

# Vakmanschap in onze *high tech* gezondheidszorg? Over de kunst van het “elektronische” zorgen

Mark Coeckelbergh (Universiteit Twente)

## Inleiding

De hedendaagse gezondheidszorg steunt op elektronische informatie- en communicatietechnologie. Denk maar aan de computers die overal gebruikt worden en het gebruik van internet bij het zoeken naar informatie over gezondheid, elektronische voorschriften, medische expertsystemen, chip implantaten, zorgrobots, gezondheidsapps op mobiele telefoons, elektronische patiëntendossiers, enzovoort. Soms worden deze elektronische technologieën ook gebruikt om zorg op afstand te verlenen, bijvoorbeeld om de medische toestand van ouderen en chronisch zieken in de gaten te houden.

Het gebruik van elektronische technologieën in de gezondheidszorg roept echter ook ethische vragen op. Is het wel veilig om met een zorgrobot om te gaan? Respecteert een elektronisch patiëntendossier wel de privacy van patiënten? Is het wel veilig om alles via de computer te doen als deze gehackt kan worden? In deze bijdrage ga ik niet zozeer in op het gebruik van technologie voor goede of slechte doeleinden, maar stel ik de vraag hoe elektronische technologieën de praktijk van het zorgen veranderen en welke impact ze hebben op de kwaliteit van de zorg. Met name vraag ik mij af of er in een dergelijke

*high tech* zorg nog plaats is voor vakmanschap.

Eerst verduidelijk ik wat ik bedoel met vakmanschap, vervolgens verken ik wat “vakmanschap” inhoudt in zorgpraktijken en wat dit betekent in zogenaamde elektronische zorg of “e-care”.

## Vakmanschap: De deugd van het weten hoe

Werken als vakman of vakvrouw vereist een hoge mate van vaardigheid en houdt in dat je fysiek en lichamelijk erg betrokken bent op dingen en mensen. In *The Craftsman*<sup>1</sup> geeft de beroemde socioloog Richard Sennett heel wat voorbeelden van vakmanschap zoals koken, geneeskunde bedrijven en muziek maken. Iemand die expert is in deze domeinen kent niet enkel allerlei feiten en regels, maar weet vooral *hoe* zijn haar of haar ding te doen. Wat telt voor de vakman of vakvrouw is *excellent* worden. Vakmanschap leren betekent niet alleen een goed product maken, maar ook tegelijk een beter mens worden. Het werk *zélft* motiveert (niet externe doelen of verwachtingen) en tijdens het werk leer je allerlei deugden in en door het werk, zoals geduld, omgaan met weer-

stand en improviseren. Belangrijk is ook dat je leert samenwerken met anderen en dat je gemeenschapszin ontwikkelt. Denk maar aan de historische gilden, die gemeenschappen vormden waarin solidariteit een belangrijke waarde was. Met andere woorden: werken als vakman of vakvrouw doet letterlijk en figuurlijk deugd: je bereikt vreugde in en door het werk zelf, en tegelijkertijd werk je ook aan je zelf.

Van een dergelijke opvatting over werk en deugd vinden we ook sporen in de wijsbegeerte, zowel die van de oudheid als de hedendaagse. In de hedendaagse Noord-Amerikaanse wijsbegeerte kunnen we denken aan Dewey's onderscheid tussen weten-dat en weten-hoe<sup>2</sup> en zijn nadruk op het belang van gewoontes voor de mens. Goed werk doen betekent dan: goede gewoontes kweken, goede manieren van doen. We vinden er ook Dreyfus's visie dat morele expertise vooral leidt tot een soort van kennis die weten-hoe inhoudt. Beginners hebben wellicht wel regels nodig, maar als we hogerop komen op de ladder van kennis dan gaat het toch eerder om het ontwikkelen van een meer intuïtief begrijpen van de praktijk en van het kunnen improviseren in nieuwe situaties<sup>3</sup>. Ook Borgmann legt de nadruk op het ontwikkelen van vaardigheden om met dingen om te gaan als een goede manier van werken en leven. Daarbij beargumenteert hij ook, net als Sennett, dat dit vaardige "engagement" met de dingen ook een ethische en sociale kant heeft: als we "focale" dingen doen zoals samen een vuur brandende houden of samen wijn drinken dan worden we door dit samen-doen betere mensen en gaat we ook intensiever om met anderen<sup>4</sup>. Dreyfus en Borgmann halen hun inspiratie uit het werk van Heidegger en uiteindelijk, net zoals Dewey, uit de filosofie van de oudheid, met name Aristoteles: ook die schreef al over het belang van "praktische wijsheid" of *phronesis* in zijn werk over ethiek<sup>5</sup>, al onderscheidde hij die wel van *techné* of het maken van dingen. In de visie op vakmanschap en goed werk die

ik hier tot uitdrukking tracht te brengen komen praktische wijsheid en "technische" vaardigheden echter samen: het praktische goede handelen valt dan samen met het weten-hoe.

### Vakmanschap in de zorg

Theoretische kennis is zonder twijfel erg belangrijk in de hedendaagse gezondheidszorg. Er is tijdens de opleiding van artsen, verpleegkundigen en andere zorgwerkers dan ook terecht aandacht voor feitenkennis over ziektes en voor gevalsstudies. Er is vandaag echter ook in toenemende mate kritiek op wat dan ervaren wordt als een doorgeschoten formalisering en rationalisering van de zorg. De huidige nadruk op efficiëntie, de vele regels en protocollen die gevolgd moeten worden, de zogenaamde *evidence based medicine* – het zijn vormen van theoretisch denken en theoretische kennis die soms op gespannen voet staan met wat zorgwerkers in de praktijk denken en vinden dat goed is. Zorgwerk houdt immers ook het ontwikkelen van vaardigheden in, vaardigheden die enkel en alleen in de praktijk kunnen groeien. Goede zorg bestaat minstens óók uit het weten-hoe, uit het vaardig en lichamelijk omgaan met mensen en dingen. Artsen en verpleegkundigen ontwikkelen bijvoorbeeld een soort eigen medische tastzin, ze kunnen na een tijd – als ze expert worden – vaak letterlijk voelen wat er mis is. Het gaat om dit weten-hoe te voelen, om het weten-hoe om te gaan met instrumenten, om het weten-hoe te praten met patiënten. De bloeddruk meten, een injectie geven, een patiënt wassen, enzovoort zijn allemaal vaardigheden waarbij je moet leren hoe precies om te gaan met mensen en dingen. Deze vaardigheden kunnen niet vervangen worden door theoretische kennis, regels en protocollen, en lijken in het gedrang te komen door een te ver doorgedreven rationalisering. Zorgwerk kan je proberen efficiënter te maken en je kan "output" criteria opstellen om

de “kwaliteit” ervan te bewaken, maar in de mate dat zorgwerk vakmanschap is en *mág* zijn is het van zichzelf al kwaliteitsgericht en behoeft geen externe motivatie. De chirurg probeert haar werk beter te doen, ze probeert vaardiger te worden, en het bereiken van expertise is op zichzelf al motiverend en zorgt ervoor dat excellentie bereikt wordt in het werk en in de persoon. De intensive care arts leert om te improviseren, en het beter worden behoeft geen verdere externe aansporing. Voor de expert zijn regels en protocollen nauwelijks nog nodig: er is een niveau van praktische verbeelding en intuïtie bereikt dat gegroeid is in de praktijk en in de persoon, en dat geen formalisering behoeft en niet geformaliseerd *kán* worden. De expert is *goed* geworden door vaardigheden te ontwikkelen, niet alleen door kennis te nemen van feiten en regels. Dit betekent niet dat deze laatste overbodig zijn, maar ze zijn het begin, niet het einde van het leerproces van de zorgwerker.

Het leren van deze vaardigheden heeft opnieuw een sterke sociale dimensie. Je hebt anderen nodig om goed te worden. Dergelijke vaardigheden leer je in de praktijk van een “meester”. Zoals een kok leert koken van een chef-kok, is ook in zorgvakmanschap een meester-gezel relatie een aangewezen vorm om expertise op te bouwen, naast uiteraard het leren van anderen die ongeveer op hetzelfde niveau van expertise staan maar die misschien toch een net iets andere manier van doen hebben waar je van kan leren. Mensen helpen ook elkaar, en leren samen te werken. En ook hier gaat het nooit om puur “technische” vaardigheden: er is ook altijd een ethische kant aan: je wordt er ook een ander, *beter* persoon door. De dingen goed doen is ook dingen goed doen met en voor mensen – ook “het” goede doen. De expert heeft een vorm van “engagement” met de mensen en de dingen ontwikkeld, is sterk betrokken bij de mensen en dingen die onder haar zorg vallen.

De vraag is dan of deze “vakmanschap” dimensie van zorg wel voldoende ruimte

krijgt in de hedendaagse gezondheidszorg. Één barrière lijkt in elk geval het genoemde efficiëntie- en rationaliseringsdenken te zijn, dat zijn oorsprong vindt in wat soms *modern* denken wordt genoemd. We proberen de zorg efficiënter te maken door grote zorgfabrieken te bouwen en met zo weinig mogelijk middelen en mensen zoveel mogelijk te bereiken. We proberen een soort van kwaliteitscontrole te ontwikkelen, net zoals producten aan een kwaliteitszorgtraject worden onderworpen. We maken regels en protocollen. We sturen van bovenaf. Allemaal heel rationeel. We doen het ook in de industrie, in gevangenissen, in scholen, en andere moderne instituties. Maar het wordt steeds duidelijker dat de kwaliteit van de zorg door dit soort moderne aanpak juist in het gedrang komt. Hoe kan je als zorgwerker intensief en betrokken met je patiënten en je vak omgaan als de tijd per patiënt extreem beperkt is en als je morgen misschien weer op straat staat? Hoe kan je een meester-gezel relatie opbouwen als je steeds andere “chefs” krijgt die enkel nog tijd hebben om de protocollen uit te voeren en te druk zijn met administratie en “output” criteria om je de juiste vaardigheden aan te leren? Hoe kan je je überhaupt nog identificeren met je vak en met de zorg als je door verregaande arbeidsspecialisatie letterlijk slechts een heel klein stukje van de zorg en van de patiënt te zien krijgt? Hoe kan er vertrouwen, solidariteit en gemeenschap groeien als zorgwerkers als vervangbaar worden beschouwd? Tenslotte moet de vraag naar de rol van technologie gesteld worden: kunnen vakmanschap en excellentie bloeien als moderne technologie ingezet wordt in de zorg? Vervreemdt het de zorgwerker van haar patiënten? Of hoeft het niet perse zo “modern”? Wat is de relatie tussen elektronische technologie en vakmanschap? Sluiten *e-care* en de betrokkenheid van vakmanschap elkaar uit?

## “Elektronische zorg” en vakmanschap

Enerzijds zijn er goede redenen om zich zorgen te maken over vakmanschap in “elektronische zorg”. Elektronische apparaten lijken menselijke en sociale betrokkenheid te ontmoedigen: er bestaat het risico dat bijvoorbeeld dokters meer tijd besteden aan het omgaan met hun PC dan aan hun patiënten, of dat patiënten informatie opzoeken op internet zonder langs te gaan bij hun huisarts, die praktische kennis en vaardigheden heeft die niet door feitenkennis kunnen worden vervangen. Ook expertsystemen kunnen praktische, belichaamde ervaringen niet vervangen: ook hier overweegt weten-dat, niet weten-hoe. Tele-zorg lijkt in dit opzicht een wel bijzonder groot probleem te stellen: als zorgverleners en patiënten enkel via een scherm kunnen communiceren en zich op grote fysieke afstand van elkaar bevinden, hoe kunnen zorgverleners dan de meer belichaamde soort kennis verkrijgen? Hoe kan de patiënt be-handeld worden op afstand? Hoe kan een chirurg zijn weg door het lichaam voelen als hij vanuit de “cockpit” of “gameconsole” zijn operatierobot bestuurt? En wordt tele-zorg niet een “koude”, onpersoonlijke zorg, die niet het soort van arts-patiënt relatie mogelijk maakt waarin vakmanschap kan bloeien? Is er niet minder “echt” menselijk contact?

Zo beargumenteert Keith Bauer dat elektronische zorg het ontstaan van compassie en vertrouwen in de arts-patiënt relatie vertraagt omdat het gedrag toch anders is en de mogelijke interacties beperkt zijn. Volgens hem is met name de ‘telepresentie’ moreel problematisch: we zijn ‘aanwezig’ maar niet fysiek en lichamelijk aanwezig, waardoor we minder grip hebben op de interactie, minder emotioneel betrokken zijn op de ander, en ons (dus) minder met elkaar verbonden voelen<sup>6</sup>. En Robert en Linda Sparrow hebben hun zorgen geuit over de kwaliteit van de ouderenzorg als hierin robots zouden worden ingezet. Volgens hen zou dit leiden tot minder menselijk contact en dus het

welzijn van ouderen bedreigen<sup>7</sup>. Dergelijke kritiek is uitermate belangrijk omdat ze ons attendeert op de waarden die we belangrijk vinden en ons oproept om de kwaliteit van nieuwe zorgpraktijken scherp in de gaten te houden.

Anderzijds is deze kritiek niet helemaal terecht. Het is helemaal niet duidelijk waarom het gebruik van elektronische technologie, en in het bijzonder tele-zorg, noodzakelijk zorgvakmanschap onmogelijk maakt. Ten eerste waren gezondheidszorg en geneeskunde altijd al door technologie gemedieerde praktijken. De zorgvakman of zorgvakvrouw gebruikte altijd al allerlei instrumenten en dit sloot het ontwikkelen van zorgvaardigheden en menselijke betrokkenheid niet uit. Dit laat ook zien dat het gebruik van elektronische technologie niet betekent dat er geen mensen aan te pas komen: mensen worden niet vervangen, maar werken en communiceren wel anders door de nieuwe technologie. Maar zorgpraktijken waren altijd al menselijk en technologisch tegelijk. Ten tweede betekent het gebruik van nieuwe technologie niet noodzakelijk dat de oude verdwijnt. Meestal wordt bijvoorbeeld zorg-op-afstand via elektronische weg gecombineerd met andere vormen van zorg en andere, oudere technologieën. Bovendien houdt het gebruik van nieuwe technologieën niet noodzakelijk in dat er *minder* vaardigheden nodig zijn, maar wel andere, *nieuwe* vaardigheden. Zorgwerkers leren op nieuwe manieren met dingen en mensen om te gaan.

Deze meer optimistische (of, zo men wil, realistische) kijk op “e-care” krijgt steun van empirisch onderzoek. Zo heeft in Nederland bijvoorbeeld Jeannette Pols beargumenteerd dat etnografische studie laat zien dat we in de praktijk ons geen zorgen hoeven te maken dat tele-zorg “kouder” wordt. In tegendeel, in *Care at a Distance* beweert ze dat tele-zorg juist intensiever is omdat er meer contact zou zijn tussen patiënten en zorgverleners<sup>8</sup>. En ze beschrijft hoe verpleegkundigen (let op het woord “kunde” hier)

net heel erg gericht zijn op het gezicht van de ander, en eerder méér dan minder contact met de patiënt hebben<sup>9</sup>. Het lijkt erop dat de bureaucratie en de regels vervreemdend werken, niet de technologie<sup>10</sup>. Een radicale en éézijdige verwerping van hedendaagse high tech zorg lijkt dan ook niet wenselijk. Maar het blijft wel belangrijk om verder te onderzoeken hoe onder de huidige condities zowel zorgverleners als patiënten vaardigheden kunnen ontwikkelen die bijdragen aan vakmanschap en, juist daardoor, aan de kwaliteit van de zorg.

Misschien is er inderdaad zelfs voor patiënten een soort van vakmanschap weggelegd: in de mate dat elektronisch zorg steeds meer zelf-zorg wordt, moet ook de patiënt een “expert” worden in die zelfzorg. We zullen allemaal nieuwe vaardigheden moeten leren, zodat anderen beter voor ons kunnen zorgen en zodat we ook beter voor onszelf kunnen zorgen.

### **Besluit: De kunst van het zorgen mét elektronische technologie**

In dit essay heb ik verkend wat het betekent om over “vakmanschap” in de zorg te praten, en heb ik de vraag gesteld of er vandaag, in de elektronische high tech zorg, nog ruimte is voor vakmanschap. Ik heb gesuggereerd dat “zorgvakmanschap” zeker niet vanzelfsprekend is onder deze omstandigheden, zeker in de mate dat onze huidige gezondheidszorg gefocust is op efficiëntie, formalisering, en sturing van bovenaf door regels – en dus nog steeds en wellicht steeds meer “modern” is. Maar ik heb ook beargumenteerd dat dit niet betekent dat zorgvakmanschap helemaal afwezig is en hoeft te zijn. Eerder moeten door de nieuwe technologische ontwikkelingen zorgverleners én patiënten vandaag leren om op een andere, nieuwe manier met mensen en dingen om te gaan, zodat de praktijk en de (vak)mensen in die praktijk beter worden. Als hierop wordt ingezet, dan zijn pogingen om van bovenaf

en achteraf (bij) te sturen minder nodig en minder wenselijk – al zullen expliciete instructie en regelgeving altijd nog noodzakelijk blijven voor mensen die beginnen aan de praktijk of voor hen die niet de weg van de excellentie kiezen. Bovendien moet onder moderne omstandigheden actief een kader geschapen worden waarin de ontwikkeling van vakmanschap meer ruimte krijgt. Verbetering van de kwaliteit van de zorg kan niet enkel overgelaten worden aan mensen die “ondanks alles” proberen het goed te doen. Er mag best wat gebeuren van bovenaf om vakmanschap in de zorg te bevorderen. Dat kan betekenen: minder regelgeving, mensen laten doen, meer autonomie geven. De manier waarop de huidige gezondheidszorg georganiseerd is laat hiervoor (te) weinig ruimte. Het kan ook nodig zijn om praktijken bij te sturen, maar dan wel door te kijken naar wat er al gebeurt in de goede richting, en samen te bedenken en te vragen wat er nodig is om dit te versterken. Zo kunnen zorgorganisaties proberen om een klimaat te scheppen waarin “warmere” arbeidsrelaties bevorderd worden en waarin de menselijke en persoonlijke aspecten van het werk centraal komen te staan.

Dit essay is slechts een verkenning. Om beter inzicht te krijgen in wat vakmanschap betekent in de hedendaagse zorg en hoe het bevorderd kan worden (en dus ook zicht op wat er in de weg zit) is het wenselijk dat mensen uit verschillende academische disciplines en uit verschillende “werelden” (de zorg, de politiek, de wetenschap, bedrijven, enz.) beter gaan samenwerken en hun vakmanschap en samenwerkingsvaardigheden ten volle inzetten. Algemene richtlijnen zijn op dit gebied echter weinigzeggend; ook de kunst van het verbeteren moet uiteindelijk geleerd en verfijnd worden in de praktijk – in de eerste plaats door de direct betrokkenen.

*Mark Coeckelbergh doceert filosofie aan de Universiteit van Twente, en is directeur van het 3TU Centre for Ethics and Technology.*

## Noten

1. Sennett, R. 2008. *The Craftsman*, Yale University Press, New Haven & London.
2. Dewey, J. 1922. *Human Nature and Conduct: An introduction to social psychology*, Allen and Unwin, London.
3. Dreyfus Dreyfus, S.E. en H.L. Dreyfus. 1980. *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Direct Skill Acquisition*, Operations Research Center, University of California, Berkeley, CA. (rapport) Zie ook Dreyfus, H.L. & S.E. Dreyfus. 1991. Towards a Phenomenology of Ethical Expertise, *Human Studies* 14(4), 229-250.
4. Borgmann, A. 1984. *Technology and the Character of Contemporary Life: A Philosophical Inquiry*, The University of Chicago Press, Chicago/London.
5. Aristoteles. *Ethica Nicomachea*, vert. C. Pannier en J. Verhaeghe. Groningen: Historische Uitgeverij.
6. Bauer, K. (2004). Cybermedicine and the Moral Integrity of the Physician-Patient Relationship, *Ethics and Information Technology* 6, 83-91.
7. Sparrow, R. en L. Sparrow. 2006. In the Hands of Machines? The Future of Aged Care, *Minds and Machines* 16(2), 141-161.
8. Pols, J. (2012). *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
9. Pols, J. 2010. The Hearth of the Matter: About Good Nursing and Telecare, *Health Care Analysis*, 18(4), 374-388.
10. Yakhlef, A. en A. Essén. 2012. Practice Innovation as Bodily Skills: The Example of Elderly Home Care Service Delivery, *Organization* (eerst on-line gepubliceerd Sept 21, 2012).