

Ondernemen, welzijn, samen: een recept voor een geslaagde gemeenschap.

Paul Verhaeghe – Brussel, 21 mei 2013

Lezing naar aanleiding van de boekvoorstelling "SAMEN ONDERNEMER IN WELZIJN", een uitgave van het Vlaams Welzijnsverbond.

Wie het boek "Samen ondernemen in welzijn" leest, ontdekt al snel een consensus: geen enkele auteur is voorstander van een commerciële marktwerking, terwijl de noodzaak aan ondernemen uitdrukkelijk benadrukt wordt. Daarbij krijgt het Rijnlandmodel, met de typisch continentale combinatie tussen zorgen en ondernemen duidelijk de voorkeur op het sociaaldarwinistische Angelsaksische model, met diens accent op een *survival of the strongest*. Helaas is dit laatste al geruime tijd dominant, met als gevolg dat er ook in onze maatschappij een toenemende kloof groeit tussen winners en losers, waardoor er steeds meer mensen beroep moeten doen op de zorgsector. De ironie, ja het cynische van het Angelsaksische model is dat de aanhangers ervan de toename van zorgbehoevenden toeschrijven aan de verzorgingsstaat die het profitaat in de hand zou werken. De enige oplossing die zij zien, is nog meer vrije markt en bij voorkeur een volledige privatisering en commercialisering van de zorg.

Het onderliggende mensbeeld

Beide modellen vertrekken bij een onderliggend mensbeeld, en het charter benadrukt de noodzaak daarvan. Het valt mij op dat dit mensbeeld weinig geëxpliciteerd wordt, zowel in het charter als in het boek. Ik vind dat meer dan nodig, vooral omdat het Angelsaksische model dat uitdrukkelijk doet, en bovendien ook in het leven roept door de richting waarin zij de maatschappij duwen. Het neoliberalisme gaat uit van een rationeel, individualistisch en hypercompetitief mensbeeld, met egoïsme als een dominant kenmerk.¹ De mens zit wezenlijk zo in elkaar, *Get real*, is hun boodschap. Bij wijze van inleiding wil ik het daartegenover staande mensbeeld verwoorden, dat bij het Rijnlandmodel hoort. Bovendien wil ik argumenteren waarom het juist is dan het Angelsaksische.

In mijn visie is onze identiteit een sociaalpsychologische constructie bovenop een evolutionair biologisch fundament. Dat is een hele mondvul, en toch is het makkelijk te begrijpen. Denk aan adoptie, dat is het meest overtuigende bewijs van het sociaalconstructieve effect: een Indiaas kind dat opgroeit binnen een Vlaamse cultuur met Vlaamse ouders, die ontwikkelt de typische identiteit van onze cultuur. Wat dat precies inhoudt, kunnen we ook uit het adoptievoorbeeld afleiden. Identiteit bestaat uit vier belangrijke sociale verhoudingen, die bovendien vol normen en waarden zitten: de verhouding tegenover de autoriteit, tegenover het andere geslacht, tegenover de ander-gelijke en tegenover onszelf.

De implicatie van deze visie op het mensbeeld is vrij verregaand, want dit betekent dat er geen vaststaande identiteit is, en dat de omgeving een determinerende invloed uitoefent op wie wij worden – begrijp: op de manier waarop wij ons zullen verhouden tegenover anderen. Opgroeien in een strenge moslimcultuur zal een andere identiteit, dat wil zeggen, andere sociale verhoudingen opleveren dan opgroeien in een neoliberale cultuur. Als gevolg daarvan kan elke cultuur beweren dat hun mensbeeld, hun visie op de menselijke essentie, de enig juiste is, want in hun omgeving zien ze daar alleen maar bevestiging van. Dat die cultuur die identiteit zelf gerealiseerd heeft, beseft men nauwelijks.

Betekent dit nu dat wij geen wezenlijke kenmerken bezitten, en dat we bijgevolg geen enkele uitspraak kunnen doen over de mens als dusdanig? Dat is natuurlijk niet het geval. Er is overtuigend onderzoek binnen de evolutionaire biologie op grond waarvan we een aantal wezenskenmerken kennen. Het allerbelangrijkste daarvan gaat meteen radicaal in tegen het Angelsaksische mensbeeld: wij behoren tot de sociale diersoorten, wij voelen ons vooral goed binnen een hiërarchisch geordende groep met duurzame sociale verhoudingen. Als wij systematisch alleen zitten, dan worden we ziek. Elk sociaal-economisch model dat individualisme bevordert, is bijgevolg ziekmakend, en dat wordt ondertussen ook bij ons hoe langer hoe duidelijker.

Op zich is dat al doorslaggevend om te kiezen voor het Rijnlandmodel, maar er is meer. Nog steeds op grond van hetzelfde onderzoek weten we dat er in de primaten – waartoe wij ook behoren – twee verschillende gedragsspatronen ingebakken zijn.ⁱⁱ De ene cluster is gericht op samenwerking, eerlijke verdeling en gemeenschap; de andere is gericht op ‘eigen ik eerst’, op nemen en individualisme. In de eerste kunnen we de basis vinden voor solidariteit, in de andere voor egoïsme. Het onderzoek toont ook aan dat de omgeving bepaalt welk gedragsspatroon er dominant naar voor treedt. Een maatschappij met egoïsten is een maatschappij die dit zelf geïnstalleerd heeft, en hetzelfde geldt voor een maatschappij met altruïsten. Maar er is wel een belangrijk verschil, als we het eerste wezenskenmerk in rekening brengen: wij zijn een sociale diersoort en dus van nature uit gericht op samenwerken en delen, we voelen ons slecht in een hyperindividualistische maatschappij waarin het eigen ik eerst primeert.

Het belang van deze studies is zeer groot: dit betekent dat zowel solidariteit als egoïsme biologisch ingebakken zitten, maar ook dat wij ons bij het eerste beter voelen omdat het veel meer aanleunt bij de sociale aard van de mens. Het onderzoek toont dat wij dit voor een flink stuk zelf in de hand hebben, dat we een maatschappij kunnen uitbouwen die hetzij egoïsme bevordert, hetzij solidariteit.

Met dit alles kan ik nu op een wetenschappelijk gefundeerde manier het mensbeeld omschrijven van het Rijnlandmodel. De mens is een sociaal wezen, dat meer gericht is op eerlijkheid, samenwerking en solidariteit dan op egoïsme en individualisme. De omgevingsfactoren kunnen die gerichtheid bevorderen of tegenwerken. Het Angelsaksische model ontkent het sociale aspect en haalt het egoïsme in ons naar boven, met als resultaat een toenemende ongelijkheid en bijgevolg een stijgend aantal mensen die in de zorg terecht komen.

De conclusie is dan ook duidelijk: we kunnen en mogen de zorgsector niet organiseren volgens dit model. De graaicultuur die vandaag inderdaad van hoog tot laag aanwezig is, van graaiende bankiers en politici over profiterende pseudo-zieken tot stelende jongeren, is het product van een neoliberale maatschappij die het eigen ik en het eigen profijt als hoogste goed naar voor schuift. Dit gebeurt ondertussen ook in de zorgeconomie, met als laatste staaltje de besparing op luiers in rust- en

verzorgingstehuizen en de hypocriete bekommernis van de farmaceutische industrie om te dure medicijnen voor kinderen.ⁱⁱⁱ

De hamvraag voor ons is de volgende: hoe kunnen we de neoliberale marktwerking uit de zorgsector weren en het goede van het ondernemen behouden? Dit is het volgende punt van mijn lezing. Daarna zal ik aandacht besteden aan de tweede term uit de titel, met name welzijn, en tot slot zal ik mij richten op de derde term, het samen.

Hoe het neoliberale uit ons ondernemen verwijderen?

Hoe kunnen we de neoliberale marktwerking bannen uit de zorgsector, en de goede kanten van het ondernemen behouden? In eerste instantie zijn we geneigd dit organisatorisch aan te pakken, en dat is op zich geen slecht idee. Maar volgens mij is dat niet voldoende, want het probleem zit veel dieper. Dertig jaar neoliberalisme heeft als gevolg dat ons taalgebruik daardoor in hoge mate besmet is. Zonder dat we het beseffen, gebruiken wij voortdurend woorden en uitdrukkingen die tot het neoliberale gedachtegoed behoren. Het belang daarvan is veel groter dan we vermoeden. Ons taalgebruik bepaalt ons denken en bijgevolg ook ons handelen. Dit is meteen mijn eerste antwoord: we moeten een taalhygiëne aan de dag leggen en radicaal alle woorden bannen die niet in de zorgsector thuishoren. Als je het boek leest, dan bots je op termen zoals stakeholders, outcome financiering, producten, cliënten, profit, core business, menselijk kapitaal, investeren in mensen, benchmarking, competitiviteit, output, trade-off, return on investment, enzovoort. Ik ben daar zeer zwart wit in: dit moet uit ons spreken en daardoor uit ons denken. Zolang wij die woorden blijven gebruiken, zullen we ook de bijbehorende praktijk implementeren. Voor sommige van die termen bestaan er goede Nederlandse equivalenten, die bovendien dichter bij de zorg aanleunen. Voor andere niet, en dat toont meteen aan dat ze niet in onze sector thuishoren.

Het is Michel Foucault geweest die de effecten van een dominant vertoog aantoonde – van zodra een bepaald taalgebruik dominant wordt, krijgt dit vertoog macht en gaat het de realiteit bepalen. Onmiddellijk daarbij aansluitend kan ik op nog twee andere talige fenomenen wijzen die bij hetzelfde discours horen: het gebruik van het Engels en het gebruik van afkortingen. Nog niet zo lang geleden stond het in Vlaanderen goed om af en toe Franse woorden te gebruiken, dat schiep de indruk dat de spreker tot een hoger niveau behoorde. Vandaag is het Frans vervangen door het Engels, maar de verklaring blijft dezelfde. In de psychologie heet dit identificatie met de agressor. Ter illustratie: dit is identiek hetzelfde fenomeen als de zwarte boys die meer dan een halve eeuw geleden in Belgisch Congo hun Swahili verbasterden met Belgisch Frans – ‘style petit nègre’ werd dat genoemd. Als ik vandaag iemand Engelse managementtermen hoor gebruiken, dan zie ik de hedendaagse versie van die gekoloniseerde zwartjes voor mij, die enigszins wanhopig proberen erbij te horen.

Het tweede fenomeen betreft het gebruik van afkortingen. In het boek valt dat nog mee, in de zorgsector zelf niet. Zoals jullie beter weten dan ik, puilt die vandaag uit van de letterwoorden. Het grappige is dat het merendeel van de mensen die ze gebruiken, zelf niet meer weten waarvoor ze staan. Doe eens de test, en je zal vreemd opkijken. Overigens is dit niet alleen maar grappig. Het probleem van letterwoorden werd zeer goed beschreven door George Orwell, niet toevallig in de appendix van zijn dystopische roman “1984”. Letterwoorden zorgen ervoor dat de oorspronkelijke betekenis weggeveegd wordt, en vervangen door een nieuw gedachtegoed dat altijd uit het dominante discours komt en dat heel vaak nog

nauwelijks iets te maken heeft met de oorspronkelijke betekenis van de volledige woordengroep. Volgens Orwell is het gebruik van letterwoorden typisch voor totalitaire regimes. Ook hier is de conclusie duidelijk: een radicale stop voor nieuwe letterwoorden. Gebruik woorden zoveel mogelijk voluit, en als je dan toch letterwoorden moet gebruiken, zorg er dan voor dat zowel jijzelf als je publiek de volledige betekenis ervan kent.

Besluitend voor wat ons taalgebruik betreft: schrap alle neoliberale uitdrukkingen, schrap het Engels en wees heel erg spaarzaam met letterwoorden. Wie dit consequent toepast in zijn denken, spreken en schrijven, die zal zijn praktijk zien veranderen.^{iv} Onmiddellijk daarbij aansluitend is er een tweede verandering nodig om het neoliberale uit de zorgsector te verwijderen, meer bepaald de vaak obsessionele aandacht voor cijfers. De mantra 'meten is weten' heeft in de zorgsector meer schade aangericht dan dat er voordelen uit gevloeid zijn. Ik wil hierbij twee vragen stellen. Vanwaar komt die obsessie? En wanneer is meten zinvol?

Het antwoord op de eerste vraag zal vermoedelijk verrassend klinken. Die obsessie inzake meten is een onvermijdelijk gevolg van het neoliberale mensbeeld, samen met de groeiende regelgeving en controledwang.^v Binnen die denkwereld gaat men ervan uit dat mensen individualisten zijn die alleen hun eigen profijt willen. Dit betekent dat je hen niet kan vertrouwen, eerder integendeel. Gevolg daarvan is dat alles vastgelegd moet worden in contracten, protocollen, functie-omschrijvingen en kwaliteitshandboeken, en dat er constant gecontroleerd en geëvalueerd moet worden of de werknemers zich daaraan houden. Dit is vaak ook nodig, want wie in een dergelijk systeem opgroeit en werkt, die zal er zich na verloop van tijd ook naar gedragen. Het gevolg daarvan is dat een dergelijke organisatie voortdurend nieuwe regels en regelgevingen produceert, met als doel een zo volledig mogelijke controle en een zo totaal mogelijke beheersing. De opvolging en uitvoering van die nieuwe regelingen moeten dan ook weer gemeten worden, enzovoort. Het resultaat bij de werknemers is overal hetzelfde: de zogenaamde 'kwaliteitszorg', met de bijbehorende metingen, audits en accrediteringen wordt door hen ervaren als een controle-met-kans-op-bestrafing en dus als een uiting van wantrouwen ("Denken ze dat ik mijn werk niet kan misschien?"). Dergelijke kwaliteitszorg leidt nagenoeg nooit tot meer kwaliteit, wel tot slechtere arbeidsverhoudingen.

Zoals gezegd, binnen een dergelijk systeem blijven de administratie en de controlesystemen groeien en gaan zij als het ware een eigen leven leiden. Op relatief korte tijd ontstaat er daardoor een niet-productieve tussenlaag, die zichzelf gaat rechtvaardigen door de werknemers op de vloer allerlei dingen op te leggen. Het kostenplaatje daarvan blijft natuurlijk ook groeien, waardoor er minder geld beschikbaar blijft voor de eigenlijke zorg. De ironie is dat men dit vaak wil oplossen door nog meer vrije markt-stijl in te voeren – ik noem dat ironisch omdat die groei precies een gevolg daarvan is. Dit is een van de punten waar een liberaal beleid het ondernemen als dusdanig tegenwerkt, want geen enkel bedrijf is gebaat met teveel regelgeving en administratie.

Daarmee hebben we al twee redenen waarom we bedachtzaam moeten omspringen met het meten: er is vaak een negatief effect op de arbeidsverhoudingen, en het neemt teveel onproductieve tijd in beslag. Er is nog een derde reden: meten bepaalt het werk op zich, samen met de organisatie ervan en dit vaak op een naïeve manier. Als de kwaliteit van zorg kwantitatief gemeten wordt, dan treedt deze meting in interactie met de evaluatie van het personeel, met als gevolg dat de werknemers hun aandacht vooral richten op wat er letterlijk meetelt, en de rest

gaan verwaarlozen. Meten is geen passieve registratie, wel een actieve sturing van het gedrag. Dit hoeft niet per definitie negatief te zijn, maar men moet daar dan liefst heel bewust en heel genuanceerd mee omspringen. Dit biedt mij meteen een opstapje naar het belangrijkste probleem in verband met 'meten is weten': niet alles is meetbaar, en veel cijfers zijn geen echte cijfers.

Wanneer kunnen we echt meten? Als er aan twee voorwaarden voldaan is: we moeten een objectieve maateenheid hebben, bijvoorbeeld centimeters voor lengte, kilo's voor gewicht; en we moeten te maken hebben met discrete eenheden binnen een intervalschaal. Het verschil tussen 7 meter en 5 meter is overal hetzelfde en komt bovendien exact overeen met het verschil tussen 18 meter en 20 meter. In de zorgsector zijn die twee voorwaarden nagenoeg nooit voldaan. We hebben zelden of nooit een objectieve maat – dat is trouwens een wetenschappelijk probleem voor de menswetenschappen in het geheel – en het betreft nagenoeg altijd ordinale metingen, zoals bijvoorbeeld gebaseerd op Likertschalen ('Duid aan wat er best past, op een schaal van 1 tot 5'). Die gegevens worden dan verwerkt, zodat we eindgetallen krijgen, en vervolgens gaat men die cijfers heel vaak hanteren alsof zij intervalmetingen betreffen, gebaseerd op objectieve maateenheden. Statistisch is dit compleet fout en het wordt helemaal zorgwekkend als we zien dat er op dergelijk cijfermateriaal nog verdere bewerkingen uitgevoerd worden, op grond waarvan vervolgens een beleid uitgestippeld wordt.

Concreet betekent dit dat subjectieve inschattingen door verschillende mensen begrepen en verwerkt worden als objectieve gegevens – en dat zijn ze nu net niet. Dit soort cijfermateriaal kunnen we alleen maar gebruiken als een min of meer gestandaardiseerde weergave van interpretaties, en dat is het zo ongeveer. Even ter overweging: het naïeve geloof in de veronderstelde objectiviteit van dergelijke cijfers heeft ons ondertussen de meest spectaculaire beurscrash opgeleverd sedert 1930.^{vi} Wanneer ik met cijfers werk, gebruik ik nog altijd een regel die ik in de lagere school aangeleerd kreeg. Als we toen een vraagstuk moesten oplossen, genre een bad bevat 140 liter water, uit de kraan komt er 1 liter per 3 seconden, de stop van het bad is versleten en er lekt 1,5 liter weg per minuut, hoe lang duurt het dan om het bad te vullen, moesten we eerst altijd een schatting maken op basis van ons gezond verstand en de gegevens die we gekregen hadden. Pas nadien mochten we het uitrekenen. In een groot aantal gevallen konden we op grond van onze schatting weten of onze berekening juist of fout was. Dit vind ik nog altijd een goede manier van werken.

Mijn besluit inzake ondernemen is dan ook vrij duidelijk: verwijder het neoliberale via een zorgvuldige taalhygiëne en wees bijzonder spaarzaam met cijfers en meten. Op de positieve invulling van ondernemen ga ik in bij mijn laatste punt, waar ik het over 'samen' zal hebben. Nu wil ik het eerst ingaan op welzijn.

Welzijn in en door een verhouding

Wij willen ondernemen met het oog op het welzijn, zowel van de anderen als van onszelf. Ik wil even terugkeren naar de impact van het taalgebruik. Een term overgewaaid uit het marktdenken is 'core business', we moeten ons beperken tot de 'core' van ons werk, en alles wat ballast is, kunnen we beter 'outsourcen'. Van Nederlandse collega's krijg ik te horen dat dit bij hen in toenemende mate betekent dat de vroegere zorgorganisaties zich toeleggen op het management en de rest uit handen geven. Ik ga ervan uit dat wij, dat jullie, dit niet willen. Bijgevolg moeten wij

ons de vraag stellen wat de kern van ons werk is. Kort samengevat luidt het antwoord daarop als volgt: de uitbouw van een *zorgzame verhouding*, met als resultaat welzijn voor *beide partijen*.

In mijn visie kunnen we daarbij twee ernstige fouten maken, en die komen net iets te weinig aan bod in het boek, vandaar dat ik het nodig vind erop in te gaan. De eerste fout is dat de hulpverlener uit het plaatje verdwijnt, en dat alle accent gelegd wordt op de persoon die hulp nodig heeft. Binnen de kortste keren verglijdt een dergelijke aanpak naar liefdadigheidswerk, naar 'welfare' – hier gebruik ik bewust een Engels woord, omdat het daardoor meteen in zijn juiste context staat. In het kielzog daarvan ontstaat er onvermijdelijk een verhouding van superieur tegenover inferieur, hetzij in een patriarchale, hetzij in een matriarchale versie, waarbij de kans op misbruik structureel ingebakken ligt. Of deze vorm van hulp ook helpt, is nog maar de vraag.

De tweede fout sluit daar onmiddellijk bij aan: alle aandacht gaat naar de hulpbehoevende, naar de individu-in-nood. Met de beste bedoelingen wordt het accent zoveel mogelijk gelegd op zijn of haar specifieke problematiek, waarvoor vervolgens een specifieke en voornamelijk instrumentele hulpverlening moet uitgedacht worden. Daardoor verglijden we naar nog meer individualisering.

De combinatie tussen die twee fouten is alles behalve zeldzaam. Daarbij worden welzijn en zorg toegespitst op specifieke en individuele problemen die bij voorkeur protocollair, instrumenteel en evidence-based aangepakt moeten worden, en dit door gespecialiseerd personeel binnen gespecialiseerde instellingen. De volgende stap is dat de privé sector overneemt. Dat dit alles binnen een verzorgingsverhouding moet gebeuren, krijgt nog nauwelijks aandacht. Precies daarom is die aanpak verkeerd. **We moeten er voortdurend bewust van blijven dat binnen de welzijns- en zorgsector de hulpverleningsrelatie centraal staat, met daarin een wederzijds belang**, en dit in contrast tot de instrumentalisering. Onmiddellijk daarbij aansluitend moeten we er ons bewust van zijn dat we vandaag meer dan ooit een vermaatschappelijking van de zorg nodig hebben, en dit in contrast tot de hyperindividualisering. Ik verklaar mij nader.

Een zorgverhouding, in contrast tot instrumentalisering

Wat is welzijn, wanneer voelen wij ons goed? Dit is minder moeilijk te omschrijven dan men wel denkt. Wij voelen ons goed als we iets betekenen voor iemand anders, als we ons erkend weten in een relatie van wederkerigheid. We voelen ons goed als we deel uitmaken van een groter geheel, als we kunnen bijdragen tot dat groter geheel, zonder daarin onze autonomie te verliezen. We voelen ons slecht als we ons niet erkend weten, als er geen wederkerigheid is en we niet actief kunnen deelnemen en ons gereduceerd voelen tot een machteloze toeschouwer van ons eigen leven.

Op grond van die omschrijving kunnen we vrij makkelijk afleiden wat er werkzaam zal zijn in de zorgsector, en dat wordt trouwens mooi bevestigd door onderzoek inzake psychotherapie. De werkzaamheid daarvan – een term die ik verkies boven efficiëntie en effectiviteit – heeft altijd te maken met drie factoren. De eerste en belangrijkste is de therapeutische verhouding, waarin erkenning en wederkerigheid centraal moeten staan. De tweede betreft de mate waarin de patiënt actief kan bijdragen tot het therapeutisch proces: hoe meer dat het geval is, des te werkzamer wordt de therapeutische verhouding. De laatste factor die de werkzaamheid bepaalt, betreft specifieke technieken, die dan te maken hebben met

de specifieke problematiek van de patiënt. Onderzoek toont aan dat dit de minst belangrijke factor is.

Vertaald naar de ruimere welzijnssector betekent dit dat we telkens opnieuw de zorgrelatie centraal moeten stellen, en vooral, dat wij ons moeten afvragen wat ons aandeel daarin is, onze motivatie. Ik vergeet nooit de les die ik van mijn allereerste borderline patiënte in mijn gezicht gesmeten kreeg, zo ongeveer in de vierde sessie: “Wie denkt gij wel dat ge zijt, wat zit gij hier eigenlijk te doen? Zijt gij bezig met te compenseren, of met te sublimeren?” Begrijp: je bent niet bezig met mij, wel met jezelf, er is hier geen plaats voor mij.

De Franse psychoanalyticus Jacques Lacan heeft deze valkuil heel helder beschreven, niet toevallig in een lessenreeks die over ethiek handelt. Het is de valkuil van de hulpverlener of instelling die denkt alleen maar het goede te willen voor haar bewoners. Het citaat begint met: “Je veux le bien des autres” – het is de hulpverlener die spreekt. De volgende stap introduceert wat mijn patiënte mij in mijn gezicht gooide: “Je veux le bien des autres à l’image du mien”, het goede naar mijn eigen beeld en gelijkenis. Ik weet wat goed is voor de ander, ik bepaal dat. Het wordt nog sterker met de laatste toevoeging: al dat goede moet bovendien volledig van mijn kant komen, ‘Je veux le bien des autres, pourvu qu’il dépende de mon effort’.^{vii} In deze benadering is er geen plaats voor de ander, zijn verondersteld welzijn is ondergeschikt aan dat van de hulpverlener. Willen we dit tegengaan, willen we het welzijn van beide partijen bevorderen, dan moeten we de verhouding op het voorplan plaatsen, niet het instrumentele van de zorg. Want met dat laatste kunnen we al te makkelijk ons eigen narcisme camoufleren.

Een vermaatschappelijking in contrast tot hyperindividualisering

Als we het accent leggen op de zorgrelatie, met daarin ten volle aandacht voor de twee deelnemende partijen, dan wordt het risico op de volgende fout een stuk kleiner. Die fout benoem ik als de individualisering van de zorg. Een dergelijke aanpak sluit andermaal aan bij het neoliberale mensbeeld. Met de woorden van Thatcher: “There is no such thing as society, there are only individuals”.^{viii} Historisch beschouwd heeft de zorgsector zich gaandeweg ontwikkeld in afzonderlijke doelgroepen, die elk een eigen benadering vroegen. Op zich is dat een goed idee, maar vanaf een bepaald ogenblik is dit zozeer verbijzonderd, dat het meer negatieve effecten oplevert dan positieve. Ik heb dit elders besproken als de gevaren van de-contextualisering en compartimentalisering.^{ix}

Het niet willen in rekening brengen van de maatschappelijke context blijkt al uit een historisch voorbeeld, met name het eerste officiële rapport (1919) over kindersterfte. Het rapport schrijft die kindersterfte niet toe aan de lamentabele levensomstandigheden van de arbeiders binnen de toenmalige industrialisatie, maar wel aan de domheid van de moeders, ja, zelfs aan moedwillige verwaarlozing. De voorgestelde oplossingen hadden dan ook geen enkele aandacht voor de toenmalige sociale en economische context. Nee, er moesten consultatiebureaus komen om al die slechte moeders beter op te voeden.^x We zijn een eeuw verder, en we maken nog steeds dezelfde fout. De verwoording van de hedendaagse varianten laat ik aan jullie intelligentie en ervaring over.

Bovendien gaat de individualisering van psychosociale problemen vandaag nog verder, want ook het individu wordt opgesplitst in afzonderlijke problemen, wat ik benoem als compartimentalisering. Een kind van tien gaat voor ‘zijn’ ADHD bij de kinderpsychiater, voor zijn leerstoornissen bij de logopedist, voor zijn obesitas bij de

gedragspsycholoog. Mijn simpele vraag is dan: bij wie kan dat kind terecht met zichzelf, met wat hij als *zijn* probleem ervaart?

Een dergelijke aanpak die alles bij het individu legt, en zelfs bij deelaspecten van dat individu, zonder de ruimere context te willen zien, getuigt van weinig gezond verstand, en creëert meestal nog een bijkomend probleem. In veel gevallen doet een dergelijke aanpak de overtuiging ontstaan dat niet alleen het probleem bij dat individu ligt, maar ook de oorzaak: het is zijn schuld, en alleen maar zijn schuld. Vervolgens worden die problemen zo instrumenteel mogelijk opgesplitst, met voor elk probleem een gespecialiseerde aanpak. Daardoor verdwijnt zowel de persoon als de ruimere context.

Op dat vlak is het tij wat aan het keren, de roep om een integrale zorg krijgt gelukkig steeds meer concrete gevolgen. Het is onze taak, en zeker als wij deel uitmaken van het beleid, om deze ruimere sociale dimensie te blijven aankaarten. Ter illustratie: op het vorige symposium van de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen bracht een arts het volgende verhaal.^{xi} Hij ziet in zijn praktijk de laatste paar jaar een toenemende groep patiënten met ernstige gezondheidsklachten – en die werken allemaal binnen hetzelfde bedrijf. Hij stelde de vraag wat zijn ethische en professionele verantwoordelijkheid daarbij is: ja, die patiënten helpen, dat spreekt voor zich, maar toch ook die oorzaak aanpakken. Maar hij vond geen gehoor, er was daarvoor geen duidelijk kanaal.

In dit verband is mijn stelling duidelijk: willen wij, als sector, voor welzijn gaan, dan kunnen en mogen we ons niet beperken tot het individu, zelfs niet tot onze instelling of organisatie. We moeten uitdrukkelijk actief invloed uitoefenen op maatschappelijke structuren. Dit is een belangrijke verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg, het is onze taak in te gaan tegen de structurele oorzaken waardoor mensen in de zorgsector terecht komen. Onze hulpvragers zijn de kanaries uit de mijnschachten van vroeger. Als we teveel kanaries zien vallen, dan volstaat het niet meer ons bezig te houden met die individuele vogels, maar moeten wij ook de oorzaak aankaarten, net zoals die huisarts.

Ondertussen is er een overtuigende wetenschappelijke verklaring voor die vallende kanaries, met name de snel toenemende sociale ongelijkheid, met als belangrijkste uitdrukking de inkomenskloof.^{xii} Willen we de noodzaak aan zorg verminderen via maatschappelijke weg, dan moet dat een van onze voornaamste doelen zijn: het nastreven van een aanvaardbare inkomensongelijkheid. Dat plaats ik dan onder de noemer zorg voor het welzijn van onze gemeenschap. En dat brengt me bij de derde en laatste term uit de titel van het boek: samen, hoe kunnen we dit samen realiseren?

Samen

Het aspect 'samen' sluit mooi aan bij het beeld van de mens als sociaal wezen dat gericht is op samenwerking. Geef mensen vertrouwen, geef ze autonomie op hun niveau, reken op sociale controle, en het aantal regelgevingen en metingen zal pijlsnel dalen, de arbeidstevredenheid zal stijgen en daarmee meteen ook de werkzaamheid.

Dit is een totaal andere aanpak dan het idee dat de welzijnsector competitief moet zijn en instellingen elkaar moeten beconcurreren. Waarom zouden wij dat moeten doen? Om de meest efficiënte – begrijp: de goedkoopste – te worden? Kijk naar de 'vrije' markt, en je weet waartoe dit leidt, zeker als de grond van de competitie een combinatie is tussen macht en financiële winst. De huidige

competitiedrang gaat in tegen waarden zoals solidariteit, en gaat sowieso in tegen het idee van samenwerking op zich.

Laat ons wel wezen: een dergelijke competitie is al bij al een typisch mannelijke macho bedoening, horende bij de *alfa males* – ook niet toevallig een Engelse term – die per se de grootste willen hebben. Als die competitie dan nog internationaal wordt, dan gaat het helemaal de verkeerde richting uit. Zorg is grotendeels lokaal en kan dan ook best lokaal ingebed liggen. Zorgmultinationals zijn echt geen goed idee, gezien de grote culturele verschillen op dat vlak. De eerste stap bij dergelijke schaalvergrotingen is het liquideren van lokaal ingebedde instellingen, het kiezen voor kapitaalkrachtige cliënten, het bikkellhard concurreren om overheidsopdrachten binnen te krijgen, het besparen op personeel, het kiezen voor minderwaardig materiaal, enzovoort. Ondanks alle slogans en mooie verpakkingen is het enige doel winstmaximalisatie, de rest telt niet.

Ik heb het daarstraks al benadrukt: welzijn heeft te maken met zorgende relaties, waarin beide partijen aan hun trekken komen. Begrijp: waarin alle partijen gemotiveerd zijn. Dit brengt ons bij een heel belangrijk en heel eigentijds onderwerp, de verloning, de bonussencultuur, en de steeds groeiende nood om mensen toch maar aan een bedrijf of organisatie te kunnen binden. Inderdaad is er ook in onze sector een ernstig probleem met personeelsverloop en straks ook cliëntenverloop. Nagenoeg overal probeert men dat op te lossen via extraatjes, extra-legale voordelen zoals dat dan heet. Merk op dat dergelijk maatregelen uitdrukkelijk vertrekken vanuit een neoliberal mensbeeld: werknemers en zogenaamde cliënten zijn enkel uit op hun eigen profijt, dus moeten we ze op die manier verleiden. In de praktijk blijken de effecten daarvan eerder aan de magere kant te zijn, en de verklaring daarvoor is erg simpel. In vakjargon uitgedrukt: met extraatjes en bonussen doet men beroep op een extrinsieke motivatie, en dat werkt nauwelijks.

Ondertussen is er ook daar veel en overtuigend onderzoek naar gedaan, en dat wordt mooi samengevat door Dan Pink.^{xiii} Financiële stimuli verhogen de motivatie enkel bij jobs waarin men niet moet nadenken. Zodra we het over denkwerk hebben en al helemaal als daar ook creativiteit aan te pas komt, werkt een intrinsieke motivatie veel beter. Merkwaardig genoeg zorgt een extrinsieke motivatie bij creatief denkwerk voor *slechtere* resultaten! De hamvraag is waarmee die intrinsieke motivatie te maken heeft. Dan Pink vat dit samen in drie kernwoorden: autonomie, vakmanschap en bijdrage aan een groter doel.

Autonomie en vakmanschap hangen nauw samen. Zelf greep kunnen hebben op de invulling van de eigen job doet het engagement enorm toenemen. Automatisch betekent dit een toename in de expertise, waardoor men er nog meer plezier aan beleeft. Het doel moet ervaren worden als een bijdrage aan iets wat onszelf overstijgt, iets wat we niet alleen kunnen realiseren en waarvoor we samenwerken met anderen. Daardoor krijgen we uitdrukkelijk het gevoel erbij te horen, deel uit te maken van een gemeenschap waarin we toch onze eigen plaats vinden. Hoe beter het evenwicht tussen het gevoel deel uit te maken van een groter geheel en toch een stuk autonomie te behouden, des te groter wordt de intrinsieke motivatie.

In een ideale situatie geldt dit voor zoveel mogelijk deelnemende partijen: de werkgevers, de werknemers en de zorgbehoevenden, waarbij iedereen minstens een stukje reële zeggenschap heeft over het eigen aandeel, in het volle besef dat hij/zij het groter geheel niet alleen kan realiseren. Ik keer nog even terug naar dat idee van 'core business' waar ik het daarstraks over had. Vaak heeft dit tot gevolg gehad dat zaken zoals keuken, wasserij, tuin, en technisch onderhoud uit de instelling verdwenen zijn. Nog niet zo lang geleden werden dergelijke taken samen met de

zorgbehoevenden uitgevoerd, wat hen toeliet deel te nemen aan hun eigen leven en aan de organisatie. Geef ze een taak, een verantwoordelijkheid, en ze voelen zich weer 'iemand'. En ja, dat werk zal minder efficiënt uitgevoerd worden, dat is zonder twijfel waar. Maar het welzijn zal wel toenemen, en dat was toch de bedoeling?

De vraag waarmee ik wil eindigen is welk ondernemingsmodel we het best kunnen hanteren, in functie van het welzijn voor alle deelnemende partijen en in de wetenschap dat de kern van ons werk altijd neerkomt op een zorgzame verhouding. Het boek formuleert daar een overtuigend antwoord op.

De beste organisatievorm om samen te ondernemen in welzijn zal altijd neerkomen op een coöperatieve, in een van de vele denkbare varianten. De redenen waarom dit de beste organisatievorm is, liggen zo voor het grijpen. Met deze organisatievorm wordt het welzijn inderdaad samen bevorderd, en niet door één partij voor een andere. Als model sluit dit het best aan bij een mensbeeld dat uitgaat van onze sociale aard. De verschillende deelnemende partijen (inderdaad: deelnemende partijen en geen *stakeholders*, want die willen alleen maar winst voor zichzelf) in de zorgrelatie komen aan bod. Zowel leidinggevend, werknemers als zorgbehoevenden zijn allemaal ook een stukje eigenaar, en hebben een bijbehorend stukje zeggenschap, waarbij het in ieders individueel belang is dat men zich inzet voor het grotere doel. Dat is niet meer het maken van winst, wel het samen maken van meer welzijn.

Op de keper beschouwd biedt een coöperatieve onderneming een heel mooi antwoord zowel op het oude probleem van de welzijnssector als op het hedendaagse. Vroeger hadden we het paternaliseren, waarbij de zorgbehoevenden gereduceerd werden tot onmondige kinderen; vandaag hebben we het commercialiseren, waarbij zorgbehoevenden gereduceerd worden tot interessante investeringen. Een coöperatieve onderneming is altijd gesteund op een overlegmodel, waardoor het patriarchale bijna onmogelijk wordt. Een coöperatieve onderneming in de welzijnssector zal zich bovendien niet richten op winstmaximalisatie, wel op welzijnsmaximalisatie. De voorwaarden daartoe – het evenwicht tussen een stuk autonomie en toch deel uitmaken van een groter geheel en dit binnen verhoudingen waar wederkerigheid centraal staat – die zitten ingebakken in het idee van coöperatieve.

De maatschappelijke relevantie van dit model is vandaag zeer groot – vandaar dat het ondertussen in de pers aangevallen wordt vanuit de bekende hoek der beursgenoteerde bedrijven. Een dergelijke ontwikkeling zien zij met lede ogen aan, omdat het inderdaad volledig ingaat tegen de neoliberale stijl. Die aanvallen kunnen wij – ironisch genoeg – begrijpen als een bewijs voor de maatschappelijke waarde van dit coöperatieve ondernemersmodel, dat ondertussen ook in de bedrijfswereld zelf stilletjes aan voet aan de grond krijgt (kijk maar eens na via google). Voorlopig doet België het op dit vlak niet zo goed, maar dit is een reden te meer om hier, als welzijnsorganisaties het voortouw te nemen. Dit kadert dan binnen wat ik hoger benoemde als het inwerken op maatschappelijke structuren, om de sociale ongelijkheid naar omlaag te krijgen.

Tot besluit: samen ondernemen in welzijn, dat klinkt voor mij als de beste formule voor een geslaagde samenleving. En dat is vandaag meer dan ooit nodig.

Eindnoten.

ⁱ Binnen het neoliberalisme krijgen we dan ook een doelbewuste herdefiniëring van het egoïsme. Dit gebeurde in drie stappen. Vooreerst wordt egoïsme voorgesteld als een typisch en dus normaal menselijk kenmerk, met uitspraken zoals: “Iedere mens is in wezen een egoïst, wie iets anders beweert, die liegt” en “Altruïsme is niets anders dan uitgesteld egoïsme.” Ongeveer iedereen voelt zich daardoor aangesproken, omdat ongeveer iedereen inderdaad al egoïstisch gehandeld heeft, en zich daarover schuldig voelt. De tweede stap is dat egoïsme naar voor geschoven wordt als hoogste vorm van rationaliteit: “Een rationeel wezen denkt in eerste instantie aan zichzelf, dat is de beste strategie.” Oef! We hoeven ons toch niet zo schuldig te voelen. Ten slotte wordt egoïsme herdoopt tot een menselijke deugd, want het precies dit egoïsme dat de vrije markt beter doet functioneren, en dat is uiteindelijk in het belang van iedereen (zie A.Rand, in haar roman *Atlas shrugged*, meteen de bijbel van het neoliberalisme).

ⁱⁱ de Waal, Fr. (2009). Een tijd voor empathie. Amsterdam: Contact.

ⁱⁱⁱ Farmabaas fluit Alexion terug in zaak-Viktor. http://www.standaard.be/cnt/DMF20130506_00568721

^{iv} Een oefening die ik warm kan aanbevelen, en die velen de ogen opent: als je zelf een tekst schrijft, of als je een tekst van een collega leest, neem een markeerstift en duidt de letterwoorden, het Engels en de markttermen aan. (De twee eerste zijn makkelijk te vinden, de laatste al een flink stuk minder. Als ik dat bij mijn studenten doe, vergeten ze termen zoals winst, verlies, investeren, cliënt, naast vaak nog een aantal andere.) In het merendeel der gevallen ziet de tekst er nadien letterlijk erg gekleurd uit, en dat mag je ook figuurlijk opvatten: gekleurd door het gedachtegoed in het kielzog van die woorden. Vervang ze vervolgens door Nederlandse woorden die niet uit de marktwereld komen, en kijk eens naar het betekenis-effect.

^v Nog niet zo lang geleden deed ik het volgende ironische voorstel op een lezing. De impact van de ‘stoornis’ bleek uit het feit dat nogal wat toehoorders de ironie van het voorstel niet begrepen...

“De DSM 5.0 komt er straks aan, met maar eventjes meer dan honderd nieuwe stoornissen. Rouw is geen rouw meer, maar depressie (laat maar komen die pil), de criteria voor ADHD worden versoepeld (nog meer rilatine) en eindelijk wordt bevestigd wat mannen al lang wisten: vrouwen zijn psychiatrisch gestoord in de periode vlak voor ze hun menstruaties krijgen. De Amerikaanse taskforce heeft evenwel een van de belangrijkste stoornissen van onze tijd over het hoofd gezien, een stoornis die zo wijd verbreid is dat we kunnen vrezen voor een epidemie. Vandaar dat ik meteen een aanvulling voorstel en binnen de huidige trend naar debilerende afkortingen, benoem ik dit nieuw label als PEED (uit te spreken als pie ie ie die), wat staat voor Pseudo-Efficiency and Effectivity Disorder. Als diagnostische criteria stel ik het volgende voor:

PSEUDO EFFICIENCY AND EFFECTIVITY DISORDER (PEED)

Deze diagnose wordt toegekend indien de betrokkene minstens drie van de vijf volgende kenmerken vertoont:

A. Betrokkene lijdt aan het waanidee dat alles meetbaar en kwantificeerbaar is en produceert agressieve uitvallen wanneer hij op dit punt terecht gewezen wordt.

B. Betrokkene lijdt aan registratiedwang, waarbij hij vooral gedrag en kenmerken van anderen wil registreren; slechts bij hoge uitzondering past betrokkene dit ook bij zichzelf toe.

C. Betrokkene is zeer gevoelig voor veranderingen en eist een volledig voorspelbare en gestandaardiseerde omgeving; zelfs banale variaties lokken angst- en/of woede-aanvallen uit.

Nb: dit geldt niet voor de vele wijzigingen die hij zelf invoert.

D. Het taalgebruik van de betrokkene wordt in toenemende mate onbegrijpelijk, en verwijst niet meer naar een herkenbare realiteit.

E. Betrokkene lijdt aan groothedswaanzin en is ervan overtuigd dat de organisatie waartoe hij behoort, door zijn toedoen alleen maar beter wordt.

Deze stoornis behoort tot de ruimere groep van angststoornissen, is in hoge mate besmettelijk en in alle gevallen schadelijk voor de omgeving. Een efficiënte en effectieve behandeling is nog niet voorhanden, maar de farmaceutische industrie heeft een randomized controlled studie opgezet met een nieuw en zeer krachtig neurolepticum. Bij ernstige gevallen dient euthanasie in overweging genomen te worden.”

^{vi}Toen Alan Greenspan, (twintig jaar voorzitter van de Amerikaanse Federale Bank) de spectaculaire kredietimplosie van 2007 en 2008 en het bijbehorend falen van ‘de markt’ moest uitleggen aan een comité van het Amerikaanse Huis van Afgevaardigden (23 oktober 2008), wist hij niets beters te zeggen dan dat hij in een toestand van ‘geschokt ongeloof’ verkeerde; alle cijfers die hij tot zijner beschikking had, hadden getoond dat de vrije markt niet kon falen, dat alles optimaal verliep.

^{vii} Het volledige citaat luidt als volgt: “C'est un fait d'expérience - ce que je veux, c'est le bien des autres à l'image du mien. Ça ne vaut pas si cher. Ce que je veux, c'est le bien des autres, pourvu qu'il reste à l'image du mien. Je dirai plus, ça se dégrade si vite que ça devient - pourvu qu'il dépende de mon effort”. (Lacan, J. (1986 [1959-1960]). *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse* (texte établi par J.-A. Miller). Paris: Seuil, p.220.)

^{viii} Interview met M. Thatcher in *Women's Own Magazine* van 31 oktober 1987.

^{ix} Verhaeghe, P. (2009), Het einde van de psychotherapie, Amsterdam, De Bezige Bij, pp. 34-38.

^x Vandenbroeck, M. (2004). In verzekerde bewaring. Honderdvijftig jaar kinderen, ouders en kinderopvang. Amsterdam: SWP.

Vandenbroeck, M. (2006). The Persistent Gap between Education and Care: a 'History of the Present' Research on Belgian Child Care Provision and Policy. *Paedagogica Historica*, 42, 363-383.

^{xi} 43e Medisch-Psychologisch Weekend van Domus Medica, 6 en 7 oktober 2012, Diegem.

^{xii} De studies van Wilkinson en Pickett zijn verplichte literatuur voor iedereen die met maatschappelijke beleid te maken heeft. Wilkinson, R. (2005). *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. Londen & New York: Routledge.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*. Londen: Penguin Books, herziene druk (originele editie 2009).

^{xiii} Te bekijken op: Pink, D. (2009). The surprising science of motivation. tedglobal 2009.
http://blog.ted.com/2009/08/24/the_surprising/.