aansprakelijk. Is schuld minus aansprakelijkheid verantwoordelijkheid? Maar wat betekent aansprakelijkheid als schuld en verantwoordelijkheid er niet langer effectief mee verbonden zijn?

In deze drie oordelen zitten drie tijdservaringen verdisconteerd. Schuld is een categorie voor een samenleving die naar het verleden kijkt, verantwoordelijkheid komt op in een samenleving die het heden centraal stelt en aansprakelijkheid is dé categorie voor een wereld die zich zelfverzekerd op een risicovolle toekomst richt. Risicobewustzijn noopt tot voorzichtigheid. Door de verzekeraarbaarheid van de schadelijke gevolgen wordt ‘prudentie’ niet omgezet in verantwoordelijkheid. We betalen het af. Premie differentiatie en no-claim polissen ontslaan ons deels van de verantwoordelijkheid voor het hier en nu.

Bij aansprakelijkheid gaat het om assurantie: om informationele berekening en statistische voorspelbaarheid. De calculerende burger en aandeelhoudende prosument zien hun zelfverzekerde bestaan verzilveren hun geluk via de aansprakelijkheid. Een zelfverzekerd bestaan is altijd een berekenend bestaan. Verantwoordelijkheid laat echter geen berekening toe. Verantwoordelijkheid nemen is een onberekenbaar proces, ook al is het niet zonder risico’s. Je wordt op je woord afgerekend, niet op je polis. Maar verantwoordelijkheid lijkt inmiddels een rest-product te zijn: tussen de druk voortdurend actie te moeten ondernemen en de ervaren onmacht omdat je niet alles kunt overzien en dus niet kunt incalculeren, ontstaat er

een onbeslisbare ruimte. Daarin moet een vakman of vakvrouw, de professional zelf een beslissing nemen. In die discretionaire ruimte dient zich nog een restje eigen verantwoordelijkheid aan. Ministers en rechters hebben die ruimte, maar op de werkvloer heerst vaak de aansprakelijkheid en niet de verantwoordelijkheid,

Door de toename van de anonimiteit en complexiteit en het volharden in de gedachte van restrisiko's wordt in het circuit van bestuur, wetenschap, industrie en rechtspraak een legitimatiecirkel kortgesloten: collectieve verantwoordelijkheid wordt als een optelsom van individuele aansprakelijkheden gedepolitiseerd. Collectieve verantwoordelijkheid wordt in de aanpassing van de regelgeving versneden tot individuele aansprakelijkheid die assurantie wordt afgedekt. In een risicosamenleving is volledige aansprakelijkheid onmogelijk. Binnen zo'n samenleving kan leven tot viciem overleven worden in plaats van samenleven. De existentiële kern van een verzekeringsstelsel waarin zoveel mogelijk claims worden gedekt, is een potentieel slachtofferschap. Iedereen voelt zich slachtoffer en niemand is dader.

Het zelfverzekerde leven in de risicosamenleving: schadelast

Slachtofferschap steekt snel de kop op in de risicosamenleving. We denken snel in termen van letsels, schadelasten, claims en aansprakelijkheid. Voelt de cliënt zich snel slachtoffer, de verzekeraar bevestigt dit door de facturen voor zijn genezing als schadelast te bestempelen. Zo is iedereen zich van te voren voor de onoverzienbare gevolgen van keuzes en gedragingen in het nu en hier aan het indekken. Alles draait om scenario's, SWAT analyses, statistieken, targets en polissen. Dat dit een ander mensbeeld veronderstelt dan Hippocrates' wereld, laat zich raden. Dit mensbeeld verschilt echter ook van het moderne mensbeeld uit de vroege 20^e eeuw waar onze huidige gezondheidsinstelling nog in geworteld zijn. Kortom, welk mensbeeld ligt er aan het huidige discours – aan het collectieve denken en doen - binnen de gezondheidszorg ten grondslag?

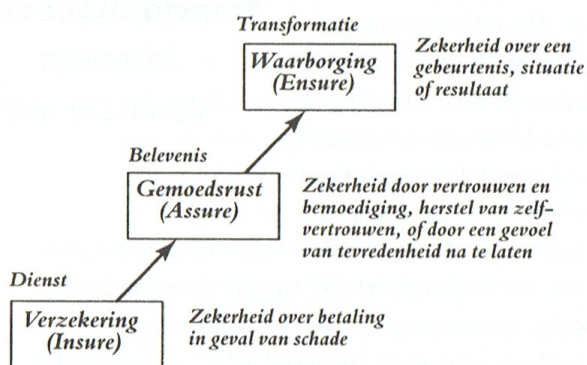
Laten we eerst eens kijken naar de positie van het individu. Is het huidige individu nog het autonome individu dat volgens Maslow naar zijn zelfontplooiing streeft om zich voor eeuwig aan de top van de piramide te vestigen?



Dat lijkt mij niet. Dat individu was ooit de uitkomst van een collectief gedragen emancipatieproces. In de risicosamenleving is individualiteit losgezongen van deze collectieve strijd. De ABVA/KABO kampt ongetwijfeld met dit dilemma. In het consumptieve hyperindividualisme is individualiteit een vermarkt product geworden. Zo wordt doorgaans ook het behandelingspakket genoemd: een product. We bevechten onze individualiteit niet langer, we leasen onze individualiteit. Dat gaat door het leven onder het kopje 'lifestyle', leefstijl. In onze consumptiesamenleving is ieders leven een belevenis, een 'experience' geworden.

Volgens de twee Harvardbedrijfskundigen Pine en Gilmore, die in 2000 het boek *The experience economy* publiceerden. In hun economische theorie stellen zij dat ons geld na de oorlog grotendeels wordt verdiend in de dienstverlening. Maar ze zien in de jaren tachtig een overgang naar een zgn. beleveniseconomie: een product moet een ‘experience’ zijn als deel van een leefstijl. Tot die tijd bood de verzekeringsbranche een dienst in geval van schade, maar de beleveniswaarde van de laat 20^e eeuwse verzekeringsbranche is gemoedsrust bieden. Waar we naartoe gaan is volgens hen een economie die mensen verzekeringsproducten levert die gericht zijn op transformaties die zekerheid - in mijn termen zelfverzekering - bieden: “Hier verschuift het accent dus van het *gebruik* naar de *gebruiker*, naar de wijze waarop het individu door het gebruik *verandert*.”(240) Gezondheid is een transformatieproces waaraan de verzekeraar meewerkt door bijvoorbeeld gezond eten in de polis op te nemen.

Figuur 9.2 De gang van de verzekeringsbranche door de achtereenvolgende soorten economisch aanbod



In het vernetwkte leven wordt verzekeren een integrale business. Na verzekeringsproducten in slimme beleggingsportefeuilles op te nemen zodat we op alle gebieden – tot aan de studie van onze kinderen toe – van een waardevolle toekomst zijn verzekerd, gaat het in de 21^e eeuw om wat ik – met een kleine knipoog – het zelfverzekerde leven zou willen noemen. Je kunt dit sociaal-psychologisch opvatten: iemand die weet waar ie voor staat en waar ie voor gaat. Maar ik vat ‘zelfverzekerd’ allereerst assurantie op. Het hedendaagse discours, ons paradigma, is voor alles een assurantie paradigma. Je hebt jezelf verzekerd om zeker van jezelf te zijn.

In dit zelfverzekerde leven hebben we het idee van schuld achter ons gelaten. Door de onnavolgbare vertakkingen van onze handelingen en de complexiteit van onze organisaties werd op aansprakelijkheid ingezet. Is in het zelfverzekerde leven de verantwoordelijkheid nog terug te vinden? Als dat al kan dan slechts door ook integraliteit en integriteit er aan te verbinden: lichaam en geest binnen je relationele netwerk heel en bij elkaar houden. Om nog enige greep op de hectische waan van de dag te houden vluchten we echter voorlopig nog via de aansprakelijkheid weg en surfen we op fluctuaties van scenario’s de toekomst in. De letseladvocatuur heeft er de afgelopen 15 jaar wel bij gevaren en is dan ook exponentieel gegroeid. Het is waar: soms verzacht marktwerking de pijn. Maar de verantwoordelijkheid is hier ver te zoeken.

Dat heeft alles te maken met onze beperkte opvattingen over kapitaalstromen. In de risicosamenleving doen bedrijven, organisaties, instellingen en overheden liefst investeringen die zich zo snel mogelijk terugverdienen. Liefst binnen de tijd dat degene die geïnvesteerd heeft, ook het rendement kan cashen. Zeker politici zijn dol op zulke mediamomentjes. Deze

periode betekent voor de politiek formeel 4 jaar, maar feitelijk 2 jaar als je het eerste en laatste jaar er afhaalt omdat daarin iedereen eerst zijn draai moet vinden en dan weer zijn eigen positie voor de volgende verkiezingen moet bepalen. Lange termijn investeringen zijn kwetsbaar, omdat er tussentijds heel veel kan gebeuren. Zeker als in de wereldeconomie alles met alles verbonden is. Er staan enorme belangen op het spel. Voor een gezondheidsinstelling zijn dat bedrijfsmatige, economische, politieke en medische belangen. Maar ook sociale en culturele belangen. Ten slotte werken er mensen en gaat gezondheid niet alleen voor patiënten op maar ook voor werknemers. Al die belangen lopen door elkaar. Dat maakt het wat onoverzichtelijk. Vaak creëert dat, juist omdat er op allerlei schalen wordt geopereerd, dilemma's en paradoxen. Trudy Dehue heeft er zojuist enkele gepresenteerd. Zij wijst op het gevaar dat in de farmaceutische industrie neurotransmitters vaak uitsluitend als euro-transmitters worden gezien.

Ook in de wereld van zorgverzekeraars treden zulke spanningen op. Polissen worden voortdurend bijgesteld. Inmiddels zijn psychoanalytische behandelingen uit het verzekeringspakket geschrapt. Maar daar staat tegenover dat homeopathische middelen en niet-westerse behandelingsmethoden steeds vaker zijn meeverzekerd. Transformatie aspecten komen zo in beeld. Toch zitten de zorgverzekeraars nog in een spagaat: enerzijds wil iedere zorgverzekeraar snel resultaat zien, in het voordeel van de cliënt, zichzelf en de organisatie. Het 5 gesprekkenmodel schroeft de behandeling aanzienlijk terug. Een lokale interventie met neurotransmitters lijkt een meer adequate strategie. Maar in dit perspectief blijft de betaling van een behandeling 'schadelast' heten.

Anderzijds beseft ook de verzekeraar dat gezondheid een integraal, holistisch verschijnsel is dat, precies zoals Hippocrates maar eigenlijk alle medicijnmannen ter wereld al aangaven, alle leefgebieden bestrijkt. Het ideaalbeeld van iedere zorgverzekeraar is een kerngezonde, premiebetalende cliënt. Dat is goed voor de cliënt en voor de verzekeraar. Maar niet zo goed voor de arts die eigenlijk leeft van de ziekte van zijn cliënten. Zo complex, schizofreen en tragisch is de zorgsector. De oude Chinezen losten dat overigens millennia geleden simpel op: de (lijf)arts werd alleen betaald als zijn baas gezond bleef. De arts was eigenlijk de premie innende zorgverzekeraar en behandelende geneesheer in een.

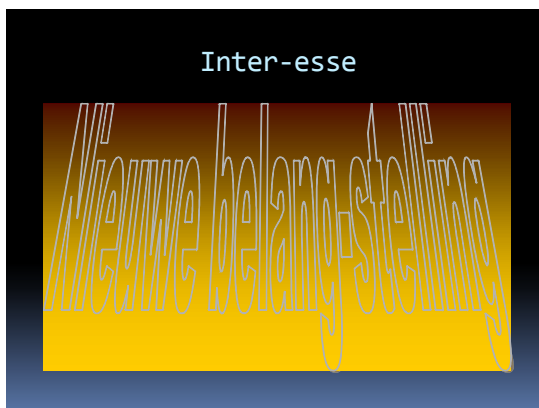
De vermarkting van de zorg op zich is misschien niet het echte probleem. Artsen en verzorgers zijn altijd betaald voor hun diensten. Rond de sector wordt in aangehaakte netwerken ook verdiend aan voorzorg en nazorg: van fysiotherapie en wellness tot holistische klankschaal therapieën. Ik zet echter vraagtekens bij het concurrerende korte termijn denken en de daaruit voortvloeiende kortzichtigheid ten aanzien van de opbrengsten op lange termijn. Het gaat mij om de berekeningsmodellen en de kapitaalvormen die in de zorg verdisconteerd zijn maar niet doorberekend. Ik denk dan aan bijvoorbeeld aan sociaal kapitaal. De Amerikaanse socioloog Robert Putnam wijst hier op in zijn boek *Bowling Alone* (2000): "Verwijst fysiek kapitaal naar fysieke objecten en menselijke kapitaal naar de eigenschappen van individuen, sociaal kapitaal verwijst naar verbindingen tussen individuen – sociale netwerken en normen als wederkerigheid en geloofwaardigheid die daar uit voortkomen"(19) Door het sectorale hokjesdenken, het ontbreken van integraliteit en de pertinente afwezigheid van visie op wat samenleven inhoudt blijven deze kapitaalvormen buiten beeld. Hans Achterhuis wees er al op dat zorg tot de jaren zeventig een even integrale als onzichtbare activiteit van vrouwen was. De opbouw van sociaal kapitaal binnen de behandeling zou wel eens van grotere waarde kunnen zijn dan we beseffen.

Waardecreatie in de netwerksamenleving

U snapt, het stellen van belangen in de zorg is een groot dilemma. Het voortbestaan van menig zorginstelling hangt tegenwoordig aan een zijden draad. De vangnetten van de verzorgingsstaat die in het midden van de 20^e eeuw zijn geknoopt, vangnetten die de zorginstellingen in de touwen hielden, vertonen nu enorme gaten. Doorgeslagen marktwerking, hyperindividualistische prestatiedrang en het op angst gebouwde, zelfverzekerde leven hebben de positie van minder weerbare deelnemers aan het maatschappelijk verkeer onder druk gezet. Wie niet aan de prestatienormen kan voldoen, loopt het risico buiten de boot te vallen. Veel patiënten, maar ook werknemers in de zorg die in een vrije val raken vallen nu door de gaten in de verscheurde netwerken heen en slaan op de keiharde werkelijkheid te pletter.

Waar wij naar toe moeten is een zorg die weer verankerd is in interesse: een geïntegreerde en geïnteresseerde zorg die mensen als relationele wezens ziet en dus veel investeert in het ontwikkelen van netwerken rond individuen. In sociaal kapitaal. Interesse is de kernnotie. Als we dan over waardecreatie praten dan is de cruciale waarde hier: interesse. Niet de verzekeringstechnische schadelast staat voorop, maar de maatschappelijke waardecreatie. In een recente studie, uitgevoerd in opdracht van voormalig minister Klink, wordt waardecreatie echter weer gedefinieerd als “de gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gependende euro”. Hier is waardecreatie weer een eurotransmitter. Competitie op kwalitatieve waarden wordt weer geherinterpreteerd als waardegedreven concurrentie.

Waardecreatie kan in een vernetwerkte globale samenleving ook iets anders betekenen. Als interesse over belangstelling gaat, welke en wiens belangen moeten er dan worden gesteld?



De uiterste limiet van die belangstelling blijft natuurlijk de Hyppocratische belangeloosheid van de arts. Deze overstijgt per definitie iedere bedrijfsmatige en economische belangstelling. Het belangeloze belang van artsen – maar ook van verplegers en ondersteuners op aanpalende gebieden - maakt van hen meer dan louter zorgaanbieder: Zij verstaan hun vak en als vaklieden behartigen zij de fysieke integriteit en de kwaliteit van een individueel leven. Bij artsen ligt dat iets complexer, omdat het om de kwaliteit en integriteit van het leven als zodanig gaat. Daardoor kan een arts zelfs verstrikt raken in tragische paradoxen. Om de kwaliteit en integriteit van een leven te garanderen - te ‘borgen’ – moet een arts er soms in toestemmen om mee te werken aan de beëindiging ervan. De paradoxale limiet van fysieke integriteit en zelfbeschikking blijkt dan euthanasie te zijn: de goede dood maakt het leven tot een kwalitatief geheel. Er zijn ook perverse paradoxen. Gehaaide zorgeconomen beargumenteren daarin het verkopen van de eigen nieren door straatarme Indiërs. Moet kunnen, zeggen ze, omdat je over je eigen lichaam kunt beschikken. De reden waarom straatarme Indiërs dit *moeten* doen verdwijnt echter uit beeld. Die politiek-economische

infrastructuur waarin deze zogenaamde *eigen keuze* wordt gemaakt, wordt geëxternaliseerd. Onderdrukking en uitbuiting komen namelijk niet voor in het vocabulaire van de zorgeconomen. Dat is iemands anders pakkie aan.

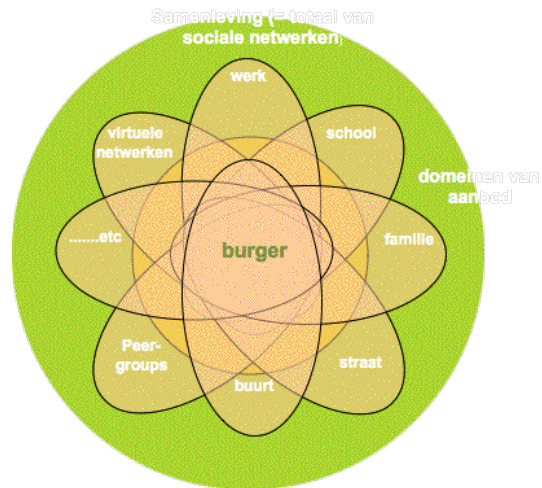
We zullen in de 21^e eeuw – en die reikt verder dan het kabinet Rutten-Verhaegen – de consequenties moeten trekken uit onze vernetwerkte globalisering. Het eerste kenmerk van onze huidige samenleving is zijn netwerkarakter. We leven in een netwerksamenleving. Door de versnelling, complexificering en digitalisering van onze dagelijkse interacties en transacties is het mens- en maatschappijbeeld vanwaaruit we sinds de 19e eeuw naar onszelf en de wereld hebben gekeken, kwalitatief veranderd. Mensen bewegen zich tegenwoordig razendsnel van kleinste naar de grootste schaal: thuis mailen met vrienden in Australië, zaken doen vanuit het eigen bedrijf met de hele wereld. Lokaal is globaal. De dagpaden van individuen – van opstaan tot gaan slapen - verknopen zich tot fysieke en virtuele netwerken die samen een gelaagd, maatschappelijk weefsel vormen. Daardoor wordt onze vrijheid vooral als bewegingsvrijheid ervaren: we zijn ingelogd, connected en doorgelinkt en zo fysiek en sociaal betrokken bij anderen. Dit vergt een enorme flexibiliteit. Engagement heeft een technologisch fundament. Autonomie staat gelijk aan automobilititeit. Eenzaamheid is meer dan ooit een mobiliteitsprobleem geworden.

Deze ‘netwerk’ kwaliteit werkt in ons mens- en maatschappijbeeld door. De term netwerken is zo snel ‘ingeburgerd’ dat niet iedereen direct de consequenties van deze transformatie ziet of zelf maar ervaart, ook al handelen we er nagenoeg allen naar. Nog steeds menen veel mensen dat ze de media die ze gebruiken kunnen beheersen. Ze kunnen makkelijk zonder leven. Er zit immers een knop op. Ik denk dat in deze GGZ afdelingen vol zitten met mensen die dat ook ooit van andere middelen hebben beweerd. Feitelijk bepalen de middelen het ritme en de maat van nagenoeg ieders leven. Dat is technologische *middel*-matigheid. We zijn via ons mobieltje en Tomtom, in onze auto en zelfs in onze vliegtuigen geworteld (*radix* = wortel in het Latijn) in de wereld: onze middelmatigheid is radicaal. Valt er een medium uit – beltegoed op, auto stuk, tv kapot, server down, pin automaat leeg - dan zijn we lichtelijk ontheemd, voelen ons wat onthand. Dat kan zelfs omslaan in paniek als we niet meer weten hoe we in contact moeten treden met anderen of met onze bankrekening.

Iedereen wiens reistas met bescheiden ooit gestolen is kent dit gevoel. Individuen opereren eigenlijk als kruispunten van media. Sociaal zijn valt dan samen met functioneren in netwerken. Ik zou dit de positieve kant van deze middelmatigheid kernachtig ‘interesse’ willen noemen: zijn (*esse*) tussen (*inter*), zoals dit onder andere in de politieke filosofie van de Duits-Amerikaanse filosofe Hannah Arendt (Hans Achterhuis heeft er zojuist iets over gezegd), maar ook bij Franse denkers als Michel Foucault (Trudy Dehue’s stoelt impliciet op diens werk), Gilles Deleuze en Jacques Derrida wordt uitgewerkt. Maar daar zal ik u niet verder mee lastig vallen.

Inter-esse: individu als relationeel wezen

Dit alles levert een andere visie op het menselijke bestaan op. We zouden onszelf, net als Maslow, nog graag als zelfstandige, autonome wezens zien ‘on top of the world’, maar in feite zijn we knooppunten geworden in netwerken. Onze letterlijke ‘radicale middelmatigheid’ Niet wat er *in* mensen zit is daarbij van belang, maar dat wat er *tussen* gebeurt. De hedendaagse mens is voor alles een relationeel wezen.



Dit heeft diepgaande consequenties voor de kenmerken, organisatie en doelen van politieke processen, politieke actoren en politieke instituties. Dit geldt ook voor zorginstellingen, maar evenzogoed voor wooncorporaties, welzijnsorganisaties en onderwijsinstituten. Ook daar zal interesse door vertaald moeten worden als een andere belang-stelling: een integere en kwalitatieve belangstelling binnen de zorg.

Als er problemen zijn, zijn we geneigd om voor een oplossing in laatste instantie te kijken naar wat er in mensen gebeurt. De term 'zelfontplooiing' van Maslow duidt daar op: het ik ontvouwt zich naar buiten. Maar een netwerkoptiek richt zich op wat er zich *tussen* mensen afspeelt. De blik wordt verlegd van autonome individualiteit naar wederkerig verantwoordelijke relaties: van het 'in' naar het 'tussen' of het 'inter'. Misschien moeten we daarom niet over zelfredzaamheid, maar over 'samenredzaamheid' spreken. Integraal zorgbeleid verlegt het accent naar netwerken waarin mensen (kunnen) functioneren. Deze netwerken hebben twee functies: ze fungeren als vangnet en als trampoline. Deze veerkracht ontstaat als verschillende zorgtrajecten zich zo met elkaar verknopen dat er een draagkrachtig vlechtwerk ontstaat. Zorg wordt door de onderlinge interesse kwalitatief sterker en veerkrachtiger.

RVS: Fysieke Integriteit, Woondelta, WMO

Wat betekent dit voor een zorginstelling die haar belangen in een vernetwerkte wereld wil behartigen? Wat komt er in de plaats van moordende concurrentie en het denken in sectoren? Mij lijkt competitieve samenwerking wel iets. Zo kan door synergie een daadkracht gerealiseerd worden die door partijen afzonderlijk nooit kan worden bereikt. Ik geef u een enkel voorbeeld uit mijn eigen praktijk, waarin ik vanuit mijn organisatie Rotterdam Vakmanstad/Skillcity samen met allerlei andere partijen de hele keten met projecten probeer te bestrijken: de schaal begint met het project Fysieke Integriteit waarin we op basisscholen in Rotterdam Zuid de eco-sociale kracht van kinderen versterken tot aan de uitrol van de WMO in IJsselmonde. (zie verder: <http://www.henkoosterling.nl/rtd-vakmanstad.html> en http://www.henkoosterling.nl/pdfs/wad_samenvatting.pdf) Daarnaast werken we samen met wooncorporaties, onderwijs- en zorginstellingen vanuit de gedachte dat samenwerken beter is dan concurreren.

Dat levert een integrale ketenaanpak op waarin meer ruimte en middelen vrijkomen voor innovatieve zorg. Zorg vormt dan het speerpunt van een gedeelde maatschappelijke interesse. Zorg voor kwetsbare groepen, samenlevingsopbouw, ketenaanpak en integrale gebiedsontwikkeling schuiven organisch in elkaar om. Fysiek en economisch kapitaal verbinden zich met zachtere kapitaalsoorten, zoals sociaal kapitaal. Of in termen van de

WMO: door te bouwen aan sociale duurzaamheid vanuit een geïntegreerde aanpak van sociaal kwetsbare groepen wordt het eerste doel van de WMO – versterken redzaamheid – met het vierde doel verbonden: bevorderen van de sociale cohesie.

Door het differentiëren van kapitaalsoorten binnen een vernetwerkte ketenaanpak wordt de markteconomische axiomatic wat aangescherpt. Deze kapitaalsvormen worden in een integrale visie in elkaar doorberekend. Dat dit een complexe aangelegenheid is laat zich raden. Investeren in het sociale leven om sociaal kapitaal te produceren is een ding. Iets anders is het moment waarop het gaat renderen, wanneer het wat oplevert voor de samenleving.

Zorg voor samenwerking: vakmanschap en interesse

Laat ik afronden. Dit pleidooi voor integraal samenwerken in plaats van sectoraal concurreren is een noodzakelijke consequentie in een wereld waarin alles op alles betrokken is en de risico's van winstmaximalisering van bedrijven niet langer op de samenleving – de belastingbetaler – kunnen worden afgewenteld. Op de werkvloer spiegelt zo'n aanpak zich in een vakmanschap dat binnen de zorg interesse voorop stelt. Integriteit en kwaliteit zijn dus ook de structuurkenmerken van gedegen vakmanschap. Dat daarbinnen de verantwoordelijkheid weer deels bij de professional moeten worden neergelegd en dat dit consequenties heeft voor het management spreekt voor zich: er zal tijd en ruimte geschapen moeten worden voor geschaalde verantwoordelijkheid voor de professional om vakwerk af te leveren. Dat dit een immense cultuuromslag vereist, mag ook duidelijk zijn. Net als bij de ecologische problematiek is samenwerken vanuit de eigen professionaliteit over de grenzen van de diverse sectoren en disciplines heen echter een onvermijdelijke consequentie. Angst is hierbij een slechte raadgever omdat zo'n houding al een berekenende invulling vraagt van een toekomst die juist in zijn onzekerheid ook een reservoir van kansen is. Uitgangspunt daarbij is een specifieke houding: niet een denken in problemen (*dippers*), misschien zelfs niet uitsluitend een denken in mogelijkheden (*dimmers*), maar het denken in kansen en krachten (*dickers*). Dit is de enige obese verstandshouding die een integrale gezondheid verstevigt.