

**Frans Vosman
Andries Baart**

Aannemelijke zorg

**Over het uitzieden en verdringen
van praktische wijsheid
in de gezondheidszorg**



LEMMA

Aannemelijke zorg

Aannemelijke zorg

Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg

Frans Vosman en Andries Baart



Uitgeverij LEMMA - Den Haag-2008

Omslagfoto: M.A.M. de Bree
Omslagontwerp: Primo!Studio, Delft
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

© 2008 Frans Vosman en Andries Baart / Uitgeverij LEMMA

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978-90-5931-306-4
NUR 870

www.lemma.nl

Vooraf

Uit de tekst die in dit boekje wordt aangeboden, hebben we de dubbeloratie gedestilleerd die we op 24 oktober 2008 aan de Universiteit van Tilburg hielden. Een dergelijke rede stelt zo zijn retorische eisen: ze moet aangenaam voor het gehoor zijn, onderhoudend en begrijpelijk voor de geïnteresseerde toehoorder en worden afgerond binnen 35 minuten spreektijd per redenaar. Daar is niets mis mee, maar het is plezierig om meer armslag te hebben.

We schetsen de theoretische achtergronden van het onderzoek dat wij met onze collega's, promovendi en andere *fellow travelers* verder willen ontwikkelen. Op dat onderzoek verheugen we ons zeer. Het heeft de bevordering van goede zorg, opgevat als menslievende of presente zorg op het oog. We willen dat kritisch doen, in een zorg-ethische traditie met open aandacht voor de beleving van patiënten en de ervaringen van werkers, maar ook doordrongen van de institutionele hardheid van de sector en de opgaven van de managers, en met een realistisch besef van de maatschappelijke verwachtingen over en de politieke druk op de sector. Met de uitwerking van dat idee van zorg zijn we al geruime tijd bezig: in studie, in veldonderzoek, in onderwijs en in de begeleiding van (veld)experimenten en leergemeenschappen in ziekenhuizen, maar ook in verpleeg- en verzorgingshuizen. We zijn eveneens betrokken bij de zorg voor dak- en thuislozen, mensen met een psychiatrische achtergrond of een verstandelijke beperking, verslaafden, dementen en bij verwaarloosde kinderen. Toch concentreren we ons in deze tekst op de zorg die door artsen en verpleegkundigen wordt gegeven. Wat we daar leren is, zo weten we inmiddels, dikwijls ook elders met vrucht te gebruiken.

De dubbeloratie was een gereede aanleiding de *state of the art* op te maken, te bezien wat we geleerd hebben, waaraan de meeste behoefte bestaat, waarin we theoretisch en praktisch fiducia hebben, waar het maatschappelijk debat stagneert en hoe we het best verder zouden kunnen. Door de tekst schemert voortdurend het werk heen dat we al deden of nog onder handen hebben en tegelijk reiken we achterwaarts uit naar de rijke tradities waaruit we voortkomen en voorwaarts naar de toekomst waaraan we ons steentje graag bijdragen.

We pogen enige afstand te bewaren tot het al te snelle, kortademige werk en kruisen bij voorkeur aan de traditie ontleende, duur verworven inzichten over praktische wijsheid met onder meer hedendaagse gedragswetenschappelijke theorieën, zeker ook als ze verpleegkundig, bestuurskundig en *managerial* van aard zijn. We zijn daarbij sterk geïnteresseerd in wat men noemt taciet weten, de zogeheten reflectieve practicus, de leergemeenschap van beroepsbeoefenaren, de *practice turn*, klinische wijsheid en ambachtelijkheid in de volle zin des woords. Maar we hechten tegelijk een groot belang

aan de wijsgerige en wijsgerig-ethische wortels van deze theorieën en concepten, omdat ze te vaak onderbelicht blijven en dan sluipend hun invloed doen gelden.

Het kruisen, spinnen en weven van deze zo verschillende draden doen we zowel in kritische studies als in gedegen opgezet, empirisch kwalitatief onderzoek dat we aan deze studies ten grondslag leggen. We willen *grounded* kunnen spreken en geen bellen blazen, hoe mooi die misschien ook zijn. Ze zweven – maar dat doen op hun manier trouwens veel uitspraken die *evidence-based* heten te zijn ook. De verbindingen die wij nastreven, houden een aantrekkelijke en tegelijk complexe opgave in die niet zomaar tot een goed einde komt: in deze tekst gaan we ook op zoek naar kredietwaardige methoden van werken.

Praktische wijsheid kan men een gemakkelijke draai geven en beperken tot de hoogstpersoonlijke, liefst uit de diepe bronnen van spiritualiteit voortvloeiende inzichten van de werker of tot een handige toepassingskwaliteit die zo goed te pas komt bij onoverzichtelijke handelingsproblemen. Maar we menen de relevantie van praktische wijsheid ook uit te moeten werken naar haar werkzaamheid in de institutionele context – waar toch het nodige loos is – en in het publieke domein waar het niet minder rommelt. Op de keper beschouwd ontwikkelen we onze interpretatie van het klassieke idee van praktische wijsheid in de driehoek van de ‘patiënt met zijn eigenheid en geschiedenis’, de ‘werker met zijn eigen vakeisen en bestaansethiek’ en de ‘instelling op het kruispunt van historische, maatschappelijke en politieke directieven’.

Op deze manier willen we een eigen bijdrage leveren aan de zorgethiek. Mochten we daarin slagen dan dienen we daarmee de gezondheidszorg en dus degenen die er als patiënt of werker van afhankelijk zijn – en, laten we wel zijn, dat zijn wijzelf (mettertijd) ook. Vooralsnog is het *work in progress* en de tekst draagt daar willens en wetens de sporen van: we hebben niet gestreefd naar een dichtgetimmerd betoog, noch naar de volledige, uitgewerkte en in alle opzichten verantwoorde verwerking van ons onderzoek. De tekst geeft de denkrichting aan waarin we moraaltheologisch, bestuurskundig en bijvoorbeeld met kwalitatief empirisch onderzoek denken te moeten gaan. Ze weerspiegelt hoe we bewegen, waarheen en ook waarvan af, waardoor we aangetrokken en waardoor we afgeschrikt worden. Zo ziet men ook wie wij zijn, waar onze morele motieven en passies liggen: we hebben ze niet afgedekt met ondoordringbare wetenschappelijke afstandelijkheid. De tekst is bovendien – net als het onderzoek dat ons voor ogen staat – interdisciplinair: de verschillende vakgebieden die we vertegenwoordigen zingen zoals ze gebekt zijn, de een wat hoger en de ander wat langer: het mocht zo blijven. We wachten ons ervoor de verschillen tussen onze disciplines weg te poetsen, alsof het om vertalingen zou gaan van het ene spraakgebruik in het andere. We leggen wegen aan, plaatsen borden en slaan bruggetjes, we schudden elkaar met plezier de hand, maar verder is, zoals ook de literatuur laat zien, interdisciplinariteit een waagstuk van de eerste orde. Niettemin: zorg *is* interdisciplinair, dus we moeten wel. En we willen ook. Waar het specifiek om de moraaltheologie gaat, willen

we de richting van haar wenselijke ontwikkeling verder invullen en dóórgaan waar ze is gestrand¹ respectievelijk tegen de grond gewerkt. En waar het de presentietheorie betreft, willen we enerzijds haar theoretische fundering versterken en anderzijds haar betekenis verkennen voor andere velden, met andere systemische kenmerken en met andere disciplines dan waaruit ze zelf is voortgekomen. Ook geen sinecure dus, maar wel iets om je hart aan te verpanden.

Utrecht
Frans Vosman
Andries Baart

1 Zie Vosman, F. & Leget, C. (2007). 'De moraaltheologie gestrand'. *Tijdschrift voor Theologie* jrg. 47, nr. 3, p. 233-244.

Inhoud

Deel I	
Frans Vosman, Over het uitzien van praktische wijsheid	11
Inleiding: een wijze dokter?	13
1 Van medische ethiek via zorgethiek naar een probleemstelling	15
2 Praktische wijsheid	25
3 Praktische wijsheid in instituties die systemen worden	37
Geraadpleegde literatuur	44
Deel II	
Andries Baart, Over de verdringing van praktijkkennis	49
1 Van zorg naar goede zorg	51
2 Van handelen naar praktijken	55
3 Van propositionele kennis naar taciet weten	69
4 Van taciete kennis naar ambachtelijkheid en wijsheid in de praktijk	95
5 Van praktijken naar het cultiveren en onderzoeken van praktische wijsheid	117
Geraadpleegde literatuur	127
Over de auteurs	135

Deel I

Over het uitzien van praktische wijsheid

Frans Vosman

Inleiding: een wijze dokter?

De internist-oncoloog Joop Douma behandelde enkele jaren geleden in het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem een 88-jarige dame, mevrouw Giena Richters. Volgens de beperkte beschrijving die we van de casus hebben is de vrouw uitbehandeld: zij heeft uitzaaiingen die niet verder zinvol behandeld kunnen worden. Zij wordt met behulp van morfine tegen de pijn geholpen. Er wordt, kortom, een palliatieve weg bewandeld. Deze dame heeft twee volwassen, gehuwde dochters.² Op een gegeven moment vraagt de vrouw om euthanasie.

We nemen het doen en laten van de arts in deze casus als aanleiding om de vraag aan de orde te stellen: handelt de arts vanuit praktische wijsheid?³ Onder praktische wijsheid van de zorgverlener verstaan we vooraleerst het morele *savoir faire* in complexe situaties, waarin een creatief residu van eerder professioneel handelen werkzaam is met het oog op nieuwe handelingskwesties. Is zulke praktische wijsheid een betrouwbare leidraad bij medisch handelen? Deze vraag heeft in dit geval betrekking op een *end of life decision*, maar wat onze reflectie betreft, gaan de vragen naar het belang van praktische wijsheid over de gehele breedte van de geneeskunde en de verpleegkunde. Ons zoeklicht geldt ook heel alledaagse situaties in het midden van het leven, bijvoorbeeld bij chronische ziekten, en bij gemakkelijk of schijnbaar gemakkelijk te genezen ziekten en aandoeningen. Het idee heerst dat ethiek vooral of uitsluitend met letterlijk extreme situaties te maken heeft en dat het dilemma de dominante vorm van ethiek is. Wij sluiten ons echter aan bij het inzicht van zowel Aristoteles als Thomas van Aquino dat ethiek telkens weer bij gewone, alledaagse handelingskwesties begint; men moet van het midden naar de extremen gaan en niet andersom.⁴ Dilemma's zijn sensationeel, het morele weten komt uit het alledaagse.

Om de vragen alvast in kritische zin uit te breiden, wanneer zijn een inzicht en een manier van doen die voortkomen uit ervaring wijs? Immers, zoals de klassieke moraaltheologie al wist, een gewoonte is niet per se goed, ook niet een gewoonte waarin bewust geprobeerd wordt het goede te realiseren. Uit de moraaltheologische tradities weten we al dat een habitus geen *virtus*, geen deugd, is. Kan ervaring worden uitgezoden tot wijze en betrouwbare oriëntatie voor verder doen en laten? En verder, is er

2 De NCRV zond in 2003 onder de titel *Regie over eigen leven en sterven* een driedelige documentaire uit (gemaakt door Rob Hof) over artsen en patiënten in het Rijnstate ziekenhuis, Arnhem. Deze 'casus' is – met toestemming van de NCRV – genomen uit aflevering 1, *Gewenste dood*. Dr. Douma is erover geïnterviewd in het tijdschrift *Relevant*, nr. 3, juli 2004.

3 Ik gebruik 'we, wij, ons' om Baart en mij samen aan te duiden; 'ik, mijn' om mijn eigen opvatting aan te geven.

4 Pellegrino, E.D. & Thomasma, D.C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.

in de praktische wijsheid een *savoir faire* te identificeren dat een meer algemene, niet strikt tot één casus of tot een sterk gelijkende casus beperkte strekking heeft? Onze interesse in praktische wijsheid is een kritische interesse. De praktische wijsheid waar we het over hebben, dient een *savoir faire* te zijn dat niet alleen geborneerdheid van de gewoonte vermijdt, maar ook de kracht heeft om met de organisatorische druk van hedendaagse zorginstellingen om te gaan.

De patiënte, mevrouw Richters, voelt zich benard en vraagt, zoals zij het uitdrukt, om 'een prik zodat ik kan gaan slapen en niet meer wakker word'. De arts aanhoort, merkt op dat ze zo helder is, wat zij beaamt; hij maakt duidelijk dat hij nog maatregelen kan nemen zodat ze niet zo misselijk en niet zo slaperig is, dat euthanasie niet een snel besluit kan zijn en laat in het bijzijn van de patiënte een schoonzoon en dochter aan het woord. De betreffende schoonzoon merkt verbaasd op dat het wel lijkt of de arts nog nooit euthanasie heeft gepleegd; de dochter maakt een vergelijking met het doden van geliefde huisdieren wat ook 'heel moeilijk' is om te doen. De arts suggereert er een nachtje over te slapen en er dan weer samen over te praten; samen, dat wil zeggen, enerzijds de arts en dezelfde verpleegkundige, anderzijds de patiënte en haar twee dochters en schoonzonen. Hij spreekt de vrouw later weer. De patiënte geeft te kennen dat zij zich beter voelt en er naar eigen zeggen weer zin in heeft; de arts maakt met plezier contact met haar over dat het zo goed was er een nachtje over te slapen. Kort gezegd: de behandelaar had de onderstromen van vrijheid en onvrijheid gedetecteerd en wist wat hij zonder veel belasting nog kon doen ter verlichting van de misselijkheid en sufheid. Er volgt weer een gesprek met de familie erbij. De arts verklaart zijn handelen voor de camera en zegt dat hij 'in en achter de patiënten wil kijken en hun context'. Uiteindelijk verlaat mevrouw Richters het ziekenhuis en verblijft vier weken in een nabijgelegen hospice. De arts zoekt haar daar nog een keer op; zij blijkt het goed te maken, is nog steeds helder en niet misselijk. Desgevraagd zegt ze dat ze het weer zo goed maakt, omdat iedereen er zo goed voor haar zorgt, iedereen haar 'verwent'. In het eerste gesprek was het een zorg voor haar dat ze bij alles geholpen moest worden, dat ze een last voor de kinderen was; nu is ze op beide fronten gerust. Na ruim vier weken verblijf in het hospice gaat ze nog naar haar eigen huis terug, waar ze na twee weken een natuurlijke dood sterft.

Voor de duidelijkheid: de arts gaat in andere situaties wel tot euthanasie over en hij volgt dan het euthanasieprotocol nauwkeurig, zowel het protocol dat de wet voorschrijft als de interne regels van het ziekenhuis. Anders gezegd: als wij de vraag naar praktische wijsheid opwerpen gaat het, althans bij deze arts, niet om verwerpen van regels noch om het zonder meer overrulen van autonomie. Overigens, ook wanneer hij wel bereid raakt tot euthanasie, spoort deze arts op wie de patiënt als persoon is en wie de naasten eigenlijk zijn, wat voor hen in de loop van hun leven een goed was, waardoor ze zich lieten leiden. Pas in een 'hiërarchie van goederen', om het in de taal van de moraaltheologie te zeggen, wordt duidelijk waarvoor de doodswens staat.

1 Van medische ethiek via zorgethiek naar een probleemstelling

Degenen die deze casus tot zich door laten dringen, zullen niet van mening verschillen over het gegeven dat men een ervaren arts aan het werk heeft gezien, een *medicus practicus* die vele patiënten heeft behandeld en ook met zulk soort *end of life decisions* geregeld te maken heeft gehad.⁵ Maar vermoedelijk zullen wij wel snel van opvatting verschillen als het gaat om de vraag of de arts goed heeft gehandeld, wel te verstaan moreel goed heeft gehandeld. Heeft de arts zo gehandeld dat de patiënte goede zorg ontving? Deze arts is ervaren, maar is hij van die ervaring wijs geworden? Men kan zich bijvoorbeeld afvragen: is hier geen sprake van medisch paternalisme, of, anders gezegd, gaat het om een arts die het beter weet dan de patiënte en haar familie? Veel duidelijker en helderder kan een wens tot euthanasie toch niet zijn? De autonomie van de patiënt en de inbreng van haar naasten zijn dan in het geding. Vanuit eenzelfde deontologische benadering zou men dan de plicht tot respect voor de autonomie van de patiënt kunnen gaan afwegen met het *primum non nocere*, met de eerste plicht van een arts om geen schade te berokkenen. Medisch ethisch gezien zou men kunnen zeggen: ook als de arts niet alleen ervaren is, maar ook nog eens uit ervaring wijs is geworden, dan nog moet uiteindelijk een andere denklijn prevaleren boven die wijsheid, namelijk de lijn van rechten, plichten en regels. Dat laatste nog eens in vraagvorm: is praktische wijsheid van de ervaren zorgverlener niet te subjectief, te veranderlijk en te weinig structureel? Het adagium zou dan dus moeten zijn: plichten afwegen en richtlijnen aanwenden. Dat wil zeggen, er is een ‘als...dan’-regel die gevolgd moet worden: ‘als een patiënt om euthanasie vraagt, dan moet het een herhaald en bewust gedaan verzoek zijn, in vrijheid gedaan’. De handelingsregel bestaat er ook uit de elementen ‘herhaald’, ‘bewust’ en ‘vrij’ te controleren. En zo zijn er andere regels die ook gewoon gevolgd moeten worden. We laten hier de kwestie rusten van morele regels die verschillen van juridische regels. Praktische wijsheid? We kunnen ethisch gezien maar beter zonder de beweeglijke praktische wijsheid van de dokter. De praktische wijsheid dient er maximaal toe om de plichtenafweging en de regelaanwending soepel te laten verlopen. Het is wel handig als je een arts hebt die de afweging van plichten soepel kan maken en die de richtlijn correct kan toepassen.

5 In strikte zin hebben we als kijkers noch als ethici een medische ethische of zorgethische casus, want ons ontbreken voldoende medische en verpleegkundige feiten en inzichten; het gaat eerder om een impressie van een casus.

Nog steeds naar aanleiding van de casus wil ik tot een probleemstelling komen waarbinnen de vragen naar de praktische wijsheid gekaderd zijn. Daarvoor ga ik een schijnbare omweg, door te bezien of dominante benaderingen van zo'n casus, waarin praktische wijsheid geen rol van betekenis heeft, met hun antwoord op wat goede zorg is het vermogen hebben te identificeren wat er moreel op het spel staat. De vraag naar wat goede zorg is, is allesbehalve een vrijblijvende vraag.

Een andere benadering van de casus is een consequentialistische benadering van goede zorg. Men zou dan de vraag kunnen stellen: wat bevordert de kwaliteit van leven van de patiënt het meest? Het antwoord op deze consequentialistisch gekaderde vraag is vervolgens de basis voor een normatieve uitspraak of de dokter het moreel gezien goed doet. Helder van hoofd blijven en niet misselijk zijn, dat zijn zulke kwaliteiten. Weet je wat kwaliteit van leven is, uit welke componenten en streef- en meetpunten kwaliteit van leven is samengesteld, dan zou je weten wat moreel goed is. We kennen deze benadering in de diagnostiek, bijvoorbeeld QUALIDEM (kwaliteit van leven van mensen met dementie), maar ook in de therapie.⁶ Ken je de gewenste en de te bereiken gevolgen, liefst meetbare, dan weet je wat moreel juist is om te doen. Een soortgelijke consequentialistische redenering treffen we aan bij auteurs die in het Nederlandse zorgland interesse hebben gewekt: Porter en Teisberg, met hun ideeën over het 'creëren van toegevoegde waarde voor de patiënt'.⁷ Per saldo vatten deze economen, deskundig op het gebied van concurrentie, patiënten op als wezens met welbepaalde, te veralgemeniseren behoeften, behoeften waaraan functioneel moet worden voldaan. Voor deze aldus opgevatte patiënt nemen zij het op en stellen dat markt en competitie goed zijn om aan die behoeften tegemoet te komen. Als we dit op de beschreven casus toepassen: de vrouw die we als patiënte zien verschijnen, wordt dan op een nauw omschreven wijze in de rol van behoeftedraagster waargenomen; als we willen weten wat goede zorg is, zouden we moeten nagaan wat haar behoeften zijn. Weet je eenmaal wat die behoeften zijn dan kun je waarde toevoegen. Porter en Teisberg maken zich sterk om gezondheidszorg niet op kosten te sturen, maar op toegevoegde waarde en wel nadrukkelijk toegevoegde waarde voor de patiënt, niet – zoals frequent gepraktiseerd – waarde voor de verzekeraar of de zorginstelling. 'Waarde in gezondheidszorg is de gezondheidsuitkomst per voor zorg uitgegeven dollar.'⁸ Deze economen benadrukken verder dat het gaat om toegevoegde waarde voor de patiënt tijdens de hele cyclus van de zorg. Dat laatste betekent: ook de toegevoegde waarde voor de patiënt als de patiënt is 'uitbehandeld', wanneer geen *cure* maar wel palliatief behandelen mogelijk is. Ook dan is en blijft het mogelijk om waarde toe te voegen voor het behoeftewezen, de pa-

6 Zie o.a. de dissertatie (VU) van Ettema, T. (2007). *The construction of dementia specific quality of life instrument rated by professional caregivers in residential settings: the Qualidem*. s.l.: s.n.

7 Porter, M. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

8 Porter & Teisberg (2006), p. 4 en 97-101.

tiënt. Deze benadering om zorg tot goede zorg te maken heeft in Nederland aanhang bij bestuurders. Twee Nederlandse zorgbestuurders, Yvonne van Kemenade en Arie de Vries, zijn bijvoorbeeld geïnspireerd door Porter en Teisberg en nemen hun theorie van *added value* en de theorie over patiënten als behoeftedragers over. Niettemin kritiseren zij hen ook daar waar zorg als functionaliteit wordt benaderd. ‘Ziekenhuizen en artsen organiseren zich veelal rondom traditionele specialismen, niet rondom de behoeften van patiënten. Binnen de muren van het ziekenhuis richt iedere afdeling zich op zijn eigen product/dienst/functie. Het aanbod van zorg en diensten wordt daardoor gezien als een aaneenschakeling van interventies, niet als een geïntegreerd zorgproces of een keten van zorg.’⁹ Anders gezegd: een functionele benadering brengt geen goede zorg voort, of beter: een dergelijke benadering brengt nog geen goede zorg voort; dat kan wel als er op een hoger niveau functionaliteit wordt gerealiseerd, op ketenniveau, aldus die gedachtegang. Met andere woorden: doorbreek bestaande organisatievormen, perfectioneer de functionaliteit, dan komt er goede zorg tot stand.

Nu is wie zorghandelingen benadert als verrichtingen waar aan een waarde gehecht kan worden volop en bewust op het domein van ethiek aan het denken.¹⁰ Porter en Teisberg nemen bovendien een voluit normatief standpunt in, waar de Nederlandse zorgmanagers Van Kemenade en De Vries zich bij aansluiten, namelijk dat de waarde die aan zorgverrichtingen gehecht moet worden waarde voor de patiënt moet zijn, niet voor het zorgsysteem, het ziekenhuis; het dient toegevoegde waarde voor de patiënt te zijn gedurende de hele zorgcyclus. Mede naar aanleiding van Van Kemenade en De Vries kunnen we echter de vraag stellen die het fundament van dit consequentialistische denken raakt, namelijk of zorgverrichtingen niet *ipso facto* bepaalde morele waarden in zich hebben, omdat het zorg is, en zorghandelingen niet van waarden ontdaan kunnen worden zonder dat de zorg verdwijnt. We stellen de vraag of bij verrichtingen wel waarden ‘geüpload’ kunnen worden. Is zorgen wel behoeftebevredigend en optimaal functioneel handelen? Deze bedenking betreft het concrete morele niveau van wat de dokter, de verpleegkundige doet. De vraag betreft dat we de arts in de casus zien doen en laten. Ten tweede kan men de vraag stellen wat er *ethisch*, dat wil dus zeggen, *reflexief gezien*, gebeurt als zorg en zorgverlening als functie en product worden gezien. Er vindt dan een versleuteling van het ene naar het andere register plaats, een versleuteling van het register van genezen en verplegen naar het register van optimale behoeftebevrediging. Houdt zorg dan haar eigen doeleinde of wordt ook dat versleu-

9 Van Kemenade, Y. & De Vries, A. (2008). ‘Het creëren van toegevoegde waarde voor de patiënt (2)’. *Zorgmarkt*, jrg. 2, nr. 3 (april 2008), p. 22-26, hier: 24.

10 Ik gebruik hier ethiek als verzamelwoord voor wijsgerige ethiek en moraaltheologie, ook genaamd theologische ethiek. Mij is bekend dat sommige wijsgerige ethici om hun moverende redenen het verzamelen van twee disciplines afwijzen. De katholieke moraaltheologie heeft krachtens het vertrouwen in de rede altijd veel dialoog gevoerd met de wijsgerige ethiek. Op de ideologische redenen zoals de *anti religion bias* om moraaltheologie te discreditieren kan hier niet worden ingegaan.

teld? Dit zal ik verderop verder uitwerken wanneer ik praktische wijsheid benader in het kader van het systemische karakter van de zorg. Zeker is de genoemde benadering van *added value* ethisch te noemen: we hebben niet met een zogenaamd waarde vrij discours te maken. Maar de vraag zal zijn of in deze vorm van consequentialistische ethiek niet ook de uitholling van ethiek is inbegrepen.¹¹ Zulk een theorie kijkt per saldo naar gedrag en niet naar handelen, kijkt naar te beïnvloeden gedrag en niet naar handelen dat in de een of ander mate *vrij* door iemand gesteld wordt. Die vrijheid, essentieel in het object van ethische reflectie, ligt niet enkel in de keuzes en in de wil van een individu, maar ook in de bewuste en soms zwijgende wijze waarop iemand in een context handelt, waarbij dat handelen en die context zijn ingebed in tradities. In het verwerken van wat een traditie zegt, zoals wat de tradities van de geneeskunde zeggen over de doelen van de geneeskunde en over de Hippocratische eed, en in de uitleg van de institutie waarin men arbeid verricht – hoe noemen we deze arbeid in deze instelling – zit vrijheid. De idee dat het goede uit handelen gehaald kan worden, in onderdelen uiteen kan worden gelegd en als waarde weer kan worden toegevoegd, maar dan enkel die waarde waarvoor men nu kiest, is deel van een ethische theorie. Het is een instrumentalistische ethische theorie. Echter, zoals zorgerethici als Van Heijst en Vorstenbosch al lieten zien, zorgen omvat haar eigen goederen, het is geen neutraal technisch handelen, waaraan waarden worden toegevoegd.¹² Maar bovendien is niet iedere ethische theorie er één die verdergaande reflectie mogelijk maakt, die nieuwe morele uitdagingen kan verwerken, die bijvoorbeeld in staat is om het zich loszingen en het woekeren van systemen in de zorg te kritiseren. Als het systemische gaat woekeren, als in de zorg een veiligheidssysteem over een accountabilitysysteem komt te liggen en die beide weer over een apart wachttijdenreductiesysteem, dan ontstaat er een nieuwe morele kwestie waar de zorg zelf voor de altijd concrete patiënt blijft. Dan helpen het kiezen en toevoegen van een extra *value* niet; de instrumentalistische ethische theorie staat dan met de mond vol tanden. Maar ik kondig vast aan dat daarmee niet het laatste woord gezegd is over instrumentalistische theorieën; er zijn en blijven wel degelijk positieve kanten van te gebruiken, zoals de demystificerende doorlichting van medisch en verpleegkundig handelen. Zulke theorie kan meehelpen bij de ethische diagnose. Zulke theorie domineert en invadeert het gedrag van beroepsbeoefenaren, zulke theorie, die in de zorgpraktijk graag als oplossing wordt gebruikt, splitst handelen op in gescheiden stukken constateerbaar gedrag, die in gewenste volgorde aan elkaar

11 Terwijl ik de fictiescheppende antropologie van de consequentialistische ethiek hier in het vizier neem, kritiseert Wils, J.-P. (2007). *Ars moriendi. Über das Sterben*. Frankfurt a.M / Leipzig: Insel, p. 248 consequentialistische ethiek kernachtig op het punt van de gevolgen die meetbaar moeten zijn: 'Die Crux dieser folgenorientierten Argumentationen liegt allerdings in ihrer unsicheren empirischen Basis. Eine Ethik, die Handlungsfolgen als zentralen Bestandteil ihrer Argumentation betrachtet, kommt nicht umhin, eine gewisse tatsächliche Evidenz für ihre Prognose aufzustellen.' Daarmee ligt het empirieprobleem van die ethiek op tafel.

12 Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

gekoppeld kunnen worden met gevolgen die door de gekozen toegevoegde waarden worden gestuurd, maar deze theorie demystificeert ook. Zulke theorie is machtsuitoefening én heeft een kritische kracht. Mijn kritiek op de instrumentalistische ethische theorie is dus een radicale maar geen totale.¹³

Daarmee heb ik al enkele facetten van de probleemstelling aangestipt waarmee Andries Baart en ik werken. Er ligt ethisch gezien een probleem tussen generieke kennis en generieke regels aan de ene kant, waarin deels geobjectiveerde kennis, deels morele opvattingen vervat liggen, en specifieke waarneming en specifieke kennis aan de andere kant: wat is de goede zorg voor deze zieke vrouw, voor dit zieke kindje, voor deze hoogbejaarde man, kortom voor iedere mens, als het zover is, in ieders eigenheid.¹⁴ Ook heb ik al de systemische context aangeduid: het heeft geen zin over goede zorg na te denken en over de rol van praktische wijsheid daarin, als we het niet over de georganiseerde, geïnstitutionaliseerde, professionele zorg hebben. Die zorg is echter systemisch van aard geworden, regelsturend en geontpolitiseerd, met alle morele gevolgen van dien. De Franse ethicus Fred Poché wijst er in zijn boek *Une politique de la fragilité* op dat er heel veel activiteiten worden ondernomen om instellingen te verbeteren; er wordt hard gesleuteld aan instellingen, zoals de zorginstelling, de school, de hulpverlening en de rechtspraak, zodat ze effectiever worden. Die activiteiten zelf leiden er echter ook toe dat het institutiekarakter van de instelling verloren gaat. Anders gezegd: de zorginstelling wordt geontpolitiseerd.¹⁵ Politiek wil zeggen: een praktijk beoefenen waarbij instituties worden opgebouwd, gehandhaafd, verdedigd en getransformeerd, opdat het samenleven van vrije mensen mogelijk is en gemeenschap gerealiseerd wordt. Vrij leven en in gemeenschap staan zijn op elkaar betrokken. Deze activiteit van opbouw, het transformeren van de instelling tot een vermenschelende institutie is politiek en onderscheidt zich van *fixing*, van reparatie en optimalisering. Politiek vraagt altijd naar doelen van leven en samenleven, en met het mogen stellen van die vraag staat of valt politiek. Wanneer er door gedragswetenschap voorgegeven vaste doelen zijn waarna enkel de beste middelen moeten worden ingezet, raakt de politiek in verval, verschrompelt de institutie. Voor de probleemstelling volstaat het, voor dit moment, om deze ontpolitisering te signaleren. In het derde deel van dit betoog kom ik nog terug op zorginstelling en het verval van haar institutionele, dus van haar politieke aard. Er zijn intussen allemaal krachtige redenen werkzaam voor systemen, zoals de wens om efficiënt te werken. Binnen deze spanningen tussen generiek en specifiek,

13 Hier stemmen wij in met J. Dunne (1993). *Back to the rough ground. Practical Judgment and the Lure of Technique*. Notre Dame, Ind.: UNDP, p. 6, maar contrabalanceren zijn visie ook.

14 Aan beide zijden van deze spanning generiek-specifiek gaat het over de *praktische rede*; in beide gevallen gaat het om de vraag 'wat moeten we doen' en niet om de theoretische rede, die op het benaderen van waarheid is gericht.

15 Poché, F. (2004). *Une politique de la fragilité. Éthique, dignité et luttes sociales*. Paris: Cerf, p. 107-109.

tussen stuurwens en ontpolitiserings van de zorginstelling, gaan we het hebben over praktische wijsheid in de zorg en de betrouwbaarheid ervan.

Ik wil nu niet de zojuist genoemde deontologische of consequentialistische weg en vergelijkbare, bekende paden van de medische ethiek gaan bewandelen. Zowel Baart als mij interesseren de ervaren arts, de ervaren verpleegkundige en de ervaren manager in de gezondheidszorg en ons interesseert hier de morele oriëntatiekracht die deze professionals eigen is. We nemen daarbij een zorgethisch perspectief in. Kenmerkend daarvoor is dat zorg altijd in een betrekking tussen twee of meer mensen wordt gezien, wat niet per se leidt naar grote emotionele betrokkenheid als fundament van die betrekking. Maar in zorg zit een betrekking, waarzonder er geen zorg is. Zo kijkend, vanuit de zorgethiek, komt ook de zorgprofessional erkenning toe voor haar kunnen en weten: in een betrekking kan wel de patiënt centraal staan, maar kan de wederpartij, de arts, de verpleegkundige, niet tot bundel van gewenste functies worden gemaakt.¹⁶ Verder impliceert het zorgethische perspectief dat we gaan hanteren dat we reflecteren op wat het betekent wanneer de zorgverlener het perspectief van de patiënt inneemt: hij of zij staat op vanachter het bureau en het beeldscherm, stapt weg achter de zorgverrichting, loopt naar de plaats achter de patiënt en kijkt met de concrete patiënt mee naar wat die patiënt in de betrekking met de zorgverlener verwacht, hoopt. In die betrekking, dus niet alles wat er te hopen en te verwachten is als je ziek bent. Na die actie loopt de zorgverlener terug naar haar of zijn eigen positie, daarbij het opgedane inzicht meenemend naar zijn eigen plaats. Dit is al een iteratieve actie, telkens terug naar de plaats achter de patiënt en weer verder handelen. Ter markering, het innemen van het patiëntperspectief is een andere operatie dan patiëntvriendelijk zijn: aardig zijn en als het met je patiëntbenadering de spuigaten uitliep, een cursus bejegening volgen. Patiëntvriendelijkheid gaat uit van wat patiëntgroepen in zijn algemeenheid aan behoeften hebben: de tijd nemen, serieus genomen worden, enzovoort. Bij het innemen van het patiëntperspectief worden generieke kennis ('patiënten willen in het algemeen x, y, z') en specifieke kennis opgedaan ('waar verkeert deze patiënt met zijn ziel, wat hoopt en verwacht hij of zij?'). Een nog tamelijk onschuldig voorbeeld is: 'in het algemeen houden patiënten er niet van langer te wachten dan zij redelijkerwijs konden verwachten en ze houden er niet van om geen informatie te krijgen als het anders loopt' en 'deze concrete patiënte raakt langzaam in paniek, want ze moet haar kind van school halen'. Bovendien wordt letterlijk vanuit het andere, met de zorgverlening corresponderende perspectief gekeken: tegen de richting van de eigen kijker in. Dat de arts achter zijn beeldscherm blijft zitten en allereerst gegevens inklopt en vandaar zijn

16 Ik sluit mij via dit onderzoek naar de mogelijkheden die praktische wijsheid van de ervaren beroepsbeoefenaar in zich bergt aan bij de conclusies die Grypdock en Baart trekken dat professionaliteit uitgebouwd moet worden, in een institutionele context: Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: LEMMA, p. 52.

anamnese doet, ziet er als je met een omgekeerde verrekijker kijkt vanuit de positie van de patiënt, niet alleen potsierlijk uit ('hallo, aan deze kant zit een zieke'), maar de hulpverlener gaat door de perspectiefwissel ook begrijpen hoe de patiënt haar of hem installeert, op een positie plaatst zoals de zorgverlener dat met zijn vakkennis en generieke kennis omgekeerd ook deed.

Er is over het patiëntperspectief en over het meeromvattende zorgethisch perspectief meer te zeggen; het is aan de collega Annelies van Heijst en aan zorgethici als Annemarie Mol en Jan Vorstenbosch te danken dat deze inzichten er zijn en ze onderbouwd zijn geworden.¹⁷ Aan ons deze samen met hen en anderen, ook internationaal, verder uit te denken, aan te vullen en waar nodig te corrigeren. Wij willen dat doen samen met artsen, verpleegkundigen en managers in de kliniek en andere zorginstellingen. Dat laatste is onontbeerlijk: zonder vitale inzichten van beroepsbeoefenaren in wat de handelingsproblemen zijn, komt er geen verbetering van de normatieve ethiek. Het gaat niet om handige, de ethische discipline ondersteunende inzichten, om praktijkvoorbeelden en aanknopingspunten voor ethiek, maar om een theoretische *conditio sine qua non*: het is geraden dat de ethische theorie, juist in een systemische context, de alledaagse vragen van beroepsbeoefenaren zelf centraal stelt en wel daar insteekt waar de beroepsbeoefenaren zelf hun eigen vragen stellen. Dit onderzoek kan niet zonder de *reflective* en de *deliberative practitioner*, zonder de beroepsbeoefenaren die zichzelf vragen stellen en met elkaar in gesprek gaan over wat het handelingsprobleem is. Zij stellen zich vaak zeer indringend vragen en voeren er beraad over. De bestuurskundige John Forester, de vader van de theorie over de *deliberative practitioner*, noemt in zijn pleidooi om aan praktische wijsheid prioriteit te geven een bijzonder significante plaats om in te steken: de ethiek begint het best daar waar de beroepsbeoefenaren niet of niet meer bezig zijn met 'simplistische wondermiddelen of technische reparaties', maar waar zij al de onderlinge bereidheid hebben om de complexiteit van handelingskwesaties onder ogen te zien.¹⁸ Deze bereidheid is niet alleen een kwaliteit van het onderlinge beraad van beroepsbeoefenaren, maar ook een indicator dat het systeem waarin deze professionals werken een zekere reflexieve ruimte toestaat. Die ruimte is allesbehalve vanzelfsprekend, de *quick wins* en de *fixes* zijn zoveel aantrekkelijker en systemisch gemakkelijk te verwerken. Mijn pleidooi vanuit de moraaltheologie voor praktische wijsheid ontmoet hier de pleidooien voor praktische wijsheid van bestuurs-

17 Van Heijst, A. (2005), p. 81-84 over zorghandelingen die uitdrukkingshandelingen zijn; J. Vorstenbosch (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, over zorg opgevat als een intrinsiek zinvolle praktijk waarin een affectieve relatie in het geding is. A. Mol (2006) spreekt van botsende logica's in *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.

18 Forester, J. (1993). *The Deliberative Practitioner. Encouraging Participatory Planning Processes*, Cambridge Mass. / London: MIT Press, p. 33: 'they do not ... offer us simplistic cure-alls or technical fixes. They do not explain away, but rather try to do justice to the complexities we face'.

kundigen en etnografen zoals John Forester en Michael Lynch.¹⁹ Van beide zijden is er, bij alle onderling verschil in de disciplines, eenzelfde inzicht in de morele kracht van praktische wijsheid. Van beide kanten wordt gezocht naar de condities onder welke die kracht ontplooid kan worden en onder welke condities praktische wijsheid om zeep gebracht wordt. In interdisciplinair onderzoek met bestuurskunde en met theorieën die daar worden gebruikt is voor de moraaltheologie een wereld te winnen, maar ik meen dat zulks ook omgekeerd het geval is, niet alleen vanwege de vakkennis van ethische tradities en concepten, maar ook omdat juist de moraaltheologie weer kan behoeden voor onkritisch gebruik van ethische theorie.²⁰

Mijn betoog zal zijn dat in de huidige systemische gezondheidszorg de praktische wijsheid van de zorgverlener de plaats bij uitstek is om antwoord te krijgen op de vraag wat zorg tot goede zorg – tot moreel gezien goede zorg – maakt of maken kan. Dit pleidooi kadert in de wetenschappelijke en de maatschappelijke debatten in Nederland en daarbuiten over wat goede gezondheidszorg is. Ik breng in herinnering dat de zorg-ethiek een politieke ethiek is. De aanzet ervan door Carol Gilligan, het richtinggevend denken van Joan Tronto, het zijn vormen van politieke ethiek. Voor auteurs als Hilde Lindemann, Eva Feder Kittay en Christa Schnabl geldt ook dat zij werken aan zorgethiek als politieke ethiek. Zowel het ter sprake brengen van de genderkwestie als van de ongelijkheid tussen werkers en tussen zorgverleners en patiënten getuigen ervan dat zorgethiek politiek-ethisch van aard is. Ik zal dat in het derde en laatste onderdeel verder uitwerken. Zorgethiek is ook een vorm van ethiek die op ethos is gebaseerd.²¹ Dat wil zeggen dat er over goed en kwaad, juist en verkeerd wordt nagedacht vanuit de idee dat goed en kwaad in praktijken aanwezig zijn en van daaruit worden verhelderd.²² Bij goede gezondheidszorg voegde ik met nadruk toe ‘goed, moreel bezien’, omdat er momenteel in Nederland over goede zorg verschillende krachtige discoursen bestaan, waarin sterk vanuit pragmatisme en efficiency onkritisch en systemisch wordt gedacht. Pragmatisme in de wijsgerig-ethische zin is een nobele denkwijze en met de vraag naar snel, effectief en goedkoop werken in de zorg is niets mis. Het derde

19 Lynch, M. (2001). ‘Ethnomethodology and the logic of practice’. In: Th.R. Schatzki, K.Knorr Cetina & E. von Savigny (Eds.). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London / New York: Routledge, p. 131-148.

20 Om slechts één voorbeeld te noemen: Forester (1993, p. 31- 38) loopt de kwaliteit van het beraad van beroepsbeoefenaren na aan de hand van kwaliteiten van vriendschappelijke omgang. Juist de moraaltheologie, althans die welke zich haar klassieke capita wil herinneren, kan dan het ethisch vriendschapstraktaat inbrengen (niet alleen uit Aristoteles’ *Ethica Nicomacheia*, boek IX, maar ook dat van Thomas van Aquino), de kenmerken maar ook de keerzijden van vriendschap inbrengen. Zie o.a. F. Vosman (2004). ‘Vriendschap als model voor professionele zorg’. *Tijdschrift voor Humanistiek*, jrg. 5, nr. 5, p. 62-73. Zo kan moraaltheologie helpen voorkomen dat Foresters voorstel van tafel wordt geveegd vanuit een moderne scheiding van openbaar en privaat. Voor die scheiding heeft Forester weinig oog.

21 Meyers, P.A. (1998). ‘The ‘Ethic of Care’ and the Problem of Power’. *The Journal of Political Philosophy*, vol. 6, nr. 2, p. 142-170, hier: p. 143.

22 Wat dat betreft werk ik verder in een lijn van denken die Kluxen (*Ethik des Ethos*) en mijn leermeester Th. Beemer op onderscheiden wijze hebben ontwikkeld.

element, het systemische, dat wil onder andere zeggen, zelfregulatieve karakter van de organisatie van de zorg, is in Nederland in ethisch opzicht te weinig doordacht om er hier vergaande onderbouwde uitspraken over te doen. Het is een van de zaken die wij de komende jaren willen onderzoeken, samen met andere wetenschappers zoals onze collega's bij beleidswetenschappen. Maar het probleem dat ons hier wel bezig zal moeten houden, is dat deze discoursen over goede zorg *feitelijk* (niet in zich noodzakelijk) een smalle en dunne moraal herbergen. Wat we zien in betogen over goede zorg, zoals in de rapporten die hebben geleid tot de Consumer Quality Index, *Op weg naar normen voor verantwoorde zorg* (juni 2005), *Normen voor verantwoorde zorg thuis* (juni 2006), *Toetsingskader voor verantwoorde zorg* (november 2005) en *Evaluatie normen verantwoorde zorg VV&T* (april 2007),²³ is ten eerste dat het typisch morele van de vraag naar goede zorg wordt omgeësterd naar technische, meetbare vragen en ten tweede dat dat wat resteert aan substantiële morele vragen – die natuurlijk niet helemaal uit de lucht van de zorginstelling te verwijderen zijn zolang er patiënten, dus zieken met nood, rondlopen – als zaken van de private sfeer worden behandeld.²⁴ We zullen hier bepleiten dat met het oog op goede zorg in zorgsystemen voor praktische wijsheid van de ervaren zorgverlener ruimte moet worden gemaakt. Niet regels en protocollen kunnen bepalen wat goede zorg is, maar goede zorg komt op koers door het uitzien van het inzicht in de zorg van de ervaren zorgverleners. Niet ethisch ongedifferentieerde regels, maar ook niet blinde intuïtie noch ook de onbeproefde professionele ervaring, maar de uitgezoden ervaring: zorgverleners zelf kunnen de arbeid verrichten om hun beroepsvaardige ervaring uit te zien. Even aangenomen dat dat zorg op koers zou brengen, is het een intrigerende, en indringende vraag: hoe komt het dan dat praktische wijsheid uit de zorgarbeid wordt verdrongen, dus niet alleen wordt verkleind tot 'handige competentie in de toepassing van regels' maar ook geheel verdrongen?

Ik zal nu de volgende stappen met u zetten. Ik zal gaan oogsten uit de wijsgerige en theologische ethiek wat er over praktische wijsheid te zeggen is. In het verlengde daarvan zal ik het hebben over de nieuwe context waarbinnen praktische wijsheid geplaatst kan en moet worden, de context namelijk van beroepsbeoefening met een gemeenschap van beroepsbeoefenaren in een systeem. Door die context onder de aandacht te brengen kantelt het concept praktische wijsheid al. We gaan niet accepteren

23 Alle te vinden op <www.zorgvoorbeter.nl/kwaliteitskader>.

24 Siep, L. (2002). 'Ethik und Menschenbild'. In: G. Henkel-Stiftung (Hg.), *Das Bild des Menschen in den Wissenschaften*, Münster: Rhema, p. 31-51, hier: p. 32. Het onderliggende denken wordt in Nederland onder meer gekritiseerd door Ankersmit, F. & Klinkers, L. (2008, red.). *De tien plagen van de staat: de bedrijfsmatige overheid gewogen*. Amsterdam: Van Gennep, en door P. Frissen, onder meer in het rapport Putters K., Frissen P. & Foekema H. (2006). *Zorg om vernieuwing: een studie naar innovaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Clingendael.

dat praktische wijsheid in de private sfeer wordt geparkeerd. We aanvaarden ook geen individualiserende en subjectiverende interpretatie alsof praktische wijsheid primair aan het individu en zijn zielenleven toebehoort en tot slot gaan we ook niet praktische wijsheid van de zorgverlener bepleiten alsof daarvoor steeds al ruimte is in de zorginstelling. Zorgverleners werken in eigenzinnige systemen, al lang niet meer in ethisch gelegitimeerde instituties.

Waar praktische wijsheid, als ze al aan bod mocht komen, vooral in een ethische reflectie op handelen voorkomt, plaatsen wij praktische wijsheid in praktijken en wel in zorgpraktijken. In plaats van over handelen zal het gaan over praktijken. Andries Baart zal in het tweede deel van dit boekje nog dieper ingaan op het praktijkbegrip: wat is een practice, een praktijk, en wat is een zorgpraktijk dan eigenlijk? Het laatste punt waarop ik wil reflecteren is de instelling waarin de zorgpraktijken plaatsvinden. Zijn ziekenhuizen en verpleeghuizen nog plaatsen waar zorgverleners op hun praktische wijsheid kunnen teruggrijpen of maakt de systemische drang en dwang dat onmogelijk? Dat zou dodelijk zijn voor het voorstel om praktische wijsheid een centrale plaats te geven in het verbeteren van de gezondheidszorg.

Andries Baart zal het vervolgens hebben over een concept dat verbonden is met praktische wijsheid en er een overlap mee heeft, namelijk taciete kennis: de kennis die de ervaren zorgverlener heeft, maar niet zo maar zou kunnen opschrijven, terwijl hij die wel voortdurend gebruikt. Vormt *tacit knowledge* een 'idle wheel' zoals de socioloog Collins zich afvraagt of is het juist een onmisbare vorm van kennis, bovendien een vorm van in een gemeenschap gedeeld kennen?²⁵ Als pointe zal Baart het hebben over het verdringen van voor goede zorg relevante kennis. Namens ons beiden sluit hij af met hoe onder meer via de onderzoeksvorm van de lerende gemeenschap praktische wijsheid in de kliniek opgezocht kan worden en hoe de verdringing van kennis, voortkomend uit praktijken, tegemoet getreden kan worden.

25 Collins, H.M. (2001). 'What is tacit knowledge?'. In: Th.R. Schatzki, K. Knorr Cetina & E. von Savigny (Eds.). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London / New York: Routledge, p. 107-119.

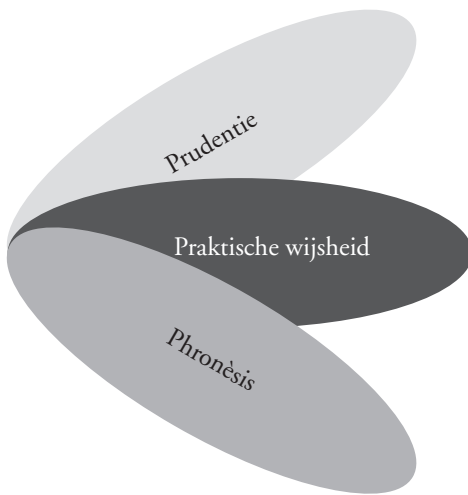
2 Praktische wijsheid

Ons pleidooi om in de kliniek ruimte te geven aan praktische wijsheid staat binnen de ethiek in een aristotelisch-thomasiaanse denklijn. Zoals zal blijken, willen wij geen neoaristotelisme bedrijven, maar juist reflectie op de laatmoderne context van zorgpraktijken kruisen met de denklijn van Aristoteles en Thomas van Aquino. Aristoteles, zelf een dokterszoon, werkte in de vierde eeuw voor Christus al uit hoe constitutief de deugd der praktische wijsheid is om een goed leven te kunnen leiden, niet zelden met de geneeskunde als voorbeeld om het constitutieve van die deugd te laten zien. Praktische wijsheid is zoveel als moreel gekwalificeerde verstandigheid.²⁶ Praktische wijsheid slaat op praxis, en betreft niet het levensbeschouwelijke domein variërend van tegeltjeswijsheid ('tegen de dood kun je maar beter niet verzetten') tot de wijsheidskennis noodzakelijk om het geheim van het katholieke geloof dat God mens werd te kunnen beluisteren en de *mysteria fidei* te kunnen behoeden. Praktische wijsheid slaat op het domein van het handelen. Anders gezegd: de ervaren verpleegkundige en de ervaren arts (maar dat geldt ook voor de ervaren manager) hebben gaandeweg een beproefd *savoir faire* verworven die zowel technisch-ambachtelijk beproefd is – zo zet je die snee het beste, zo til je het beste, zo pak je het slechtnieuwsgesprek het beste aan – alsook moreel hoogstaand is, morele voortreffelijkheid heeft. Deze verbinding van *technè* met de morele dimensie van het *savoir faire* is onderwerp van een heftig debat in de ethiek.²⁷ En voor dat debat zijn alleen al in verband met de gezondheidszorg zeer goede redenen, al ga ik die discussie en die redenen in dit verband niet volledig natekenen. In een schijnbaar simpele vraag gecombineerd: is de technisch goede arts of verpleegkundige ook een moreel goede beroepsbeoefenaar? Technisch goed is van groot belang voor moreel goed en zo ook het steeds verder opvoeren van het technisch kunnen: beter tillen, beter snijden, beter inwendig onderzoek en daarbij zo min mogelijk belastend invasief onderzoeken. Toch is daarmee de zorgverlener niet moreel goed. Het gaat ons dan niet (of preciezer: niet bij uitstek) om de strikt persoonlijke morele voortreffelijkheid – de goede arts of verpleegkundige die ook een goed mens is – maar om de morele dimensie van het beroepsmatig handelen, het zich inspannen om zichzelf – zijn of haar medewerkers en zijn handelen moreel voortreffelijk te doen zijn.

26 Van Tongeren, P. (2005). 'Deugdethiek in discussie'. *Filosofie en Praktijk*, jrg. 26 nr. 3, p. 66-78, hier: p. 68.

27 Zie o.a. Hofmann, B. (2002). 'Medicine as practical wisdom (phronèsis)'. *Poiesis Prax* 1, p. 135-149, hier: p. 136-137; Westberg, D. (1994). *Right Practical Reason. Aristotle, Action, and Prudence in Aquinas*. Oxford: Clarendon. Wall, J. (2003). 'Phronesis, Poetics, and Moral Creativity'. *Ethical Theory and Moral Practice* 6, p. 317-341.

In de traditie komen we drie verwante concepten tegen: praktische wijsheid, prudentie en *phronèsis*. Deels zijn deze onderscheiden; conceptueel noch semantisch krijgen we er een afgerond beeld van. Zoals zo vaak: de inhoud van elk van de drie concepten verschuift naar gelang de discussie die in een bepaalde tijd wordt gevoerd. De strijd die gestreden moet worden, bepaalt mee waar men voor staat. Ter wille van een eerste voorstelling van zaken geef ik het beeld van drie elkaar deels overlappende ovals. Daarbij is goed in herinnering te houden dat er voortdurend is geprobeerd om ze uit elkaar te halen, maar ook om één concept de andere te laten bedekken. Praktische wijsheid was altijd al een strijdtoneel en is het niet pas geworden doordat kantianen aristotelici de mantel uitvegen.²⁸



Figuur 1

Ik begin met prudentie omdat dat nu zo sterk met praktische wijsheid van de ervaren beroepsbeoefenaar in verband wordt gebracht. Prudentie, *prudentia* in het Latijn, naar een term die Cicero heeft gesmeed, zou men het best niet in de alledaagse betekenis van voorzichtig en slim moeten verstaan – minister Verhagen die in verband van de oorlog in Georgië (augustus 2008) op zijn woorden let. Prudentie kan men het beste nemen als omzichtigheid. Prudentie is het naar alle kanten en met alle vermogens waarnemen en inschatten wat te midden van onzekerheden moreel relevant is in de context van een handeling. De verburgerlijking van prudentie tot voorzichtig en ge-

28 Kantiaans: Witschen, D. (2006). *Mehr als die Pflicht. Studien zu supererogatorischen Handlungen und ethische Idealen*. Fribourg Sch.: Academic Press Fribourg en Freiburg i.Br. / Wien: Herder, p. 70-78 en p. 107-143 over barmhartigheid.

wiekst zegt meer over het type burger dat graag gezien wordt dan over de kwaliteit van het morele vermogen. Een prudente beroepsbeoefenaar is omzichtig, maar vanuit een eigen welbepaalde positie. Dat is ook wat we dr. Douma zien doen. Het typeert zorgethiek, zoals ik al zei, vanuit de positie van de zorgverlener op te staan, naar de plaats achter de patiënt te lopen, goed mee te kijken en weer terug te lopen naar de eigen positie. De prudentie doet dit ook. Douma maakt duidelijk dat euthanasie, zoals hij het uitdrukt, geen normaal medisch handelen is: het is 'abnormaal en dat moet het vooral ook blijven'. Daarmee markeert hij zijn eigen positie ook als arts, terwijl hij wel waarneemt wat de patiënte en haar familie beweegt. Met alle vermogens waarnemen, dat wil zeggen, niet alleen waarnemen met de ogen (het zien) en door te luisteren, maar ook bijvoorbeeld door de tast, de *tactus*. Een jonge zaalarts in het Antonius ziekenhuis (Nieuwegein) die ethiek beschouwde als iets van de randen van het vak, iets wat je zelden actief hoeft te beoefenen, legde mij eens uit wat hij aan ambachtelijke kennis van zijn leermeester meekreeg: behalve dat hij steeds verder aanleerde – uit de aard van het vak – hoe je goed de anamnese afneemt, tot een diagnose komt en het verloop van therapie volgt, had hij ook zo iets schijnbaar onbenulligs overgenomen als de hand van de patiënt vastnemen, de tonus voelen. Ook door huid op huid kun je waarnemen wat er moreel toe doet, waar de patiënt met zijn ziel uithangt, en maak je contact. Maar prudentie omvat meer dan zintuiglijk waarnemen. De prudente arts of verpleegkundige kijkt niet alleen nauwkeurig, let niet alleen op de woorden die de patiënt spreekt, maar heeft ook een antenne voor de helderheid en vrijheid van de patiënt. De prudente arts ziet dan ook de paradoxen: het gesproken woord van de patiënt lijkt heel levensmoe, maar het is een taaie ziel die spreekt, of: de wens van de patiënt lijkt heel soeverein en helder, maar de arts detecteert de nauw verholen druk van de familie die uitgeput raakt. Thomas van Aquino legt, zoals bij alle deugden, ook bij de prudentie – die toch een intellectuele deugd is – een verband met de emoties (*Summa Theologiae* qu. 47, art. 1.), niet omdat prudentie door emoties wordt bepaald, maar omdat een prudente mens de benardheid en de verruiming die in emoties aanwezig zijn, weet waar te nemen.²⁹ De arts uit de casus, dr. Douma, neemt bijvoorbeeld zijn eigen opluchting waar in het eerste gesprek, als hij de druk van de familie heeft weerstaan, en hij uit die opluchting ook, maar hij krenkt de familie niet en geeft hen weer alle ruimte. Ook de dag erna wil hij de familie er in zijn geheel nadrukkelijk bij hebben. De prudente arts neemt de ruimte en de benauwdheid bij zichzelf en bij anderen waar, weet die te uiten, neemt die op in het eigen handelen en laat die niet allesbepalend worden. De prudentie gebruikt de kenkracht van de emoties. Dit is een vermogen dat paradoxen onder ogen ziet: een ziekte doet de patiënt verwijderen van

29 Hofmann (2002), p. 138. Zie ook Brantl, J. (2007). *Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive*. Münster: LIT, p. 138-141: 'Gespür für die inneren Regungen' als bestanddeel van de *discretio*, een deugd betrokken bij de prudentie.

de aandacht van gezonde mensen. Precies dat ziet de praktisch wijze verpleegkundige en arts onder ogen en vult dit gat *niet*. Hij (of zij) biedt zijn zorg aan, terwijl de zieke de tendens heeft in zichzelf te verdwijnen.³⁰

Bij prudentie moeten we niet alleen letten op het meervoudig *weten waar te nemen*, maar ook naar het *weten te oordelen*, *weten te doen* en *weten te leren* van wat je doet. Prudentie leer je in de praktijk, leer je uit ervaring, maar niet door ervaring op ervaring te stapelen, niet ‘door praktijkervaring op te doen’: de ervaring moet worden uitgezonden. In de moraaltheologische traditie heeft prudentie een oriëntatie op het gedane, op het verleden, met het oog op wat straks gedaan moet worden. Concreet betekent dit dat je je niet alleen moet beraden op wat dadelijk gedaan moet worden, op het juiste moment, maar ook op wat gedaan of nagelaten is, op het verleden dus, met de vraag: was dat moreel wel goed, alles wel beschouwd? Prudentie is prospectief doordat de moed wordt opgebracht en de condities geschapen worden om terug te kijken. Ervaring wordt door de beroepsbeoefenaren zelf beklopt, uitgefilterd. Praktische wijsheid komt niet tot stand uit lesboeken, maar ook niet zonder meer uit ervaring.³¹ Al in de zestiende eeuw, aan het begin van de Moderne tijd, tijdens een *revival* van praktische wijsheid, werd daarbij duidelijk dat juist als het spannend wordt er moet worden teruggekeken. Maar de soepelheid die het mogelijk maakt terug te kijken, is dezelfde die het mogelijk maakt in een volgende situatie, waarin weer heel nieuwe problemen opduiken, te ontdekken wat moreel relevant is. De geneeskunde speelde daarbij een grote rol, meer bepaald de oorlogsgeneeskunde. In de bloedige oorlogen kwamen vragen op waarvoor men geen moreel antwoord had. Juist onder die druk leerde men terug te kijken en praktische wijsheid op te bouwen, door het beraad, het overleg van de *prudentes*. Het was en is geen beraad van mensen die rustig achteruit leunen. Het is een beraad onder alledaagse druk.

De Franse moraaltheoloog en Thomaskenner Laurent Sentis merkt in zijn boek *De l'utilité des vertus* ten aanzien van de prudentie op dat de verkleining van prudentie tot ‘voorzichtig en gewiekt’ en tot kiezen een met de ondoorziene moderniteit verbonden manoeuvre is. De maatschappelijk bruikbare voorzichtigheid en de nadruk op het kiezen van juiste middelen hangt samen met een modern idee van het moderne individuele subject. Prudentie echter in zijn volle breedte is altijd gekaderd in reflectie in een gemeenschap op wat goed is, ook als een persoon verdedigd moet worden tegen een invasieve gemeenschap.³² Via een omweg komen we zo al bij een karakterisering van prudentie die Thomas van Aquino in de ethische traditie al had aangetroffen en door hem verder was uitgewerkt: prudentie is een deugd, met alles wat bij een deugd hoort. Je wordt prudent door op een bepaalde manier steeds weer te handelen, de cyclus

30 Marin, Cl. (2008). *Violences de la maladie, violence de la vie*. Paris: Armand Colin, p. 125-133: Le << transfert >> patient – médecin.

31 Hofmann (2002), p. 140.

32 Senlis, L. (2004). *De l'utilité des vertus. Éthique et alliance*. Paris: Beauchesne, p. 183, 195.

telkens weer te gaan van waarnemen met alle vermogens, oordelen ten aanzien van middelen en doelen, beslissen, doen en leren van wat je deed en soms ook heel erg fout hebt gedaan. Zo bouw je je eigen ruggengraat op, vormt zich een beproefde, op het goede gerichte houding. Prudentie is ook een deugd, omdat het zoals alle deugden een midden tussen twee uitersten is, een kenmerk overigens dat zelden in bestuurskundige pleidooien voor *practical wisdom* wordt uitgewerkt. Zoals de deugd van de moeder een midden zoekt tussen lafheid en overmoed, zo zoekt de prudentie ook steeds een midden tussen overbezorgd en laksheid. Tot slot, prudentie is de deugd der deugden, zoals Thomas in de II-IIae van de *Summa Theologiae*, qu. 47 uitwerkt: de prudentie werkt in de andere deugden, die geen deugd kunnen zijn zonder prudentie.

Ik ga nog verder terug, naar het concept *phronèsis*. Zo komen we paradoxaal genoeg een laatmoderne kwestie het best op het spoor, een kwestie die in de zorg actueel is, namelijk 'efficiëntie': met de minst mogelijke inspanning en de meest passende middelen op een doel afgaan.

De Griekse term *phronèsis*, al overdacht door Plato en Aristoteles, ver voor Cicero en Thomas, waarnaar in de Latijnse traktaten over de *prudentia* wordt teruggegrepen, kadert in normatieve reflectie op de deugden, dat wil zeggen: de reflectie op langetermijnhoudingen die mensen in zichzelf op bouwen door gestaag en met een zekere lichtvoetigheid goed te blijven handelen en naar voortreffelijkheid te streven.³³ Elke deugd, ook *phronèsis*, heeft met uitmuntendheid te maken, met op voortreffelijke wijze een doel nastreven dat als moreel goed kan worden gezien. Ook als de handelingsmogelijkheden gering zijn en de vrijheid miniem, streeft een deugdzaam mens voortreffelijkheid na. Aristoteles kent de *phronèsis* verder alle kenmerken van een deugd toe, zoals de doelgerichtheid die het handelen zelf eigen is. Juist door de *phronèsis* is men in staat de strekking van het handelen op een doel te onderkennen en te eerbiedigen. Anders gezegd: door de *phronèsis* weet je wat je aan het doen bent, óók in moreel opzicht. Precies daardoor leidt *phronèsis* tot handelen en blijft het niet bij delibereren. Aristoteles zelf stelt dat *phronèsis* niet alleen te maken heeft met het weten te vinden van de juiste middelen bij gegeven doelen, maar ook met het onderkennen van de doelen. Hij spreekt niet van het ontwerpen of stellen van doelen door *phronèsis*. In de katholieke morele tradities is in de verwerking van *phronèsis* in *prudentia* de nadruk sterk komen te liggen op het weten te vinden van passende middelen bij een gegeven doel; doelen waren voorgegeven. Daarmee zijn we bij een steen des aanstoets. In de ethiek wordt er over gevochten of er voorgegeven doelen zijn bij soorten van handelen en of die teleologie zelfs geheel verlaten moet worden, of scherper gesteld: onmogelijk is. Kent

33 Julio Annas pleit juist voor de stoïsche leer over de prudentie omdat daarin problemen met de aristotelische *phronèsis* kunnen worden tegemoet getreden, doordat prudentie vooral een reflexieve vaardigheid is en geen moreel goed mens veronderstelt zoals bij Aristoteles het geval is (de aristotelische cirkel: om goed te doen moet je een goed mens zijn, om een goed mens te zijn moet je die goedheid door goed handelen in jezelf opbouwen): Annas, J. (1993). *Morality and happiness*. Oxford: Oxford University Press.

de geneeskunde voorgegeven doelen zoals schade vermijden, de ziekte helpen genezen, de dood afweren of zijn die ondergegaan in de telkens bij te stellen eisen van kwaliteit van leven en kwaliteit van medisch handelen? Als er geen doelen zijn, maar enkel een waaier van telkens bij te stellen kleine *targets*, dan heeft dat impact op wat praktische wijsheid nog kan voorstellen. Er blijft dan – nog steeds gesproken binnen de ethiek – vandaag maar een bijrolletje voor de *phronèsis* over: handig middelen vinden.³⁴ In de kliniek treffen we – op de achtergrond van allerlei ideeën over innovatie van de zorg – een variant op die ethische discussie aan, maar wel een veel venijniger variant. Terwijl anderen buiten de zorg de *targets* van de zorg vaststellen en denkmodellen van elders worden geïmporteerd, zoals kwaliteitsmodellen, worden zorgverleners steeds meer uitvoerders op het niveau van het aanwenden van middelen, maar genereren zij niet uit hun praktijken de doelen van hun handelen. Ik noem dit een venijnige variant van de theoretische strijd in de ethiek. In de zorg worden de diepere kennislagen van de ervaren zorgverleners niet meer geraadpleegd over wat die doelen van zorg dan wel of niet zijn. Venijnig ook, omdat anders dan in de ethiek er mensen vasthangen aan de versmalde *phronèsis*, aan de kunstige toepassing van middelen, namelijk de patiënten. Die zijn blij met de aanwending van goede middelen: bijvoorbeeld geen lange wachttijden, de juiste dosering van cytostatica in het CMF-schema, zodat je deze keer niet kotsmisselijk wordt. Maar daarin, in de aanwending van de juiste middelen, zoeken patiënten ook naarstig naar de arts en de verpleegkundige en naar de strekking van hun professionele handelen: ‘waar bent u hier op uit, dokter, zuster?’. In en achter de taal van kwaliteit van zorg, van innovatie, van betere zorg wordt er nog steeds, voorbij de *targets*, ook in het ziekenhuisbed en op de werkvloer, gezocht naar wat zorg eigenlijk behelst, wat de doelen van zorg zijn en wat men dus mag verwachten.

We hebben kennis genomen van in strijd tot stand gekomen toekenning van kenmerken van prudentie en *phronèsis*. Het is naar mijn oordeel conceptueel geoorloofd deze kenmerken samen te nemen onder de term praktische wijsheid. Dat is per saldo wat Paul Ricoeur heeft gedaan, namelijk een omschrijving vormen van praktische wijsheid, in de precieze zin van: wijsheid gedacht binnen praktijken. Hij heeft bovendien de plaats uitgedacht die praktische wijsheid toekomt, bijvoorbeeld in het ziekenhuis en verpleeghuis, namelijk de plaats van de bemiddeling tussen praktijk en institutie. Hij maakt een bemiddeling tussen Kant en Aristoteles, tussen de idee dat de wil en de plicht centraal moeten staan en het handelen moeten dirigeren en anderzijds de idee dat praktijken teleologisch zijn en hun eigen interne goedheid kennen.³⁵ De vorm van kennen die in praktijken, ook zorgpraktijken, mogelijk is, is probabilistisch: hogere en

34 Senlis (2004), p. 182-185; p. 189-191. Het is de hoofdkwestie voor Dunne (1993). Westberg, D. (1994). *Right Practical Reason. Aristotle, Action, and prudence in Aquinas*. Oxford: Clarendon, p. 3-14.

35 Ricoeur gaat door die bemiddeling tussen Aristoteles en Kant een heel andere weg dan Höffe, die Aristoteles met Kant corrigeert: Höffe, O. (2007). *Lebenskunst und Moral*. München: C.H. Beck, p. 153-165; p. 183-186.

verder dan aannemelijk en waarschijnlijk en de argumenten daarvoor kan men niet komen.³⁶ Wij zullen zijn denken gebruiken.³⁷ Ricoeur brengt, zoals zo vaak, tegen- gestelde ideeën in een spanning die als zodanig inzichtgevend is. Door de spanning vol te houden, zie en kun je meer. Welke spanningen construeert Ricoeur? Zoals we zojuist zagen, is er al bij Aristoteles een onderscheid tussen *phronèsis* als het vermogen om de passende middelen te vinden en te overwegen bij een doel en *phronèsis* als het onderkennen wat het doel is, dat wil zeggen: het morele goed dat in een handeling kan worden nagestreefd.³⁸ Ook in spanning met elkaar staan bij Aristoteles het op voortreffelijke wijze maken, fabriceren van dingen en van situaties of *poièsis* enerzijds en de morele voortreffelijkheid van scheppend handelen anderzijds. Ricoeur wijst er met Hanna Arendt op dat dit in de laatmoderne context nog veel spannender ge- worden is: het fabriceren is dominant ten opzichte van de andere spanningspool, het moreel voortreffelijk handelen ten opzichte van medewerkers en patiënten. Het fabri- ceren van dingen en van toestanden, met behulp van technologie, ook met behulp van sociale technologie, is dominant, bijvoorbeeld het fabriceren van sociale cohesie door Vogelaarbeleid. Een ander voorbeeld is het fabriceren van een in alles excellente universiteit door elders hoge output in te kopen en in de eigen *fabric* te implanteren. De andere pool, het scheppen van morele voortreffelijkheid in de betrekkingen en in het handelen binnen een gemeenschap, staat er zwak voor. Dit noopt overigens tot verder kritisch inzicht, niet tot het opponeren tegen moderniteit zoals Joseph Dunne, een kenner van het *phronèsis* traktaat, per saldo heeft gedaan.³⁹ *In concreto*, in het he- dendaagse kwaliteitsdenken in de zorgsector zit wel degelijk moraal opgesloten. Dat is echter een simpele moraal die aan de complexiteit en aan de tragiek van het handelen van de arts en van de verpleegkundige geen recht doet en de moraal van de instelling als zodanig omzeilt. De talloze kwaliteitsnormen hebben de aard van een verplich- ting die ook een morele verplichting is, terwijl daardoor juist adequate moraal wordt kwijtgespeeld. Ricoeur verbindt in zijn boek *Soi-même comme un autre* aan praktische wijsheid evenwel nog een inzicht. Dat betreft de identiteit van de degene die handelt en van degene die handelen ondergaat. Hier kunnen we invullen: de identiteit van de arts en de verpleegkundige en de identiteit van de patiënt. Ricoeur maakt duidelijk dat zowel de zorgverlener als de patiënt voor zichzelf ondoorzichtig zijn, ‘opaque’, zo-

36 Thomasset, A. (1996). *Paul Ricoeur. Une poétique de la morale. Aux fondements d'une éthique hermèneutique et narrative dans une perspective chrétienne*. Leuven: University Press en Peeters, p. 98-99.

37 Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action. Essai de l'hermèneutique*. Paris: Seuil, p. 237-258; Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, p. 239-254, Studies 8 en 9.

38 Aristoteles. *Ethica Nicomacheia*. Boek VI, V, 1140a en VI, XII, 1144a.

39 Dunne (1993), p. 377 -379: hoewel Dunne zich afzet tegen pessimistische cultuurkritiek en tegen “neo Aristotelianism” which combines a strong animus against modernity with (...) restoration’ komt hij toch tot de conclusie dat techniek *practices* weliswaar niet helemaal hebben vernietigd, maar er toch niet veel meer overblijft dan een ‘basic sense of the world’, voorbij een wijsgerige gedachtegang, dat praktische wijsheid misschien nog enige kans heeft.

als hij dat noemt. De ferme keuze, de wilsbekwaamheid, het kordate handelen, staan tegen de achtergrond van deze ondoorzichtigheid.⁴⁰ Niet alleen de patiënt, maar ook de dokter moet op zijn *à propos* komen. In de kliniek en in toenemende mate in het verpleeghuis en het zorgcentrum lijkt er voortdurend duidelijk en kordaat te worden gehandeld. Maar het waartoe daarvan, dat ligt verscholen in het *à propos* komen, in het verhaal dat de patiënt moet gaan vertellen, in de pointe waar hij achter moet komen, in dat wat voor de patiënt hier en nu een goed is. Zowel de arts en de verpleegkundige als een doodzieke patiënt zijn (in moreel opzicht) wel degelijk capabel tot handelen, maar slechts in zoverre zij hun lijdelijkheid onder ogen zien en dan *à propos* willen komen.⁴¹ Ricoeur maakt wat in de kliniek gebeurt complex, of beter gezegd, hij heeft het denk-instrumentarium om de feitelijk aanwezige morele complexiteit te tonen. Zorgverleners opereren niet, ook al menen zij zelf van wel, vanuit zekerheid, maar vanuit onzekerheid.⁴² Dat is de onzekerheid die bij hun handelen zelf hoort. Het is ook de onzekerheid die hoort bij het uitzoeken van het concrete goed voor deze patiënt. De praktisch wijze arts en verpleegkundige doen dat voortdurend en met een zeker gemak. Dit is geen naïef doen, maar een vorm van kritische praktische wijsheid, zoals Ricoeur het uitdrukt. Niet uit gewoonte, maar uit alert zoeken komt het inzicht voort wat hier en nu goed is, en het wordt vaak in een rap tempo gevonden; de kliniek kent geen rust. De praktische wijsheid komt tot stand, gaat 'door het openbare debat, het vriendschappelijke gesprek, door overtuigen te delen' heen.⁴³ De praktisch wijze is niet eigenwijs. Het scherpe randje van de praktische wijsheid is het maken van een uitzondering uit zorgzaamheid. Bij elke patiënt komt er het moment om onder ogen te zien dat deze persoon niet tot de algemeenheden, zoals behoeften, terug te brengen is. Bij elke patiënt komt het moment haar of hem zo, als persoon, te erkennen.⁴⁴

Uit de kenmerken van prudentie, *phronèsis* en praktische wijsheid kunnen we nu het volgende samen nemen: praktische wijsheid is het virtuoze vermogen om in een institutie ontstane en persisterende spanning tussen verduisterde doelen van handelen en verfijning van middelen te ontdekken wat moreel relevant is, weten te besluiten en weten te handelen, alsook weten te leren van wat niet goed gedaan is. Daarbij kunnen

40 Brantl (2007, p. 172-187) werkt theologisch een spoor uit dat parallel loopt aan dat van de 'passibiliteit' (neologisme van Ricoeur) met de idee van de 'verwundete Artzt': wie kan helen, kan dat omdat hij grondig weet van de en verwondbaarheid van ieder mens, ook van zichzelf.

41 Zie le Blanc, G. (2006). 'Penser la fragilité'. *Esprit*, Mars-Avril 2006: La pensée Ricoeur, p. 245-259. Ricoeur, P. (2001). 'Les trois niveaux du jugement médical'. In: Ricoeur, P. (ed.). *Le Juste II*. Paris: Éd. Esprit, p. 227-243; hier: p. 231.

42 Ricoeur, P. (1990). *Soi-même*, p. 193-198. Zie ook Mattern, J. (2008). *Zwischen kultureller Symbolik und allgemeiner Wahrheit*. Nordhausen: Bautz, p. 74-84.

43 Ricoeur (1990, p. 337): 'C'est à travers le débat public, le colloque amical, les convictions partagées, que le jugement moral en situation se forme.' Zie ook Wall (2003), p. 323-325; p. 333.

44 Ricoeur (1990), p. 269; 289. Wall (2003), p. 324-325.

praktisch wijze professionals steeds zien (en ernaar handelen) wat algemeen van aard en specifiek van aard is: er zijn groepen patiënten en er is de patiënt, ook in moreel opzicht. Vandaar de aandacht van de praktisch wijze verpleegkundige en de arts voor het particuliere, voor deze zieke bejaarde of deze zieke puber. Praktische wijsheid heeft een gesitueerde redelijkheid. Zij is generatief: praktische wijsheid is eropuit voortdurend uit handelen-in-gemeenschap weer praktische wijsheid te doen ontstaan. Dit *savoir faire* is dusdanig dat het gebonden is aan de werkgemeenschap alsook toekomstgericht is. De zorgverlener komt aan het *savoir faire* door het vele doen, om het met het Lubberiaans neologisme het meest treffend te zeggen ‘werkendeweg’, maar hij of zij doet dat in een werkverband met anderen; het is geen individueel gegenereerde kennis. De arts weet door het vele handelen wat verstandig is om te doen in de volgende situatie, bij deze of die patiënt. De arts heeft daarvoor gaandeweg kennis in zichzelf opgeslagen, kennis die hij of zij desgevraagd niet compleet en geordend kan beschrijven, maar die er wel is. Praktische wijsheid is voor een deel articuleerbaar, maar voor een deel is het stille kennis, *tacit knowledge*, ook stille morele kennis, die niet voortkomt uit het toepassen van veralgemeniseerbare regels, zoals ‘spreek altijd de waarheid’, en ook niet voortkomt uit noch terug te brengen is tot ‘als...dan-regels’, tot *rules of thumb*. Vuistregels slaan weliswaar op handigheid en behendigheid, maar stille morele kennis is inductief van aard en slaat niet neer in een vuistregel. Laat mij volstaan met het noemen van een voorbeeld uit de oncologie, met zijn vele situaties waarin patiënten een chemokuur als therapievoorstel krijgen aangeboden.⁴⁵ De praktisch wijze arts of verpleegkundige tast af wat de concrete patiënt in zijn ziekte van belang vindt, welk goed de patiënt nastreeft. Van cytostatica kun je je, zoals algemeen bekend, heel ziek voelen, misselijk en ernstig verzwakt. De arts met praktische wijsheid tast tegen de achtergrond van deze algemene kennis af wat de concrete patiënt vooral nastreeft. Dat kan samen met wat vele patiënten die dit therapievoorstel volgen, veralgemeniseerd worden: wel de chemo en zich daarbij zo goed mogelijk voelen, zo min mogelijk misselijkheid (dus eventueel daar middelen tegen geven), niet te lange opnames en dus weg van huis zijn, enzovoort. De praktisch wijze arts houdt zich niet vast aan die veralgemeniseerbare goederen. Hij of zij tast ook af bij de concrete patiënt wat belangrijk en belangrijker wordt gevonden: nu prevaleert rust kunnen nemen en dus niet het zo snel mogelijk naar huis gaan, maar juist een dag langer blijven, omdat het thuis een heksenketel is. De stille kennis schuilt erin te weten dat je als behandelaar zelf steeds de particulariteit actief moet opzoeken. De groep van autokopers geeft wel aan welke kleur ze willen en of kleur überhaupt van belang is; patiënten geven niet steeds aan wat hun aantrekt en wat zij vrezen. Er is zelfs geen algemeenheid te construeren zoals bij autokopers. De individualiteit moet daar worden waargenomen. In de taal van de ethiek: de arts zoekt de hiërarchie van goederen op en laat dus niet de algemeenhe-

45 Baart komt hierop terug in het tweede deel van dit boekje.

den op één linie staan. De praktisch wijze arts stemt niet alleen af op wat een goed is voor deze patiënte, maar tast bovendien af van welk kwaad, welke kwaden zij af wil. Wederom, er zijn algemeenheden, zoals zo min mogelijk belasting en verzwakking teweegbrengen, de dood helpen ontvluchten. Maar *in concreto* kunnen deze algemeenheden in een eigenaardige figuratie liggen: niet de dood wordt het meest gevreesd, maar het afscheid moeten gaan nemen van de kinderen, met wie je ruzie hebt. Niet de ernstige misselijkheid wordt primair gevreesd, maar deze solitaire patiënte vreest de verwarrende omgeving van een meerpersoonskamer. Hier helpt ons het inzicht dat Ricoeur had gegeven: mensen, ook deze patiënt, zijn ondoorzichtig voor zichzelf, óók wanneer zij als kiezende, soevereine wezens verschijnen. Dat vraagt om behoedzaam waarnemen. Het getuigt van praktische wijsheid wanneer de arts zulke afstemming weet te plegen. Niet zelden is het de verpleegkundige en niet de arts die zulke afstemming zoekt en blijft zoeken, terwijl die ook tot de geneeskunde behoort.

We gaan nog verder in op de morele kracht van praktische wijsheid, maar we zullen dat doen door deze in een bredere context te plaatsen dan vaak gebruikelijk is en systematisch te doordenken. Het gaat om praktische wijsheid in de context van zorgpraktijken, binnen instituties, en om de vraag of deze praktische wijsheid onderzoekbaar is. Binnen zorgpraktijken, dat wil zeggen dat wij niet de zo lang in de moraaltheologie gevolgde lijn van handelingstheorieën volgen (wat is een handeling? wat maakt een handeling tot een goede handeling?), maar ons op theorieën over praktijken oriënteren: op handelen in een groter verband van een domein waarbinnen betekenis aan handelen wordt gegeven.⁴⁶ We nemen daarbij als leidraad de definitie van praktijken, zoals Alisdair MacIntyre die in *After Virtue* heeft gegeven. Daaruit wordt zo dadelijk duidelijk wat het oplevert om van praktijken, hier zorgpraktijken, uit te gaan in plaats van de categorie handelen. 'Met een praktijk bedoel ik iedere coherente en complexe vorm van sociaal gevestigde samenwerkingsactiviteit van mensen waardoor goederen worden gerealiseerd die intern zijn aan die vorm van activiteit, terwijl getracht wordt de standaarden van uitmuntendheid te bereiken die passen bij en gedeeltelijk bepalend zijn voor die vorm van activiteit, met als resultaat dat de menselijke vermogens om die uitmuntendheid te bereiken en menselijke voorstellingen van de betrokken doelen en de goederen systematisch worden verrijkt.'⁴⁷ MacIntyre noemt spelen, zoals voetbal en schaken, als voorbeeld van een praktijk, verder architectuur, boeren, schilderen, muziek maken, maar ook wetenschap bedrijven. Er is een zekere omvattendheid nodig: een spelletje telt niet als praktijk en metselen ook niet. De omschrijving van een praktijk is als het ware een accolade om een aantal activiteiten heen. In elk van die

46 In een andere publicatie zal ik ingaan op de diverse opvattingen van een praktijk is, welke waarom vanuit de moraaltheologische probleemstelling het meest adequaat is: de opvattingen van MacIntyre-Ricoeur, M. de Certeau, Bourdieu e.a.

47 MacIntyre, A. (1985²). *After Virtue. A study in moral theory*. London: Duckworth, p. 187.

activiteiten én in de bundeling ervan schuilen morele goederen. Of beter gezegd: een praktijk is een activiteit die een eenheid heeft, ook al vallen er diverse handelingen onder. Zorg zou een dergelijke praktijk kunnen zijn, met een diversiteit van handelingen daaronder. Maar die worden dan wel gekenmerkt door een eenheid, met morele goederen die die eenheid mee tot stand brengen. De omschrijving van *practices* blijkt zelf normatief, maar dat niet alleen: de omschrijving schept ook een realiteit en heeft bovendien een epistemologische status.⁴⁸ Die omschrijving heeft tot veel kritiek geleid; een deel daarvan is in dit verband ernstig. Niet ernstig is de kritiek die een liberale, individuele vrijheidsopvatting had willen zien.⁴⁹ Wel ernstig is de kritiek dat praktijken niet bestaan, maar als het ware door de omschrijving van MacIntyre bedacht worden, en niet tot leven komen als in een structuur die in de werkelijkheid aanwezig is. De omstreden teleologie waarover we het naar aanleiding van Aristoteles al hadden, speelt daarbij een belangrijke rol; de vaak scherpe kritiek draait vooral om het ‘inlezen’ van doelen die niet als voorgegeven bestaan maar – in de laatmoderniteit – gesteld worden. In het beste geval worden ze geponeerd in deliberatie. In vraagvorm: is de *practice* waar MacIntyre het over heeft niet eigenlijk circulair? Ricoeur neemt de omschrijving van MacIntyre van praktijken over, maar modificeert die ook. In zekere zin geeft Ricoeur toe dat de omschrijving van een praktijk circulair is: wat je normatief wilt laten zijn, is eerder in de omschrijving gestopt, via het idee dat er goederen zijn die inherent zijn aan een praktijk. Maar toch is dat niet het laatste woord. In de standaarden van uitmuntendheid schuilt wat de traditie van het vak (arts, verpleegkundige en patiënt) aanlevert: ‘dat is een voortreffelijke arts’, dokter C. uit het Anthonie van Leeuwenhoek ziekenhuis: je moest bijna altijd wachten, maar je wist: ‘hij neemt voor mij net zo de tijd als voor de patiënte die nu tegenover hem zit’. Maar de standaarden fungeren ook dankzij de actuele gezamenlijke uitleg van het handelen-in-samenwerking. Uitmuntendheid kan niemand op zijn of haar eentje bepalen.⁵⁰ Gezamenlijke uitleg kan ook controverser inhoud. Maar Ricoeur wijst erop dat in elk geval de uitmuntendheid van een praktijk, waarvoor ik hier de uitmuntendheid van zorgpraktijken invul, enkel en alleen in de betreffende praktijk kan worden ontdekt. Dat is circulair, maar tegelijk wordt ermee wel heel helder aangegeven dat deze kennis pas kan worden ontdekt door de activiteit; zij is niet door een andere rationaliteit vast te stellen. Juist de praktische wijsheid is het vermogen om *in actu* te ontdekken wat uitmuntend is. Daarvoor zijn dus de beroepsbeoefenaren nodig. Er is wel degelijk zoets als een goed van de praktijk dat in de strekking van de praktijk ligt vervat.⁵¹ Alessandro Ferrara maakt, zover ik

48 Graham, E.L. (1996). *Transforming Practice. Pastoral Theology in an age of uncertainty*. London / New York: Mowbray, p. 99.

49 MacIntyre verdedigt zichzelf in de tweede bijgewerkte uitgave (1985) van *After Virtue*, in het *Postscript* (en daarna).

50 Ricoeur, o.c., p. 207.

51 Ricoeur, o.c., p. 207-208.

kan overzien, het meest scherp duidelijk dat, terwijl er inderdaad circulariteit in de gedachtegang over de praktijken en de praktische wijsheid aanwezig is, er wel degelijk iets over het al aanwezige goed wordt verondersteld. Dit is evenwel geen theoretische veronderstelling, maar een praktische: je moet eerst iets gedaan hebben voor je weet wat er tot stand kwam. De kenorde in de praktijk (zoals opgevat door MacIntyre en Ricoeur) is dat de doeners kunnen weten. Zij kunnen weten wat er toe blijkt te doen, wat een goed is in die praktijk. Zij voeren geen script uit, vinden niet wat ontologisch (of gedacht langs een andere logica) al aanwezig moest zijn.⁵² Als ik dit met een beeld mag aangeven – dat zoals elk beeld ook weer op een gegeven moment mank gaat – dan kunnen we de morele arbeid die de praktisch wijze beroepsbeoefenaar moet verrichten vergelijken met de motorrijders tegen de steile wand: pas door die snelheid te maken kun je die figuur op de wand maken, kom je erachter wat je moet doen om op de wand te blijven en merk je wat er fout kan gaan en hoe dat kan. Pas door de zorgarbeid als arts, verpleegkundige te verrichten breng je zorg tot stand en ben je in de positie om te ontdekken wat er in de zorg toe doet, in de zorg als arbeid. Er is dus, net zoals bij de steile wandrijder, een tweevoudige onzekerheid: de wand is steil en daardoor werkelijk anders dan het horizontale vlak en pas door het rijden word je vaardig. De beroepsarbeid van de zorgverlener is ook door onzekerheid gekenmerkt (in weerwil van *evidence based*-concepten) en toch kan hij of zij door de arbeid van de zorg erachter komen wat goede zorg is en *savoir faire* erover opbouwen. Meer dan die zekerheid is er niet. Het concept van praktijken, inclusief de problemen die ik heb aangesneden, maakt het mogelijk, anders dan bij een theorie over handelen, van begin af aan contextueel en praktisch moreel te denken. Dat is een grote winst. Maar we moeten de flanken van het probleem nog verder verleggen: we moeten zorg in instellingen kunnen denken, in instellingen zoals ze zich nu ontwikkelen, dus in een reële, niet-idealistische voorstelling van wat momenteel een ziekenhuis, een verpleeghuis is. Dan pas zal eventueel het pleidooi voor praktische wijsheid, inclusief de heuristische kracht ervan, voldoen aan de eisen die eraan gesteld moeten worden vanuit onze laatmoderne context. Albert Schweitzer en Florence Nightingale zijn dood, het ziekgasthuis bestaat niet meer. Het gaat, anders gezegd, niet om een individuele arts of verpleegkundige met goede bedoelingen, met een goede houding of mentaliteit, maar om het bedrijven van geneeskunde en verpleegkunde in ziekenhuizen en in andere zorginstellingen die grondig van aard aan het veranderen zijn onder andere doordat zorg deels op de leest van de markt wordt geschoeid en daardoor moreel van kleur verandert. We moeten het hebben over zorginstellingen en hun institutiekarakter. Ik zal dat, tot slot, doen met een beroep op het denken van de Franse socioloog François Dubet over instituties en systemen in de zorg.

52 Ferrara, A. (1998). *Reflective Authenticity. Rethinking the project of Modernity*. London / New York: Routledge, p. 33-35.

3 Praktische wijsheid in instituties die systemen worden

Wat mij in politiek-ethisch opzicht in verband van de gezondheidzorg interesseert, is de aard van de institutie of van de instituties die daarin een rol spelen. Naarmate de instellingen (zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, maar ook verzekeraars en instellingen halverwege de patiënt en de overheid zoals de zorgkantoren) meer de logica van de markt aannemen, of naarmate de logica van management veld wint, of wanneer ‘de logica van het kiezen’, zoals Annemarie Mol dat in haar onderzoek noemt, de logica van het zorgen verdringt, verandert het karakter van de zorginstellingen ingrijpend. Preciezer gezegd: zij gaan meer dan één institutie in zich bergen, het institutiekarakter wordt dus meervoudiger. Het ziekenhuis is niet enkel de plaats waar de georganiseerde samenleving het mogelijk maakt dat zieke mensen genezing en verzachting van hun ziekte en pijn vinden, het ziekenhuis is ook winstmaker, het bevordert cohesie: het heeft andere instituties in zich. Binnen één instelling kan men meer dan een institutie aantreffen. Wat is met institutie bedoeld? ‘Institutie’ heeft vele betekenissen, verschillend naargelang de discipline (bijvoorbeeld de rechtsfilosofie, de sociologie, de bestuurskunde). Onder institutie versta ik met Ricoeur in eerste instantie heel breed: ‘de structuur van het samenleven van een historische gemeenschap – volk, natie, streek, etc. – een structuur die niet terug te brengen is tot inter-persoonlijke relaties en niet-temin daarmee wel verbonden is.’⁵³ Daaraan moet worden toegevoegd – nog steeds met Ricoeur – dat die structuren van samenleven hun specifieke doeleinde hebben, zoals in het geval van de zittende en staande magistratuur het doeleinde om recht te spreken of in het geval van de school en de universiteit om onderwijs plaats laten hebben. Dit doeleinde bepaalt niet slechts het speelveld van een structuur van samenleven (het domein rechtspraak of scholing of ziekenzorg), maar is een *causa finalis*. Het doeleinde is het waartoe van die structuur: de structuur is er enkel en alleen opdat recht, onderwijs, zorg, opvoeding (enzovoort) worden nagestreefd. Ricoeur voegt daar tot slot aan toe, dat deze doeleinden ook de inperking van een structuur aanduiden. Gaat men naast, voorbij dat doeleinde, dan verlaat men de institutie. Deze begripsbepaling van de institutie blijft, lijkt mij, ethisch van belang, omdat er dus een eigen vorm van doelmatigheid is: er is een doel dat een maatstaf voor de institutie is en er kan een bijpassende doelmatigheid gezocht en (misschien ook) bepaald worden. Dat doeleinde en die doelmatigheid zijn niet afgeleid van efficiëntie zoals die van een productiebedrijf en ze vallen niet samen met de bedrijfsmatige vorm van efficiëntie. Positief gezegd: aan

53 Ricoeur (1990), p. 227.

het doeleinde van rechtspreken en recht verschaffen kan een doel-middelverhouding worden gerelateerd die doeleindespecifiek is: een evenwichtig oordeel dat ook dicteert wat de bijpassende doelmatigheid is. Zo ook in de gezondheidszorginstelling met het doeleinde van helpen genezen en van verplegen. Misschien is de idee dat er slechts één vorm van efficiëntie is voor gezondheidszorg (die van een productiebedrijf) wel een denkhandicap, wellicht zelfs een hele dure. Er valt meer te zeggen over de redenen waarom deze institutietheorie juist ook voor zorg belangrijk is. Wanneer zorginstellingen zeggen blij te zijn met de komst van de efficiency van de markt omdat 'wij zo scherp blijven', moet toch de vraag zijn of de beoefening van de eigen disciplines, zoals de geneeskunde en de verpleegkunde die scherp te brengen, terwijl er toch wel een concrete persoon, de patiënt, voor de neus staat of ligt. De substantie van de zorg zelf, het zorgen voor een patiënt, zou een eigen efficiëntie kunnen hebben. Dat veronderstelt wel dat patiënten niet tot behoeftedragers worden teruggebracht die keuzes maken met betrekking tot wat hun bevalt. Boven gaf ik al aan dat die reductie gebeurt in de economische theorie van de *added value*; het gebeurt ook in managementtheorieën zoals de theorie van het *operations management*. Zorg valt uit elkaar te halen in modules en zorg kan worden ondergebracht in modulaire productie: zorg is als een stapel legostenen, die zelf op hun beurt in nog kleinere eenheden uit elkaar gehaald kunnen worden. Efficiëntie is dan dat de patiënt/cliënt alleen die modules of delen van modules kiest die aan haar behoeften voldoen. Goede zorg is dan de match tussen de behoefte en de gekozen onderdelen. Dat legt de arbeid in een zorginstelling op de matrix van een productie- of van een *sales*bedrijf. De eenheid van een praktijk, van een zorgpraktijk, is dan door de op die leest geschoeide zorginstelling verbroken. Wat voor de praktische wijsheid van de verpleegkundige en de arts constituerend is, namelijk de klinische interactie van deze beroepsbeoefenaar met de patiënt, is verdwenen, of preciezer gezegd: die interactie wordt als een 'interface' opgevat tussen de kiezende behoeftedragers en de zorgverlener.

Wat gebeurt er met de institutie en haar doeleinde wanneer onderwijs ook sociale gelijkheidspolitiek is, wat gebeurt er wanneer openbaar vervoer ook arbeidspolitiek gaat voeren om allochtone jongeren aan werk te helpen en van de straat te halen, wat gebeurt er wanneer in de gezondheidszorg gezond leven wordt bevorderd in plaats van te helpen bij genezing, en wanneer de logica van productie en *sales* tegelijk ook worden geïmplementeerd? Ieder voor zich, genezen, gezondheid bevorderen en produceren, gaat om dat een respectabele onderneming. Ieder voor zich zijn ze nodig voor een samenleving. Wat gebeurt er als zij gemengd worden en een instelling meer dan één institutie herbergt? De vraag naar efficiëntie is een terechte vraag. Maar de vervolgvraag is: wat is de efficiëntie van welke institutie?

Toch kunnen we in verband met zorginstellingen van nu geen genoegen nemen met deze institutietheorie. We kunnen namelijk de grote veranderingen in die instellingen in de ethiek nog niet voldoende adequaat denken. We moeten nog kunnen denken wat er met de arbeid van de zorgverleners zelf gebeurt. Daarom zet ik nog een stap verder.

Een aantal Franse sociologen die inhoudelijk aan elkaar verwant zijn zoals Jean-Claude Kaufmann en François Dubet vatten de institutie veel breder op dan Ricoeur, dus breder dan een ‘Gefüge des Zusammenlebens’. Zij doen dat om sociologische redenen, namelijk om allerlei praktijken van groepen te kunnen denken. Ze begeven zich daarbij wel degelijk ook op wijsgerig-ethisch vlak, of beter: opzettelijk prepareren zij sociologische concepten zodanig dat zij in ethiek op te pakken zijn.⁵⁴ Kaufmann denkt na over instituties in verband met identiteit van personen en groepen, hij denkt in eerste instantie vooral conceptueel.⁵⁵ Dubet maakt een kritische analyse van de beroepsmatige arbeid in onderwijs, opvoeding en het welzijnswerk. Wat ons hier nu vooral interesseert, is dat hij ook een analyse maakte van de beroepsarbeid in de verpleging.⁵⁶ Hij heeft daarbij een scherp oog voor wat aan het openbare en aan het private domein wordt toegewezen. De mentaliteit van verpleegkundigen wordt in de laatmoderne samenleving bijvoorbeeld behandeld als een private aangelegenheid waaraan echter getrokken mag en moet worden, omdat de zorgarbeid, die op het publieke domein ligt, niet zonder het beenmerg van de private sfeer kan.⁵⁷ Dubet wil in *Le déclin de l’institution* nadenken over die beroepsarbeid die ‘de ander wil transformeren’, zoals hij dat uitdrukt. Er zijn mensen die anderen opvoeden, verzorgen, straffen, bewaken, amuseren, andere mensen (professioneel) troosten; dat zijn allemaal vormen van *travail sur l’autrui*.⁵⁸ Dubet onderscheidt dit *travail sur l’autrui* nadrukkelijk van die sociologische benadering waarbij alleen de professional in het vizier wordt genomen. Die professionaliseringsbenadering let, als ze althans kritisch van aard durft te zijn, op de productie van taal en jargon van een beroepsgroep en let op het ‘uitvinden’ van het werk: door theorie te gaan vormen wordt de verpleegster een verpleegkundige en ontstaat nieuwe arbeid die de verpleegster niet verrichtte of, indien ze die verrichtte, ontstaat die onder een andere, meer globale naam. Door jargon wordt een beroep gemaakt en opgewaardeerd. De benadering van *le travail sur l’autrui* wordt door Dubet bovendien onderscheiden van een managementbenadering van de zorg. Dubets interesse is een andere, namelijk hoe een professionele arbeid zelf subjecten en individuen produ-

54 Dubet, F. (2004). *Les inégalités multipliées*. Paris: Aube, p. 8: de reden is dat het object van analyse zowel sociologisch als politiek ethisch is: ‘...comme un objet sociologique et un objet de philosophie politique car... le rapport aux valeurs et à la politique est toujours à fleur de peau des théories’.

55 Kaufmann, J.-Cl. (2004). *L’invention de soi. Une théorie de l’identité*. Paris: Hachette. Kaufmann, J.-Cl. (2001*) *Ego. Pour une sociologie de l’individu*. Paris: Hachette. Het eerste is ook vertaald in het Duits: Kaufmann, J.-Cl. (2005). *Die Erfindung des Ich. Eine Theorie der Identität*. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz.

56 Dubet, F. (2002). *Le déclin de l’institution*. Paris: Seuil. Hfst. 6 gaat over de verpleegkunde: Entre technique, relations et organisation. Eerder onderzocht Dubet arbeid in en rond het huis, van belang om na te denken over zogenaamde mantelzorg en over zogenaamde vrijwilligers, maar ook i.v.m. overheidsinmenging of semioverheidsinmenging achter de voordeur met betrekking tot opvoeding.

57 Zie ook Salvatore, A. (2007). *The Public Sphere. Liberal Modernity, Catholicism, Islam*. Palgrave: MacMillan p. 9-12, 31-40, 77 die de grote verschuiving in de verhouding tussen openbare en private sfeer analyseert in verband met *phronèsis* en *telos*.

58 Dubet, F. (2002), p. 10.

ceert. Hoe construeren bijvoorbeeld verpleegkundigen hun arbeidservaring, hoe brengen ze een hiërarchie aan in hun oriëntaties? De arbeid van de zorgverlener vat Dubet (met een beroep op Émile Durkheim) op als een bemiddeling tussen algemene culturele waarden en de beleefde waarden in het leven van het concrete individu. Daarbij is Dubet geïnteresseerd in de productie van feitelijke, nieuwe ongelijkheden.⁵⁹ Mij dunkt dat we die interesse moeten delen als we de verhouding tussen de arts en de geprofessionaliseerde verpleegkundige proberen te begrijpen, waarop steeds spanning van ongelijkheid staat. De these luidt: door het verval van de institutie worden nieuwe vormen van ongelijkheid voortgebracht. Onder institutie verstaat Dubet (in het verlengde van de theorie van Durkheim) in eerste instantie iedere vorm van gedurige socialisatie, van generatie op generatie. Maar hij breidt het idee van institutie uit door (met Kaufmann) verder te gaan spreken over ‘institutioneel programma’. De institutie is geen gebouw, geen groep, niet enkel een verzameling regels, maar er wordt een programma in de zin van een repertoire uitgevoerd. Instituties bestaan als een repertoire. Daarmee bedoelt Dubet het sociale proces dat de waarden en de beginselen omzet (‘transformeert’) in actie en omzet in subjectiviteit over de band van specifiek en georganiseerde beroepsarbeid.⁶⁰ De gedachtegang gaat dus van waarden (en overtuigingen) naar professionele arbeid naar socialisatie. Dus door arbeid, zoals de arbeid die de verpleging verricht, worden zowel werkers als patiënten gesocialiseerd. Het gaat bij institutionele programma’s niet om alle subjectiviteit vernietigende machineachtige instituties,⁶¹ maar om processen die een paradox bevatten: tegelijk worden mensen als subject geïnstalleerd (als verantwoordelijke voor bepaald handelen) én worden ze gesocialiseerd.⁶² De verpleegkundige wordt, met andere woorden, beroepsbeoefenaar, verpleegkundige door haar (of zijn) arbeid. Dat houdt ook in dat wat zij te doen krijgt (en wat niet of niet meer) haar tot beroepsbeoefenaar maakt. Nog concreter, het is beslissend dat je niet, minder of anders aan het bed werkt. Dat is niet alleen van belang voor de motivatie, maar het bepaalt de substantie van de beroepsbeoefening. Volgens Dubet is het institutionele programma in verval dat de paradox kan hanteren tussen verantwoordelijkheid kunnen nemen en gesocialiseerd worden door je arbeid.⁶³ De ontpolitisering in de letterlijke zin speelt bij dit verval van het institutionele programma een hoofdrol: de idee van geordende samenleving raakt steeds verder op de achtergrond. De actor, degene die bepaalde taken moet uitvoeren, komt in de plaats van het subject. Er komt dan een omgekeerde socialisatie op gang. Dat wil zeggen dat een bepaald type handelen als middelpuntvliedende kracht werkt. De cohesie in de zin van hechten aan de

59 Dubet (2004).

60 Dubet (2002), p. 24.

61 Dubet (2002), p. 206: de verpleegkundige als onderdeel van de ‘ziekenhuis machine’, zoals Dubet dat uitdrukt.

62 Dubet (2002), p. 35.

63 Dubet (2002), hfst. 2.

zelfde waarden en in de zin van het opzoeken en vinden van een gedeeltelijke overeenstemming ten aanzien van waarden en overtuigingen en het komen tot verzoening tussen tegenovergestelde waarden, dít type van cohesie zwakt steeds verder af. De socialisatie heeft geen eenheid meer, aldus Dubet.⁶⁴ De groei en de complexiteit van de organisaties dragen bij aan de verzwakking van de instituties.⁶⁵ De actoren, de werkers, de verpleegkundigen wier arbeid Dubet analyseert worden tot een ‘bundel van gewenste functies’. Ziekenhuizen worden tot systemen die het institutiekarakter van het ziekenhuis, zorg voor de zieken, om zeep brengen. Een systeem is iets heel anders dan een institutie. Het systeem is een sociologisch gegeven, een institutie is een politiek ethische realiteit. Een systeem is een samenstel van elementen die elkaar wederzijds beïnvloeden, gericht op het bewerkstelligen van bepaalde gewenste gevolgen, door op de bewerkende oorzaken van die gevolgen en de omstandigheden in te grijpen.⁶⁶ Een systeem is een geheel van functies, waar een gewenst gevolg aan gekoppeld kan worden, maar dat gewenste gevolg kan er ook van worden afgenomen en zo kan het systeem van andere gewenste gevolgen worden voorzien. De systemen waar we het in het algemene ziekenhuis over hebben, gaan – onder meer – over melden, diagnosticeren, volgen (‘monitoren’), informatie doorgeven, verantwoorden, afrekenen. Het is van belang te noteren dat het over een bepaalde soort systemen gaat, namelijk *regelsystemen* en dat er soorten systemen zijn die zelfhandhavend zijn. Die systemen stellen het systemische centraal om efficiënt te functioneren. Dat is geen aberratie van iets dat op zich op orde is, het betreft geen narcisme van managers of professionals, maar het is een analytisch gegeven: zo werkt zelfregulering en zelfhandhaving. Miskennen van het regelkarakter van systemen en van hun zelfhandhavende aard leidt tot ongelukken: gemoraliseer en verkeerde strategieën. Instituties zijn iets anders, het zijn politieke entiteiten, dat wil zeggen: het zijn vormen van geordend samenleven met hun eigen doeleinden. Volgens Dubet zijn er vier problemen die zijn verbonden aan het verval van het institutiekarakter.⁶⁷ Ten eerste verdwijnt de legitimiteit van de zorgarbeid. Ten tweede is er voortaan de moeilijkheid goede betrekkingen te hebben (bijvoorbeeld) tussen verpleegkundige en patiënt omdat de institutie niet meer bemiddelt (zoals bij Ricoeur het geval was): systemen hebben regels die het verkeer regelen, maar patiënt noch zorgverlener kunnen zich als zinvol deelnemer van een systeem zien zoals dat wel bij een institutie het geval is. Een derde probleem is dat zorgverleners zijn overgeleverd aan universele waarden (‘ieder mens is gelijk en de moeite waard’ – wat dat ook moge

64 Dubet (2002), p. 54.

65 Dubet (2002), p. 23. Vergelijkbaar met de conclusies van bestuurskundige Zouridis, S. (2007). ‘De legitimiteit van recht en bestuur: signalen voor legitimiteitserosie geanalyseerd’. In: E.M.H. Cornelissen, P.H.A. Frissen, S. Kensen & T. Brandsen (red.), *Betoverend bestuur. Legitimiteit, vitaliteit, meervoudigheid*, Den Haag: LEMMA, p. 93-115.

66 Zie ook Den Hoed, P. & Schuyt, K. (2004). ‘Instituties als werkplaatsen van waarden en normen’. *Sociologische Gids*, jrg. 51, nr. 3, p. 196-214, hier: p. 196-197.

67 Dubet (2002), p. 378-384.

betekenen) en aan hun eigen private waarden; de in wezen politieke waarden die de institutie kenmerkten (in het geval van het ziekenhuis een gasthuis te zijn – een politiekere term is wel nauwelijks denkbaar) zijn verguisd. Dat brengt de mensen die het *travail sur l'autrui* verrichten in 'onmogelijke positie'.⁶⁸ Een vierde probleem dat optreedt door het verval van de institutie is dat de verdediging van de zeer zwakken zoals hoogbejaarden met dementie weinig kans van slagen meer heeft. Systemen kunnen niet eens waarnemen dat verdediging nodig is; zij installeren de hoogbejaarden van begin af aan als zwak, *frail*. Dat het systeem zelf zo en op andere manieren mensen in het gedrang kan brengen en kwaad kunnen berokkenen, is systemisch niet denkbaar. De vruchtbare spanning tussen actief en lijdelijk is opgeheven.

Wanneer Dubet gelijk heeft en zorginstellingen hun institutiekarakter verliezen en systemisch zijn geworden en wanneer hij gelijk heeft dat de arbeid van de zorgverleners, althans van de categorie wier arbeid hij heeft geanalyseerd, die van de verpleegkundigen, hen tot een bundel van gewenste functies maakt, dan belooft dat niet veel goeds voor de praktische wijsheid. Praktische wijsheid bestaat bij de gratie van instituties met hun doeleinden en doelmatigheid. De vraag is gerechtvaardigd of systemen nog ruimte maken en kunnen maken voor praktische wijsheid. Dat kan immers alleen wanneer aan de eis van functionaliteit wordt voldaan. Praktische wijsheid is inderdaad praktisch, helpt een doeleinde te bereiken, maar is ook een doel op zich. De morele voortreffelijkheid van de praktisch wijze arts zoals dr. Douma gaat als het ware ook op in het contact met de patiënte en de familie. Zijn prudentie gaat op in de klinische interactie. Daar zal een systeem geen sensor voor hebben. Maar Dubet is geen onheilspreeker, eerder broodnuchter. Hij wijst ook op de kansen die er zijn wanneer instituties verzwakken. Systemen maken instituties stuk, maar er is ook een positieve kant aan die afbraak. Door het verhakselen van instituties is er ook ruimte voor elementaire vragen. Die elementaire en fundamentele vragen zijn tegelijk erg praktisch. Instituties moeten, aldus Dubet, als reactie op de vergruizing niet 'dikker' worden, zich niet voornamer voordoen. Er moet niet retorischer en niet ronkender over gesproken worden, maar juist ascetischer: waar, waar *precies*, is het ziekenhuis (of een andere instelling binnen de institutie gezondheidszorg) werkelijk institutie? Waarin is de gezondheidszorg een institutie, geen systeem van het nuttige? Dubet signaleert dat de zorg wordt gelegitimeerd door het gebruik van *chiffres*. *Chiffres* zijn codes of schijnmarkeringen van wat belangrijk is, bijvoorbeeld de *chiffres* voor transparantie en efficiëntie. Door de elementaire vragen in de instelling zelf, bij de arbeid zelf, te stellen, kan gewezen worden op de professionaliteit van de zorgverleners: het waarderen van het *savoir faire* van de ervaren zorgverleners is het alternatief voor de vergruizing van de institutionaliteit van de zorg. Met het ter hand nemen van deze kansen moeten

68 Dubet (2002), p. 382.

de arts en de verpleegkundige door het oog van de naald. In eerste instantie immers komt de zorgverlener met kritiek op het systemische, product- en efficiencygerichte karakter van de zorg. Nu kunnen systemen wel kritiek hebben, maar dan wel kritiek die inpasbaar is, die in verbetering van een functie gestoken kan worden. De zorgverlener loopt dan mogelijk in de val zelf de functionaliteit op te voeren. Dan wordt de vergruizing van de instelling versneld in plaats van tegengegaan. Begrijpelijk is die reactie wel. Vanuit de functie, de bundel van gewenste functies, heeft hij (of zij) zijn nuttige rol.⁶⁹ Dubet wijst erop dat de al gebrekkige erkenning voor werkers (zoals de verpleegkundige) dan zelfs geheel onmogelijk wordt. De kansen voor de ervaren zorgverleners bestaan eruit dat zij op de rand van het systeem het forum meecreëren om de substantie van zorgpraktijken helder te krijgen. Beter dan het opvoeren van functionaliteit is het om het forum te maken waarop artsen, verpleegkundigen en managers *bij de substantie van de zorgpraktijken kunnen stilstaan*, dus kunnen stilstaan bij hun werk en bij dat wat daarin gemeenschappelijk is. De essentie van zorg is ruimte maken voor een zieke of fragiele gast, die naar genezing en verzachting en naar ontvangst verlangt. De bestuurskundige Kim Putters heeft een pleidooi gevoerd voor wat hij noemt ‘scharrelruimte’ voor zorgverleners, dat wil zeggen, ruimte om zelf uit te maken of en wanneer en hoe van regels moet worden afgeweken. Hij claimt die scharrelruimte ook voor managers en bestuurders in de zorg.⁷⁰ In de ethiek noemen we dat discretionaire ruimte. Waar ik met een beroep op Dubet op wijs, is nog een andere ruimte dan die discretionaire ruimte, namelijk systemische ruimte. Het forum waarover ik het had, is een ruimte die in het systemische van de zorginstelling moet worden gemaakt, daar waar systemen over elkaar heen liggen. De Amerikaanse uitdrukking zegt het scherper: *to carve out space*. Ik gebruik het beeld van de mikadostokjes. De systemen (kostenbeheersing, transparantie, *accountability*, patiëntveiligheid, enzovoort) zijn als de stokjes die over elkaar heen liggen. Het maken van systemische ruimte waarin ook de praktische wijsheid aangesproken kan worden om erachter te komen wat goede zorg is, is als het voorzichtig uit elkaar halen van die stokjes. Systemische ruimte maken vraagt meer dan een beroep doen op zelfstandigheid en creativiteit van de zorgverleners. Pas wanneer die ruimte gemaakt wordt, kan men ontdekken wat het betekent dat kwaliteitsindicatoren die op uitkomst sturen daardoor de intrinsieke motivatie van zorgverleners ondermijnen, zoals het CPB rapport *Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg* (2008) liet zien.⁷¹ Praktische wijsheid heeft grote morele

69 Dubet (2002), p. 222, 226vv.

70 Putters gebruikte het idee onder meer tijdens het eerste Tilburgse zorgdebat, georganiseerd door het St. Elisabethziekenhuis, de Universiteit van Tilburg en de gemeente Tilburg, 29 maart 2007. Hij omschrijft het in Putters, K. (2008). ‘Negeer de ophokplicht en ga scharrelen!’. *Zorgmarkt*, nr. 5, juni 2008, p. 23.

71 Louters, H. ‘Kwaliteitstransparantie in de zorg heeft niet alleen voordelen’. *Zorgmarkt*, nr. 5, juni 2008, p. 24-25, over genoemd CPB-rapport, zie <www.cpb.nl/nl/cpbreksen/document/164/doc164.pdf>.

oriënteringskracht, maar zonder dat het systemische in beheer wordt genomen heeft die kracht geen kans.⁷²

Tot slot, in de tweede paragraaf over de kenmerken van praktische wijsheid heb ik al in herinnering gebracht dat praktische wijsheid niet de ervaring van de eenling is, maar een in een gemeenschap uitgezoden ervaring, die richting geeft te midden van onzekerheid. Dat geldt ook voor de werkgemeenschap van beroepsbeoefenaren, artsen en verpleegkundigen die met elkaar, tijdens en zolang het werk duurt, een werkgemeenschap vormen. Twee vaders van de medische ethiek, Pellegrino en Thomasma, hebben al 15 jaar geleden voorgesteld een dergelijke 'moral community of professionals' tot ontwikkeling te laten komen. Dat heeft allerlei kritiek opgeroepen. In de kern komt die kritiek erop neer dat het voorstel *outdated* is, niet van die tijd, 1993, vanwege de vernatuurwetenschappelijking van de geneeskunde, waarin de arts niet veel anders doet dan een natuurwetenschappelijk script uitvoeren.⁷³ Maar in het verband van de systemische druk, van instellingen die tot systemen zijn geworden, zou mijn pleidooi voor praktische wijsheid, voor de discretionaire ruimte, maar ook voor de systemische ruimte evenzeer, maar dan anno 2008, *outdated* genoemd kunnen worden. Ik verwijs dan naar de nuchtere analyticus François Dubet: het verval van de instituties biedt ook kansen om de meest elementaire vragen te stellen: wat is goede zorg? De ervaren verpleegkundige en arts hebben daarop een kostbaar antwoord. De praktische wijsheid van een arts als dr. Douma is het waard ook systemische ruimte te krijgen.

Geraadpleegde literatuur

- Annas, J. (1993). *Morality and happiness*. Oxford: Oxford University Press.
- Ankersmit, F. & Klinkers, L. (red.) (2008). *De tien plagen van de staat: de bedrijfsmatige overheid gewogen*. Amsterdam: Van Genneep.
- Aristoteles. *Ethica Nicomacheia*, boek VI, V, VI en XII.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: LEMMA.
- Brantl, J. (2007). *Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzialethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive*. Münster: LIT.
- Collins, H.M. (2001). 'What is tacit knowledge?'. In: Th.R. Schatzki, K. Knorr Cetina & E. Von Savigny (Eds.). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London/ New York: Routledge, p. 107-119.

72 Wils, J.-P. (2005). 'Strategien der Klugheit angesichts der Forderung menschlichen Glücks'. In: J.-P. Wils & M. Zahner (Hrsg.). *Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch*. Freiburg Schw: Academic Press Fribourg, en Freiburg i.Br. / Wien: Herder, p. 41-58 breidt wel het idee van de prudentie uit naar de politieke ethiek en spreekt van 'public prudence', maar behandelt bij de problemen die hij daarbij signaleert niet de vernietiging van de ruimte voor prudentie.

73 Hofmann (2002), p. 143.

- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil.
- Dubet, F. (2004). *Les inégalités multipliées*. Paris: Aube.
- Dunne, J. (1993). *Back to the rough ground. Practical Judgment and the Lure of Technique*. Notre Dame, Ind.: UNDP.
- Ettema, T. (2007). *The construction of dementia specific quality of life instrument rated by professional caregivers in residential settings: the Qualidem*. s.l.: s.n.
- Ferrara, A. (1998). *Reflective Authenticity. Rethinking the project of Modernity*. London / New York: Routledge.
- Forester, J. (1993). *The Deliberative Practitioner. Encouraging Participatory Planning Processes*. Cambridge, Mass. / London: MIT Press.
- Graham, E.L. (1996). *Transforming Practice. Pastoral Theology in an age of uncertainty*. London / New York: Mowbray.
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Hoed, P. den & Schuyt, K. (2004). 'Institutes als werkplaatsen van waarden en normen'. *Sociologische Gids*, jrg. 51, nr. 3, p. 196-214.
- Höffe, O. (2007). *Lebenskunst und Moral*. München: C.H. Beck.
- Hofmann, B. (2002). 'Medicine as practical wisdom (phronèsis)'. *Poiesis Prax* 1, p. 135-149.
- Kaufmann, J.-Cl. (2001⁴). *Ego. Pour une sociologie de l'individu*. Paris: Hachette.
- Kaufmann, J.-Cl. (2004). *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris: Hachette.
- Kaufmann, J.-Cl. (2005). *Die Erfindung des Ich. Eine Theorie der Identität*. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz.
- Kemenade, Y. van & De Vries, A. (2008). 'Het creëren van toegevoegde waarde voor de patiënt (2)'. *Zorgmarkt*, jrg. 2, nr. 3 (april 2008), p. 22-26.
- Le Blanc, G. (2006). 'Penser la fragilité'. *Esprit*, Mars-Avril 2006: La pensée Ricoeur, p. 245-259.
- Louters, H. (2008). 'Kwaliteitstransparantie in de zorg heeft niet alleen voordelen'. *Zorgmarkt*, nr. 5, juni 2008, p. 24-25.
- Lynch, M. (2001). 'Ethnomethodology and the logic of practice'. In: Th.R. Schatzki, K. Knorr Cetina & E. Von Savigny (Eds.). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London / New York: Routledge.
- MacIntyre, A. (1985²). *After Virtue. A study in moral theory*. London: Duckworth.
- Marin, Cl. (2008). *Violences de la maladie, violence de la vie*. Paris: Armand Colin.
- Mattern, J. (2008). *Zwischen kultureller Symbolik und allgemeiner Wahrheit*. Nordhausen: Bautz.
- Meyers, P.A. (1998). 'The "Ethic of Care" and the Problem of Power'. *The Journal of Political Philosophy*, vol. 6, nr. 2, p. 142-170.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.

- Pellegrino, E.D. & Thomasma, D.C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Poché, F. (2004). *Une politique de la fragilité. Éthique, dignité et luttes sociales*. Paris: Cerf.
- Porter, M. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Ma.: Harvard Business School Press.
- Putters, K. (2008). 'De winst van de maatschappelijke onderneming'. *Zorgmarkt*, nr. 3, april 2008, p. 47.
- Putters, K. (2008). 'Negeer de ophokplicht en ga scharrelen!' *Zorgmarkt*, nr. 5, juni 2008, p. 23.
- Putters, K., Frissen, P. & Foekema, H. (2006). *Zorg om vernieuwing: een studie naar innovaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Clingendael.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action. Essai de l'hermeneutique*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (2001). 'Les trois niveaux du jugement médical'. In: Ricoeur, P. (ed.), *Le Juste II*. Paris: Éd. Esprit, p. 227-243.
- Salvatore, A. (2007). *The Public Sphere. Liberal Modernity, Catholicism, Islam*. Palgrave: MacMillan.
- Senlis, L. (2004). *De l'utilité des vertus. Éthique et alliance*. Paris: Beauchesne.
- Siep, L. (2002). 'Ethik und Menschenbild'. In: G. Henkel-Stiftung (Hg.). *Das Bild des Menschen in den Wissenschaften*. Münster: Rhema, p. 31-51.
- Thomasset, A. (1996). *Paul Ricoeur. Une poétique de la morale. Aux fondements d'une éthique herméneutique et narrative dans une perspective chrétienne*. Leuven: University Press en Peeters.
- Tongeren, P. van (2005). 'Deugdethiek in discussie'. *Filosofie en Praktijk*, jrg. 26, nr. 3, p. 66-78.
- Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Vosman, F. (2004). 'Vriendschap als model voor professionele zorg'. *Tijdschrift voor Humanistiek*, jrg. 5, nr. 5, p. 62-73.
- Wall, J. (2003). 'Phronesis, Poetics, and Moral Creativity'. *Ethical Theory and Moral Practice* 6, p. 317-341.
- Westberg, D. (1994). *Right Practical Reason. Aristotle, Action, and Prudence in Aquinas*. Oxford: Clarendon.
- Wils, J.-P. (2005). 'Strategien der Klugheit angesichts der Forderung menschlichen Glücks'. In: J.-P. Wils & M. Zahner (Hrsg.). *Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch*. Freiburg Schw: Academic Press Fribourg, en Freiburg i.Br. / Wien: Herder, p. 41-58.
- Wils, J.-P. (2007). *Ars moriendi. Über das Sterben*. Frankfurt a.M / Leipzig: Insel.

Witschen D. (2006). *Mehr als die Pflicht. Studien zu supererogatorischen Handlungen und ethische Idealen*. Freiburg Sch.: Academic Press Fribourg en Freiburg i.Br. / Wien: Herder.

Zouridis, S. (2007). 'De legitimiteit van recht en bestuur: signalen voor legitimiteitserosie geanalyseerd'. In: E.M.H. Cornelissen, P.H.A. Frissen, S. Kensen & T. Brandsen (red.). *Betoverend bestuur. Legitimiteit, vitaliteit, meervoudigheid*. Den Haag: LEMMA, p. 93-115.

Websites

<www.cpb.nl/nl/cpbreeksen/document/164/doc164.pdf>

Deel II

Over de verdringing van praktijkkennis

Andries Baart

'I believe that I came into my true vocation in 1946 when I set out on the pursuit of a new philosophy to meet the need of our age. My way at starting with little or no schooling was wholly beneficial here. For a sound knowledge of philosophy makes the necessary radical advances extremely difficult; one must shoot here first and ask questions afterwards, as I have always done – for better or worse.'

Michael Polanyi
(aangehaald in Mitchell (2006), p. 6)

1 Van zorg naar goede zorg

Met situaties en mensen zoals we die zagen in het filmfragment houd ik me bezig: ruim dertig jaar al draaien mijn veldwerk, onderwijs en onderzoek in enigerlei vorm om goede zorg en liefdevolle aandacht voor kwetsbare mensen, daar liggen mijn ambities, daar ligt kennelijk de bestemming van het leven dat ik leid en daarin bestaat mijn geloof. Soms gaat het om armen en bewoners van achterstandswijken, soms om mensen met een verslaving, verstandelijke beperking of een psychiatrische achtergrond, soms om dak- en thuislozen, soms om fragiele ouderen en stervenden of rouwenden, soms om verwaarloosde kinderen en onwelkome vreemdelingen, maar steeds is de inzet dat zij in tel raken, dat beroepskrachten en vrijwilligers zich bekwaam en met zorg op hen betrekken en dat instituties dat op een rechtvaardige en fatsoenlijke wijze mogelijk maken. Zoals Frans Vosman al zei, zouden wij uit de praktische wijsheid van de oncoloog in het filmfragment kunnen afleiden dat ook hij, met alle kanttekeningen die daarbij ook nog te maken zijn, goede zorg geeft. Maar wat is die goede zorg eigenlijk?

Op ons Departement Religiewetenschappen en Theologie hebben we twee nauw verwante, beide in de zorgethiek gefundeerde antwoorden in huis die zowel maatschappelijk als wetenschappelijk een goede resonans hebben. De ene is de zogeheten ‘menslievende zorg’ zoals collega dr. Annelies van Heijst deze heeft ontwikkeld⁷⁴ en de andere, waaraan ik werk, heet de presentiebenadering. Kenmerkend in de presentiefilosofie⁷⁵ en de daarbij aansluitende praktijken is de gerichtheid op het scheppen van rechtvaardige en liefdevolle menselijke verhoudingen, met name waar mensen maatschappelijk marginaal, ziek of ‘hopeloos’ zijn. De professionele of vrijwillige inzet van presentiebeoefenaren in zorg, welzijn, verpleging, pastoraat en dienstverlening staat in het kader van de menselijke maat en bekommernis. Het werk wijkt daardoor nogal af van wat we gewoonlijk zien, vooral doordat presentiebeoefenaren radicaal aansluiten bij en vaak ook meelevens met wie op hulp en steun zijn aangewezen. Dat bevordert goede, passend hulp.

74 Zie voor het belangrijkste, recente werk van Van Heijst (2002-2008) op dit terrein de opgave van geraadpleegde bronnen.

75 In het eerste deel van deze publicatie heeft Frans Vosman reeds een kernachtige schets gegeven van menslievende zorg. Ik laat de invulling daarvan nu dan ook rusten. Ik steun voor de toelichting op de presentiebenadering uiteraard op de boeken en onderzoek die ik daarover publiceerde (2000-2008) en verwijs korthedshalve dan ook naar mijn publicaties.

Presentie is zorghethisch gefundeerd en heeft zorg dus als kern; ze vat zorg – in formele zin – op als *bekommernis*⁷⁶ met een viervoudige wortel⁷⁷: (a) *verzorgdheid* waardoor in elk geval gedaan wordt wat in het algemeen in dergelijke situaties behoort en nodig is; (b) *zorgvuldigheid*⁷⁸ zodat niet alleen het (medisch of verpleegkundig) nodige wordt gedaan maar dat het ook met aandacht, toewijding en passend bij de ander gedaan wordt⁷⁹; (c) *zorgzaamheid*⁸⁰ als kenmerk van de zorggever die er borg voor staat dat het nodige niet alleen met aandacht gedaan wordt maar ook *volgehouden* wordt en nog altijd aangeboden wordt als het moeilijk of uitzichtloos wordt: goede zorg is trouwe zorg; en (d) ten slotte is een vierde element dat niet alleen het nodige met aandacht en trouw gegeven wordt, maar dat daaruit een *bezorgd* mededogen spreekt, een begaan zijn met de ander waarin de zorggever zich aan de ander toont en in een relatie noodt.

In de presentiebeoefening zien we – als we het wat minder formeel beschrijven – dit soort kenmerken: er-zijn-voor de ander, alles draait om de goede en nabije relatie (veel meer dan om het koste-wat-het-kost wegpoetsen van problemen), om goede zorg, om de waardigheid van de ander, om de basale act van erkenning zodat de ander – hoe gek, hoe anders ook – voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd), om alledaagse werkvormen, om vertellen van en luisteren naar verhalen, om nauwgezette afstemming op de leefwereld, om de wil de ander uit te graven, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven (ook niet als zo ongeveer alles aan hem of haar niet meer deugen wil), om een soort voorzichtige traagheid van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat. Presentiebeoefenaars wakkeren waar mogelijk processen aan van empowerment en individuering, waarin de persoonlijke en maatschappelijke uitgroei tot wie men kan zijn centraal staat.

In de presentiebeoefening gaat het dus om de afstemming op de ander (in plaats van ‘productie draaien’ volgens een strak planningsregiem), om nabijheid en aandacht (in plaats van het snelle, schaalvergroete werk dat zo gemakkelijk achteloos blijkt te zijn), om radicale aansluiting en leefwereldgerichtheid (in plaats van bureaucratische logica), om zorgzaamheid in de volle zin van het woord (in plaats van kil professionalisme), om rust en trouw (in plaats van de ongedurige projectencarrouzels en het haastig willen scoren), om een aanspreekbare en benaderbare helper (in plaats van een onpersoonlijke

76 Dat doen Gastmans (2008) en Vanlaere en Gastmans (2008) ook en zij werken *bekommernis* uit aan de hand van eenzelfde soort concepten als ik dat doe: niettemin is hun oriëntatie steeds algemener en breder, vooral gebaseerd op Vlaamse denkers over zorg en weinig op Nederlandse.

77 Een gelijksoortige uitwerking gaf – los van de mijne – ook Vorstenbosch (2005), p. 24vv. Hij gebruikt min of meer dezelfde termen, zij het dikwijls met een iets andere lading.

78 Recentelijk is het concept bekwaam belicht door Schuyt (2006).

79 Het onderscheid is van Van Heijst; vgl. ook het verschil tussen ‘zorgen dat’ en ‘zorgen voor’ dat wordt uitgewerkt door Vorstenbosch (2005): 20vv en p. 74vv.

80 Zie ook Jansen (2005), p. 117vv.

functionaris), en om toewending naar de meest kwetsbaren (in plaats van het afkomen van de meest kansrijken en het straffen en verwaarlozen van de onverbeterlijken).

De inzet van de presentiebeoefening is kortom de mens, zijn waardigheid, zijn kostbaarheid en zijn verlangen naar geborgenheid. Deze oriëntatie heeft diepe wortels in het christelijke sociale denken maar ook elders zijn daartoe, zeker ook in de humanistische traditie, sterke aanzetten te vinden.

Zo onderscheidt de presentie zich bewust en scherp van wat momenteel de hoofdstroom is in de verzakelijkte, marktgerichte en op productie georiënteerde zorgverlening. En mede daardoor is presentie veel zorggevers, managers en opleiders – en duidelijk ook ‘cliënten’ – tot steun: ze helpt hen te articuleren wat er in goede zorg gebeurt want ze geeft taal uit grote tradities aan wat anders onbespreekbaar blijft en daardoor dreigt te worden verworpen. Op andere momenten helpt het hen doordat het laat zien hoe het ook anders kan. Maar het zou een aanmatigende zelfoverschatting zijn te denken dat presentie steeds wat brengt. Het is mijn theologisch en gelovig geïnspireerde ervaring dat het ook getuige is van en soms helpt onthullen wat van waarde is, waar mensen elkaar kennelijk tot zegen zijn, waar heilsgeschiedenis wordt geschreven en waar de bronnen van het christendom en humanisme worden geherinterpreteerd, ververst en aangevuld – of de dogmatische krachten in die stromingen dat nu begrijpen of niet. In de presentie wordt dus aansluiting gezocht bij de beste krachten in de zorg en wordt ernaar gestreefd goede alternatieven te ontwikkelen voor de overdaad aan regels en protocollen, voor het verregaand opknippen van het werk, voor de bureaucratische werkwijze en bijvoorbeeld voor het op afstand gaan van professionals. En in dezelfde lijn wordt er ook gewerkt aan/met andere managementstijlen, kwaliteitscriteria en verantwoordings- en registratiesystemen, zó dat het hart weer in de zorg terugkeert. Presentie is kritisch gestemd maar staat niet met haar rug naar moderne ontwikkelingen en bepleit géén deprofessionalisering. Presentie krijgt integendeel juist steeds meer voet aan de grond in het beroepsonderwijs en spant zich er daar voor in dat professionals vaker competente én menslievende beroepskrachten kunnen worden. In de presentietheorie worden kwaliteitscriteria van sociaal beleid ontwikkeld die afgeleid zijn van wat mensen in werkelijkheid vragen als ze hulp inroepen en die afwijken van de gebruikelijke criteria (namelijk recht, geld, hulp, macht). In presentie gaat het altijd om de dialectiek tussen present-zijn aan de ene kant (in praktijken en leefwerelden) en present-stellen aan de andere kant (in de politiek, op systeemniveau, in het juridische apparaat, in de economische logica, op de universiteit): dáár laten horen en zien wat dat present-zijn bij mensen ons leert; hoe het er daar in werkelijkheid aan toegaat. Hoezeer presentie ook voortkomt uit degelijk empirisch onderzoek naar de praktijken van goede zorg, toch (of juist daardoor) heeft ze een uitgesproken normatief karakter. Ze staat ergens voor: het hart in de zorg. Presentie typeert professionaliteit dan óók in termen van liefdevolle toewijding analoog aan vriendschap, beklemtoont de eigen waarde van het in-relatie-staan, en maakt mensen zichtbaar die elders worden afgeschreven.

Dit is bij benadering wat in onze ogen goede zorg is en waarom de gefilmde oncoloog ook aan goede zorg doet – we zullen dat verder in dit traktaat illustreren. Maar willen we dat theoretisch onderbouwen, empirisch aantonen en professioneel verder brengen dan hebben we dringend behoefte aan een andere opvatting van zorg, namelijk *als praktijk* (daarover gaat hoofdstuk 2) en aan een opheldering van het *soort kennis* dat zulke praktijken constitueert (daarover handelt hoofdstuk 3). Vervolgens maken we om het verdringen van relevante kennis te voorkomen ruimte voor het goede recht van ambachtelijkheid en wijsheid (hoofdstuk 4) en bepleiten we de bevordering daarvan in specifieke, professionele leerprocessen en in bijbehorend transformatief onderzoek (hoofdstuk 5).

2 Van handelen naar praktijken

Goede zorg bieden is een praktijk en dat inzicht wordt te weinig gehonoreerd.⁸¹

Met ‘zorg’ heb ik de professioneel gegeven zorg op het oog, zoals ze verstrekt wordt aan mensen die in een behoeftige situatie verkeren en die daarbij kwetsbaar en afhankelijk zijn: het gaat dus niet om zorg in context van akkevietjes die met een kleine reparatie of met een zetje in de rug verholpen kunnen worden. Wat het betekent dat goede zorg een praktijk is, zal hieronder worden opgehelderd.

2.1 Lexicografische afbakening

Dat zorg een praktijk is en wat dat betekent, wordt geleidelijk opgehelderd, maar laat ik met de deur in huis vallen en eerst aangeven wat het in elk geval uitsluit. Zorgen opgevat als handelen is een veel te smalle interpretatie. Dat zorg geven vrijwel onvermijdelijk handelen impliceert, moge duidelijk zijn, maar als men allerlei zorghandelingen aaneen rijgt heeft men nog geen zorgpraktijk, laat staan goede zorg. Ook niet als die handelingen *evidence-based* zijn, beproefd en probaat bevonden. En ook niet als die handelingen samengesmeed zijn tot een methode, procedure, behandelplan of een zogeheten keten. Voor goede zorg is meer nodig dan dat er reeksen van zorghandelingen worden voltrokken, hoezeer deze ook deel uitmaken van zorg geven. Of om het nog eens en weer anders te zeggen: wie allerlei op zich geslaagde zorghandelingen aan een ander voltrekt, geeft niet noodzakelijkerwijs zorg. Niet alleen de theorie van de zorg, ook de ervaringen van zorgontvangers verzetten zich tegen een dergelijke smalle opvatting van zorg.

En vanzelfsprekend moeten we dus ook het druk-druk en doenerig bezig zijn in de zorg – hollen en draven – uitsluiten: ook dat zal gemakkelijk een element in de goede zorg zijn, maar wie druk doende is in de sector of het domein van de zorg geeft nog niet per se zorg. We onderscheiden praktijken dus van handelen of handelingen maar ook van acties en activiteiten. Overigens zijn er ‘druk-druk en doenerige’ vormen van

81 Er zijn er velen die denkend en schrijvend over ‘zorg geven’ opmerken dat het om een praktijk gaat, maar doorgaans heeft die vaststelling weinig consequenties en worden het gestalte geven aan praktijken en handelen min of meer gelijk gesteld. Met een gelijkaardig uitgangspunt als ik opent ook Vorstenbosch (2005) zijn boek. Hij spreekt overigens niet van *goede* zorg en hij spreekt niet van ‘zorg geven’ maar reflecteert vooral op het werkwoord *zorgen*. Hooguit in de strekking van zijn boek, maar bij mijn weten zegt hij nergens expliciet dat het inzicht (zorgen is een praktijk) te *weinig* gehonoreerd wordt. Dat neemt niet weg dat ook hij het spits afbijt met de uiteenzetting van het praktijkkarakter van zorgen.

activiteit die mogelijk wel in de buurt komen van de praktijk ‘zorg geven’, zoals het redderen (Van Heijst, 2005) en dokteren (Mol, 2006).

De consequenties van de conceptualisering van zorg geven, niet zozeer als handelen of activiteiten, maar als een praktijk beoefenen, zijn aanzienlijk. Zo zal de vraag wat met het oog op zorg geven relevante of noodzakelijke kennis is, van welke aard ze is, hoe ze verworven en getoetst wordt geheel anders benaderd worden als we uitgaan van een praktijkconcept dan wanneer we uitgaan van een handelingsbegrip. Hetzelfde geldt voor de vraag naar kwaliteit: wanneer denken we dat zorg geven ‘goed’ is? De beantwoording die de insteek kiest van handelen of handelingen, komt tot (volstrekt) andere conclusies dan die uitgaat van ‘praktijken’. Om die verschillen is het mij thans te doen.⁸²

Omgekeerd volstaan de meer alledaagse interpretaties van ‘praktijken’ hier evenmin.⁸³ Volgens gangbare handwoordenboeken zijn praktijken de op de uitvoering gerichte *toepassingen* van theorieën, ideeën, bedenksels, voornemens, concepten en dergelijke. De bijzonder populaire tegenstelling tussen theorie en praktijk weerspiegelt deze praktijkopvatting, net als de zegswijze dat men iets in (de) praktijk gaat brengen. Het voornemen wordt dan praktisch gemaakt en uitgevoerd. Soms treft men in zulk taal-

82 Ik ben in 1986 gepromoveerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam in de wijsbegeerte op een studie (Baart, 1986) die van het begin tot het einde in het teken stond van weten te handelen en die nauw aansloot bij het werk van een van mijn leermeesters, de theoloog, filosoof en andragoloog Arjo Nijk (1926-1982; zie ook aan Gent en Notten, 1983). In staat zijn te handelen – wat ook de morele, narratieve en identiteitsdimensies van het handelen insloot – pretendeerde intern verbonden te zijn met idealen als emancipatie (Nijk, 1972), zelfontplooiing (Nijk 1978b) en in afgeleide zin met de opdracht van vormingswerkers, welzijnswerkers en hulp- en zorgverleners. In plaats van hun cliënten onkritisch in te voegen in de burgerlijke samenleving moesten ze hen helpen hun handelingsvermogen en hun handelingsrepertoire uit te breiden. Goed kunnen handelen en dat vermogen verbeteren (Nijk, 1984, postuum bezorgd door Baart), golden als de roeping van de toenmalige andragologie en het proefschrift sloot daarbij aan. Achteraf beschouw ik het als een pijnlijk tekort dat noch Nijk noch ikzelf de filosofische reflecties over handelen gerelateerd hebben aan gelijkaardige wijsgerige reflecties over het statuut van praktijken; dat deden verwante wijsgerig andragologen als Okko Warmenhoven (1972), Eric Verbiest (1984), Lies Jansen (1985) en bijvoorbeeld Ton Notten (1988) ook niet. Mogelijk dat het *verhaal van het handelen* (ideologie) en het *vermogen om te handelen* (interventies) nog te ver uiteen lagen: in praktijken worden deze immers op een subtiële wijze samengebracht. Dat snijpunt had Nijk wel wijsgerig op de korrel genomen in zijn studies over ideologiekritiek (die verband hielden met een kritisch praxisbegrip; Nijk, 1978a), maar hij had er geen diepgaande consequenties aan verbonden voor zijn handelingsconcept. In 1991 werd ik benoemd tot bijzonder hoogleraar en in de inaugurele rede waarmee ik het ambt aanvaardde ging ik opnieuw in op het handelen – met een sterk accent op de gebrokenheid en het tragische karakter ervan (Baart, 1993) – andermaal zonder oog te hebben voor de betekenis van praktijken. Het maatschappelijk activeringswerk dat de leerstoel had ingesteld had evenmin veel oog voor het belang van praktijken: het accent lag op kunnen handelen in *projecten*. Het belang van praktijken als basisconcept is pas laat en traag tot me doorgedrongen, vooral onder invloed van mijn betrokkenheid bij zorg.

83 Ik ga in op de betekenissen van ‘praktijken’ zoals ze in de omgangstaal worden aangetroffen omdat deze een enorme invloed uitoefenen op het wetenschappelijk denken over praktijken. Ik zal dat in de lopende tekst enkele keren illustreren maar uiteindelijk ook op scherp zetten door twee typen praktijkkennis tegenover elkaar te zetten.

gebruik een depreciatie van de theorie aan: ja, dat beweer je nu allemaal wel, maar in de praktijk... De toepassing is dan meteen het moment van de waarheid omdat 'in de praktijk' wat waar is en wat werkt onontwikkbaar naar voren komt en geklets onmiddellijk afstraft.⁸⁴ Als dat toepassen bovendien het werk is van een beroepsbeoefenaar, spreekt men gewoonlijk ook van praktijk: de dokter heeft een praktijk en zij heeft die praktijk soms aan huis. Het gaat dan niet zozeer om de toepassing van theorieën, maar om de uitoefening van een beroep, al dan niet in een eigen pand: de fysiotherapeut, de logopediste, de wijkverpleegkundige, de tandarts, de verloskundige, ze hebben allemaal een praktijk en kunnen die zelfs overdoen aan een ander. Ze doen dan hun cliëntèle over. Menig moderne filosoof, de eigentijdse jobcoach en de vrij gevestigde geestelijk verzorger hebben ook een praktijk en als wijze raadgevers scharen zij zich in dat geval in het rijtje van therapeuten. Ten slotte betekent volgens het dictionaire praktijk ook 'gewoonte': in de praktijk doe je dat zo. Dat wil zeggen: gewoonlijk doe je dat zo. Het is staande praktijk: dat is gebruikelijk. Overigens heeft het meervoud van praktijk in het Nederlands een nare bijklank: praktijken als hoogst bedenkelijke daden. Met de praktijk van die dokter is niets mis, maar met zijn praktijken... Jansen (2007, p. 48) wijst erop dat deze lexicografische betekenissen van een praktijk uitdrukken dat men weet *wat* men moet doen en *hoe* men daarbij te werk moet gaan.

2.2 MacIntyre

Wij hebben hier een andere, filosofisch geïnformeerde betekenis van praktijk op het oog en zoals zo veel anderen⁸⁵ vallen we daarbij terug op A. MacIntyre (1985, p. 181-203) die overigens op zijn beurt steunt op Aristoteles en aristotelische uitwerkingen van praktijken.⁸⁶ MacIntyre's verhandeling is doortrokken van een pessimisme over de moderne samenleving waarin een gedeelde moraal, een algemeen verstaanbare morele taal of zelfs de onderliggende gemeenschap(szin) grotendeels ontbreken. Er is geen gevoel (meer) voor noch een goed begrip van het eigenlijke doel (teleologie) van de menselijke bestaanswijze en de bloei ervan. Met zijn studie gaat MacIntyre op zoek naar een (her)fundering van die morele gemeenschappelijkheid en via een grondig denken over gemeenschappen, je positie innemen, je rol vervullen en weet hebben van het

84 Hier ontstaat wat men gewoonlijk 'praktijkkennis' noemt: dat is in dit geval kennis die zich onderscheidt van de theorie en gebaseerd is op ervaringen in en met de uitvoering. Laten we dat 'praktijkkennis 1' noemen.

85 Niet zo lang geleden verscheen een studie over het 'normatieve praktijkmodel' van de hand van Jochemsen, Kuiper en De Muynck (2006). Ook zij vallen terug op MacIntyre (1985) maar, met een uitzondering van de bijdrage van Bram de Muynck, nemen ze de praktijkomschrijving van MacIntyre min of meer kritiekloos over, vooral – zo lijkt het – omdat daarin veel ruimte bestaat voor een normatieve oriëntatie op handelen en beroepspraktijken en in een cultuur van verzakelijking en doelrationaliteit de rehabilitatie van de (levensbeschouwelijk geïnspireerde) waarderationaliteit hun meer dan warme belangstelling heeft.

86 MacIntyre bepaalt zijn positie jegens Aristoteles, zijn voorlopers en opvolgers onder meer in *a.w.* 1985, p. 165.

verhaal waarbinnen je fungeert, komt hij uiteindelijk uit bij *deugdzaam* leven en dat gebeurt in de deelname aan praktijken. MacIntyre ontwikkelt zijn praktijkbegrip dus in de context van een pleidooi voor deugdethiek: er is geen andere manier om deugden⁸⁷ te begrijpen en te bereiken dan door deelname aan praktijken waarin interne goederen en standaarden van de voortreffelijke praktijkbeoefening gegeven zijn. We moeten die context van MacIntyre's praktijkbegrip goed voor ogen houden want zijn uitwerking van praktijk is er sterk door gestempeld, en verschilt radicaal van bijvoorbeeld de marxistisch-leninistische uitwerking van praktijk als 'praxis' die enkele decennia geleden hier te lande mateloos populair was⁸⁸ en die interne verwijzingen kent naar macht en de plek van de bovenbouw in de strijd tegen het kapitalisme. Voorwaar een andere context en het zijn juist MacIntyre en Ricoeur 1992 die er voortdurend op wijzen dat het begrip van praktijken verbonden is met het verhaal van die praktijken in hun historische context.

MacIntyre⁸⁹ geeft de volgende, inmiddels beroemde en veelbesproken omschrijving van praktijk (ik breng een zekere geleiding aan om er later naar te kunnen verwijzen):

'By a "practice" I am going to mean

1. *any coherent and complex form*

2. *of socially established*

3. *cooperative human activity*

4. *through which goods internal to that form of activity are realized*

5. *in the course of trying to achieve those standards of excellence*

6. *which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity,*

7. *with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended.'* MacIntyre (1985, p. 187)

Ik bespreek deze kenmerken, voeg er mijn eigen overwegingen⁹⁰ aan toe en breid zo het concept van MacIntyre uit.

87 Het Griekse woord *aretè* wordt gewoonlijk vertaald met deugd, maar het kan even goed en in de lijn van het aristotelische denken wellicht zelfs beter vertaald worden met 'voortreffelijkheid' – van welke aard dan ook – in activiteiten die voor de mensheid of de gemeenschap van essentieel belang zijn; daar vallen voortreffelijk punten slijpen en soortgelijke activiteiten niet onder.

88 Bijvoorbeeld Gramsci (1972).

89 In het eerste deel van deze publicatie heeft Frans Vosman dezelfde omschrijving aangehaald en er enkele kanttekeningen vanuit zijn vakgebied bij geplaatst; hier gebeurt dat opnieuw maar nu in een ander kader: ik zoek een begripsspecificatie die praktijken in een meer operationele zin kan verhelderen en verder uitwerken.

90 Daarbij steun ik ook op Jansen (2007 en 2005), (Jochemsen, Kuiper en) De Muijnck (2006), Vorstenbosch (2005), Jochemsen et al. (1997) maar ook op Ricoeur (1992).

Elementen 1 en 2: samenhang, complexiteit en sociaal gevestigd

MacIntyre benadrukt in eerste instantie dus dat praktijken (1) een weliswaar ingewikkelde maar niettemin *samenhangende* vorm zijn van (3) *gemeenschappelijke*, menselijke activiteit die (2) *sociaal gevestigd* is. Een praktijk kan het dus niet stellen zonder een eigen, intern verband: ze is geen samenraapsel, geen rijgveter, geen vrije verzameling van heterogene elementen. Er is iets dat haar samenhoudt. Bij muziek maken als praktijk is dat meteen duidelijk (een verzameling klanken voortbrengen is nog niet musiceren), maar bij andere praktijken zoals zorgen en onderwijzen is dat minder duidelijk: wanneer is de samenhang zoek, wat is eigenlijk samenhang en welke soorten bestaan er? Zeker is dat MacIntyre spreekt van ‘coherent’ en niet van ‘consistent’: beide concepten duiden op samenhang maar in de wijsbegeerte doelt men met ‘consistentie’ doorgaans op een samenhang die vrij is van innerlijke tegenspraak. Dat is duidelijk niet wat MacIntyre vraagt. Het verband is daarom de innerlijke logica van de praktijk en die logica hoeft niet dezelfde te zijn als de filosofisch-rationeel ontwikkelde logica.⁹¹

MacIntyre installeert een spanning in zijn omschrijving die ik zou typeren als: complex *maar* samenhangend. Ik betwijfel of het concept ‘complex’ een adequate duiding is. Vergelijken we deze drie praktijken: vioolspelen, de was doen⁹² en zorgen. Het *aantal* handelingen en het aantal *soorten* handelingen waaruit vioolspelen bestaat, is overzichtelijk: muziek lezen, vingers zetten en strijken, afstemmen op medespelers, enzovoort. Gemakkelijk is het zeker niet maar de complexiteit valt mee. De was doen bestaat onder meer uit de volgende deelhandelingen: wasgoed verzamelen, sorteren, zakken leegmaken, ritsen sluiten en zo nodig de kleding binnenstebuiten keren, de was draaien, de was te drogen hangen, de was strijken of opvouwen en weer opbergen. Het soort handelingen is nu meer uiteenlopend, maar het aantal is alleszins overzichtelijk: de complexiteit is heel gering en het is ook duidelijk dat deze afzonderlijke handelingen samenhang hebben in het licht van het doel, namelijk dat de kleren gereinigd en gereed voor gebruik worden klaargelegd. Wat zouden we van deze complexiteit vinden als daarin ook handelingen opgenomen zouden worden zoals even uitrusten, een sigaretje roken en een magazine doornemen? Wanneer kunnen we zeggen dat een bepaalde handeling er niet in thuishoort of dat het nu toch echt te onoverzichtelijk wordt? Het samenbindende kader (doel) van de praktijk speelt daarbij een cruciale rol: als handelingen dáárin niet meer (goed, logisch, inzichtelijk) passen, is de praktijk niet complex maar *oneigenlijk samengesteld*.⁹³ Het voorbeeld laat ook zien dat er interpretatieruimte is en dat de handelingen mogelijk in of dankzij een hiërarchisch geordende

91 Polanyi is herhaaldelijk vanuit de analytische wijsbegeerte aangevallen omdat zijn interpretatie van bijvoorbeeld ‘logica’ in het geheel niet spoorde met de rationeel-positivistische interpretatie van logica, vgl. *Knowledge and Being*, p. 139 en het commentaar van bijvoorbeeld Klappacher (2006, p. 33) of Zaffron (1970).

92 Het voorbeeld is ontleend aan Vorstenbosch (2005, p. 23).

93 Praktijken die oneigenlijk zijn samengesteld bezwijken en houden op te bestaan als die oneigenlijkheid de regels aantast die de desbetreffende praktijk instellen.

complexiteit samenhangen: even uitrusten is dan een voorwaardelijke handeling die de hoger geordende washandelingen mogelijk maakt. Of dat werkelijk zo is, is geen theoretische maar een praktische vraag – al zal de beantwoording ervan toch wisselen per culturele kring en tijdperk.

Kijken we naar de praktijk van het zorgen: het aantal en het soort handelingen en ook het niveauverschil tussen de handelingen die die praktijk maken zijn zeer groot, ze zijn ook heel verschillend (van wondverzorging en geruststellen tot informeren en bestralen, van begeleiden tot aankleden, enzovoort). Dat de complexiteit een uitgesponnen hiërarchie kent, lijkt vanzelfsprekend, maar interessanter is iets anders. Van ‘de was doen’ kunnen we zeggen: die en die handelingen bij elkaar vormen ‘de was doen’; dat ligt besloten in onze (huidige) maatschappelijke conventie van ‘de was doen’. De praktijk is dan ‘complex’ in de betekenis van ‘samengesteld’, maar bij ‘zorg geven’ is de complexiteit ook emergent: bestaat eenmaal de praktijk van zorg geven dan kunnen allerlei (‘vreemdsoortige’) handelingen *in en door* die praktijk tot zorghandeling worden. Een appeltje schillen, iemands haar kammen of een kaartje sturen zijn *op zich* geen zorghandelingen maar indien ze *voortkomen uit* de poging zorg te geven en dus in dat licht worden voltrokken en hun ‘lading’ daaraan ontleen, dan kunnen ze wel degelijk zorghandelingen zijn. Welke handelingen zo tot zorghandelingen kunnen of zullen worden, laat zich niet voorspellen en zal afhangen van een onoverzichtelijk samenstel van factoren: de situatie, de behoefte, de zorggever en zijn of haar mogelijkheden, de (om)vormbaarheid van handelingen tot zorghandelingen, de dwang die op handelen rust, enzovoort. In elk geval is MacIntyre’s concept ‘complexiteit’ onvoldoende om te begrijpen wat er hier gebeurt en moet het aangevuld worden met ‘emergentie’ (zie ook het intrigerende: Kunneman 2006).

We stellen vast dat praktijken bestaan uit bepaalde, reeds gegeven handelingen maar dat ze deze ook kunnen voortbrengen en zo zichzelf verwezenlijken en uitbreiden. Deze mogelijkheid brengt dus, hoezeer praktijken ook geregeld zijn, iets ongeregelds met zich mee en vraagt bijgevolg om zowel een actief beheer als om inhoudelijke, op het waardengeladen doel van de praktijk gerichte beraadslaging omdat de praktijk anders dreigt te desintegreren. Het is mogelijk overbodig om het op te merken maar het actieve beheer van onoverzichtelijke, complexe en emergente situaties binnen een teleologisch kader vergt dat men met wijsheid tot beslissingen kan komen. Precies in zulke situaties komt men zelden goed uit met regelgehoorzaamheid: er is meer nodig.

Element (2 en) 3: gezamenlijkheid

Een praktijk is volgens de omschrijving van MacIntyre niet iets *van* een individu maar iets waaraan een individu *met anderen* deelneemt met het oog op een doel dat óók boven hen uitstijgt (7). Praktijken zijn onderdeel van het sociale weefsel waaruit de samenleving bestaat. En, vervolgens, moet het gaan om een activiteit die (2) sociaal gevestigd is – met ‘praktijk’ raken we dus aan instituties, gewoontes, routines, conventies en ander door *gedeelde regels* gedragen samenhandelen. Meestal zegt men dat

bij (substantiële) praktijken vaste instituties⁹⁴ behoren: bij opvoeden hoort het gezin, bij onderwijzen de school, bij zorg het ziekenhuis (de gezondheidszorg). Vrijwel alle (complexere) praktijken zijn als verhaal in de (lokale) cultuur ingebed en hebben vrijwel steeds een geschiedenis, een traditie, en wie er deel aan gaat nemen moet daarin ingewijd worden.⁹⁵ Is hij of zij eenmaal ingewijd en competent inzake de regels van die praktijk dan staat hij tegelijk in een traditie die zich achter hem, maar ook voor hem uitstrekt en die hij onmogelijk kan overzien: zijn praktijk is er door mogelijk gemaakt en is er dus een gevolg van maar tegelijk reproduceert en ververst zijn praktijk die traditie. Een praktijk biedt de practicus dus een bedding van onder meer verhalen, regels, tradities en waarden, maar wijst dezelfde practicus ook zijn plek en dringt hem een identiteit op. Wie in een praktijk gaat staan en er dus deel aan neemt, is daardoor dokter, violist, pedagoog, enzovoort. Dat ben je niet als je af en toe een pleister plakt, tussen de schuifdeuren speelt of een kind terechtwijst: dat zijn handelingen en nog lang geen praktijken.

Maar door de bepaling van (3) *cooperative human activity* is ook het element van de onderlinge afhankelijkheid ingebracht (MacIntyre, 1985, p. 194): zelfs wanneer ik iets alleen doe en daarbij een praktijk beoefen – ik speel bijvoorbeeld viool (een voorbeeld dat we telkens weer tegenkomen) – dan nog is die praktijk pas mogelijk doordat een kweker het goede hout heeft geleverd, de vioolbouwer het instrument maakte, de leraar mij leerde spelen, de componist het muziekstuk schreef, de drukker de partituur drukte en anderen mijn vroegere spel hebben becommentarieerd. Ik kan die praktijk niet ‘in mijn uppie’ beoefenen: in mijn praktijkbeoefening neem ik hun kennis en inzet *stilzwijgend* mee. Dat is in zekere zin de verborgen fundering ervan.

Elementen 5 en 6: voortreffelijkheid

Omdat vioolspelen een gevestigde praktijk is, zijn er ook standaarden of kwaliteitscriteria mee verbonden hoe je dat moet doen en vooral wanneer je het goed doet (5). Als je de praktijk leert, leer je tegelijk wat het verschil is tussen goed en slecht spelen *en leer je dat en hoe je het zo goed mogelijk moet doen*, wanneer het deugt: de zogeheten standaarden van excellentie of voortreffelijkheid. Of het lukt is vers twee, maar in

94 Nergens is gezegd dat instituties zelf vrij zijn van spanningen of tegenspraken. Dubet (2002) (aangehaald door Frans Vosman) laat zien hoe bijvoorbeeld verpleegkunde twee wortels kent (caritas en medische kennis) en hoe deze in één institutie samengevoegd grote innerlijke spanningen geven.

95 We zien dat besef in een kritische vorm ook in de verpleegkunde, bijvoorbeeld bij Dunne (1993, p. 378): ‘A practice is not just a surface on which one can display instant virtuosity. It grounds one in a tradition that has been formed through an elaborate development and that exists at any juncture only in the dispositions (slowly and perhaps painfully acquired) of its recognized practitioners. The question may of course be asked whether there are any such practices in the contemporary world, whether the wholesale encroachment of Technique has not obliterated them – and whether this is not the whole point of MacIntyre’s recipe of withdrawal, as well as of the post-modern story of dispossession.’

zulke praktijken zal men niet zeggen: af en toe een valse noot, geeft niet, net zo min als men in de praktijk van de geneeskunde zal zeggen dat af en toe een dode geen ramp is. Dat is niet het streven dat die praktijk (6) in en uit zichzelf kenmerkt: je doet het om het voortreffelijk te doen en daarop is die praktijk zogezegd aangelegd.⁹⁶ Sommige praktijken zijn publiekelijk dermate goed bekend dat we nog wel een zekere overeenstemming kunnen bereiken over wat daarin voortreffelijk is en wat niet; in termen van Aristoteles koersen we dan op het oordeel van ingevoerden, wijzen of *phronimoi* (een woord om te onthouden omdat het verwant is met *phronèsis* dat ons verderop zal bezighouden – zie ook Ricoeur (1992, p. 158 en p. 175)). Maar andere praktijken zijn aanzienlijk mistiger en moeilijker te beoordelen: wanneer is een ‘consultant’ in de zorgsector voortreffelijk en wanneer een ladelichter? Wanneer is een bisschop goed, gemeten aan de standaarden van excellentie van zijn praktijk: wie levert die standaarden? Wie zijn de *phronimoi* die dat kunnen beoordelen en hier kaf van koren kunnen scheiden? Zeker is wel dat wijs zijn in dezen niet noodzakelijk samenvalt met de baas zijn. ‘Standaarden van excellentie’ betekent dus ook: je spiegelen aan de voortreffelijke praktijkbeoefenaren of aan praktijkbeoefenaren die als voortreffelijk te boek staan. Het moet daarbij uiteraard gaan om standaarden die (6) passen bij die activiteit en er zelfs (deels) bepalend voor zijn. Dat is een interessante bepaling: dat de consultant of bisschop excelleert in opzichten die weinig ter zake zijn, betekent dus dat ze hun praktijk laten schieten. Een zorgmanager die excelleert in Excel en dus als boekhouder, staat buiten de zorgpraktijk, beheert die praktijk niet.

Voor we overgaan naar de volgende elementen, nog drie slotopmerkingen. (a) Iemand kan voortreffelijk zijn in foute praktijken: hij is bijvoorbeeld toegewijd in het martelen en mishandelen van mensen. MacIntyre (1985, p. 200) gaat op dergelijke kwesties in en stelt nadrukkelijk dat deugden/voortreffelijkheden weliswaar gekoppeld zijn aan praktijken maar dat praktijken daarmee nog niet zijn goedgekeurd. Ook deugden zijn steeds aangewezen op een morele weging en ze zijn niet ‘uit zichzelf’ of zonder een (adequaat) verhaal goed. Praktijken – zeker als ze wat complexer zijn – zijn wat ze zijn dankzij het verhaal dat aan die praktijken hun identiteit geeft in de gemeenschap. Geen praktijk zonder verhaal over de betekenis van die praktijk in een ruimer verband! (b) Als het in praktijken gaat om standaarden van voortreffelijkheid in de betekenissen die we hierboven hebben blootgelegd en *die* nagestreefd (*moeten*) worden, dan is er dus een practicus vereist die daaraan toegewijd is, die daartoe in staat moet zijn (competent, zowel in de betekenis van kunnen als mogen) en die zelf de voortreffelijkheden (deugden) bezit om voortreffelijkheid te kunnen realiseren. (c) Een praktijk heeft dus steeds een dubbelstructuur: het eerste doel is de praktijk voortreffelijk te beoefenen en dus de regels van de praktijk in acht te nemen, maar het tweede doel dat daaraan inherent is, is dat de praktijk goed moet zijn in de zin dat de goederen van die praktijk ge-

96 Jochemsen et al. (1997, p. 68) spreken hier treffend ook over de *bestemming* van een praktijk.

realiseerd worden. Het tweede doel weegt uiteraard het zwaarst: als ik allemaal geldige zetten in het schaakspel doe maar er nooit een mooie, liefst winnende partij op het bord komt, kan ik niet schaken. Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor zorg geven.

Element 4: interne goederen verwezenlijken

De omschrijving gaat verder met bepalingen die lastig goed te begrijpen zijn: die activiteiten zijn (4) een middel waarmee de *goederen* die *intern* zijn aan die activiteit *verwezenlijkt* worden. Als ik (5) ernaar streef goed te musiceren en dus die praktijken (7) naar hun eigen, passende en deels bepalende standaarden te beoefenen, dan worden het publiek en ik deelachtig aan waarop die muziekpraktijk is aangelegd: speelvreugde, ontroering, emotionele reiniging, gedeeld begrip van de muzikale expressie.⁹⁷ Dat zijn de interne goederen. Ze dienen onderscheiden te worden van externe goederen, die ook met voortreffelijk musiceren samen kunnen hangen: een gouden plaat halen, rijk worden, aanzien verwerven, de anderen de loef afsteken. MacIntyre laat aan de hand van een voorbeeld de mogelijke omslag van goederen zien: als we een kind leren vioolspelen, zullen we hem mogelijk aanvankelijk stimuleren met een beloning in de vorm van snoep (extern goed; 'extern', omdat snoep niets met vioolspelen van doen heeft), maar op den duur zal het kind viool willen spelen omdat het vioolspelen zelf hem goed doet (intern goed). De omgekeerde weg kan ook en laat ik dat illustreren aan de zorg: je begint de praktijk omdat de interne goederen van de zorg (bekommernis bijvoorbeeld) je motiveren, maar je blijft het werk doen omdat je scoort, problemen oplost en je geld goed verdient – ik heb dat eerder 'de zelftroost van de werker' genoemd. Interne goederen vallen meestal ten deel aan de gemeenschap en externe aan het individu. Interne goederen die verbonden zijn met academische wetenschapsbeoefening zijn bijvoorbeeld waarheidsvinding (niet maatschappelijk ondernemen), met koken de heerlijkheid en appetijtelijkheid van bereid voedsel (niet het eten zelf), van onderwijzen de leerlingen stimuleren zich te verwonderen, ze helpen meer mens te worden en ze steunen respectievelijk toerusten voor het leven.⁹⁸ Daarin zitten dus, behalve

97 Precies hier kunnen we de tweede variant van praktijkkennis benoemen: dat is kennis hebben van de interne goederen van een praktijk. Deze 'praktijkkennis 2' onderscheidt zich dus sterk van 'praktijkkennis 1' die draait om ervaringen met de concrete toepassing of uitvoering. Er is naar mijn smaak in de wereld van de methodiekontwikkelaars en van degenen die zich beroepen op (praktijk)ervaringen – de ervaringskundigen – een flinke winst te behalen door deze twee typen praktijkkennis uit elkaar te houden en hun onderlinge verhouding te bepalen en te respecteren. Een van de aardigste boeken over ervaringskundigheid is dat van Van Haaster & Koster (2005), maar het hier bedoelde onderscheid wordt ook daarin niet gemaakt.

98 Hoe ingewikkeld dat ligt maakt Bram de Muynck duidelijk in zijn interessante bijdrage in Jochemsen et al. (2006, p. 55-85). Hij gaat daar in op de bewering van MacIntyre in *Journal of Philosophy of Education* (2002, Vol. 36, nr. 1; free access: <www3.interscience.wiley.com/journal/118918079/issue>) dat onderwijs geen praktijk genoemd kan worden. Het onderwijs leidt op tot tal van praktijken, maakt die mede mogelijk en is er zelfs een onderdeel van, maar ze is er zelf geen, heeft geen eigen bronnen (put uit andere disciplines) en lijdt ook overigens aan verschralingen. Praktijken kunnen, zo lijkt de achterliggende idee, door oneigenlijke invulling uitgeput raken. Onder meer Joe Dunne en Nel Noddings – beiden onderwijsfilosofen – gaan in 2003

kennisdoelen, ook zorgdoelen die in de relatie van docent en leerlingen aan het licht komen. We verdedigen de stelling dat het interne goed van zorgen bekommernis is en niet probleemoplossing, herstel, regie of zelfmanagement. De strijd in debatten over de voortreffelijkheid van praktijken gaat dus niet over deze of gene (deel)techniek of (deel)handeling die binnen die praktijken al dan niet voortreffelijk worden aangewend, maar over de vraag waar die praktijken zelf *eigenlijk* op aangelegd zijn. Zoals al gezegd, de interne bestemming van de praktijk is ook onderwerp van substantiële beraadslaging. Voorondersteld daarbij zijn, zoals Ricoeur almaar weer beklemtoont, dat er verhalen zijn over de goederen en de strekking of finaliteit van die praktijk en mensen die bereid zijn daartoe een kritisch-morele betrekking te onderhouden.

Merk op dat praktijken in het teken staan van ‘verwezenlijken’ en niet van goede bedoelingen, schoon beleid, (regel)gehoorzaamheid of heftige gemoedsgesteldheden. Fijn als ze helpen, maar wat telt, is wat er gerealiseerd wordt en in welke mate daarmee de interne goederen van die praktijk (merkbaar) vrijkomen.

Element 7: het resultaat

Ten slotte beschrijft MacIntyre het resultaat van praktijkbeoefening: ‘... with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended’. De praktijkbeoefening die streeft naar voortreffelijkheid verruimt dus het vermogen om voortreffelijkheid te bereiken, niet zozeer van de enkeling maar van ‘de mens’, en zodoende raken ook de ideeën wat die praktijken aan goederen te bieden hebben en waarop ze dus mogelijk zijn aangelegd verbreed en verdiept. Alleen als je schaken en vioolspelen naar de standaarden van excellentie poogt te beoefenen, krijg je geleidelijk een uitgebreider en dieper idee welk goed daarmee is verbonden. Hetzelfde geldt *a fortiori* voor praktijken als zorg geven: pas als je ze beoefent⁹⁹ naar de standaarden van voortreffelijkheid en naar de bestemming van de praktijk, tonen zich de doelen en goederen van zorg.¹⁰⁰ Dat is misschien

in hetzelfde tijdschrift (vol. 37, nr. 2; free access <www3.interscience.wiley.com/journal/118840806/issue>) in op de stelling van MacIntyre en ondergraven deze – ik moge korthedshalve verwijzen naar De Muynck (2006) die hun weerwerk deelt en verder uitwerkt. De kern van het verweer is dat MacIntyre onderwijs veel te smal opvat en deze praktijk te zeer koppelt aan (verwerven en reproduceren van) kennis. Onderwijzen is naar zijn eigen aard echter breder en ook intenser met de leefwijze van de docent vervlochten dan deze eenzijdige interpretatie suggereert. In die vervlochtenheid situeer ik de eerder genoemde toewijding. Ik laat de discussie verder rusten maar ze maakt naast andere zaken duidelijk dat praktijk en beroep dus niet zomaar samenvallen: de verschraling die om welke redenen dan ook in het beroep kunnen optreden moge dan gebillijkt kunnen worden in de logica van het beroep, in de logica van de praktijk kan zulke wettiging gemakkelijker uitblijven.

99 Of wat ruimer gezegd: als je eraan deel hebt. Dat kan dus ook zijn als zorgontvanger. Dit argument gaat in tegen bijvoorbeeld Brian Fay, (1996, p. 9-29) die onder de kop ‘Do you have to be one to know one?’ de idee verdedigt dat je heel goed iets kunt begrijpen zonder het zelf te zijn of het zelf mee te maken.

100 We moeten er rekening mee houden dat praktijken die (zeer) slecht uitgeoefend worden ook een gevoel genereren voor de goederen die op spel staan, niet in affirmerende zin (ja dit!) maar bij wijze van een contrast-ervaring (dit niet, weg van hier, zo nooit meer) die een stuwkracht in een oppositionele richting geeft.

een lichtelijk tautologische conclusie, maar ze is er historisch niet minder waar om. De tautologie steekt erin dat je moet weten wat een praktijk is om haar te kunnen beoefenen, je moet zelfs ingewijd worden, en terwijl je deel hebt aan die praktijk en de excellente beoefening, ga je begrijpen wat die praktijk *eigenlijk* is, waar ze om draait en hoe ze zich ontplooit. Het interessante is dat zich toont wat erin zit en dat je niet weet wat erin zit totdat het eruit komt. Zo is zorg in de afgelopen eeuwen gehumaniseerd: door haar als praktijk ernstig te nemen.

2.3 Recapitulatie

Denken over ‘zorg geven als praktijk’ vindt weliswaar plaats, maar zelden radicaal, zelden met ‘indringende’ gevolgen voor de inrichting, het aanleren of het onderzoeken van die praktijk.¹⁰¹ Zorg geven wordt vooral opgevat als een samengestelde vorm van handelen. Ik bepleit daarentegen over zorgen te denken als het beheren van een praktijk in plaats van het doen van (een bundel) verrichtingen. Daarbij kan het praktijkbegrip van MacIntyre als vertrekpunt dienen, maar er bestaat genoeg reden om in de komende jaren te werken aan een verbetering, verdieping en uitbreiding van dat begrip. Met bovenstaande analyses heb ik enkele accenten willen leggen voor dat programma. Ik recapiteuleer de belangrijkste in de vorm van enkele stellingen.

1. Zorg geven als praktijk gaat vooraf aan zorg geven als handelen of verrichtingen doen. Het is er het generatieve kader van.
2. Zorg geven als praktijk is dermate complex, heeft zo’n hoog aggregatieniveau en wordt ook zozeer getekend door systemische krachten dat bij de verdere doordiening de vergelijkingen met spel en kunst – zoals MacIntyre en ook Ricoeur steeds doen – beter achterwege kunnen blijven: er bestaat behoefte aan een praktijkbegrip dat beter past bij de werkelijkheid van zorgen. Als het woord al niet bezet zou zijn, zou ik zo’n praktijk *hyperpraxis*¹⁰² noemen.

101 Het meest radicaal in het dóórdenken op zorg als praktijk is zonder twijfel Jan Vorstenbosch (2005, p. 73-172). Hij maakt zorg geven daarbij zo breed dat zijn conceptualisering ook weer enigszins aan belang voor de ‘zorgsector’ inboet. Ook Annemarie Mol heeft op verschillende plaatsen een lans gebroken voor ‘praktijken’ waarbij voor haar het veel te grove onderscheid tussen objectieve en subjectieve kennis ter discussie komt te staan (Mol, 2002). Er zijn overigens voldoende anderen die in feite een soortgelijk breed en integraal praktijkbegrip uitdragen maar er niet apart over publiceren; ik denk daarbij aan mensen als Doortje Kal, Detlef Petry, Gerda Scholten, Gerard Lohuis, Jean Pierre Wilken, enzovoort: ze hebben met elkaar gemeen dat zij zich sterk maken voor het eerherstel van een goede plek in de samenleving voor mensen met een (chronische) psychiatrische aandoening en in dat kader ook weinig kunnen met ‘losse interventies’. Een lofzang op de praktijk die mijns inziens volledig doorschiet, vindt men in het overigens leerzame Higgs & Titchen (2001a, p. 5-15), waarbij alles van de praktijk stamt: creativiteit, authenticiteit, wijsheid, transformatie, enzovoort.

102 ‘A basic definition of *hyperpraxis* might be “the ideological manipulation of a static, established symbol or practice within a religious, spiritual, political or social tradition”’, aldus G. Willow Wilson, ‘Eco Next: The Mechanics of Hyperpraxis’. Online (augustus 2008): <www.identitytheory.com/nonfiction/wilson_econext.php>.

3. Zorg geven als praktijk heeft een eigen finaliteit die haar samenbindt, die voortspuit uit haar stichtingsregels, die normatief is en dus schiftend werkt op wat erin past; de bedoelde finaliteit is institutioneel en historisch gegeven maar staat tegelijk niet vast. Deze paradox is onderdeel van de labiele identiteit die dit soort praktijken kenmerkt.
4. Zorg geven als praktijk heeft dan ook een aan de eigen finaliteit gerelateerde logica, die tevens een emergente kracht bezit. Wat tot de desbetreffende praktijk behoort of erin past, is wat haar finaliteit verwezenlijkt. Dat kan verschillen van de logica die mensen buiten deze praktijken onderschrijven.
5. Gegeven wat onder de punten 3 en 4 staat, moet een praktijk niet slechts opgevat worden als een sociale configuratie van handelen, maar ook als een beweeglijke configuratie van betekenissen en zin. Praktijken zijn fundamenteel zinvolle, zingevende sociale constructies.
6. Zorg geven als praktijk draait om het interne goed van de bekommernis en als praktijk toont ze telkens opnieuw, tijd- en contextgebonden wat dat is; en zo ontwikkelt ze zich ook. Deze tautologie is eveneens onderdeel van de labiele identiteit van dit soort praktijken.
7. Zorg geven als praktijk vergt een actief beheer van de praktijk door de zorggever in relatie tot zorgontvanger en daarin is behalve kennis van haar bestemming ook veel andere, sterk funderende maar minder formele kennis van belang, zoals wijsheid.

Terug naar de documentaire

Zonder meer van dr. Douma te weten dan wat ik in de documentaire zag, denk ik dat hij illustreert wat zorg geven *als praktijk* kan zijn. Door in de geboden zorg niet alleen het vakmatig noodzakelijke te doen (wegnemen van de pijn, misselijkheid, gevoelens van uitputting), daarbij ook zorgvuldig te zijn (bijvoorbeeld wanneer hij controleert of hij begrepen wordt en zelf mevrouw goed begrijpt), maar ook zorgzaam (heeft mevrouw het hoorapparaat in, heeft ze steun nodig bij het zitten) en bezorgd te zijn (hij is trouw in zijn aandacht voor mevrouw), realiseert dr. Douma een brede invulling van zorg. Het is verder evident dat hij zich in de getoonde casus niet beperkt tot losse verrichtingen maar, kennelijk steunend op een substantieel idee van waar het om zou moeten gaan in de *zorg* voor deze oude dame, zijn vak actief in beheer neemt: hij maakt ruimte (niet alleen in tijd en plaats, maar ook mentaal), weerstaat sociale druk, gaat op zoek naar de betekenis van het verzoek van mevrouw Richters en doet dat consequent als arts. Hij mag dan informeel gekleed gaan, op ooghoogte komen en mevrouw losjes aanraken, hij verlaat zijn positie niet. Zoals hij dat doet, zijn dat handelingen die tot *zorghandelingen* worden door het kennelijke kader dat hij in zijn praktijkbeheer aanhoudt en waaruit ze hun bestemming krijgen. Gelet op haar reacties, mogen we vermoeden dat mevrouw Richters uiteindelijk de interne goederen van de geneeskundige zorg ervaart: niet allereerst als een medische probleemoplossing (hoewel die er ook komt en een reusachtige opluchting geeft), maar vooral als bekommernis die is afge-

stemd op het leven dat *zij nu hier* moet leiden. Dr. Douma toetst herhaaldelijk of het háár past en goed doet. Hoewel we kunnen vermoeden dat dr. Douma een eigen uitgekristalliseerd, moreel standpunt ten aanzien van euthanasie heeft, zet hij dat niet door – mogelijk omdat het zou betekenen dat hij dan een extern goed zou verwezenlijken. Door deze volgehouden oriëntatie op de finaliteit van de zorg, zie ik een volgehouden oriëntatie op de standaarden van voortreffelijkheid: ik heb als kijker niet de indruk dat hij om andere redenen handelt dan die besloten liggen in een hoge opvatting van zijn vak. Dat geheel van waarnemingen en interpretaties brengt mij ertoe te concluderen dat we hier getuige zijn van zorg geven als praktijkbeheer.

3 Van propositionele kennis naar taciet weten

Er komt bij het goed weten te voltrekken van een handeling meer kijken dan je zou denken en dat geldt in versterkte mate voor praktijken.

3.1 Geldige handelingskennis

Het is nauwelijks overdreven om te zeggen dat er in Nederland een strijd gaande is over de geldigheid van handelingskennis die in de zorg dient te worden aangewend. Er zijn in de afgelopen decennia tal van kennisinstituten, kenniskringen, kenniscentra, kennisportals, kennissites, kennisprogramma's en wat dies meer zij opgericht. Ze houden zich niet alleen bezig met *hoe* er gehandeld kan worden (inventiviteit) maar ook en vaak intenser zelfs met de vraag wanneer er *goed* wordt gehandeld: kennis moet probaat zijn (beproefd en werkzaam bevonden) wil een moderne professional er gebruik van mogen maken. Zulke kennis wordt proefondervindelijk ontwikkeld, 'uitgehard' en met een gebruiksaanwijzing neergelegd in tal van handelingsvoorschriften: protocollen, richtlijnen, uitvoeringsregels, aanwijzingen voor de implementatie, methodieken, modellen en interventies, maar ook in integrale plannen van aanpak, trajecten en zelfs ketens. Ze bestaan inmiddels voor duizenden handelingsproblemen in tal van domeinen van zorg en welzijn en voor vrijwel elke, denkbare fase van zo'n handeling (van intake en diagnose tot uitvoering en evaluatie).

Er zijn geleidelijk meer en vooral ook strengere eisen gesteld aan dergelijke handelingskennis, opmerkelijk genoeg niet zozeer aan de theoretische, conceptuele of morele fundering maar vooral aan de effectiviteit ervan en aan de toetsing van die effectiviteit: die moet 'wetenschappelijk' zijn.¹⁰³ De claim van deugdelijkheid van die kennis is gebaseerd op de bewijzen die over de doeltreffendheid op tafel gelegd kunnen worden: *evidence-based*. Er worden naast harde ook minder harde bewijzen toegelaten, al zal

103 Er zijn tientallen voorbeelden te geven die dit ondersteunen, maar een fraai recent voorbeeld biedt Movisie (2008) met zijn *Fundamenten leggen voor Beproefde Kennis*. Op p. 4. lezen we: 'In dit plan werken we een meerjarig onderzoeks- en implementatieprogramma uit gericht op een substantiële verhoging van de kwaliteit en effectiviteit van het uitvoerend werk in de sociale professies die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wmo. Het plan sluit aan bij de groeiende wens in kringen van gemeentelijk beleid, praktijk en beroepsopvoering naar een fundering van sociale interventies waarbij fundering betrekking heeft op de bewijsvoering ten aanzien van de effectiviteit van interventies. Daarbij zal in de eerste plaats worden gekeken naar wetenschappelijke bewijsvoering. Daarnaast is het benutten van de ervaringskennis van praktijkwerkers een belangrijke component. Inzicht in de effectiviteit van interventies in uitvoeringspraktijken van sociaal werk (de frontlijn) is immers cruciaal.'

de kennis op basis van die hardheid geclassificeerd worden.¹⁰⁴ Als gevolg van de soms heftige discussies over *evidence-based knowledge* die laatste jaren gevoerd zijn, zijn er meer en ook andersoortige nuances geïntroduceerd, niet zozeer op het vlak van de bewijzen maar op dat van de kenbronnen (niet uitsluitend *evidence-based* maar ook op *practice-based* of op *experience-based*) en op dat van de stringentie: moet de uitvoerder zich volledig op de bewijzen baseren (*compliance*) of mag het ook *evidence-informed* of *experience-inspired* zijn?

De harde en deugdelijk geachte bewijzen worden inmiddels omgeven door tal van sancties: beleidsinstanties, subsidiegever en verzekeraars honoreren nog slechts de interventieplannen die zich in hun uitvoering baseren op zulke hard geachte *evidence*. Wie een andere aanpak voorstaat of een aanpak die niet in een van de databases is beschreven, hoeft niet op geld of steun te rekenen. Wie daarnaast als werker geconfronteerd wordt met klachten van cliënten of opdrachtgevers over de uitkomsten van de interventie en zich niet op een als deugdelijk aanvaarde aanpak heeft gebaseerd, is zuur: aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden zijn steeds vaker aan deze kennisproducten gekoppeld. En misschien nog wel de belangrijkste: moderne, sinds 1996 bij de wet verplicht gestelde kwaliteitssystemen convergeren met de benadering van de *evidence-based practice*. De metingen van de kwaliteit (van een verpleeghuis of ziekenhuis bijvoorbeeld) zijn weliswaar niet zo hard als de metingen die gedaan worden naar de effectiviteit van interventies, maar naar hun epistemologische grondslag zijn ze grotendeels gelijk (wanneer weet je wat, wat geldt als kennis, wat is deugdelijke kennis, met welk soort instrumenten verwerft men goede kennis, enzovoort?). Waar er voor interventies websites zijn met classificaties (sterren), daar zijn er op het terrein van de kwaliteit behalve keurmerken (zoals HKZ) steeds meer sites met 'benchmarks', waarbij zorgaanbieders onderling vergeleken worden in termen van (de breedte van) hun aanbod, de geleverde kwaliteit in de beleving van de gebruikers, missers (valincidenten, afgezegde operaties, wachttijden), specialisaties, prijzen, enzovoort. Het 'meten is weten' heeft in het kwaliteitsdebat sites en kaarten opgeleverd waar men de beste scholen,¹⁰⁵ maar ook de beste ziekenhuizen en verpleeghuizen¹⁰⁶ kan vinden. De hausse in deze kwaliteitsmetingen (van de interventies en van de voorzieningen)

104 Een goed voorbeeld biedt hier <www.jeugdinterventie.nl> van het Nederlands Jeugdinstituut, dat voor zijn Databank Effectieve Jeugdinterventies een vijfsterrenstelsel hanteert. Op het hoogste niveau (vijf sterren) gaat het om bewijzen op basis van *randomized controlled trials* en op het laagste erkende niveau om niet-experimenteel of veranderingsonderzoek.

105 Zie <www.onderwijsinspectie.nl/nl/home/site-model/zoeken/Zoek_op_scholen> (geraadpleegd op 11 augustus 2008).

106 Ik vermeld geen bronnen die niet achter een log-in voor leden zit. Op de site van <www.kies-beter.nl> worden gedetailleerde kwaliteitskaarten en -overzichten geboden van zo'n 16 soorten zorgverleners, waaronder apotheken, consultatiebureaus, eerstelijns psychologen fysiotherapeuten, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, enzovoort. Zie evt. ook <extra.volkskrant.nl/verpleeghuizen/> of <www.branche-rapporten.minvws.nl/object_document/o476n438.html>, enzovoort. In september 2008 gaat de 'etalage' van <www.kies-beter.nl> open. (Alle internetbronnen geraadpleegd op 11 augustus 2008.)

en in sanctionering ervan kent vele oorzaken en redenen. Sommigen wijzen op een toegenomen verzakelijking waardoor er een no-nonsenseklimaat is ontstaan: 'Voorbij de goede bedoelingen en het nattevingerwerk: wat werkt', zoals Movisie (2008, p. 7) treffend schrijft. De door de neoliberale kabinetten geïntroduceerde marktwerking versterkt deze tendens: openbare wedijver tussen zorggevers, de verplichte levering van zorg volgens de systematiek van (zorg)vraag en aanbod, de 'natuurlijke' selectie van aanbieders op basis van geleverde prestatie en weten wat er te kiezen valt, gelden sindsdien als normaal in de sector. Anderen wijzen erop dat de sector zorg en welzijn na *De markt van welzijn en geluk* (Achterhuis, 1979) jarenlang is gedesavoueerd, uitgekleet en kortgehouden en zelfs gedeeltelijk is gedesintegreerd, maar dat er sinds ruim tien jaar een nieuw bewustzijn groeit, de (her)professionalisering op gang is gekomen en er dankzij een scherpe toename van lectoraten en bijzondere leerstoelen weer serieus werk wordt gemaakt van een imagoverbetering. Goede kwaliteit leveren, instaan voor de werkzaamheid van je aanbod, laten zien dat je nuttig en goed werk verzet, helpen daar allemaal bij. Dat hogeschole hun onderwijs zijn gaan structureren volgens een filosofie van competenties versterkt dat. Maar ook het toegenomen zelfbewustzijn van cliënten en patiënten speelt een rol, net als de angst om (juridisch) 'gepakt' te worden op de ongewenste effecten van je hulp en steun. Ten slotte, ook financiële schaarste speelt een rol omdat ze gepaard gaat met de noodzaak scherper te selecteren.

Ik begon deze uiteenzetting met de uitspraak dat er '...een *strijd* gaande is over de geldigheid van handelingskennis'. Geen verstandig mens zal betwisten dat het van groot belang is inzicht te krijgen in wat werkt en juist dat te stimuleren ten koste van wat niet (goed genoeg) werkt. En zo zal ook niemand aanvechten dat het kwaliteitsdenken uitvoerders en managers met de neus gedrukt heeft op de aanvaardbaarheid en verdedigbaarheid van hun aanbod op een markt waar ook anderen hun aanbod doen. Ze moeten zich nu onophoudelijk afvragen of ze het goed genoeg doen en kunnen nauwelijks zelfvoldaan achteruit gaan zitten. Dat lijkt me winst. Dat er ook ingrijpende kanttekeningen te maken zijn bij *evidence-based* werken, zal later aan de orde komen, maar nu doel ik vooral op een andere strijd.

De genoemde omslagen gaan gepaard met een versmalling van rationaliteit en met de verdringing van inzichten die constitutief zijn voor goede zorg. Enerzijds wordt de vraag wat goede zorg eigenlijk is en wat haar *goed* maakt verdrongen;¹⁰⁷ dat ze een effectieve probleemoplossing biedt voor een welbepaald probleem is slechts één van die factoren. Voor men werkzaam geachte handelingskennis verplicht stelt, zou men

107 In feite wordt ze niet volledig verdrongen maar 'plat' gemaakt: ze komt te bestaan uit enkele eenvoudig gehouden concepten (zoals kwaliteit van leven, autonomie) die geoperationaliseerd worden in meetbare kwesties. Het heeft er daardoor alle schijn van dat het antwoord op de vraag wat goede zorg is de resultante is van een compromis dat allerlei partijen in de zorgsector moet kunnen behagen en dat verder vooral gedictieerd wordt door welke gegevens meetbaar, bespreekbaar en verwerkbaar zijn.

willen weten wat de betekenis van planmatige probleemoplossing voor goede zorg eigenlijk is. Anderzijds speelt de vraag wat een goede zorgverlener eigenlijk doet als hij of zij goede zorg verleent: de idee dat deze ware, beproefde algemene inzichten in een specifieke praktijk toepast, is zacht gezegd aanvechtbaar. Gelden hier niettemin de strakke wetten van het *evidence-based* werken, dan ontstaat er een legitimatiecrisis en vindt er een amputatie plaats van wat professioneel heet te zijn. Er is dan ook allerlei verzet.

Zo bestaat er al jaren een bescheiden aantal wetenschappers¹⁰⁸ in zorg en welzijn die erop wijst dat zorg geven een door en door normatieve aangelegenheid is en dus ook een ‘normatieve professionaliteit’ vraagt en een noodzakelijk beroep doet op de reflectieve (zelf)sturing van de werker. Onder normativiteit wordt hier ook de politiek-ethische verstaan. Het is bijgevolg funest het denken over goede zorg te versmallen tot een sociaal-technisch denken over ‘wat werkt’ en de vraag ‘wat werkt’ te versmallen tot het ja/nee optreden van de berekende effecten in de geplande tijd. Er vindt een overwaardering plaats van het objectiverende, monologische weten en meten (Smaling, 2008) met zijn generaliserende pretenties. De kritiek kan ook geresumeerd worden als: er wordt onvoldoende recht gedaan aan de brede rationaliteit en de verschillende kennistypen of kennismodi die voor zorg onmisbaar zijn.

Kunneman (2005, p. 113v)¹⁰⁹ heeft, geïnspireerd door Toulmins *Kosmopolis* (1990), het model van twee kennismodi van Gibbons (1995) omgewerkt tot een model van drie kennismodi (overgenomen uit Van de Graf, 2005, p. 18).

	Modus 1	Modus 2	Modus 3
kennisclaims	academisch	professioneel	ervaringen
leidraad	objectief	subjectief	subjectief
	monodisciplinair	multidisciplinair	multidisciplinair
	universele waarheid	probleem oplossen	levenskunst
betekenis	interne vragen	organisatorische prioriteiten	zinvolle identiteit
	waardevrij	politiek gestructureerd	morele idealen

108 Van Houten, Van der Laan, Kunneman en Baart; maar ook Kal en heel recentelijk Jacobs et al. (2008) met een krachtige voorzet.

109 Hij heeft zijn model van de kennismodi overigens op vele plaatsten uitgewerkt, aanvankelijk als een model met twee kennismodi met een variatie erin en uiteindelijk als een model met drie modi (zie bijvoorbeeld Kunneman, 2007). Maar ook binnen zijn voorstellen van drie kennismodi vinden we meerdere varianten, onder meer doordat hij experimenteert met de dimensies binnen en de wederzijdse doordringbaarheid van die drie modi. Het is duidelijk *work in progress*. Op deze plek is het niet onjuist om ons bij een tamelijk eenvoudige voorstelling van zaken te houden. Overigens is heel Kunneman 2005 één grote en ook indrukwekkende verkenning van de mogelijkheden of zelfs de noodzaak van andere kennisvormen, van wat er scheef is gegroeid in de sanctionering van geldige kennis, waar de moderne versmalling vandaan komt en waar mogelijkheden tot verbreding (weer) liggen. Het uiteindelijke perspectief waarin Kunneman zijn denkbeelden uitwerkt, is dat van de zingeving, wat hij breed oppakt en uitwerkt. Dat is *niet* het perspectief dat mij nu bezighoudt.

Wat Kunneman bijzonder interesseert, is niet de rehabilitatie zonder meer van een zwakkere kennismodus (bijvoorbeeld van kennismodus 2 of 3) maar de mate waarin ze naar elkaar open kunnen zijn – een selectief of open membraam hebben, zoals hij dat noemt – en het goede en zelfs noodzakelijke recht van elk van de kennismodi gehonoreerd kan worden. De idee van zuivere kennis, waarin de een van de ander gevrijwaard zou zijn, is niet alleen baarlijke onzin, maar ook moreel verwerpelijk: zo worden de kennistypen die in het teken staan van zin, waardebeleving, moraliteit of die voortkomen uit passies als verontwaardiging, walging of barmhartigheid aan het gezicht onttrokken in de kennismodi 1 en 2 die zich academisch of professioneel noemen. En omgekeerd sluit de kennismodus 3 die zich baseert op eigen ervaringen en een persoonlijke bestaansethiek zich gemakkelijk af voor strikt wetenschappelijke inzichten. Kunneman voert een fundamentele, academische, deels epistemologische, strijd en daarin staat het (praktische) vermogen te handelen in praktijken niet zo centraal als ik nu zou wensen. Maar duidelijk is dat *evidence-based knowledge* zoals we dat hierboven beschreven, vooralsnog de *drie* kennismodi nauwelijks honoreert.

Een andere insteek kiest Bläckler (1995) die laat zien dat kennis altijd ‘verpakt’ is en losgemaakt van zijn verpakking een vertekening geeft. Hij onderscheidt de ‘verpakkingen’:

- *embrained* (lekenkennis uit eigen ondervinding);
- *embodied* (geleidelijk aangeleerde praktische vaardigheden die verder ontwikkeld worden);
- *encultured* (kennis zoals gelegen in verhalen, taal en ideologieën die je met anderen deelt en waarin je opgroeit);
- *embedded* (de systemische kennis hoe te handelen en samen te werken die je context vormt); en
- *encoded* (geformaliseerde kennis die als waarheid neergelegd is in boeken en dergelijke).

Ook Weggeman (2002 en 2007) maakt in verschillende boeken een scherp onderscheid tussen de verschillende samenstellende delen van kennis, opgevat als handlingsvermogen: informatie (gecodeerd) aan de ene kant en persoonlijke ervaringen, vaardigheden en beleefde normativiteit (*attitude*) aan de andere kant. Hij bepleit in zijn beroemde formule¹¹⁰ de breedte van kennis te respecteren, en dat is wat er aan *evidence-based knowledge* ontbreekt.

Opmerkelijk is ook het (te zeer versimpelde) model van drie soorten kennis dat Van Buuren uitwerkt in zijn dissertatie (2006, p. 19-32, ik combineer hier twee tabellen

110 $K = f(I, EVA)$, dat wil zeggen: Kennis is een functie van Informatie en de combinatie van Ervaring, Vaardigheid en Attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt.

van p. 23 respectievelijk p. 29). Hij kiest zijn vertrekpunt in drie stromingen of tradities in de wetenschap.

Kennisvorm	Kennis als expliciete informatie	Kennis als beelden	Kennis als competenties
Traditie	Positivisme	Sociaalconstructivisme	Pragmatisme
De essentie van kennis	Kennis als expliciete informatie, een geobjectiveerde weergave van de werkelijkheid (representatietheorie van kennis)	Kennis als deels stilzwijgende opvattingen, (inter-)subjectieve weergave van de werkelijkheid (coherentietheorie van kennis)	Kennis als persoonlijke en collectieve bekwaamheid waarmee actoren de werkelijkheid naar hun hand trachten te zetten
Hoe komt kennis tot stand	Door onderzoek te doen volgens de regels der kunst	Door interactie tussen actoren worden beelden gevormd en gedeeld	Door het handelen van actoren en de gestolde patronen daarvan
Rol van kennis	Kennis als feit, argument, rationalisatie	Kennis als interpretatie, waardering, betekenis	Kennis als handeling, strategie, vaardigheid
Eigenschap	Feiten	Beelden	Competenties
Niveau	Onpersoonlijk	Persoonlijk en interpersoonlijk	Persoonlijk en interpersoonlijk
Status	Objectief	(Inter)subjectief	Pragmatisch
Grondslag	Waarneming, analyse	Interpretatie, interactie	Handelen, ervaringen
Toepassing	Rationeel – legitimerend	Argumentatief – legitimerend	Handelingsgeoriënteerd – probleemoplossend
Leervorm	Cognitief	Sociaal	Experimenteel
Uiting	Expliciet	Min of meer stilzwijgend	Fluide
Consolidatie	Voorraadvorming in bibliotheken en databases	Aangepaste interpretatiekaders	Gestolde handelingsbekwaamheid, neergeslagen in capaciteiten

Deze voorbeelden – en er zijn er veel meer¹¹¹ – moeten mijn punt illustreren: er heerst een strijd en wel over de vraag wat geldige, goede, complete kennis is, waaronder in het bijzonder kennis om te kunnen handelen (praktisch doen, besluiten nemen, leiding geven, waarnemingen doen, interpretaties opstellen). In deze strijd staan in zekere zin steeds dezelfde kampen tegenover elkaar: zij die hoogwaardige kennis beperken tot vormen van weten die volledig transparant, expliciet gemaakt kunnen worden, die

111 Hildreth en Kimble (2002) hebben aan de hand van vele bronnen een indrukwekkende poging gedaan om het probleem van de uiteenlopende soorten kennis te analyseren; ze doen ook een poging het probleem te overwinnen en in dat kader stellen ze voor een onderscheid aan te houden tussen harde en zachte kennis. De analyse is sterker dan de oplossing. De vraag naar de geldigheid van kennis is natuurlijk ook uitvoerig aan de orde in het eerder aangehaalde Van Haaster en Koster (2005): de daarin opgenomen opstellen verschillen nogal van niveau en grondigheid.

geacht worden de werkelijkheid waarheidsgetrouw af te beelden en die zich buitencontextueel laat opslaan (codificeren) en overdragen. Goede handelingen komen tot stand door dáárnaar te handelen. Daar staan degenen tegenover die het weten te handelen als een veel groezeliger vermogen opvatten, dat put uit heel verschillende bronnen (niet alleen uit ‘gezuiverde kennis’), die in hun model van kennis en handelingsvermogen de ruimte zoeken voor de redelijkheid van passies en moraliteit (‘de persoonlijke factor’), die oog hebben voor de opgave om tot situationele en contextuele adequaatheid te komen en dus aandacht vragen voor lokale validatie of verificatie.

Dit is jammer genoeg de plek niet om in detail op deze voorstellen in te gaan. De modellen helpen ons weliswaar flink doordat ze ruimte scheppen voor andersoortige kennis, maar uiteindelijk helpen ze ook weer niet genoeg, omdat ze er weinig op gericht zijn te analyseren met welke rafelige en smoezelige kennis het succesvolle beheer van praktijken (in de zorg) geschiedt. Toch is dat wat ons interesseert en daarom maken we, met deze modellen in de rug, de wending naar taciete kennis, waar overigens sommigen van hen wel degelijk en soms ook uitvoerig aan refereren.

3.2 Taciete kennis

Over het bestaan van taciete kennis wordt momenteel geregeld en met enthousiasme gesproken, de een doet dat geïnformeerder en uitgebreider dan de ander.¹¹² Ook ik kies graag deze ingang, omdat ze niet begint aan de kant van de intern wetenschappelijke disputen (welke soorten kennis zijn er en wat is hun onderlinge verhouding en waarde?) maar bij de praktijk: welke kennis gebruikt een practicus, iemand die een praktijk machtig is, *kennelijk*? Of beter geformuleerd: op welke *soorten* kennis *steunt* bewust of *onbewust* een *succesvolle* practicus? Het is Michael Polanyi die deze vraag diepgaand heeft uitgespit¹¹³ en de meeste auteurs die over taciete kennis – stilzwijgend weten – schrijven baseren zich op hem (en vaak ook op Gilbert Ryle en John Searle).

112 Het valt op dat enkele lectoren in het hbo die recentelijk hun lectorale rede uitspraken op de een of andere manier refereren aan taciete kennis maar er vervolgens niets mee doen. Dat geldt bijvoorbeeld voor Van Doorn (2008, p. 14 en 22) en Verhagen (2008, p. 21). De laatste schrijft: ‘Professionals beschikken over waardevolle *tacit knowledge* als het gaat om dit soort kwesties. Maar hun vaardigheden om deze *tacit knowledge* ook te expliciteren, blijven daarbij achter (Van Doorn, 2008). Beslissingen blijven daardoor soms nog te veel hangen op het niveau van de eigen intuïtie en eigen ervaring.’ Dat getuigt niet van een goed inzicht in de aard van *tacit knowledge*.

113 Taciete kennis wordt ook op een geheel andere manier dan die van Polanyi uitgewerkt, namelijk als de etnomethodologische verkenning van het vanzelfsprekende in de leefwereld. Een klein maar goed voorbeeld daarvan biedt de socioloog Watson (2006). Mij is het thans niet om deze insteek te doen en ik laat haar dus verder rusten.

Polanyi

De Hongaar Polanyi¹¹⁴ (1891-1976) nam deze kwestie pas op aan het einde van zijn carrière als briljant, maar ook omstreden, fysisch-chemicus, die algemeen beschouwd werd als een serieuze Nobelprijskandidaat. Zijn specialiteit betrof de inwerking van gassen op vaste stoffen, de blootlegging van eigenschappen van vaste stoffen door structuuranalyses met röntgen en de bewegingswetten van chemische reacties. Hij was 56 toen hij zijn leerstoel fysische chemie in Manchester – waar hij in 1933 als jood¹¹⁵ vanuit Berlijn heen gevlucht was – omruilde voor een leerstoel op het terrein van de sociale wetenschappen. Het was de rector magnificus die geloofde in Polanyi en hoogst persoonlijk de nieuwe leerstoel erdoor drukte. Hoewel hij toen al het nodige buiten zijn eigenlijke vakgebied had gepubliceerd, met name op het terrein van de literatuur, wijsbegeerte (sociale ethiek), politiek en economie, werd Polanyi's overstap door vakfilosofen gehoord: een briljant chemicus gaf alles op om een middelmatige, enigszins vage filosoof te worden in een enigszins vaag vakgebied. Hij bekleedde de speciaal voor hem ingestelde leerstoel van 1948-1958 en vervulde daarnaast en daarna ook leeropdrachten aan de universiteiten van onder meer Chicago, Stanford en Oxford.

Baanbrekend was zijn eerste grote en ook omvangrijke studie over *tacit knowledge* die uitkwam in 1958 als *Personal Knowledge*. Op het omslag van de druk uit 1974 die ik bezit staat de veelzeggende tekst: 'A chemist and philosopher attempts to bridge the gap between fact and value, science and humanity'. Dat is inderdaad een van de intenties van Polanyi en het is fascinerend om te lezen hoe hij indertijd als jong chemicus briljante invallen en ideeën had, die aan het papier toevertrouwde en hoe hij vervolgens werd afgebrand, onder meer door Einstein en Russell. Hij zou de regels van het wetenschappelijk canon schenden, hij zou te persoonlijk zijn, terwijl goede wetenschap nu juist de persoonlijke (autoritaire) factor verving door objectieve waarneming en het opstellen van afleidingen dááruit. Die ervaringen, schrijft Polanyi in *Knowing*

114 De biografische informatie ontleen ik aan Mitchell (2006). Dé grote Polanyi biografie, waaraan van 1977 tot 2005 werd gewerkt, is: Scott & Moleski (2005). Over de wording van deze bijzondere biografie schreef Mullins (2005). Inhoudelijk en in primaire lectuur baseer ik me op Polanyi's hoofdwerken: Polanyi (1958, 1966 en 1969). Voor de filosofische doordenking van Polanyi's werk baseer ik me op Gill (2000); na afsluiting van deze tekst zag ik pas May (2003), een zeer grondige filosofische studie over de ontologische dimensie van Polanyi's filosofie. De overige bronnen worden gaandeweg genoemd.

115 Polanyi, opgegroeid in een niet-religieus joods milieu, bekeerde zich tot het katholicisme en werd in 1919 gedoopt. Zijn biografen Scott en Moleski (2005, p. 55) schrijven daarover: '...it is likely that his decision to be baptized was motivated in part by the anti-Semitism that was driving him out of Hungary and that he might expect to find in Germany as well as by a personal desire to identify with Christianity.' Een jaar later nam Polanyi de Oostenrijkse nationaliteit aan. Polanyi is zijn hele leven zeer geïnteresseerd gebleven in het katholicisme maar onderschreef uiteindelijk het protestantisme. Gekerkt heeft hij volgens zijn biografen overigens nooit.

and Being, hebben hem blijvend beïnvloed.¹¹⁶ Overigens zijn zijn belangrijkste ontdekkingen uiteindelijk bevestigd.

Het heeft bij hem een eerste idee doen postvatten van taciete kennis: om uitvindingen te kunnen doen en om 'iets' te kunnen zien in de fysische fenomenen die zich aan je oog voordoen, spelen allerlei persoonlijke, culturele, nauwelijks benoembare factoren een essentiële rol die in het formele wetenschapsmodel van zijn dagen geen noemenswaardige plek hadden. Het ging Polanyi in eerste instantie dus om ontdekkingen doen en hij ageerde tegen de pretenties van de positivistische, analytisch georiënteerde wetenschap van zijn dagen, die uitsluitend hechtte aan systematische inductie, die wetenschapsbeoefening opvatte als de gehoorzame voltrekking van de vakregels, die meende dat alle ware kennis in zuivere, heldere proposities verwoord kan worden, en die zich buiten de normatieve dimensies van kennisverwerving wenste te houden. Polanyi heeft daar morele bezwaren tegen maar draagt toch vooral empirische argumenten aan: in de praktijk, *in het hoofd en in de handen van de practicus*, gaat het gewoon zo niet en komt er meer bij kijken, iets van een geheel andere aard ook. In 1967 verscheen zijn bescheidener *The tacit dimension*, waarin Polanyi in enkele opstellen, oorspronkelijk als de zogeheten Terrylezingen aan de Yale-universiteit in 1962 uitgesproken, een verdere uitwerking geeft, deels in antwoord op critici, aan het leerstuk van het taciete weten. Imponerend is verder *Knowing and Being* dat deels met de hulp van een redacteur gereed werd gemaakt en uitkwam in 1969. In de periode tot zijn dood en ook kort na zijn dood verschijnen nog enkele bundels met essays, die voor een belangrijk deel ingaan op taciete kennis in relatie tot ethische kwesties, de vraag naar zin en betekenisgeving en – opnieuw – de persoonlijke factor. Een veel geciteerde samenvatting van Polanyi's filosofie stamt uit *The tacit dimension* (p. 4): 'We weten meer dan we kunnen zeggen.'

Het perspectief van tacit knowledge

Laten we deze filosofie eens nader bezien. Taciete kennis is een verzamelnaam voor – simpel gesteld – wat bij mensen aan kennis, beelden en ervaringen stilzwijgend in hun hoofd en handen zit: het is voor anderen, en grotendeels ook voor de bezitter zelf, ontoegankelijk maar essentieel om goed te kunnen handelen. Ontoegankelijk betekent dat het zich niet zomaar laat benoemen of tevoorschijn halen, maar het betekent niet dat het zich niet zou tonen: dat doet het wel, namelijk in succesvol handelen, in geslaagde interpretaties (zien wat iets is) en in geslaagd taalgebruik (weten hoe je dat zeggen moet). Kunnen fietsen is zo'n geslaagde vaardigheid (handeling, praktijk): je weet hoe je het moet doen, maar wat je nu precies doet weet je niet. Polanyi legt op p. 49 van *Personal Knowledge* precies uit wat je moet kunnen om te fietsen: hij geeft een uit-

116 Hetzelfde geldt voor zijn betrokkenheid bij de hoogst turbulente politieke ontwikkelingen van zijn tijd en zijn religieus-morele positiebepalingen in persoonlijke en publieke aangelegenheden.

puttende beschrijving van de subtiele en afwisselende manipulaties van balans, snelheid, richting en hoek. Tot slot (p. 50) vraagt hij: ‘Maar zegt dit ons nu precies hoe je moet fietsen?’ En zijn antwoord is ontkennend: om te beginnen verloopt fietsen niet in deze termen en kan zo ook niet worden nagedaan of aangeleerd, wie dit zo gaat doen zal vallen; vervolgens is zelfs de uitputtende beschrijving ernstig, maar onvermijdelijk incompleet. ‘Weten hoe je iets moet doen’ mag dan steun hebben aan de regels van de kunst, voor de geslaagde praktijk is er meer nodig. Het is verleidelijk om reeds nu een parallel te trekken met tal van zorghandelingen die qua complexiteit op fietsen lijken: mensen helpen met eten, gedragsgestoorde jongeren aansturen of een kankerpatiënt nabij blijven na het slechte nieuws: zelfs compleet uitgeschreven handelingsaanwijzingen scheppen hier geen geslaagde praktijk. Ter herinnering: het gaat Polanyi met zijn taciete kennis zeker niet alleen om praktische vaardigheden!

Het zijn dit soort voorbeelden die ook aan de basis liggen van Ryles (1984, p. 25-61) onderscheid tussen *knowing-how* en *knowing-that*. Een onderscheid dat later door Schön/Argyris verregaand is uitgewerkt ten behoeve van een theorie van de reflectieve werker en de lerende organisatie¹¹⁷ en dat ook bij de commentatoren van Polanyi voortdurend opduikt. Weten-hoe zou betrekking hebben op het impliciete weten, op de belichaamde kennis, op vanzelfsprekende vaardigheden van de expert¹¹⁸ die in zijn handelen en beoordelen niet expliciet toepasselijke regels of principes zoekt, laat staan van daaruit aan het afwegen en redeneren is. Een dergelijke expert werkt zonder een theorie te hebben en is domweg vaardig zonder zulke ampele afwegingen en zonder zulke gefocuste aandacht. Weten-dat doet echter wel een beroep op bewust toegankelijke kennis, volgt instructies op door zich de regels te binnen te brengen en deze toe te passen. Die manier van doen is eerder wat een beginneling doet; tegen de tijd dat hij expert is, zal hij anders te werk gaan. Overigens is er al vaker (bijvoorbeeld door Dretske 1991) op gewezen dat een nauwkeurige inspectie van *knowhow* die – let wel! –in concrete situaties passend, op tijd, relevant en situationeel adequaat wordt ingezet, laat zien dat daar toch de nodige *know-that* bij komt kijken.

117 Schön en Argyris maken het onderscheid tussen *espoused theory* (die expliciet is en *over* het handelen gaat maar daarmee niet noodzakelijkerwijs ook het feitelijke handelen beschrijft, duidt, legitimeert of inricht) en *theory-in-use* (die impliciet blijft en ingebed in het feitelijk handelen dat handelen oriënteert). Parallel hieraan betekent reflecteren bij Schön (en Argyris) het stellen van vragen die ons *knowing-in-action* blootlegt. Zie verder Argyris & Schön (1974 en 1978), Schön (1983) en Anderson (1997).

118 Zodra het gaat over vaardigheden duikt in deze theorieën naast de expert ook geregeld de *connaisseur* op (bijvoorbeeld in *Personal Knowledge*, p. 54vv): er is geen groot verschil, al komt het me voor dat Polanyi het begrip *connaisseur* (kenner) het liefst gebruikt voor overdrachtelijke in plaats van praktisch-fysieke vaardigheden: de wijnkenner of de medisch-diagnosticus bijvoorbeeld. Het begrip *connaisseur* brengt ons overigens in de buurt van de standaarden van excellentie die bij MacIntyre aan de orde zijn.

Soorten taciete kennis

Taciete kennis is er in soorten en maten. Zo is het gebruikelijk (Klappacher, 2006, p. 18-23) om van de volgende soorten taciete kennis te spreken. Alvorens deze te resumeren moet opgemerkt worden dat kennis bij Polanyi steeds opgevat moet worden als een proces;¹¹⁹ hij spreekt dan ook veelvuldig van (*tacit*) *knowing*. Vervolgens is het lastig *knowing* of *knowledge* goed te vertalen: *kennen* en *kennis* zijn meestal passende vertalingen maar *weten* ook.¹²⁰

1. *Taciet weten als het hebben van praktische en geestelijke vaardigheden*. Het gaat daarbij om een vorm van ‘kunnen’, zoals kunnen zwemmen of schansspringen. Hoewel daar regels voor bestaan, volgt uit het naleven van de regels nog niet het kunnen; daarvoor is allerlei aanvullend weten nodig dat onder andere komt uit ervaringen en in de leer zijn bij experts. Hetzelfde kan gezegd worden van ‘geestelijke vaardigheden’ als logisch denken, een grap maken, enzovoort. Het is niet doordat mensen de regels van de logica of van het grappen maken hebben geleerd dat ze logisch kunnen denken of een grap kunnen maken. Dat berust allereerst op taciete kennis en ook als men er later (nader) in geschoold wordt, blijft de ondergrond van taciete kennis fundamenteel.
2. *Taciet weten als het herkennen van patronen*. Hier gaat het om waarnemen, en wel om waarnemen van iets in zijn hoedanigheid.¹²¹ Ik geef enkele uiteenlopende voorbeelden: een monteur hoort aan het lopen van de motor wat er (waarschijnlijk) met de auto loos is, ik voel onmiddellijk aan, ja ik ‘weet’ of de journaallezer gehaast is en of de dokter werkelijk geïnteresseerd is in mijn verhaal. Klaarblijkelijk hebben sommigen daar een fijne neus voor en die bestaat, welbeschouwd, uit een ontzaglijk repertoire van (in dit geval) geïnterpreteerde en dus van betekenis voorziene motorgeluiden, leestempi en bejegeningsmodi. Bij dit soort taciet weten hoort dan ook bijna altijd een grote fijnzinnigheid, het vermogen om heel nauwgezet, kleine onderscheidingen te kunnen maken en herkennen.
3. *Taciet weten als het hebben van impliciete herinneringen*. Veel dingen hebben we ooit bewust geleerd – op school, in het leven, uit ondervinding – maar zijn inmiddels door ons volledig eigen gemaakt en behoren tot de onbewuste herinneringen. Onbewuste herinneringen bepalen hoe ik iets zie en in welke hoedanigheid iets zich aan mijn aandacht opdringt, zonder dat ik daarbij bewuste herinneringen heb. Dat ik bijvoorbeeld kan zien dat dit een zwaar trappende fiets is, dat ik blij word van een speelse hond of dat ik aangedaan ben door iemand die in een rolstoel zit te wachten bij de uitgang van het ziekenhuis: het gaat grotendeels terug op herin-

119 ‘Knowledge is an activity which would be beter described as a process of knowing’ (*Knowledge and Being*, p. 132).

120 Polanyi spreekt zelf in *Knowledge and Being* op p. 155 van een ‘theory of non-explicit thought’.

121 Dat is dus een ander, dieper soort patroonherkenning dan waar Geert van der Laan in zijn inaugurele rede over spreekt (Van der Laan, 2006, p. 73).

neringen die voor mij niet meer toegankelijk zijn en die minstens niet bewust spelen.

4. *Taciet weten als kunnen spreken.* Er is veel over te doen geweest of ons vermogen om te spreken ook op taciete kennis berust en daarmee een vaardigheid zou zijn. Daniel Barbiero schrijft in de *Dictionary of Philosophy of Mind*¹²² over deze kwestie het volgende – in mijn vertaling AJB – : ‘Dat een volstrekte gelijkstelling van taciet weten met voortheoretische, bekwame expertise niet kan worden volgehouden, wordt in het bijzonder duidelijk als we beseffen dat een breed en zijd aanvaard paradigma van taciet weten te vinden is in het taalvermogen (bijvoorbeeld Chomsky, 1986, p. 263-273; 1980, p. 69-70; 1972, p. 103-104). In tegenstelling tot de soorten taciet weten die hierboven werden beschreven, wordt kennis van de taal *niet* geacht een vaardigheid te zijn en dus te bestaan uit het vermogen iets te doen (...) maar eerder een aanzienlijke cognitieve capaciteit te zijn en daarom omschreven wordt in termen van mentale staat en mentale structuur die zich niet altijd, laat staan betrouwbaar openbaren in gedrag of handelen (Chomsky 1986, p. 9-10; 1980, p. 48).¹²³ Wel taciet weten dus, maar geen vaardigheid. Ook Schneider (2002) komt tot deze conclusie, maar bewandelt een geheel andere weg. Om te beginnen hoef ik geen verstand te hebben van of over de taal om haar te kunnen spreken, althans op een basaal niveau. Verder is het zo – aldus Wittgenstein (Schneider, 2002, p. 133) – dat de betekenis van een woord neerkomt op het gebruik van dat woord in de omgangstaal en niet afgeleid wordt uit een dictionaire of iets dergelijks. Mijn taalvermogen berust daarom ook op mijn taciete weten van betekenisvol spreken in uiteenlopende contexten.
5. *Taciet weten als toegeëigende overtuigingen.* Vervolgens is er nog een taciet weten dat enigszins lijkt op de derde variant die we hierboven beschreven. Om ons dagelijks leven te kunnen leven hebben we niet alleen vaardigheden nodig, maar vallen we ook terug op tal van overtuigingen, die voor een belangrijk deel impliciet, taciet zijn: dat ik leef, dat we niet van de aarde vallen, dat morgen de zon weer opgaat, dat de anderen reëel bestaan en geen droombeelden zijn, dat objecten vast zijn, enzovoort. Dat is op de keper beschouwd propositionele kennis, een weten waarvan de waarheid in wetenschappelijk onderzoek achterhaald is of kan worden. Maar in mijn gewone leven en in mijn gewone besluiten wordt de waarheid daarvan nooit onderzocht: de waarheid ervan blijft steeds impliciet en het zijn mijn gewone overtuigingen. Ik ga op een stoel zitten zonder mezelf vragen te stellen over de ‘vaste stof’. Zo is het nu eenmaal. Ook als ik deze inzichten ooit op school verworven heb (*knowing that*), dan nog zijn ze zo diep weggezakt in het vanzelfsprekende, niet te thematiseren impliciete weten dat ze tot het taciete domein behoren. Maar, anders

122 Zie <philosophy.uwaterloo.ca/MindDict/tacitknowledge.html>, online augustus 2008.

123 Al het aangehaalde werk betreft Chomsky (1972, 1980, 1986).

dan bij de eerdergenoemde varianten van taciet weten, is deze kennis mogelijk wel gedeeltelijk boven water te halen

6. *Taciet weten als systemisch en cultureel ingevoegd zijn.* Hoewel Polanyi er beslist oog voor heeft (reeds in *Personal Knowledge*, p. 269, 294vv), vinden we deze laatste gestalte van taciet weten bij mijn weten relatief weinig bij zijn navolgers en commentatoren uitgewerkt. Er is een impliciet weten dat samenhangt met mijn ingebed zijn (Mitchell, 2006, p. 85vv) in de omringende cultuur, traditie en – voeg ik toe – in systemische krachtvelden (zoals de economie, het recht, de markt, de bestuurlijke bureaucratie) die mij in faciliterende en disciplinerende zin sterk beïnvloeden. Deels komt daar het zojuist genoemde ‘impliciete propositionele weten’ vandaan, maar ze zijn ook een bron van hoe ik tegen mezelf aankijk, wat ik sociaal normaal vind, aan welk ethos ik deel heb in mijn arbeid, burgerschap, genderbeleving, enzovoort. Dankzij dit weten ben ik ook in staat vanzelfsprekend te voldoen aan de eisen die de moderne samenleving en bijvoorbeeld mijn werkgever stellen. Met een woord van Norbert Elias: hier is *Fremdzwang* omgeslagen in *Selbstzwang*. Ik ben het zelf. Het is taciete kennis, een vorm van weten en kunnen tegelijk. Het is uitzonderlijk lastig om daar achter te kijken maar in principe kan het wel: net als taciet weten (5) gaat het hier om wat John Searle de *Background*²⁴ noemt en die alle intentionaliteit diep doordringt (en dus meer is dan een richtinggevend principe).

Behalve deze *vormen* van taciet weten, onderscheidt Polanyi ook niveaus. We zullen er niet veel aandacht aan schenken (ze lopen van somatische processen en waarnemen over het gebruik van werktuigen tot de expert en het genie), al spelen deze niveaus een rol in bijvoorbeeld de verpleegkundige theorieën over soorten en leerstrategieën van praktijkexpertise.

De strekking van het leerstuk ‘taciete kennis’

Taciete kennis is dus overwegend onbewuste kennis; ze wordt over een lange periode verworven en accumuleert als ‘stille’ kennis waar iemand intuïtief, tamelijk vanzelf-

124 Zie Searle (1983 en vooral 1992, hoofdstuk 8). Met *The Background* doelt Searle op het niet-intentionele deel van het bewustzijn dat in het handelen is opgenomen en dat in combinatie met het eveneens door hem geïntroduceerde concept *The Network* neerkomt op een combinatie van onze mogelijkheden en neigingen met ons stilzwijgende begrip, geloof en overtuigingen over de (sociale) werkelijkheid: daardoor kunnen we samenwerken en snappen we elkaar moeiteloos. Searles uitwerking van beide begrippen lijkt op Bourdieus *habitus*-begrip. Zie ook Klappacher (2006, p. 41vv en p. 59vv) over de betekenis van het achtergrondbewustzijn bij Polanyi. Op p. 42 geeft Klappacher, onder verwijzing naar Neuweg, een opsomming van het achtergrondbewustzijn dat loopt van somatische processen in het eigen lichaam (instellen van de ogen bijvoorbeeld) en spierbewegingen die ons niet bezighouden, tot deeltjes die we bij het zien van het geheel niet onderscheiden, en het hanteren van werktuigen waaronder intellectuele (theorieën), tot de zojuist genoemde overtuigingen, eigengemaakte moraal en interpretatiekaders. Breed dus.

sprekend gebruik van maakt als hij of zij voor een opgave komt te staan. Deze typeering van taciete kennis is uiteraard slechts zeer globaal; Neuweg (1999, p. 22) geeft een uitgebreid overzicht van kenmerken van taciete kennis en contrasteert deze met kenmerken van de cognitivistische benadering van kennis.¹²⁵ Dat het al bij al om iets impliciets gaat, zal inmiddels duidelijk zijn maar gaat het ook om kennis? Dezelfde Neuweg (1999, p. 24) beantwoordt die vraag bevestigend: (a) je kunt vaststellen dat iemand impliciete kennis bezit, (b) zulke kennis kan aangeleerd en bijgesteld worden; het is beslist meer dan een intuïtie die domweg ‘gegeven’ is; en (c) ook impliciete kennis kan objectief en empirisch getoetst worden (en dan bijvoorbeeld blijken te falen). Dat het om *kennis* gaat, moge zo aannemelijk zijn gemaakt, maar gaat het dan ook nog om een *post-critical philosophy* in dit leerstuk van de taciete kennis – dat is immers de ondertitel die Polanyi aan *Personal Knowledge* meegeeft? Om die vraag te beantwoorden, verwijs ik naar Deel Drie van dat boek, getiteld ‘The justification of personal knowledge’ en dan met name het slot van hoofdstuk 8, de paragrafen 11 ‘On being critical’ en 12 ‘The fiduciary programme’ (p. 264vv). Polanyi is zeer kritisch gestemd over het ‘objectivisme’ van de moderne wetenschappen, dat het meent te kunnen stellen zonder een verworteling in pretheoretische kennis. In zijn historisch georiënteerde kritiek komt Polanyi uit bij Augustinus die zich verzet tegen het Grieks rationalisme en stelt dat er geen begrip is als men niet eerst gelooft (*nisi credideritis, non intelligetis* – p. 266). Hoewel Polanyi vindt dat Augustinus wetenschapsbeoefening bijna een millennium in diskrediet gebracht heeft (p. 141, 181) sluit hij zich wel aan bij diens idee en verbreedt dat (in mijn vertaling – AJB):

‘We moeten thans geloof¹²⁶ eens te meer erkennen als een bron van alle weten. Stilzwijgende instemming en intellectuele passies, het delen van een idioom en van een culturele erfenis, aansluiting bij een geestverwante gemeenschap: dat zijn de impulsen die vorm geven aan onze visie op de aard der dingen waarop we vertrouwen voor onze heerschappij over de dingen. Geen intelligentie, hoe kritisch of origineel ook, kan functioneren buiten een dergelijk vertrouwens-kader.’

In dat adagium ligt Polanyi’s overtuiging dat zijn filosofie van het taciete weten ‘post-kritisch’ is: ze tracht een klassieke, diep insnijdende boedelscheiding te boven te ko-

125 Een variant van Neuwegs tabel vindt men bij Klappacher (2006, p. 15-16). De Oostenrijker Georg Hans Neuweg, hoogleraar aan de Johannes Kepler Universität van Linz, is een expert inzake *tacit knowledge*/Polanyi en leerprocessen in onderwijsinstellingen (in tegenstelling tot beroepsorganisaties); een deel van zijn artikelen (Neuweg 2004, 2005, 2007, 2008), waarvan ik een dankbaar gebruik heb gemaakt, is beschikbaar op internet: <www.wipaed.jku.at/index.php?option=content&task=view&id=48>. Een ander goed overzicht van de kenmerken van *tacit knowledge* vindt men bij Sanders (1988, hier p. 21vv) en bij Klappacher (2006, p. 55vv).

126 Polanyi gebruikt het woord ‘belief’ dat ook vertaald mag worden met opvatting in de zin van het Duitse *Hintergrundüberzeugung*.

men. Overigens gaat het er in het leerstuk van de taciete kennis niet zozeer om twee soorten kennis tegenover elkaar af te bakenen als wel om de vraag ‘wat is weten?’ vanuit een ander gezichtspunt te benaderen en daarmee de verhouding tussen ‘weten en kunnen’ op een nieuwe wijze te doordenken. Dat is ook precies wat ons in deze verhandeling bezighoudt.

De idee van taciete kennis ontspringt ten dele – zoals we zagen – aan een simpele verwondering: er zijn mensen van wie vrijwel iedereen vindt dat ze hun werk (of een specifieke handeling) voortreffelijk doen, knap, vaardig, goed gezien, met goede gevolgen en toch bezitten ze geen theorie en kunnen ze amper uitleggen welke regels ze volgen, of welke afwegingen ten grondslag aan hun handelen liggen. Zouden we ‘goed handelen’ opvatten als ‘rationeel handelen’ (*vice versa*) en zouden we ‘rationeel handelen’ verbinden met discursiviteit – argumenteren volgens de wetten van de logica – dan zouden deze mensen niet rationeel handelen. Tegen die conclusie verzet zich echter ons gevoel: zien we wat zij kunnen, hoe ze het doen en wat daar de resultaten van zijn, dan kun je bezwaarlijk volhouden dat dat geen rationeel, intelligent handelen zou zijn. Daarom – en dat is een wending die Gilbert Ryle eind jaren veertig reeds maakte – moet de zaak omgekeerd worden: geslaagde handelingen zijn *omdat ze geslaagd zijn* redelijke, intelligente, rationele handelingen en handelingsrationaliteit onttrekt zich bijgevolg ten dele aan de discursieve, expliciete en propositionele redentie. Het deel dat zich daaraan onttrekt, is het taciete deel. Door dus te werken en denken in de lijn van de ‘taciete kennisbenadering’ verruimen we het rationaliteitsconcept, minstens voor zover ze betrekking heeft op het handelen.¹²⁷

Drie basisinzichten

Zoals we ten dele al zagen verdedigt Polanyi met dit kennisbegrip een drietal stellingen¹²⁸ die in zekere zin ook aan de basis van het leerstuk liggen.

- a) *Werkelijke ontdekkingen, die dus iets voorstellen, zijn niet terug te voeren op de toepassing van gearticuleerde, expliciete kennisverwervende regels noch op algoritmes.* Polanyi meent dat vermoedens, intuïtie, *informed guesses* (gerichte gissingen) – en überhaupt de idee dat er wat te vinden zou zijn – een grote rol spelen en dat zij op

127 Klappacher (2006, p. 18) wijst erop dat we beter niet kunnen spreken van ‘intelligent’ in het geval van *een* handeling, maar die kwalificatie zouden moeten voorbehouden aan handelen-met-een-grotere-omvang. Het verschil bestaat erin dat iemand die goed kan handelen in werkelijkheid een ‘bundel’ handelingen in wisselende omstandigheden tot een goed einde weet te brengen en dat is inderdaad wat anders dan het vermogen een kleine(re) handeling toevallig, eenmalig (?) goed te verrichten. En toeval en redelijkheid gaan immers niet samen. We raken hier opnieuw aan de eerder door mij aangesneden discussie over het aggregatieniveau van praktijken en Klappachers opmerking heeft ook voor ons dus een bijzondere relevantie.

128 Vergelijk ook Klappacher (2006, p. 3) en zie voorts Sveiby (1997). De Zweed Karl-Erik Sveiby, hoogleraar Knowledge Management aan Swedish School of Economics and Business Administration in Helsinki, is een interessante en gerespecteerde expert op dit terrein van *tacit knowledge* (en organisatie), zie <www.sveiby.com/TheLibrary/tabid/68/Default.aspx> en <www.mastering-echange.com/seminars/bios/BioCVSveiby.pdf>.

hun beurt opgevat dienen te worden als een vormen van weten/kennis. Vandaar de tweede stelling. Verder moeten we inzien dat impliciet weten voor Polanyi allereerst van belang is in processen van wetenschappelijke ontdekkingen: dat is in dit traktaat niet onze eerste interesse, al zijn er belangrijke parallellen. Ook de medicus-diagnosticus (die veelvuldig in Polanyi's werk opduikt, vooral om röntgenfoto's te interpreteren) moet steeds 'ontdekkingen' doen. Hetzelfde geldt voor al de hulp- en zorgverleners die hun aanbod modelleren vanuit hun begrip van het probleem van de hulpzoeker: ze moeten ontdekken wat de ander mankeert, waaraan hij lijdt, wat zijn verlangens is of wat zijn gedrag en andere uitingen betekenen.

- b) *Weten heeft steeds een openbaar, publiek karakter maar is tegelijk, onvermijdelijk ook strikt privé want het spruit ook voort uit en wordt gedragen door een ontzaglijke ondergrond van persoonlijke waarden, beelden, begrippen, ervaringen en wat dies meer zij.* Polanyi trekt maar liefst 70 pagina's in *Personal Knowledge* uit (p. 132-202) ter toelichting van wat hij noemt 'intellectuele passies': de passies, motieven, overtuigingen, die de onderzoeker soms tientallen jaren gaande houden, hem oriënteren, vermoedens schenken, ertoe brengen verantwoordelijkheden¹²⁹ te aanvaarden voor het vinden van verborgen inzichten enzovoort. Dat alles wordt op een haast onnaspeurbare wijze opgenomen in de kennis die verworven wordt en deze is dus niet zo vrij, zuiver en waardevrij als sommigen ons willen doen geloven. Bij sommige commentatoren¹³⁰ vinden we de metafoer van de ijsberg: het topje boven water zou het publieke, voor iedereen zichtbare deel van de kennis zijn.
- c) *En ten derde: onder alle expliciet weten ligt impliciete kennis, en die is basaler. Er is geen weten of ze is taciët dan wel geworteld in taciëte kennis, in stilzwijgend weten.* Er is in de verwerking van de ideeën van Polanyi veel te doen over de verhouding van het expliciete en impliciete weten (zie ook Klappacher, 2006, p. 16): welk aandeel is groter, waarop steunt men het meest? De verwevenheid van beide is intens, de afwisseling van taciët en expliciet ingewikkeld en in elk geval is het onlogisch dat we een schatting zouden kunnen maken van de verhouding omdat daarin is verondersteld dat we ergens een hoeveelheid expliciete kennis zonder taciëte kennis zouden kunnen aantreffen – wat in tegenspraak is met wat taciëte kennis is. Hoe stelt men trouwens inzake kennis hoeveelheden vast? De intense verwevenheid betekent ook dat nieuwe ervaringen, kennis, beelden in een stilzwijgende bedding vallen en zo (gemakkelijker) tot begrip kunnen worden gebracht.

Aandacht, waarnemen en bewustzijn: de taciëte integratie

De derde stelling heeft zeer verreikende consequenties omdat ze stelt dat er een weten is dat fundamenteeler is dan het expliciete weten, maar dat niettemin impliciet, onspe-

129 Zie ook Smith (2003).

130 Bijvoorbeeld Klappacher (2006, p. 11).

cificeerbaar en desondanks epistemisch relevant is (Klappacher, 2006, p. 31). Polanyi illustreert die onderlinge verhouding veelvuldig aan (patroon)herkenning, en hij steunt daarbij sterk op de Gestaltpsychologie van zijn dagen: in een menigte herken ik gemakkelijk het gezicht van bijvoorbeeld mijn oudste zoon, maar het is tamelijk onduidelijk hoe dat kan en vooral hoe dat in zijn werk gaat. Op de een of ander manier ken ik de gezichtskenmerken of fysiognomie van wie ik zoek (Polanyi gebruikt 'fysiognomie' ook voor andere zaken met een duidelijk 'gezicht' zoals theesoorten, wijnen, ziektes, enzovoort). Eigenlijk moet ik zeggen: ik ken de gezichtskenmerken én vooral hun verbinding of verhouding, hun onderlinge relaties. Wat ik doe in het zoeken, is deze kenmerken samenvoegen tot een samenhangend beeld, terwijl mijn aandacht daarbij uitgaat naar het geheel en niet naar die details of afzonderlijke kenmerken. Zou mijn aandacht wel daaraan blijven haken, dan vind ik niets. Je zou kunnen zeggen: mijn kennis van de details (als ik me die al bewust zou zijn en als ik die al zou kunnen uitspreken) schuift naar de achtergrond, gaat uit de focus van de aandacht, en verkeert in een impliciete modus, maar maakt het *daardoor* mogelijk dat ik op zoek ben naar een geheel, waarvan ik ook niet precies, laat staan expliciet, weet hoe het eruit ziet maar dat ik herken zodra het zich aan me voordoet. Polanyi heeft voor dit proces meerdere begrippen gemunt; zo spreekt hij van 'distale' (veraf staande) en 'proximale' (nabije) termen. Tijdens het zoeken verplaatst de aandacht zich van proximaal (waar de kennis van de details zit die we ons niet bewust zijn) naar distaal: hetgeen we bewust zoeken of doen. Distaal of afstandelijk is een goed gekozen begrip omdat ik om iets in zijn geheel te kunnen zien – *in zijn 'identiteit'* dus, hier als het gezicht van mijn zoon – het op afstand moet hebben. Dat wil niet zeggen dat ik de onbewuste details niet zou registreren. Gesteld dat ik een gat boor in een betonnen wand, dan zal mijn aandacht (focaal bewustzijn) liggen bij de plek op de muur en bij de boorpunt (distaal), maar als er iets mis mocht gaan met de boormachine zelf (hij wordt bijvoorbeeld te heet) dan merk ik dat op en dan merk ik ook dat ik *al de tijd al* deze proximale kenmerken heb gecontroleerd, zij het onbewust. Ik vóél aan de druk en de ligging in de hand, aan de temperatuur van het apparaat, aan zijn stabiliteit en ik hoor aan zijn geluid en ik ruik aan de lucht die de boortol verplaatst of het boren goed gaat, al zit mijn aandacht zeer geconcentreerd bij de muur. Polanyi gebruikt in dit kader ook geregeld het voorbeeld van iemand die met een stok of sonde een holte verkent: die sonde wordt daarbij een soort lichaamsuitbreiding en hoewel alle informatie via die sonde de betrokkene bereikt en er dus onophoudelijk geregistreerd moet worden, ligt heel de aandacht bij het beeld van die holte, bij de *betekenis* van wat er gevoeld wordt. Het is niet onbelangrijk om daarbij aan te tekenen dat ik de *vrijheid* heb om mijn aandacht zo te verdelen. Zou hier voorgeschreven zijn waaraan ik aandacht zou moeten geven en zou er een baas naast mij staan die erop toeziet dat ik me aan de voorschriften houd dan is de kans groot dat het mis zou gaan – natuurlijk noteer ik dat omdat het uitstapje naar Polanyi gebeurt in het kader van onze zoektocht naar goede handelings-

kennis, de strijd die erover gevoerd wordt en de zeer sterk toegenomen tendens om 'goed handelen' te verbinden met 'goed de regels volgen'.

Elders spreekt Polanyi van twee soorten van waarnemen (*Personal Knowledge*, p. 55vv) en dus bewustzijn: focaal en subsidiair (*subsidiary awareness*). Het onderscheid hoeft ons na het bovenstaande verder niet in detail bezig te houden, al zijn de conclusies interessant.

- a) Beide soorten aandacht sluiten elkaar uit. Als een pianist zijn aandacht verlegt van het stuk dat hij speelt naar wat hij eigenlijk met zijn vingers aan het doen is, is de kans groot dat hij slecht gaat spelen en zelfs stoppen moet. Het maakt niet uit of de pianist zelf op het idee kwam zijn aandacht te verleggen of dat iemand de opdracht gaf daarop te letten (opnieuw: zoals dat momenteel in tal van zorgpraktijken geschiedt). Ook het lezen biedt hier een goed voorbeeld: mijn subsidiaire aandacht ligt bij de letters en taal, maar de focale aandacht gaat uit naar de betekenis van die woorden. Ik kan iets lezen en het is heel wel mogelijk dat ik daarna niet eens meer weet in welke taal dat geschreven was,¹³¹ laat staan in welk lettertype. Let wel: subsidiair bewustzijn is niet hetzelfde als een onbewust besef.¹³² Polanyi wijst er nadrukkelijk op dat men van het subsidiair bewustzijn in allerlei gradaties weet kan hebben.
- b) En door het samengaan van focaal en subsidiair bewustzijn kan ik een ding, gebeurtenis, verschijnsel zien als iets samenhangends. Dat kan doordat *integratie* berust op taciete afleidingen (*tacit inference*, zie *Knowledge and Being*, p. 194). Die afleidingen zet Polanyi op hetzelfde niveau als de logische (deductieve) afleiding van een conclusie uit premissen en op deze manier introduceert Polanyi een andersoortige logica en beklemtoont zo zijn brede opvatting van rationaliteit. De taciete afleiding (integratie) kan nooit mechanisch verlopen, zoals een algoritme met de computer uitgevoerd kan worden, maar vergt een intentioneel kader, een intentioneel bewustzijn.

Neuweg (1999, p. 228) wijst erop dat taciete conclusies, taciet-logische afleidingen, een hardnekkig bestaan leiden en desondanks knalfout kunnen zijn. Ze zijn moeilijk te corrigeren, onder andere doordat vaak helemaal niet zo duidelijk is *waaruit* die afleidingen zijn gemaakt. Ze zijn ook moeilijk te corrigeren omdat mensen nu eenmaal geneigd zijn vast te houden aan hoe ze het zien, hoe ze iets *voor het eerst* hebben gezien en begrepen.

131 Polanyi, zelf meertalig, vertelt een kleine, persoonlijke anekdote waarin dat zo gebeurde: *Personal Knowledge* p. 57.

132 Ik worstel hier met de vertaling, omdat in het Engels tegenover elkaar gezet worden: *subsidiary awareness* dat vertaald kan worden als aanvullend of subsidiair bewustzijn en *unconscious awareness* dat niet vertaald kan worden als onbewust bewustzijn; vandaar de formulering 'onbewust besef'.

Aspecten van de taciete integratie van weten

Polanyi onderkent vier aspecten van taciet weten die elk voor zich een eigen betekenisgeving aan de integratie van subsidiair en focaal bewustzijn geven (Mitchell, 2006, p. 74vv).

1. Om te beginnen is er het *functionele aspect* van taciet weten – dat ik liever het kinetische aspect zou noemen – en dat bestaat uit de eerder beschreven beweeglijkheid van het taciete weten, het *van* → *naar*, het *van* de details, bijzonderheden *naar* het geheel. Het *van* is de plek waar we subsidiair waarnemen, waar de laag bewuste of onbewuste aandacht verwijlt, terwijl het *naar* de plek waar de focale aandacht ligt.
2. Vervolgens onderscheidt Polanyi het *fenomenale aspect* van het taciet weten. Simpel gezegd: doordat objecten uit het subsidiaire en focale bewustzijn integreren, verschijnt er een specifiek beeld van hetgeen waarop we (distaal) gericht zijn. Het krijgt gestalte, het doet zich op een specifieke manier aan me voor.
3. Het gevolg van deze integratie is dat er ook een (nieuwe) betekenis ontstaat en dat noemt Polanyi het *semantische aspect* van het taciete weten. Als ik met een stok het binnenste van een holte verken, dan wordt wat de stok doet met en in mijn handen geïntegreerd tot een betekenis in mijn bewustzijn, of anders gezegd: wat ik voel, werkt door op de betekenis van hetgeen waarop we het toepassen.
4. En ten slotte is er het *ontologische aspect*. Als de functionele, fenomenale en semantische aspecten van het taciete weten samenkomen is er uiteindelijk meer aan de hand: we beseffen dat er buiten ons iets in de realiteit gegeven is, buiten en los van ons.

Ik ben zo vrij om enkele persoonlijke illustraties van taciet weten in te lassen. Ik ben betrokken bij een opvanghuis voor dak- en thuisloze jongeren die niet zelden een zeer moeilijk te hanteren opeenstapeling van problemen en beschadigingen hebben. Om goed met hen om te kunnen gaan en het enigszins leefbaar in het huis te houden, is een speciaal soort begrip van hun gedrag noodzakelijk: ongelooflijk hoe de werkers, zonder daar theorieën, schema's of vuistregels over te hebben, in een oogwenk zien én begrijpen wat er gebeurt en weten hoe dat tegemoet getreden kan worden. Daar komt een type weten aan te pas dat zij nauwelijks kunnen verwoorden: hoe wat voorvalt begrepen moet worden is voor hen domweg evident. Ze weten precies wanneer iemand nog aangeraakt kan worden en wanneer niet meer, ze weten precies wanneer ze iemand moeten laten uitrazen en wanneer ze iemand met kracht tot bedaren moeten brengen. En vaak blijken ze het bij het rechte eind te hebben. Of een ander voorbeeld: hoewel ik veel heb geschreven over presentie en veelvuldig en gedetailleerd heb uitgewerkt wat de kenmerken van presentie zijn, overkomt het me geregeld dat ik presentie in praktijken herken en desgevraagd toch niet goed kan uitleggen aan anderen die de bedoelde publicaties zeer goed kennen hoe ik die presentie heb herkend en zij niet.

Staat het niet goed in die boeken, leer je het niet uit die boeken? Zou het helpen als zij mij steeds weer zouden ondervragen of valt het niet uit te leggen?

Specificiteerbaarheid van taciete kennis

Doordat in de taciete integratie zo ontzaglijk veel en veelsoortig, onbewust en laagbewust subsidair waarnemen wordt opgenomen (*indwelling*), is het uitzonderlijk lastig taciete kennis te specificeren, terwijl dat in het kader van de overdracht toch essentieel is. Bovendien zou een specificatie niet alleen alle elementen moet benoemen die zijn opgenomen maar ook hoe ze zijn opgenomen en wat dus hun onderlinge verhouding in het geheel is. We hadden het al eerder gezegd: zelfs de expert kan niet verwoorden (in het focaal bewustzijn brengen) welke ‘subsidiënten’ hij gebruikt en hoe hij ze tot integratie brengt. Waarom kan hij dat eigenlijk niet? Er zijn meerdere redenen.

1. Voor een deel is het principieel onmogelijk, omdat namelijk sommige bijzonderheden onder de waarnemingsdrempel blijven – bijvoorbeeld de gebruikte oogspieren.
2. Maar voor een ander deel ligt het ingewikkelder: eenmaal verworven inzichten en vaardigheden worden dusdanig goed verinnerlijkt, dat ze door die verinnerlijking niet meer specificerbaar zijn: misschien worden ze als zodanig vergeten (dus niet inhoudelijk tenietgedaan) maar waarschijnlijker is het dat we ‘... may lose sight of them beyond recall’ (*Personal Knowledge*, p. 62). We komen er niet meer bij. Het is zelfs zo dat, om tal van dingen goed te kunnen doen, een dergelijk wegzakken van het geleerde noodzakelijk is: hoe dieper het wegzakt in het onbewuste des te beter het gaat. Men kan denken aan autorijden, bloedprikken, met zeer lastige jongeren omgaan en dergelijke.
3. Vervolgens is er veel dat we slechts impliciet leren en dat betekent dat we niet weten dat we het leren. We zijn verwickeld in een distaal leerproces en de ‘subsidiënten’ die we daarbij oppikken, kennen we niet. Polanyi verwijst graag naar een experiment van Lazarus en McCleary (Klappacher, 2006, p. 44). Aan een proefpersoon worden vele, zinloze lettergrepen getoond, waarbij na enkele lettergrepen een elektrische schok volgde. Al spoedig bleek de proefpersoon te anticiperen op de schok-lettergrepen. Desgevraagd kon hij echter de lettergrepen niet aanwijzen. De proefpersoon had ontdekt wanneer de schok te verwachten was, maar kon niet zeggen op basis waarvan hij dat kon. Zo weten hulpverleners soms heel goed wanneer een specifieke jongere gaat flippen, maar als ze moeten gaan uitleggen hoe en wat ze dan eigenlijk weten, gaan ze waarschijnlijk rationaliseren.
4. Verder zijn er ‘subsidiënten’ die simpelweg niet adequaat verwoord kunnen worden. Dat heeft verschillende gronden. Laat ik ze illustreren aan de hand van het eerder gegeven voorbeeld van het herkennen van het gezicht van mijn oudste zoon in de menigte. Zou ik moeten verwoorden hoe ik hem poog te herkennen, dan zou ik zijn gezicht moeten kunnen beschrijven en wel – om het in een *menigte* te kunnen herkennen – in detail. Dat vergt drieërlei: (a) dat ik die details heb *waar-*

genomen; (b) dat ik voldoende oog heb voor *details* en ze dus kán waarnemen en (c) dat ik mijn waarneming adequaat en volledig kan *vertolken*. Hier interesseren ons de voorwaarden (b) en (c). Zou ik op dit moment ondervraagd worden over details van het gezicht van mijn zoon – over de rondingen van zijn neusvleugels, de lijnen van zijn lippen, de dichtheid en lengte van de haarinplant van zijn wenkbrauwen enzovoort – dan zou waarschijnlijk blijken dat ik, hoewel we jaren onder een dak hebben gewoond, veel niet weet. Ten dele omdat ik er niet zo goed op let (hoewel iedereen dagelijks in de spiegel kijkt: wie kent de kromming en uitsnijding van zijn neusvleugel?) en ten dele omdat ik een heel precies waarnemingskader tot mijn beschikking moet hebben om die details in een specifieke hoedanigheid te kunnen zien. Wie ooit met een portrettist of kaakchirurg over het gezicht heeft gepraat, weet dat zij veel meer details kennen *omdat zij er waarnemingscategorieën voor hebben*. Vervolgens, als ik al die details al zou kennen, dan moet ik ze in de taal kunnen vangen en ook dat is bijzonder lastig; mijn taalschat en mijn taalnuances moeten nauwgezet parallel lopen aan de verfijnde waarnemingscategorieën. En dat is zelden zo, als het al niet principieel onmogelijk is. Zou ik hikkelen en de beschrijving *in woorden* niet rond krijgen en uitgenodigd worden om dan maar *te tekenen*: het zou waarschijnlijk weinig helpen.

5. Ten slotte is er nog een vijfde probleem. Natuurlijk zou men kunnen zeggen: ja, maar als jij al die details niet kunt waarnemen en verwoorden, als jij je handelen niet kunt specificeren, laat het dan door een buitenstaander doen. Die kan jou observeren en je ondervragen. Dat zal, zoals ook andere vormen gezamenlijkheid waarover we in hoofdstuk 5 te spreken komen, helpen maar uiteindelijk zal ook dat het probleem niet werkelijk oplossen omdat het doorvragen oneindig zal moeten zijn: elke opheldering kan gevolgd worden door de vraag, ‘Wat is ..., hoe weet je ... en waarom zo ...?’. Achter elk antwoord komt een nieuwe onduidelijkheid tevoorschijn die vraagt naar een verdere specificatie, naar uitleg, zowel op het niveau van het handelen maar ook op dat van de gebruikte begrippen: wat is *stevig* kneden, wat is precies bedoeld met: ik haal hem aan als hij *verdrietig* is en bijvoorbeeld (bij het lezen van röntgenfoto’s) wat is een (a) *scherp* (b) *begrensde* (c) *matig tot donkere* (d) *zwarting* die kennelijk op een ontsteking wijst? Doorvragen helpt hier niet afdoende om te specificeren, en als je het zelf praktisch wilt leren, moet je in de leer gaan bij iemand die deze foto’s lezen kan.

Een probleem oplossen

Polanyi wendt zijn theorie van het taciete weten niet alleen aan in het kader van ontdekkingen doen, maar ook van problemen oplossen en dat geeft relevante aanvullingen op wat we tot nog toe hebben uiteengezet. Hoewel hij problemen oplossen zeer sterk in verband brengt met wetenschappelijke arbeid, zal ik in de navolgende tekst meteen de wending trachten te maken naar de praktijken in het sociale domein.

Tot nog toe dachten we in termen van een tweepolig model (subsidiar – focaal bewustzijn; proximale – distale aandacht) maar dat is uiteraard incompleet want er is een derde term: de actor, degene die handelt, waarneemt, beoordeelt, een oplossing vindt voor een probleem en zo de beide polen op een zinvolle manier op elkaar betreft. De heen-en-weer gaande beweging tussen de polen is immers de heen-en-weer gaande beweging *van* iemand, van iemands aandacht, om niet te zeggen dat het een beweging is *door* iemand die in zekere zin de regie over die beweging voert. Polanyi spreekt in deze context van een impliciete triade (Klappacher, 2006, p. 45). Zo, als de triade stapsgewijs opgebouwd wordt, wordt het probleem opgelost: je ziet het, je weet het, je kunt het ineens. ‘Alles valt op zijn plek’ is een goede typering van de werking van de triade. Maar de dringende vraag is wat daarbij het leidende principe is. Hoe kan het dat het *goed* op zijn plaats valt, dat de aandacht op het juiste moment bij de juiste zaken zit en zich niet vruchteloos in duizenden details verliest? Wat leidt de aandacht, hoe komt de probleemoplossing aan zijn oriëntatie, waarom zoekt de actor iets in een bepaalde richting? Het zal duidelijk zijn dat de integratie niet *vanzelf* tot stand komt want de proximale en distale termen voegen zich niet in een mechanisch proces samen maar in een intentioneel kader. Het is eveneens onzin om te zeggen dat de actor weet wat hij zoekt en dat zijn zoekschema zorgt voor een selectie en integratie van proximale termen die de ‘oplossing’ voortbrengt: als de actor al weet wat hij zoekt, heeft hij geen probleem en is een oplossing nergens goed voor. Polanyi antwoordt dan ook dat er een *aanvoelen* is dat leidend is. En dat is een intrigerend antwoord.

Maar laten we ons, alvorens daarop in te gaan, over iets anders verbazen. Als er een probleem opgelost wordt dan is er verondersteld dat (1) we een probleem zien en een oplossing zoeken, wat de vraag oproept hoe het kan dat we een *probleem* zien. Los van het antwoord dat een probleem klip en klaar kan blijken – iemand wijst ons erop, iets lukt niet, ik neem een puzzelboekje ter hand – is het toch allereerst een gevoel voor (goede) orde en mogelijkheden, die leidt tot het zien van een probleem en de wil om te gaan zoeken naar een oplossing. Wie dat gevoel niet heeft, niet mag of kan hebben – in zijn huwelijk niet, in de wetenschap niet en in de zorgpraktijk niet – heeft ook geen neiging een oplossing te gaan zoeken. Bij het zien van een probleem hoort een (vaak impliciet) gevoel dat er een orde is die op dat moment onordelijk is. (2) Vervolgens de tweede vraag: hoe weten we waar we zoeken moeten, hoe weten we in welke richting we het zoeken moeten? Hoe kon Freud weten wat hij precies zocht en wáár hij dat vinden kon? Ergens heeft hij de regels van zijn toenmalige vakbeoefening verlaten en is hij, op eigen gezag, creatief een andere richting in geslagen. Vanwaar dat richtingsgevoel? En (3) ten slotte de vraag hoe we weten dat hetgeen we gevonden hebben ook hetgeen is dat we zochten. Ook deze laatste vraag is veel lastiger dan het op het eerste gezicht lijkt. Als ik een sudoku oplos, hoef ik mijn hoofd niet te breken over de vraag of de gevonden oplossing de goede is – de regels van het spel wijzen dat uit. Als ik mijn auto aan de praat probeer te krijgen en hij rijdt na mijn tussenkomst, dan heb ik kennelijk de oplossing gevonden. In deze gevallen wéét ik ook wat ik zoek: de ordening

van negen cijfers en een draaiende motor; hoe ik overigens de moeilijkheden goed wist te vinden, benoemen en oplossen, is vers twee. Maar als ik schilder en ik wil de verwoestingen en ontredde van Guernica treffen, hoe weet ik dan dat hetgeen ik geschilderd heb in het licht van wat ik zocht goed is? Ik zal wat schilderen en het weer wegdoen, overschilderen, bijwerken, opnieuw opzetten, misschien wel twintig keer en op een bepaald moment zal ik zeggen: zó, precies zó is het goed. Maar hoe weet ik dat? Hoe kan ik weten dat ik gevonden heb wat ik zocht maar niet kende? Hoe kan ik herkennen wat ik nooit eerder gezien heb?¹³³ Ik denk niet, in een platoonse traditie, dat we herkennen wat in een andere wereld in zuivere vormen wordt bewaard: het goede, het dappere, het schone. Is het dan een kwestie van smaak? Van 'er vrede mee hebben'? Is er een innerlijk gegeven maat die gehaald moet worden? Misschien is het voorbeeld van het schilderen nog te eenvoudig want een schilderij verzet zich niet tegen mijn benoeming; dat doet een patiënt zo nodig wel.

Hier keren we terug naar de impliciete triade van Polanyi, die immers de integratie laat leiden door een *aanvoelen*. Voor wie alles al weet, hebben de opbouw en de werking van de impliciete triade geen betekenis, net zomin als voor degene die niets weet. Tussen beide in ligt het schemergebied van het aanvoelen. Klappacher (2006, p. 48) verwijst in dat kader naar John Dewey's opvatting over het schemergebied tussen onderzoeken en denken. Polanyi installeert in dat tussengebied twee aan elkaar tegengestelde krachten: de imaginatie of verbeelding en de intuïtie of het aanvoelen. De eerste is een actieve kracht, betrokken op de distale term, terwijl de tweede een passieve of beter: receptieve kracht is die betrokken is op de proximale term. Verbeelding en intuïtie gebruikt Polanyi in empirische en dus niet in religieuze of ethische zin.

- De verbeelding anticipeert op de integratie (eenheid, oplossing) en daarmee leidt ze in zekere zin de distale term. Polanyi (*Knowledge and Being*, p. 199vv) wijst erop dat de verbeelding door vagelijk vooruit te lopen op ervaringen die *nog niet* gegrond zijn in de 'subsidiënten' die subsidiënten oproept en zo de ervaring oproept die gezocht wordt. De verbeelding leidt, ze roept reacties in ons op die in dienst staan van wat we trachten te doen, van de poging een eenheid te bereiken.
- De intuïtie is de passieve kracht die niet vooruitloopt op de dingen maar ter plekke een integratie oproept. Dat ze passief is betekent dat ze spontaan optreedt, dat ik haar toe moeten (durven) laten door te vertrouwen op wat aan mijn bewustzijn of bewuste sturing ontsnapt. Ze kent twee varianten die ik hier kortheidshalve samenvat met de intuïtie als *vaag vermoeden*, dat gestaag zijn weg zoekt, en de intuïtie als de *heldere inval*, die doorgaans plotseling komt en kort is.

133 Erik Borgman (2008, p. 106vv) gaat als systematisch theoloog ook in op dit type vragen – weliswaar in een geheel ander kader maar niet met een geheel ander begrippenkader. Hem is het te doen om onze open ontvankelijkheid voor wat zich van buitenaf meldt, zich aan ons opdringt en te kennen wil geven en dat tegelijk een openbarende werking uitoefent. Dat openbaren geschiedt pas als je je (ook als wetenschapper) durft toe te vertrouwen en zelfs toe te wijden aan de waarheidsvinding.

Met gebruikmaking van deze en soortgelijke termen schetst Polanyi de opbouw van de impliciete triade: vanuit de intuïtie als vaag vermoeden, over de verbeelding die vooruitgrijpt en de onbewuste gespannenheid scheidt, tot de integratie met behulp van de intuïtie als heldere ingeving.

Afrondend

Het is passend, en sommigen doen dat ook, hier dieper in te gaan op zulke impliciete processen als verbeelding en intuïtie (Hogrebes, 1996, vooral hoofdstuk 1) maar ik zal dat thans niet doen. Het moge duidelijk zijn – en dat volstaat hier – dat in de theorie van het taciete *weten* (sic!), vooral *als ze toegepast wordt op probleem oplossen*, plaats is voor zulke concepten als vermoeden, inval, intuïtie, aanvoelen, verbeelding, ‘flauw benul’, enzovoort en dat daaraan een integrerend en oriënterend vermogen wordt toegerekend, in twee betekenissen: die kant op (positief) en weg van hier (negatief). Het zijn concepten die betrekking hebben op de receptieve kant van het weten en die in de visie van Polanyi niets mysterieus of verhevens hebben, maar wortelen in onze taciete kennis, dus in onze niet of nauwelijks bewuste vaardigheden, herinneringen, taligheid, overtuigingen en cultureel-historisch ingebed zijn. Vanzelfsprekend kunnen de praktische en theoretische integraties die uit de werking van deze triade voortkomen, fout zijn, onhoudbare onzin of een te verwerpen hypothese vormen. Hoe dan ook – en Polanyi ziet dat nadrukkelijk onder ogen – beschrijven hoe deze integraties tot stand komen en welk weten daaraan te pas komt, is niet hetzelfde als die integraties ook goedkeuren – ze moeten getoetst worden – maar ook een alternatief voor een verworpen integratie zal zelf een integratie zijn en ook zelf weer voortkomen uit intuïties, verbeelding en andere componenten van het proces van kennisverwerving. En dat is precies het inzicht waarom het Polanyi te doen is en dat ook ons interesseert. Er is geen expliciet en zeker weten, of het wortelt ook in deze oriënterende krachten.

Kritiek

De filosofie van taciete kennis heeft van meet af aan, vooral onder de Angelsaksische, analytische filosofen grote scepsis opgeroepen (zie bijvoorbeeld de vernietigende bespreking van Zaffron, 1970). De kern daarvan is dat Polanyi's theorie te vaag is, ten dele tautologisch (wat samenhangt met het gebruik van niet goed afgebakende concepten), een beroep doet op concepten die niet in de wetenschap thuishoren *omdat ze van een andere epistemische aard zijn* en vooral dat de theorie niet nodig is en de fenomenen waarop ze betrekking heeft beter met andere theorieën begrepen kunnen worden. Polanyi zou zich veel te weinig bekommeren om tegenvoorbeelden: handelingen die afbreuk doen aan de stelling dat ze vanuit taciete kennis tot stand komen. Naast deze wetenschappelijke bedenkingen – ik heb hier de ruimte niet om er op in te gaan – is er ook steeds een gevoel van onbehagen geweest (Klappacher, 2006, p. 12): de gedachte dat ons handelen in werkelijkheid veel meer bepaald wordt door onbewuste, ongrijpbare krachten is velen een doorn in het oog en in elk geval vloekt het

met het moderne zelfverstaan waarin ons handelen wordt voorgesteld als transparant, redelijk en ontwerpbaar vanuit een expliciete rationaliteit. En dat deze ‘ontsnapping’ bovendien fundamenteeler is dan het expliciete en dat ze ook nog een sterke normatieve lading bezit, verhoogt bij sommigen de weerzin. Ten slotte beangstigt het sommigen dat taciete kennis een (zeer) groot kapitaal kan vertegenwoordigen, maar dat het desondanks ‘opgeborgen’ zit in mensen, beter: in werknemers die de benen kunnen nemen en van wie de ‘taciete kennis’ bovendien niet voordien even afgetapt kan worden om verspreid te worden onder de andere werknemers. In de moderne managementliteratuur heeft dit besef diep wortel geschoten en is aanleiding geworden tot een uitgebreid en geavanceerd denken over *knowledge management* in de lijn van Polanyi – het is een denken waarmee we redelijk bekend zijn en dat van grote betekenis is voor ons eigen denken over zorg; daarom zullen we – als we wat meer armslag hebben dan in deze tekst – graag terugkomen op de kwestie van ‘taciet weten en management in de zorg’. De inzet van dergelijk management is in elk geval de *erkenning* van en dus niet het weglopen voor taciete kennis, ruimte maken voor zulke kennis, pogen haar uit te koken en vruchtbaar te maken. Dat is ook wat wij in de volgende hoofdstukken zullen doen: zonder een goed gebruik van taciete kennis immers geen goede zorg.

4 Van taciete kennis naar ambachtelijkheid en wijsheid in de praktijk

Vanuit Polanyi lopen er talrijke ontwikkelingslijnen naar de bekwame uitvoering van praktijken, waarin met de betekenis van taciet weten terdege rekening wordt gehouden. We zullen daarom nu ingaan op de vraag hoe het leerstuk van het taciete weten in de praktijk verzilverd kan worden. De vraag luidt dus niet: hoe kan ze aangeleerd, verdiept en gedeeld worden (daarover komen we later te spreken), maar wat zijn de vormen waarin taciet weten in de praktijk kan ‘vrijkomen’, in welke handelingsmodi wordt taciet weten vertaald? We zullen antwoorden door in het bekwame, professionele handelen ook ruimte te bieden aan *ambachtelijkheid* en *wijsheid*. Dat is tevens de centrale stelling van heel deze dubbeloratie, waarvan de strekking dus is dat juist kritisch beheerde ruimte voor ambachtelijkheid en wijsheid de huidige scheefgroei in de handelingskennis – een scheefgroei waardoor slechts een heel beperkt soort handelen wordt bevorderd en veel handelingskennis niet relevant wordt geacht (zie paragraaf 3.1) – corrigeert en er zo borg voor staat dat essentiële handelingskennis wél aan bod kan komen en niet langer verdrongen wordt.

4.1 Ambachtelijkheid

Van der Laan (2006)

Geert van der Laan heeft recentelijk (oratie 2006 en daarnaast ook 2007) een interessante en gewaagde bijdrage geleverd aan de vraag hoe in de lijn van Polanyi’s filosofie goede professionele praktijken tot stand komen. Hij kiest voor de uitwerking van een gedachtelijn die in het teken staat van *ambachtelijkheid* en grijpt daarbij terug op de aartsmoeders van zijn vak, het maatschappelijk werk. Hij verwijst weliswaar ook uitdrukkelijk naar Polanyi, maar dat gebeurt naar mijn smaak wat gemakkelijk en oppervlakkig. Van der Laan is vooral geïnteresseerd in de koppeling van het moeilijk te expliciteren karakter van praktijkkennis en de persoonlijke en belichaamde aspecten van die kennis. Daarmee sluit hij inderdaad aan bij Polanyi, maar slechts zeer partieel. Voor zijn betoog heeft hij Polanyi verder niet nodig.

Hij verdedigt de stelling dat in de moderne organisatie en uitvoering van zorg en welzijn tal van essentiële samenhangen binnen het werk verbroken zijn, waardoor het werk een brokkelig en gesegmenteerd karakter krijgt dat het meeste weg heeft van de productie van waren op een lopende band. Met Van Houten kiest hij hiervoor het (scheld)woord: Taylorisme, dat als productiefilosofie niet alleen verantwoordelijk is voor het verregaand opknippen van het zorgproces, maar ook voor het buiten werking stellen van het eigen oordeelsvermogen en de eigen verantwoordelijkheid van de wer-

ker. In plaats van dáárin vertrouwen te stellen, wordt voor de uitvoering van het werk het eerder opgeknipte proces via ketenstructuren weer in elkaar gezet en wel als een bundel gecodificeerde – dus in expliciete categorieën beschreven – deelhandelingen die de werkers conform de meegeleverde gebruiksaanwijzing moeten uitvoeren. Van der Laan meent – en hij steunt daarbij op Bourdieu en Mintzberg – dat op deze wijze de *praktische logica* geschonden wordt; simpel gezegd: zó werkt het niet en zo komt het ook niet goed. De idee dat een goede zorgpraktijk een kwestie is van de brave toepassing van effectief geachte handelingsaanwijzingen is onverdedigbaar. Ter correctie introduceert Van der Laan het klassieke idee van ambachtelijkheid.

1. Kenmerkend daarvoor is om te beginnen de belichaming van het ‘weten hoe te handelen’: een ambachtsman heeft het in de vingers. Van der Laan (2007, p. 29): ‘Een echte ambachtsman “kijkt” met zijn vingers. Sterker nog: hij “denkt” met zijn vingers. Dat is een competentie die we niet genoeg kunnen waarderen.’ Van der Laan verwijst kort naar de waarnemingstheorie van Merleau-Ponty die de verhouding tussen waarnemen, interpreteren en reflecteren opheldert en daarbij voorrang verleent aan lichamelijke processen boven de cognitieve. Voorts vallen, zo stelt Van der Laan, in ambachtelijkheid vaardigheid en persoon grotendeels samen: je bent je eigen instrument, en als je dat instrument telkens niet mag gebruiken, vervreemd je uiteindelijk van je werk.
2. Ten tweede noemt Van der Laan als kenmerk van ambachtelijkheid inbedding,¹³⁴ en daarmee bedoelt hij vooral dat de werker zich diepgaand moet inlaten met de cliënt en diens situatie en vanuit wat hij daar leert (‘de vierde logica’) zal gaan handelen. Die radicale afstemming ‘op je materiaal’ – als ik het zo oneerbiedig mag zeggen – is typerend voor de ambachtsman. De effectiviteit van de ambachtsman en ook van de zorggever bestaat uit een combinatie van technische *knowhow* en een zeer nauwkeurige en *afgestemde inzet* van die *knowhow*.
3. En ten derde voert Van der Laan het kenmerk van de ervaring of ervaringskennis op, die hij óók interpreteert als ‘intuïtie’ of het gaandeweg opgebouwde vermogen om patronen te kunnen zien en vooral te kunnen herkennen. Hij refereert, zoals dat niet ongebruikelijk is in dit soort betogen, aan het baanbrekende werk van A.D. de Groot die onderzoek deed naar schakers: hoe kijken ze, hoe zien ze patronen, hoe ontwikkelen ze een gevoel voor richting (‘intuïtie’) om hun spel voort te kunnen zetten? Op een analoge wijze beschouwt Van der Laan het werk van de zorggever en bepleit hij het opnemen van dergelijke inzichten in de theorie van de professionalisering, in de invulling van competenties (zoals onderwezen op het hbo) en in de leerprocessen die professionalisering verder moeten helpen.

134 Ook hier verwijst hij naar de presentiebenadering omdat daarin naast het behouden van de (organische) eenheid van werken ook de radicale aansluiting bij de ander tot de kernstukken van het werk behoort. Eerder schreven Baart en Van der Laan (2002) een artikel waarin ze een opsomming gaven van de wenselijke koppelingen in de uitvoering van zorg en welzijnswerk, die niettemin inmiddels verbroken zijn.

Van der Laan zet dus, tegen de achtergrond van de hedendaagse trend van *evidence-based practice*, een klassiek, aan de handwerksman ontleend beeld van ambachtelijkheid neer. Daarbij gaat veel aandacht uit naar het kunnen handelen en is er nauwelijks oog voor de morele of ethische aspecten van dat vermogen, ook niet voor handelingsdwang, handelingsdilemma's en het daarbij benodigde beoordelingsvermogen van de actor.

Sennett (2008)

Kort na deze bijdragen van Van der Laan kwam het boek van Richard Sennett, *The Craftsman* (2008) uit en daarin wordt het ambachtelijke of de ambachtsman anders belicht dan Van der Laan dat deed. We gaan daar kort op in. Het boek van Sennett is uitzonderlijk rijk en put uit vele disciplines (filosofie, sociologie, psychologie, geschiedschrijving, letterkunde, musicologie, enzovoort) en werkt de voorbeelden van ambtelijkheid uit in letterlijk tientallen domeinen, variërend van de bouw van *operating systems* (Linux), tot laatmiddeleeuwse edelsmeedkunst, van hedendaagse architectuur tot klassieke vioolbouw, van Romeinse baksteenmakerij tot stedelijke planning, van arts en moderne zorg tot de improviserende jazz en nog vele andere. Sennetts pakkende schrijfstijl is doortrokken van *petite histoires*, heel persoonlijke anekdotes en vaak verbluffende voorbeelden uit alle windstreken – sommige critici hadden in het boek van deze *socioloog* dan ook graag wat meer harde gegevens gezien. Bovendien kondigt Sennett aan dat dit boek nog een vervolg krijgt; het is het eerste uit een geplande triologie. Ten slotte: Sennett heeft duidelijk ook nog een appeltje te schillen met zijn leermeester Hannah Arendt¹³⁵ en op de achtergrond loopt er dus een filosofisch debat mee over de soorten en aard van de (moderne) arbeid en over de ethische lading ervan. Kort en goed, het is niet eenvoudig om in een notendop te schetsen wat Sennett behandelt en waar zijn studie eindigt. Ik geef een impressie, meer niet. Zeker is wel dat Sennett ambachtelijkheid opmerkelijk definieert en breed toepast:¹³⁶ ze is een niet-aflatende, basale menselijke aandrang, de wens namelijk om een werk goed te doen omwille van dat werk zelf. Sennett beperkt ambachtelijkheid dus niet tot vaardig uitgevoerd handwerk maar plaatst 'ambacht' in een ethos, namelijk de gezindheid je werk goed te doen, en verbindt dat met een algemeen menselijk verlangen; daarom is hij uiteindelijk niet werkelijk pessimistisch over het heden. We zien hier een overeenstemming met MacIntyre's praktijkbegrip: een ambacht oefen je uit – ja zeker,

135 Het twistpunt, waarover Sennett in zijn jonge jaren niet met Arendt dorst te spreken en waarover hij nu (letterlijk, op de eerste pagina) een boekje opendoet, betreft de vraag of mechanische, gedisciplineerde arbeid zelf vrij is van ethische inhouden. 'Ja', zegt Arendt (volgens Sennett), en 'nee' zegt Sennett: hij zal, zoals ik in deze tekst laat zien, een opvatting van arbeid-als-ambacht uitwerken die moreel geladen blijkt te zijn.

136 Sennett (2008, p. 9) 'Craftmanship names an enduring, basic human impulse, the desire to do a job well for its own sake. Craftmanship cuts a far wider swath than skilled manual labor; it serves the computer programmer, the doctor, and the artist.'

op basis van een enorme praktische ervaring, de vaardige beheersing van de techniek, gevoeligheid voor de aard van de grondstof – ter wille van de voldoening die erin ligt. Maar daar moeten we onmiddellijk aan toevoegen dat Sennett ambachtelijkheid steeds verbindt met een gemeenschap, allereerst van ambachtslieden maar uiteindelijk ook met de samenleving als zodanig. Ambachtelijkheid is *sociaal* kapitaal en hij illustreert dat door in te gaan op de cruciale plek die gilden bezetten, gemeenschappen waar ten behoeve van de brede samenleving taciete kennis bloeide, werd vermeerderd en doorgegeven. En hoewel Sennett niet heel positief is over allerlei moderne ontwikkelingen, twijfelt hij er niet aan of dergelijke gemeenschappen zijn er nog steeds – fysiek en virtueel. Ambachtelijkheid omvat dus kennis die bestaat *in* een sociale praktijk en die daar niet uit los te maken is, op straffe van haar vernietiging. Dat klinkt naar Polanyi (Sennett, 2008, p. 51). Als ik het goed zie, beschrijft Sennett drie mechanismen om deze praktijken van ambachtelijkheid te stabiliseren:

- Voor de ambachtsbeoefenaar zijn er de interne voldoening en de externe, maatschappelijke erkenning; Sennett verbindt de erkenning en status die ambachten krijgen bovendien met de waardigheid van dat werk, een waardigheid die momenteel misschien in de verdrukking zit, maar die met de herwaardering van ambachtelijkheid nog altijd boven water gehaald kan worden.
- Op het niveau van de praktijken zijn er de eigen standaarden van excellentie: ‘... craftsmanship focuses on objective standards, on the thing in itself... [and] an aspiration for quality in what is done’ (Sennett, 2008, p. 9; maar zie vooral ook de spannende uitwerking van deze stelling voor het werk van artsen en verpleegkundigen op p. 46vv).
- En op het niveau van de samenleving is er de (semi-)religieuze verworteling in een gedeeld geloof, een gezamenlijk ethos en een – wat ik zou noemen – *bonum commune*. Het ambacht van de architect bijvoorbeeld is óók een dienst aan de gemeenschap en vergt daardoor van de architect een zekere nederigheid en toewijding. En dat onderscheidt de architectuur als ambacht van de architectuur als kunst. Ambacht wordt geplaatst tussen kunst (*art*) en wetenschap (*science*). We zouden hetzelfde kunnen zeggen van het ambacht van de dokter of de verpleegkundige: het zweeft tussen kunst en wetenschap *omdat het (zieke) mensen moet dienen*.

Als die gemeenschappelijkheden wegvallen, zoals nu meer en meer het geval is, dan komt de ambachtelijkheid in het gedrang, enerzijds wegens het ontbreken van collectieven die taciete kennis cultiveren,¹³⁷ anderzijds vanwege de maatschappelijke ontworteling van het ethos van het ambacht. Als voortdurende herscholing en flexibiliteit,

137 Kunneman heeft in vele voordrachten en publicaties – ook voor managers – dit cultiveren beschreven als narratieve leerprocessen rond kampvuurtjes en hij onderscheidt deze van het koude, breed vallende licht uit de hoogte, zoals lantaarnpalen dat afgeven. Dat laatste licht (inzicht/kennis) is ‘objectief’ en kan het stellen zonder de gemeenschappelijkheid van het verhalen vertellen *down to earth*.

en als constante vernieuwing en originaliteit de boventoon gaan voeren, is de kans groot dat ongedurigheid en individualiteit het vak gaan beheersen en dat doet afbreuk aan het ambachtelijke karakter. Sennett bepleit een goede balans tussen autonomie en autoriteit, tussen de zelfbeschikkende ambachtsman of -vrouw en de collectieve standaarden van goed werk.

Sennett maakt daarbij een onderscheid tussen twee soorten van maken die hij koppelt aan Pandora respectievelijk Hephaistos:¹³⁸ de eerste staat symbool voor *slechte schoonheid*, want haar doos met technische trucs verleidt mensen erin te kijken, waarna ze te gronde gaan en de tweede is een *nuttige mankepoot* die gewone dingen maakt waar we niet buiten kunnen: een huis, een wagen, enzovoort. Samen vertegenwoordigen zij de dubbelzinnigheid van wat mensen voortbrengen: gevaarlijke schoonheid en nuttige lelijkheid, terwijl we niet zeker weten wanneer er sprake is van het een en wanneer van het ander.

Ik vrees dat het boek van Sennett – dat in zijn rijkdom nauwelijks te overzien is – nog wel enkele kritische besprekingen ten deel zal vallen – het verdedigt een soort socialistisch getint pragmatisme met een ingeschapen waardeoriëntatie die nogal onwaarschijnlijk klinkt en waarin nostalgie en hoop, feit en wens, om voorrang strijden. De ambachten die Sennett de revue laat passeren zijn bovendien zo verschillend dat zijn algemene karakterisering naar mijn mening beter ingeruild kunnen worden voor de analyse van de specifieke waarde van bepaalde praktijken. Ik ben er ook nog niet van overtuigd dat hij Hannah Arendt goed verstaat en recht doet. Niettemin is het boek leerzaam en zeer stimulerend, vooral omdat Sennett wel degelijk geloofwaardig maakt dat ambachten, en hun taciet weten, niet draaien om technische hoogstandjes maar om waarden, om het werk goed doen omwille van zichzelf. Hij bedt ambachtelijkheid en de taciete grondslag ervan in in een moreel discours. Dat is tevens een diepgaande kritiek op een materialistische, ongedurige en op scoren en onophoudelijke innovatie gerichte cultuur. Hij overtuigt ook als hij ambachten verbindt met leergemeenschappen waar kennis tussen ‘kunst en wetenschap’ wordt gecultiveerd. Voor mij zijn voorts van belang: de verbinding met een praktijkbegrip dat in de traditie van MacIntyre

138 Het ontstaan van de Griekse mythische figuur van Pandora begint – volgens het verhaal dat Hesiodos erover geeft – bij Prometheus, die als Titaan voor de mensheid het vuur uit de hemel stal. De mensheid was toen nog letterlijk *mankind* en bestond uitsluitend uit mannen. Met het gestolen vuur leerde Prometheus deze ‘manheid’ tal van nuttige ambachten. Prometheus’ diefstal vormde voor de oppergod Zeus echter aanleiding een subtiele, verraderlijke straf te bedenken. Hij droeg Hephaistos, manke god van het smidswerk, op een vrouw voor de ‘manheid’ te maken. De verzamelde goden overlaadden haar met de beste gaven: scherpzinnigheid, schoonheid, taal, arglistigheid en nog veel meer (‘pan-dora’ betekent dan ook: alle gaven of alles geschonken). Ze was kortom onweerstaanbaar geworden. Maar Zeus gaf haar ook een doos propvol afschuwelijke rampen en kwaad mee, die natuurlijk gesloten moest blijven. Pandora werd als bruid geschonken aan de nogal succesvolle broer van de dief, Epimetheus geheten. Ondanks de waarschuwingen accepteerde hij deze aantrekkelijke gift van de goden en nauwelijks was Pandora de zijne, of ze opende de doos zodat allerlei rampspoed, ellende, ziektes en kwaad vrijkwam. Ze deed weliswaar het deksel weer dicht maar alles was er, behalve de hoop, al uit.

staat, de situering van ambachtelijkheid in een maatschappelijk ethos en de verbinding van goed werk met voldaanheid, zin en status. Daarop zullen we voortbouwen.

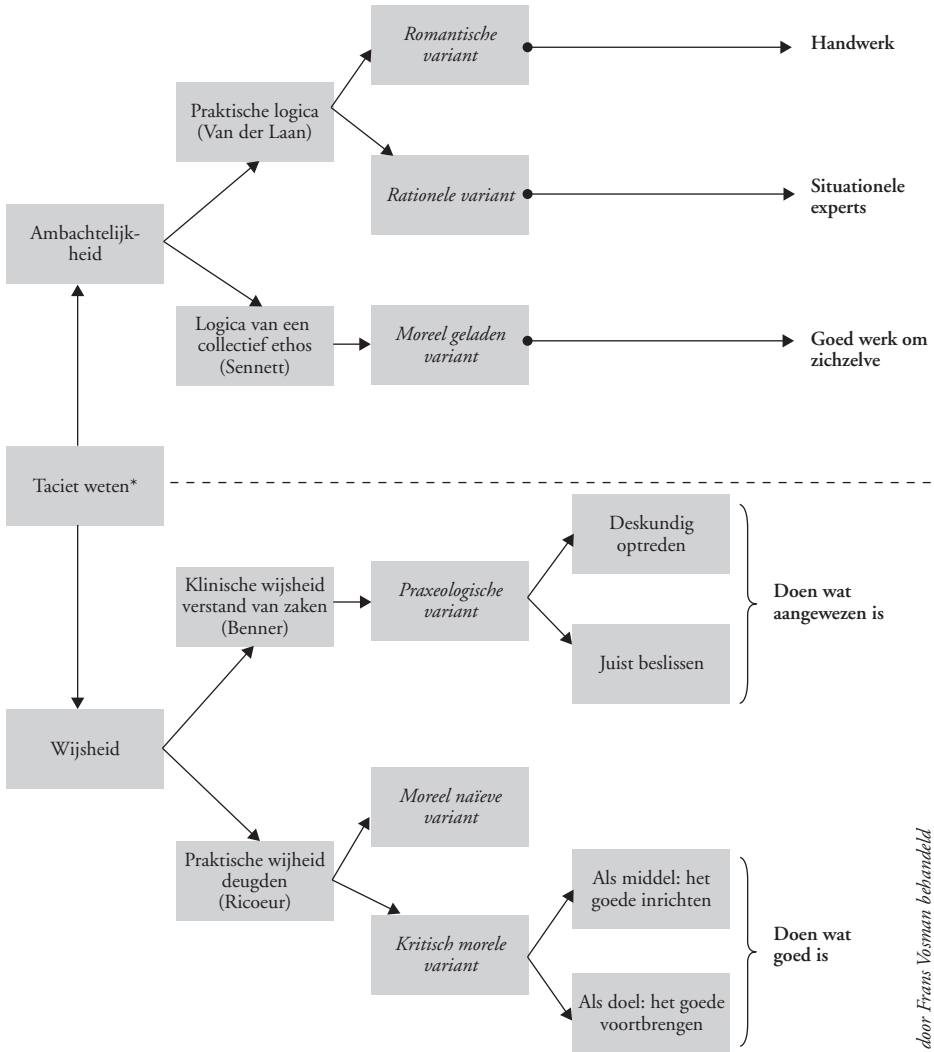
4.2 Wijsheid

Zoals gezegd, in aansluiting bij Polanyi wordt er een handelingsmodus gevonden die in het teken staat van ambachtelijkheid en een handelingsmodus waarin het accent veel sterker ligt bij wijsheid. We zullen zien dat er vele soorten wijsheid zijn, maar ook dat ze voor ons niet allemaal even relevant zijn. In figuur 1 heb ik de onderscheiden soorten ambachtelijkheid en wijsheid gepoogd uit te leggen. Wijsheid komen we in twee varianten tegen:

- De eerste heeft weliswaar óók een morele lading, maar de belangrijkste karakteristiek is toch dat de betrokkene *technisch wijs* optreedt en we gebruiken daarvoor de term *clinical wisdom* of klinische wijsheid.
- In de tweede variant – door Vosman al uitvoerig geïntroduceerd als *phronèsis* of *prudentia* – gaat het erom dat men *moreel wijs* optreedt; de gebruikelijke Nederlandse benaming daarvoor is *praktische wijsheid*.

Gegeven de grondige opheldering van Frans Vosman, kan ik thans de tweede vorm laten rusten en concentreer ik me op *clinical wisdom* en op de vraag in welke mate ze verwant is met *phronèsis*. De twee overlappen elkaar en veronderstellen elkaar in zeker zin. Beide vormen van wijsheid zijn onderscheiden van theoretische wijsheid (*sophia*) en diep geworteld in, en dus ook aangewezen op, taciet weten: ze veronderstellen een gedegen cultivering daarvan. Of omgekeerd gezegd: wie wijsheid in de praktijk vindt, deze uitziedt, vindt ook gezuiverd taciet weten dat bovendien een sterke morele lading bezit. Zoals dat het geval is bij alle taciete weten, is deze morele lading dus niet de toepassing van een morele theorie maar een fysiek-praktisch geheel van emergente ervaringen, belichaamde betekenisgeving en diep geïnternaliseerde overtuigingen, (propositionele) kennis en culturele respectievelijk systemische invloeden. En dat is precies het punt waar Vosman en ik een grote en ook programmatische interesse in hebben: het is hetgeen waarmee we in onderwijs en onderzoek de komende jaren verder willen komen.

Figuur 1 Ambachtelijkheid en wijsheid onderverdeeld



door Frans Vosman behandeld

*) Dat taciet weten 'opgaat' in ambachtelijkheid en wijsheid mag *niet* omgekeerd worden. Zo bestaat 'wijsheid' uit zowel taciet weten alsook niet uit-taciete kennis

Wat is wijsheid?

Wanneer spreken we van wijsheid¹³⁹ of anders geformuleerd: wanneer wordt er een beroep gedaan op wijsheid? Gezien de medische en verpleegkundige literatuur staat het wel vast dat wijsheid gezien wordt als een onontbeerlijke aanvulling op feitelijke kennis van zaken, op *evidence-based knowledge* (EBK). Liever zou ik niet van ‘aanvulling’, maar van dirigent of organisator spreken: wijsheid (met daaronder taciet weten) orkestreert het handelen, betreft verschillende handelingsfactoren op een harmonieuze, goede, juiste of verstandige wijze op elkaar. Dat kan in een flits gebeuren, maar ook na ampel beraad, dat kan betrekking hebben op heel het handelen (we stoppen deze behandeling), maar ook op een onderdeel ervan (tegen de regels in, geef ik nu toch deze medicatie). Wijsheid is ruimer dan kennis, kennis omvat meer dan informatie en informatie is meer dan ‘naakte feiten’ (*raw data*). Wijsheid spreekt – net als de onderliggende taciete kennis – meer registers aan dan alleen het cognitieve: ze put ook uit intuïtie, verbeelding, de redelijkheid die door emoties wordt voortgebracht, de morele sensibiliteit en verhalen. Wijsheid wordt ook in verband gebracht met ‘boven de materie staan’ en daardoor een beter uitzicht hebben, breder kunnen denken, dingen in een ruimer kader kunnen plaatsen. De implicatie is dat wijsheid een zekere vrijheid behoeft: wie met handen en voeten gebonden is aan de navolging van regels, zal niet gemakkelijk wijs heten. Eerder slaafs of braaf. Wijsheid heeft dan ook een improviserend karakter: ze kan iets waar andere inzichten in het ongerede raken omdat de situatie te onoverzichtelijk, te dramatisch, te absurd is – het klassieke voorbeeld hier is koning Salomo met zijn bekende salomonsoordeel. Wijsheid heeft een theoretische kant (ze weet dan hoe te denken, te interpreteren en te oordelen of daarvan af te zien), een performatieve kant (ze weet dan te handelen en te laten) en een retorische kant (ze weet dan hoe te spreken en te zwijgen).

We zien in de literatuur, maar ook in de praktijk, voortdurend gemeld worden dat de dokter of verpleegkundige (en voor andere sociale professies ligt het niet veel anders, al zal daar vaak de omvang van probate kennis kleiner zijn) niet uitkomt met EBK. Zonder naar volledigheid te streven, noem ik zes essentiële moeilijkheden.

- Het concrete geval heeft een onduidelijke identiteit en daardoor is het niet duidelijk op welke kennis men kan terugvallen en wat hier toepasselijk is (*er is behoefte aan vrije waarneming of oordeelsvorming*).
- Het concrete geval waarvoor men staat, kan niet goed opgevat worden als een bijzonder geval van een algemene regel (*de deductie past niet*).
- Het concrete geval is zeer gecompliceerd en kennis die betrekking heeft op de afzonderlijke verschijnselen schiet tekort of bevat innerlijke tegenspraken (*er is geen geconfigureerde kennis*).

139 Vgl. Lehrer et al. (1996) en Maxwell (1984).

- Het concrete geval vergt een morele weging en beslissing die niet (volledig) gebaseerd kan worden op richtlijnen, bijvoorbeeld doordat er sprake is van een dilemma of paradox (*er is behoefte aan discretionaire vrijheid om een beslissing te nemen*).
- Het concrete geval verkeert in crisis en er is zeer snel handelen vereist respectievelijk er is dringend behoefte aan een onmiddellijk de-escaleren en afkoelen (*de ruimte voor normaal beraad ontbreekt en men kan niet niet-handelen*).
- Het concrete geval geeft aanleiding om van het bijzondere naar het algemene te redeneren, maar in de desbetreffende context (organisatie, systeem, cultuur) is er geen ruimte voor de meer algemene strekking uit het bijzondere (*de ruimte voor de conclusies uit de inductie ontbreekt*).

In al dit soort gevallen – dat is de gemeenschappelijke kern – schiet de gebruikelijk aanwending van kennis tekort en is wijsheid in een van zijn varianten geboden.¹⁴⁰ Het ligt voor de hand om in dat licht de klinische variant te gaan inspecteren

Wat is klinische wijsheid?

Clinical wisdom is op zeer veel plekken beschreven maar de uitleg ervan wisselt nogal.¹⁴¹ Een paar overeenkomsten springen niettemin meteen in het oog:

- *Clinical wisdom* wordt steeds ter sprake gebracht zodra het type problemen dat we daarnet benoemden, zwaar gaat wegen en de (be)handelaar voor grote moeilijkheden plaatst.
- *Clinical wisdom* is een koepelbegrip, een concept waarbinnen allerlei, vaak ook zwakkere, vormen van weten en denken op elkaar betrokken zijn.
- *Clinical wisdom* heeft steeds betrekking op de adequate omgang met praktische problemen en niet met theoretische vraagstukken. Wat adequaat is, moet nader bekeken worden: vakbekwaam, ethisch deugdelijk, kritisch, met de goede gevolgen voor de patiënt, enzovoort.
- *Clinical wisdom* is steeds een kenmerk van de goede tot zeer goede (*proficient or expert*) vakbeoefenaar. Het concept is verbonden met kwaliteitsmaten en zo ook met opleiding(seisen).

Ik zal pogen een beeld te geven van wat onder *clinical wisdom* verstaan kan worden aan de hand van nogal veel maar uiteenlopende literatuur¹⁴² die ik niet op de voet zal

¹⁴⁰ Dat wordt ook bepleit door Parker (2002).

¹⁴¹ Vgl. Shulman (2004). Ik zal hieronder vooral steunen op Patricia Benner, die in het kader van de stadia van verpleegkundige expertise herhaaldelijk geschreven heeft over (*clinical, practical*) *wisdom*, zie Benner (1984); Benner, Tanner & Chesla (1996); Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard (1999) en Benner (2000).

¹⁴² Op internet vindt men op de site van Agency for Healthcare Research and Quality van het US Department of Health and Human Services het ruim 1400 pagina's tellende, vrij te downloaden handboek *Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses* (2008), onder redactie van Ronda G. Hughes. Ik heb voor deze paragraaf onder meer geput uit: Chapter 6. 'Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action:

volgen maar waarmee ik vrijelijk zal omgaan. De discussies, begrippen, bronnen, onderverdelingen, toepassingsterreinen en dergelijke verschillen vaak zeer – ook al omdat de ene auteur de begrippen introduceert terwijl ze over opleiden schrijft, de tweede over ethische kwesties, de derde over de verpleging van chronisch zieken en een vierde over een kritische cultuur die gevestigd moet worden – en het zou te ver voeren al deze verschillen te behandelen.

*Het begrippenapparaat*¹⁴³

Omdat ik niet zo goed ingevoerd ben in de wereld van artsen en verpleegkundigen dat ik een goede omschrijving van *clinical wisdom* uit de mouw zou kunnen schudden, ben ik gericht gaan zoeken. De uitkomst van die speurtocht is – voorzichtig geformuleerd – verwarrend omdat de uitleg van *clinical wisdom* gepaard gaat met werkelijk een stortvloed van concepten die verwant, voorondersteld of aanvullend zijn. Om iets van *clinical wisdom* te kunnen zeggen, moeten we enkele van die concepten ophelderen.

1. Zo vinden we in de literatuur subtiele aanduidingen van het *soort denken* dat in de praktijkvoering aan de orde is, separaat of, wat vaker het geval is, door elkaar en onderling verweven. Het gaat daarbij om geheel andere indelingen van kennis dan we in hoofdstuk 3.1 zagen.

- *Thinking* (denken of nadenken). Doorgaans breed opgevat, maar als (goed, kritisch) nadenken is *thinking* een erkende, basale competentie die een plek heeft verworven in de *kritische* vakopvatting en vakopleiding. Als ik het goed zie, zijn er in de literatuur twee interpretaties van *thinking*. De ene legt de nadruk op ‘denken-als-het-geleerde-praktiseren’ en verstaat onder denken dus het ‘opleidingsgestuurd’ verwerken van gegevens: analyseren, interpreteren, omvormen, implementeren, enzovoort. Daar staat tegenover (en soms ook gewoon ernaast): *critical thinking*, dat vrijer, scherper is en onder meer geassocieerd wordt met *deliberate nonlinear* denken, dus met voortdurend weloverwogen hernemen. Op de betekenis van *critical* ga ik hieronder in, maar in elk geval neemt het denken dan een ruimer kader dan alleen dat van de *knowhow*. Verder hoort ook een uitdrukking als *sensible thought* in deze hoek thuis: verstandige gedachte. Daarmee krijgt denken als breed concept drie ladingen: (op)geleid denken, vrij denken en verstandig zijn.
- *Reasoning* (redeneren in de betekenis van uit de relevante premissen de goede gevolgtrekkingen afleiden). *Reasoning* is steeds een heel specifieke, scherp afge-

Thinking Critically and Clinically’, geschreven door Patricia Benner, Ronda G. Hughes en Molly Sutphen. In dat hoofdstuk wordt bijzonder veel literatuur bijeengebracht die voor de hier besproken kwestie ter zake is. Overigens is het hoofdstuk enigszins warrig en is de betekenis van begrippen en hun onderlinge verhoudingen niet consequent beschreven.

143 Wie wat minder belang stelt in allerlei details kan direct verder gaan naar de volgende paragraaf ‘Het begrip’ op p. 106.

bakende activiteit, die nauw luistert. *Reasoning* komt in veel samenstellingen voor: *clinical reasoning*, *diagnostic reasoning*, *scientific reasoning*, *practical reasoning* en de betekenissen die daardoor ontstaan verschillen lichtelijk. *Reasoning* is strikter dan *thinking*.

- *Judgment* (oordeel of tot een oordeel komen). Eveneens een precies gebruikte term om aan te geven dat als de beste informatie is verzameld, gewogen en doorzocht, men tot een oordeel, uitspraak en vaak ook een besluit moet komen:¹⁴⁴ we denken dat het zus zit (oordeel) en we gaan daarom zo verder (besluit). In de beschrijving van *judgment* wordt vaak verwezen naar tijdsdruk: is er tijd voor of moet het oordeel in een fractie van een seconde tot stand komen? Met *judgment* gaat men ervan uit dat de betrokkene zich, al is het maar kort, uit het handelen heeft kunnen losmaken; zo niet dan spreekt men eerder van *thinking-in-action* (zie hieronder). Inherent aan het klinische oordeel is het *clinical discernment*, het vermogen om waarnemend en oordelend onderscheid te kunnen maken, vooral in morele kwesties. Het reikt dus verder dan details opmerken en betreft eerder het verschil kunnen opmerken tussen wat in de relatie de zorgontvanger goed doet en wat hem of haar kwaad berokkent. In nauwe aansluiting bij *judgment* heeft *decision making* zijn betekenis. Het valt op dat over besluitvorming en besluiten tamelijk rechttoe rechtaan wordt gesproken. Waar we bij Polanyi nog wel eens de gedachte tegenkwamen dat er eerst besloten wordt en de argumenten aansluitend verzameld worden, daar is dat hier ver te zoeken. Bijna een doodzonde; hooguit iets voor een expert. Oordelen hebben in deze context zeker niet altijd een normatieve lading, net zo min als de besluiten.
- *Reflection* (nadenken, overdenken of overwegen). Meestal wordt de term gebruikt voor nadenken op enige afstand, op een metaniveau, over de bestemming van het handelen of over wat er onder het oppervlak ligt. We komen er bij punt 3 hieronder op terug.
- *Knowledge* (kennis van een bepaalde aard: wetenschappelijk, ethisch, praktisch; in de meeste literatuur opgevat als gecodificeerde kennis). Ook *knowledge* vond ik in tal van samenstellingen: *scientific knowledge*, *experiential knowledge* en zelfs *phronetic knowledge* (!). *Wisdom* (gevonden in combinaties als *practical wisdom*, *clinical wisdom*, *personal wisdom*) wordt doorgaans goed afgebakend van *knowledge*. De betekenis van *wisdom* zullen we hieronder verder beschrijven.
- *Forethought* (ook dikwijls in de woordcombinatie *clinical forethought*). Vooruitdenken en daar je huidige acties op afstemmen: denken in lange lijnen of trajecten. Vooruitdenken hoort minder bij denkend of reflecterend tot een oordeel komen, maar vooral bij een goede praktijkvoering, bij *grasp*. Er zijn in de

144 Dunne (1993).

literatuur tal van onderscheidingen gemaakt binnen het vooruitdenken, maar die hoeven ons hier niet bezig te houden.

- *Grasp* (meestal in de combinatie *clinical grasp*) met de letterlijke betekenis ‘greep’.¹⁴⁵ De vertaling van het begrip is lastig. Zowel in dit Engelse woord als in het Nederlands liggen ‘grijpen’ en ‘begrijpen’ respectievelijk ‘vatten’ en ‘bevatten’ dicht bij elkaar en zou een vertaling met ‘er greep op hebben’ voor de hand liggen. Toch is dat onjuist. De in de literatuur geboden omschrijving van het soort activiteiten dat onder *grasp* valt, lijkt me een vertaling met ‘speurzin’ geschikter te maken: zien dát er wat loos is en vervolgens op een detectiveachtige wijze (zo heet dat ook) op zoek gaan naar oplossingen en mogelijkheden.

Overigens hangen om deze kernbegrippen nog tal van andere, zoals waarneming (*perception*), herkennen (*recognizing*), evalueren (meestal van kennis en *evidence*), intuïtie (meestal omschreven als een plotseling weten zonder rationale) en *learning* (als een voortdurende opdracht). Ik laat deze begrippen verder rusten.

2. Voorts gaan aan deze cognitieve activiteiten allerlei bijvoeglijk naamwoorden vooraf – we zagen dat ten dele al – en die geven deze activiteiten een eigen kleur en betekenis. Ik noem er drie.

- *Clinical* (in *clinical knowledge, clinical judgment, clinical grasp, clinical forethought, clinical expertise, clinical reflection*, enzovoort) te vertalen als klinisch in de betekenis dat de betrokkenen (artsen, verpleegkundigen) hun vak uitoefenen; daarom vertaal ik *clinical* ook graag met *vak- of vakmatig*: dus vakkennis, vakmatig oordeel, vakmatige overweging, enzovoort.
- *Critical* (in *critical thinking, critical reflection*) te vertalen met kritisch. Maar er zit meer achter dan het op het eerste gezicht lijkt. Laten we dat kort illustreren. Er is een beweging die voortdurend en in alle toonsoorten beklemtoont dat het vak van verpleegkundige vooral ook *kritisch* uitgeoefend moet worden (Scheffer & Rubenfeld, 2000). Daarin wordt welbewust verdergegaan dan reflectieve vakuitoefening. Bovendien wil de kritische beweging verder komen dan de focus op de competentie van de individuele werker. Timmins (2006) steunt op Brechin (2000) en legt de kritische praktijk als volgt uiteen in:
 - kritische analyse (evalueren van de kennis die voor handen is; honoreren van meerdere perspectieven, verschillende analyseniveaus en constant onderzoek);
 - kritische actie (degelijke bekwaamheid maar met een open oog voor de context, bestaande verschillen en voor kansen op empowerment);

145 Webster geeft de volgende betekenissen: ‘Grasp: (intransitive verb) to make the motion of seizing: clutch; (transitive verb) 1: to take or seize eagerly, 2: to clasp or embrace especially with the fingers or arms, 3: to lay hold of with the mind: comprehend.’

- kritische reflectiviteit (jenzelf er diep in mengen en vanuit de relatie denken, je begrip en optreden tot stand brengen op basis van onderhandelingen, je persoonlijke waarden en aannames ter discussie stellen).
 - *Experiential* (ervarings- of empirisch). Door het werk van Patricia Benner heeft de ervaring een bijzonder gewicht gekregen. Ze definieert de expert als het snijpunt van in de opleiding verworven vakkennis en van in de professionele praktijk opgedane ervaringen. Expertise heeft altijd deze twee componenten en dus nooit slechts één van de twee. Benner heeft dit in empirisch onderzoek gestaafd: degenen die we ervaren als expert blijken deze dubbelheid in zich te verenigen. Om het krachtig te zeggen: ‘Experience precedes expertise’. Wel is het van belang dat de ervaringen be- en verwerkt worden en dus object zijn van ervaringsleren (*experiential learning*) en een dito reflectie. Volgens Benner liggen deze ‘verwerkte’ ervaringen aan de basis van de professionele intuïties van de expert en zijn ze – met de onmisbare vakkennis – een ingrediënt van de vakmatige beoordelingen (naast *clinical judgment* is er ook sprake van *intuitive judgment*). Ze verwijst bij de uitwerking van de begrippen ‘ervaring’ en ‘intuïtie’ ook naar Polanyi. De leercurricula die gebaseerd zijn op Benners inzichten weerspiegelen het belang dat aan ervaring wordt gehecht: men onderscheidt een intellectuele training, een vaardigheidsscholing in de praktijk en een leerproces in ethische standaarden, sociale en professionele verantwoordelijkheden. Ook het laatste verloopt deels via de praktijk.
3. Ten slotte worden er subtiele onderscheidingen gemaakt waar of op welk moment de desbetreffende denkstrategieën worden ingezet. Doorgaans worden er onderscheidingen gemaakt die ontleend zijn aan of zich juist afzetten tegen Schön (1987) en de verwerking van diens gedachtegoed door Benner. Zo vinden we bijvoorbeeld:
- *thinking-in-action*;
 - *thinking-on-action*;
 - *reflection-in-action*;
 - *reflection-on-action*.

Voor sommige auteurs zijn de verschillen van levensbelang,¹⁴⁶ anderen doen er wat luchtiger over; ik behoor tot de laatsten. Reflectie onderscheidt zich van denken door de diepte: ze betreft de gronden van het handelen (waaruit en waartoe) en het denken zou vooral betrekking hebben op de hoe-vraag. Het verschil tussen *in* (het handelen) en *over* (het handelen) zal voor zichzelf spreken, maar is in de drukke, vaak spannende, praktijk van een medicus of verpleegkundige van belang: soms kan geen afstand genomen worden en vindt het denken of de reflectie in de

¹⁴⁶ Een artikel waar ze ten behoeve van een operationalisering in empirisch onderzoek vergeleken worden, is Uhrenfeldt et al. (2007).

stroom van het handelen plaats als de vanzelfsprekende toepassing van theorieën en kennis (denken) of de kritische verwondering over het slagen of falen (reflectie). De term *thinking-in-action* omvat ook de gevoelens, emoties en zintuigen, terwijl *reflection-in-action* (volgens Schön) veel kaler en objectiever is. Refererend aan de eerder toegelichte termen, zien we dat er geregeld een scherp onderscheid gemaakt wordt tussen kritisch denken en kritische reflectie. De laatste vergt tijd en ruimte die er soms niet zijn en zou men in die situatie toch ‘aan het reflecteren slaan’ dan is dat praktisch en moreel ongepast.¹⁴⁷

In het zojuist gegeven rijtje hoort ook nog een vijfde term thuis:

- *reasoning-in-transition* (redeneren-in-veranderingen).

De vakmatige beoordeling (*clinical judgment*) heeft een eigen logica: ze kan voor het opzetten van een redentatie niet domweg putten uit grote theorieën, ze moet ook over een langere periode naar de situatie en de patiënt kijken en de beoordeling moet dus mede gebaseerd zijn op een redentatie die werkelijk rekening houdt met de veranderingen die optreden, deels in de patiënt's situatie en deels in de eigen beoordelingen en waarnemingen daarvan. Dit soort redeneren moet daarom flexibel en ook historisch zijn.

Het begrip

Welnu, gegeven deze begripsonderscheidingen kunnen we nu gaan omschrijven wat doorgaans onder *clinical wisdom* wordt verstaan. Ik maak daarbij nog een klein voorbehoud. *Clinical wisdom* is in de meeste literatuur die ik las een combinatie van verschillende cognitieve vaardigheden (soms aangeduid als denkstrategieën, waarvan we de belangrijkste zojuist hebben behandeld) en van andere vaardigheden, zoals communicatieve, emotionele en technische. Ik zal me in de te geven begripsomschrijving kortheidshalve concentreren op de cognitieve aspecten van *clinical wisdom*. Dat betekent niet dat de andere vaardigheden er niet toe zouden doen – dat doen ze wel. Maar voor een deel zijn ze direct te koppelen aan de cognitieve vaardigheden, en voor een ander deel maakt de beperking een vergelijking met *praktische wijsheid* gemakkelijker.

1. Vakmatige wijsheid (*clinical wisdom*) neemt allereerst de gestalte aan van een vakmatig oordeel (*clinical judgment*) dat gesitueerd is in het denken-in-actie en redeneren-in-veranderingen. Met andere woorden:

¹⁴⁷ De scherpte waarmee die spanning soms beschreven wordt, heeft me verbaasd; zie bijvoorbeeld dit citaat: ‘The clinician must act in the particular situation and time with the best clinical and scientific knowledge available. The clinician cannot afford to indulge in either ritualistic unexamined knowledge or diagnostic or therapeutic nihilism caused by radical doubt, as in critical reflection, because they must find an intelligent and effective way to think and act in particular clinical situations. Critical reflection skills are essential to assist practitioners to rethink outmoded or even wrong-headed approaches to health care (...).’ Uit: Benner, Hughes en Sutphen (2008), p. 4.

- Vakmatige wijsheid is niet zozeer de uitkomst van een reflectie *over* het handelen, maar vindt plaats *in* het denken dat in het handelen zelf ligt.
 - En wel in *specifiek* handelen: vakmatige wijsheid heeft steeds betrekking op een concrete, moeilijk oplosbare kwestie die de practicus onder handen heeft (een casus) en gaat niet over iets algemeen.
 - En mondt uit in een *oordeel* (wat het maken van onderscheid en het nemen van een besluit impliceert). Vakmatige wijsheid is geen stemming, geen dispositie, aanleg of motivatie; ze omvat een concreet oordeel dat aan de basis ligt van concreet vakmatig optreden.
 - Vanwege het ‘denken-in-actie’ is geïmpliceerd dat in de klinische of vakmatige wijsheid *gevoelens en emoties* zijn opgenomen: ze worden dus niet beschouwd als stoorzenders in de bepaling van wat goed is.
 - En vanwege het ‘redeneren-in-veranderingen’ is voorts tot uitdrukking gebracht dat de veranderingen of beter: transities die in de loop der tijd zijn opgetreden in de situatie van de zorgvrager verdisconteerd worden: vakmatige wijsheid sluit aan bij en gaat uit van een goed, dynamisch begrip van wat er aan de orde is.
2. Vakmatige wijsheid ligt dus niet alleen in een oordeel maar ook in het bijbehorende handelen. Van wijsheid kun je altijd zeggen: wat goed *gedaan!*
- Vakmatige wijsheid wordt dan omschreven als een actieve vorm van *zijn met de zorgvrager* zodat deze gekend wordt: het handelen-in-wijsheid steunt derhalve op het staan-in-relatie. Zonder dat is het onmogelijk.
 - Omdat vakmatige wijsheid mede tot uiting komt in handelen worden speurzinnen (*grasp*) en vooruitdenken geacht er deel van uit te maken.
 - Doordat Benner cs vakmatige wijsheid in verband brengen met de hoogste stadia van bekwaamheid (*proficient and expert*) is impliciet aangegeven dat in vakmatige wijsheid gezuiverde *ervaring en intuïtie* een belangrijke, oriënterende rol spelen.
3. Deze specifieke combinatie van oordelen en handelen in ‘vakmatige wijsheid’
- veronderstelt logischerwijs ook een specifiek waarnemen, een openheid van geest, het vermogen responsief te zijn, je emotioneel te engageren, maar ook eerlijk, accuraat en waarheidslievend te zijn. Dat zijn voor een belangrijk deel *intellectuele deugden en karakterdeugden*.
 - en ze veronderstelt dat de wijze *verantwoordelijkheid* aanvaardt voor zijn oordelen en optreden.
4. Resteert er één brandende vraag: als klinische wijsheid de hier beschreven combinatie is van situationeel waarnemen, oordelen, besluiten en handelen en als daarin uiteenlopende kenbronnen betrokken worden (de relatie met de patiënt, vakmatig denken-in-actie, professionele ervaringen, persoonlijke intuïties en een deugdelijke gesteldheid), waar komt dan de idee van het goede vandaan? We spreken immers alleen van wijsheid als de oriëntatie of uitkomst van deze combinatie van krachten *goed* is. Anders vinden we het optreden dom, slecht, fout. Wat zijn de criteria van

het goede in dezen? In de geraadpleegde literatuur meen ik twee antwoorden te zien:

- Het goede wordt geheel of voor het overgrote deel beschreven in vakmatige begrippen. Wat goed is, is wat in de filosofie, theorie, handboeken van het vak en in de opinie van de toonaangevende figuren *goed* mag heten. In dat geval zien we dat ‘goed’ verbonden is met medisch juist, verpleegkundig verantwoord, tot tevredenheid van de patiënt en diens familie, enzovoort. In het kader van *klinische* wijsheid zijn dat geen voor de handliggende criteria omdat ze weinig situationeel en contextueel zijn, en dat was toch een van de eigenschappen van klinische of vakmatige wijsheid.
- Het goede wordt ook doordacht in expliciet morele termen. Soms zien we dat in de ontwikkeling van het begrip ‘vakmatige wijsheid’ van meet af aan ook gesproken wordt van *moral discernment*, het vermogen dus om ook morele of moreel relevante onderscheidingen te maken. Daarmee wordt er (ook) een ander idee van het goede binnengebracht.

Benner heeft over de morele aspecten van vakmatige wijsheid vaak geschreven, niet altijd even helder en diep overigens, maar het is zonneklaar dat de morele kant haar na aan het hart ligt. Ik zal hieronder twee veelzeggende voorbeelden naar voren halen, maar laten we op deze plek eerst vaststellen dat vakmatige of klinische wijsheid dus zakelijk en moreel denken combineert, waarbij in de literatuur over *clinical wisdom* het zakelijk denken het zwaarste weegt zonder dat het andere ontbreekt.

Het eerste voorbeeld ontleen ik aan Benner (2005). Ze zet daarin uiteen¹⁴⁸ wat erbij komt kijken om een voortreffelijke arts of verpleegkundige te zijn: (1) verbinden van vakmatig en ethisch redeneren; (2) denken-in-actie en redeneren-in-verandering; (3) scherp waarnemen en de vaardigheid bezitten tot het aangaan van betrokkenheid; (4) geschoolde vakkennis; (5) een praktijk op basis van ingaan op wat er gevraagd wordt en (6) het vermogen op te treden.¹⁴⁹ Meteen in het eerste kenmerk zien we dus dat ze naar het ethisch redeneren verwijst. En ze vervolgt (p. 153): ‘In deze zienswijze kunnen ethisch en vakmatig redeneren niet gescheiden worden omdat de kijk op wat goed, fout of schadelijk is bepalend is voor gedegen, vakmatige oordelen.’ Vervolgens werkt ze de tweede voorwaarde uit en dan lezen we (p. 154, cursivering van mij, AJB): ‘Thinking in action and reasoning in transition refer to practical reasoning *or phronesis* that takes into account changes in the practitioner’s understanding of the clinical situation and transitions in the condition of the patient or family.’ Hier heeft ze *practical reasoning* en *phronesis* gelijkgesteld: ze zouden identiek zijn. In elk geval zijn we zo midden in

148 Ze verwijst daarbij naar Benner et al. (1999) en naar Benner et al. (1996).

149 Letterlijk: ‘Six aspects of skillful ethical comportment and clinical judgment are highlighted as central to becoming an excellent practitioner: 1) linking clinical and ethical reasoning; 2) thinking in action and reasoning in transition; 3) perceptual acuity and the skill of involvement; 4) skilled know-how; 5) response-based practice; and 6) agency.’

de deugdethiek van Aristoteles beland. Die gelijkstelling komen we in de rest van het artikel nog enkele keren tegen. Benner meent dat *phronèsis* of praktische wijsheid vraagt om de *morele* kunst van aandachtigheid en betrokkenheid bij de ander: je moet de openheid hebben om te kunnen waarnemen wat er zich in en rond de zorgvrager afspeelt. Het is, omgekeerd gezegd, onjuist om grote ethische principes op het bijzondere toe te passen *als je het bijzondere niet eerst grondig leert kennen*. Kiezen in de zorg, zo zegt Benner, behoort steeds een gesitueerd kiezen te zijn, in volle rekenschap van wie de zorgvrager is. En voegt ze daaraan toe – citerend uit Taylor en Murdoch – het is géén goed idee om het ethische vertoog in de zorg te laten verschrompelen tot een besluitvormingsethiek. De volheid van het ethische leven vraagt niet slechts om handelen maar ook om zijn. Tot zover Benner. *Phronèsis* of praktische wijsheid is bij haar een cruciaal concept maar heeft ongebruikelijke kenmerken: het is vooral een ethos, een algemene ethische oriëntatie, zij het met een uitgesproken profiel. Ik stel dus vast dat haar interpretatie van klinische wijsheid op een specifieke wijze maar onmiskenbaar overloopt in praktische wijsheid.

Het tweede voorbeeld ontleen ik aan Benner, Hughes en Sutphen (2008, p. 5v). Daar worden de accenten anders gelegd. Hoewel ook hier *phronèsis* gelijkgesteld wordt met *practical reasoning*, gebeurt dat nu tegen de achtergrond van het aan Aristoteles ontleende onderscheid tussen *technè* en *phronèsis*. *Technè*¹⁵⁰ wordt omschreven als de activiteit van het doelgericht voortbrengen van resultaten en dus als een term in de doel-middelenrationaliteit, terwijl *phronèsis* min of meer omschreven wordt zoals hierboven. Benner *cs* menen dat *technè* berust op harde kennis en op alle objectiverende methoden die daar bij horen en dat *phronèsis* zwakker is en vooral afhangt van het ervaringsleren. In dit artikel wordt *phronèsis*, meen ik, minder gezien vanuit haar zelfstandige goede recht, maar vooral als noodzakelijk omdat de strikt noodzakelijke, eerst aangewezen kennis voor een goede besluitvorming ('harde' kennis en *evidence*) helaas tekortschiet: *phronèsis* tekent voor het rommelige soort kennis dat dan nodig is.

Conclusies

Hiermee sluit ik de verkenning van klinische wijsheid af. Wat heeft de verkenning ons geleerd en in welk opzicht is deze klinische wijsheid verwant met de praktische wijsheid die ons het meest interesseert?¹⁵¹ Ik geef zeven antwoorden, maar roep eerst nog eens in herinnering dat taciet weten dus invulling geeft aan ambachtelijkheid en

150 Hofmann (2002) legt uit dat het beter ware in de genees- en verpleegkunde niet het aristotelische begrip *technè* te kiezen maar dat van Hippocrates omdat daarin veel elementen van de *phronèsis* reeds zijn opgenomen.

151 Zoals gezegd, hoe we praktische wijsheid verstaan en waarom ons deze zeer interesseert is in het eerste deel van deze rede uiteengezet door Frans Vosman. Ik sluit daar helemaal bij aan. Om de vergelijking goed te kunnen maken raadpleeg ik ook Ricoeur (1992), met name p. 171-180 en p. 290vv). Daarnaast heb ik veel plezier gehad van de heldere, compacte en op de zorg toegesneden uitleg van *phronèsis* door Michel Jansen, eerst in zijn dissertatie (Jansen (2005), met name p. 100vv en 110vv) en verder Jansen ((2007), hier vooral p. 50-53).

wijsheid maar dat deze daarmee niet uitgeput zijn. *Phronèsis* omvat kennis die taciet of impliciet moet heten, maar ook kennis die ‘gewoon propositioneel’ is.

1. Allereerst wordt klinische wijsheid in belangrijke mate doordacht, geanalyseerd en bevorderd in een uitgebreid begrippenapparaat dat bol staat van *welgeordende denkstrategieën*, maar waarin toch ook ruimte is gereserveerd voor een beroep op taciet weten. De goede vakbeoefening bestaat er eerst en vooral in de vakkennis, waarvoor *evidence* bestaat, te verzilveren. De aanwending van taciet weten wordt in de context van klinische of vakmatige wijsheid sterk gedisciplineerd en vooral vertrouwd als het zich meldt in de gelouterde ervaringen van de expert. Als we de rijke beschrijvingen van taciet weten, zoals we deze hogerop hebben gegeven, vergelijken met de plek die taciet weten in *clinical wisdom* krijgt dan valt op dat veel inzichten uit de filosofie van het taciete onbenut blijven. Ik noem enkele majeure punten: de verbeelding speelt geen noemenswaardige rol, de functie van taciet weten als ‘dirigent’ van het handelen blijft onderbelicht, de vraag wordt niet opgeworpen waar het gevoel dat er überhaupt een probleem is vandaan komt, er wordt weinig recht gedaan aan de *vele* vormen van taciet weten en zo lijkt er ook weinig oog voor de inbedding van taciet weten en dus van taciet weten in systemische krachten, culturele kaders, talige conventies en persoonlijke (achter)grondovertuigingen: hoe *zuivert* men taciet weten ten behoeve van vakmatige wijsheid? Dat alles neemt niet weg dat er een innerlijke band is tussen taciet weten en klinische wijsheid.
2. Vormelijk lijkt er een flinke *overeenkomst* te bestaan tussen klinische en praktische wijsheid (zie wat Frans Vosman daar eerder over zei). We zagen dat aan de hand van alle begrippen en bepalingen die klinische wijsheid wegslepen bij het algemene (ongesitueerde), het reflectieve (afstandelijke) en het besluiteloze (vrijblijvende). In beide soorten wijsheid gaat het erom *in* de situatie en het handelen zelf waar te nemen en tot een goed oordeel en besluit te komen. In beide gaat het in zekere zin om improviserend handelen, voorbij de zekerheid van de gebruikelijke regels. En in beide gaat het erom dat men goed doet. En in beide speelt ambachtelijkheid (in de betekenis die we bij Sennett vonden) een grote rol.
3. In de concrete uitvoering van goede zorg zijn de *morele en niet-morele aspecten* intens verweven. In klinische wijsheid wordt dat inzicht gehonoreerd en neigt men naar het inbouwen van (aspecten van) praktische wijsheid, maar zelfs bij een eminent auteur als Benner zien we dat de invulling van praktische wijsheid zweeft tussen een onvermijdelijke aanvulling op *evidence-based knowledge* en een nastrevenswaardige, morele waarde in zichzelf.
4. Vakmatige wijsheid vergt verschillende soorten *deugden*, zoals we ook al zagen in het praktijkbegrip van Aristoteles – MacIntyre – Ricoeur.
5. Een interessante en voor ons zelfs cruciale conclusie is voorts dat *als we vakmatige wijsheid uitkoken, we in elk geval ook praktische wijsheid vinden*.
6. Als de morele lading van klinische wijsheid vooral gelegd wordt in het goed weten te *beslissen*, is er een reëel gevaar dat die morele vraagstukken in zorgpraktijken

vooral te lijf gegaan worden met formele, gecodificeerde en hypothetico-deductieve algoritmes;¹⁵² dan krimpt het belang van de morele reflectie in klinische wijsheid gevoelig.

7. Klinische of vakmatige wijsheid is een regulerend vermogen bij de instandhouding of het beheer van *praktijken* en kan daarom beter niet geherconceptualiseerd worden in termen van het (hoe) weten te *handelen* en de daaraan gekoppelde systemen die de effectiviteit moeten bewijzen. Uit het oogpunt van klinische wijsheid, zoals hier geschetst, zou omgekeerd bepleit moeten worden dat het *wisdom-based* model van beoordelen en weten te handelen meer armslag en status krijgt.¹⁵³

4.3 De verdringing van relevante kennis

Welnu, tegen de achtergrond van wat we uiteen hebben gezet over (het beheer van) praktijken, de essentiële betekenis van taciete kennis, de noodzakelijkheid van ambachtelijkheid en de onmisbaarheid van (klinische en praktische) wijsheid, zal het niet verwonderlijk zijn dat we niet steeds vrolijk gestemd zijn over de aard van de kennis die thans in de professionele zorgverlening de boventoon voert. We hebben reeds kenmerken daarvan genoemd. We recapituleren deze op hoofdpunten. Hoewel er inmiddels geloofwaardige alternatieven zijn die laten zien dat er meerdere, hoogwaardige kennistypen voor goede zorg nodig zijn, domineert over het volle front van onderzoek tot richtlijn het positivistisch georiënteerde type, dat eenzijdig is (veel kennis niet erkent als deugdelijke kennis), smal (veel buiten beschouwing laat van wat niettemin groot gewicht in de schaal legt, zoals de betekenis van de persoon van de werker, het normatieve karakter van het werk, en systemisch-culturele stempeling van kennis) en dat versplinterend werkt (met een woord van Popper: *Piecemeal Social Engineering*). De combinatie (dominant en beperkend) brengt ons tot de stelling dat te veel relevante kennis in de zorg verdrongen wordt: niet telt noch aanzien geniet, geen ruimte of *credits* krijgt en letterlijk in de hoek moet staan.¹⁵⁴ De stelling is dus niet dat de dominante kennis onnodig zou zijn en gemist zou kunnen worden – dat is voor het overgrote deel van die kennis beslist *niet* het geval –, maar dat andersoortige kennistypen die er *ook* toe doen, veel te veel buiten beeld raken. Het ligt in onze bedoeling ons in de komende jaren verder op die kennistypen te concentreren, ze aan het licht te brengen, ze te staven en te verbinden met professionalisering.

152 In haar Worner Research Lecture 2002 wijst Ruth Endacott (2002), tegen de achtergrond van de onzekerheden die elke zorgpraktijk aankleven, nadrukkelijk op dit gevaar; ze onderscheidt twee benaderingen in de besluitvorming: de rationele informatieverwerking en de interpretatieve of intuïtieve benadering.

153 Dat wordt in een nauwgezet betoog ook bepleit door Edmondson & Pearce (2007).

154 In het najaar van 2007 verzorgde Andries Baart drie publiekslezingen aan de Universiteit van Tilburg waarvan er een gewijd was aan *Regels*: ook daarin is de stelling van kennisverdringing uitgewerkt, zij het aan de hand van uitvoerige analyses van regelzucht.

In dat perspectief moeten ook onze bezwaren tegen de *evidence-based* benadering (van onderzoek, kennis, richtlijnen, kwaliteitsevaluaties) begrepen worden. Die bezwaren zijn verwant aan de bovengenoemde en we sommen ze kort op.¹⁵⁵ Ook hier is de crux niet dat er geen *evidence-based* zorg zou mogen zijn, maar dat de huidige vorm ervan relevante kennis verdringt. In de literatuur zien we er twee *soorten* redenen voor gegeven worden: ofwel die verdringing ligt in de (arrogante) aard van zulke kennis zelf, ofwel het ligt aan de gebrekkige (arrogante) toepassing van zulke kennis door mensen die er niet zo veel van begrijpen en hun eigen doelen hebben. Hoewel dat laatste zeker waar is, concentreer ik me op bezwaren tegen de aard van *evidence-based* kennis zelf.

- Er is een reeks bezwaren die men ‘wetenschappelijk’ zou kunnen noemen: wordt *evidence* niet beperkt tot het meetbare (alleen wat meetbaar is, kan *evidence* worden); wat is *evidence* eigenlijk (wanneer is zulke kennis sterk genoeg?); ligt er niet een te grote nadruk op natuurwetenschappelijke verklaringen; hoe voorkom je inductivisme en misplaatste generaliseringsen; steunt de onderliggende filosofie niet op een discutabel idee van een *body of knowledge* (statisch, gecodificeerd, dichtgetimmerd); wordt in het verzamelen van *evidence* niet te vaak met kunstgrepen gewerkt (heel kleine eenheden, gecontroleerde omstandigheden, enzovoort, die in de praktijk zo niet voorkomen) en wordt de keuze van kwesties waarover *evidence* verzameld wordt niet te zeer gedicteerd door praktijkschuwe belangen?
- Daarnaast worden ook steeds praktische bezwaren ingebracht: de idee dat practici aan de hand van dergelijke kennis zouden werken is onjuist, onhaalbaar en ook onwenselijk (in het veld vindt men veel *non-compliance* of gebrekkige adherentie); het bijzondere en dikwijls ook complexe karakter van het concrete geval maakt *evidence-based* kennis niet-toepasbaar (overgang van het algemene naar het bijzondere kan niet gemaakt worden op basis van de *evidence* zelf); in de concrete praktijk zijn de gevallen waarop zulke kennis toepasbaar zou moeten zijn niet te herkennen; er is veel te veel *evidence* en deze spreekt zichzelf te vaak tegen; in de concrete praktijk ben je meer aangewezen op het vinden van betekenissen (hermeneutiek) dan van verklaringen; specifieke en relationele factoren spelen in de zorg een grote rol en hameren op *evidence* onttrekt dat aan het gezicht; *evidence* helpt je niet als het fout gaat (negatieve effecten en hoe bij te sturen als het scheef loopt worden in de *evidence* niet vermeld) en met de patiënt als kiezende en (mede)bepalende instantie wordt amper gerekend.

155 Daarbij hebben we vele bronnen gebruikt maar drie ervan moeten genoemd worden, allereerst Grypdonk, (2005); ze heeft een ongemeen scherpe en overtuigende kritiek geformuleerd. Verder Willems et al. (2007) en ten slotte: in de zomer van 2008 besteedde het *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50 (6) (2008) een heel themanummer aan de *evidence-based* benadering in de psychiatrie, waarbij zowel de pro’s als de contra’s in beeld werden gebracht. Ik steun opzettelijk óók op dit themanummer, omdat psychiatrie een interessante januskop heeft: ze staat voluit in het medische discours maar ook voluit in het veel chaotischer, filosofischer en morelere discours van de goede zorg aan kwetsbare mensen.

- Ten slotte zijn er nog wat je zou kunnen noemen ‘meta-bezwaren’. Zo maakt *evidence* andere benaderingen die niet onderzocht zijn verdacht, ongeacht of ze werken; *evidence* is vanwege haar herkomst prestigieus, en verheft daardoor haar gebruikers en zet anderen op het tweede plan en voorts beperkt de stringentie die uit haar status voortkomt de vrijheid van de zorggever, die niettemin meent als professional een eigen beslissingruimte te mogen claimen.

Sommige van deze bezwaren verdienen een weerwoord, maar al met al kunnen ze niet echt weggenomen worden. En daar ligt voor ons een reden om niet alleen ongelukkig te zijn over het moderne verdringen van relevante kennis, maar ons ook gerechtigd te voelen deze kennis, met name de praktische wijsheid, enigermate te rehabiliteren. Hoe we ons dat voorstellen, komt aan de orde in het volgende hoofdstuk.

Terug naar de documentaire

Opnieuw met de nodige terughoudendheid interpreteer ik in het licht van de bovenstaande uiteenzetting wat we van dr. Douma in de filmfragmenten hebben gezien. Net als Frans Vosman in het eerste deel van deze publicatie, betwijfel ik niet erg of dr. Douma ‘klinisch wijs’ en ‘praktisch wijs’ heeft gehandeld. Dat lijkt me het geval te zijn; de manier waarop zijn adagium ‘we moeten er een nachtje over slapen’ heeft gefunctioneerd, lijkt dat te bevestigen, niet in het minst omdat ook mevrouw Richters deze structurering van de situatie herhaaldelijk en volmondig bevestigt als een gelukkige. Het komt mij ook voor dat dr. Douma een breed repertoire aanspreekt in zijn prudentiële omgang met de situatie: hij schemert persoonlijk, emotioneel en ook moreel aan alle kanten door zijn arts-zijn heen en dat is naast zijn vakkennis een essentiële component van zijn praktisch wijs optreden. Ik zie die persoonlijke factor onder meer in zijn vrolijk en herhaald geformuleerde opluchting dat zijn optreden mevrouw Richters goed heeft gedaan, ik leid dat af uit de grappende manier van omgang met haar in het hospice, uit het zorgvuldig gedoseerd aanraken van haar en uit het goede dat hij haar toewenst. Hij schept een gezamenlijkheid met een zekere intimiteit die zijn optreden als arts *die een zorgpraktijk beheert* helpt te laten slagen. Dat doet hij bovendien soepel, op het oog heel vanzelfsprekend en vooral afgestemd op de actuele situatie waarin hij met mevrouw en haar naasten verkeert: ik heb niet het gevoel getuige te zijn van de toepassing van richtlijnen, protocollen of *evidence-based* methodieken. Het is eerder zo dat we een *high-skilled* arts zien die zich vrijelijk op de patiënte betreft en daarbij zijn vakkennis niet aan de situatie oplegt, maar responsief mengt met de biografische strekking van het leven van mevrouw. Mede daardoor houdt hij systemisch geweld van haar weg en geeft hij richting aan de medische zorg. Ik vind het moeilijk voorstelbaar dat een sluitende regulering van deze situatie met verplicht gestelde handelingsaanwijzingen tot een beter resultaat zou leiden. Het is jammer dat we in de film niet gewaar worden hoe dr. Douma zich deze praktische wijsheid heeft eigen gemaakt, hoe hij haar onderhoudt en welke rol zijn directe collega’s daarin spe-

len: de verpleegkundigen die in beeld komen lijken geen noemenswaardige rol in het geheel te vervullen.

5 Van praktijken naar het cultiveren en onderzoeken van praktische wijsheid

Van praktische wijsheid kun je leren, maar dat stelt hoge eisen aan het leer- en onderzoeksproces.

Er is naar onze mening weinig reden om enthousiast te doen over taciete kennis en nog minder om uit te roepen dat *frontwerkers* met hun taciete kennis goud in handen hebben. Die geluiden klinken momenteel geregeld en, hoewel ze misschien ingegeven zijn door een hardhandig ingepeperd minderwaardigheidsgevoel, kunnen ze toch ook waar zijn: het ligt er vooral aan hoe die kennis uitgezeefd en gezuiverd wordt. Daarover in dit slothoofdstuk nog enkele woorden – veel ruimte om onze ideeën hier uit te werken is er niet.

Taciete kennis is eerder iets onvermijdelijks dan iets prachtigs: alle kennis is taciet of geworteld in taciete kennis. Zoals we al zeiden: taciete kennis kan heel effectief zijn, een goede oriëntatie aan het handelen bieden, een verkieslijk ethos met zich meedragen en getuigen van wijsheid en ervaring. Maar net zo gewoon is het dat taciet weten stijf staat van benepenheid, culturele vooroordelen en systemische dwang weerspiegelt, dat ze half verwerkte, persoonlijke ervaringen voor algemene waarheden houdt en amper kan argumenteren, omdat onduidelijk is waar het taciete weten uit voortkomt. Om die reden zetten Frans Vosman en ik tegenover het onterecht verdringen van kennis niet zonder meer taciete kennis, maar het *uitzieden* van taciete kennis, dat wil zeggen: het uitkoken, uitgeven en distilleren van kennis zodat we een gezuiverde vorm overhouden.

In aansluiting bij Polanyi's filosofie van het taciete weten, wees ik al op de praktische en principiële moeilijkheid van het specificeren van taciete kennis: het is zeer lastig taciete kennis (en dus ook praktische wijsheid en ambachtelijkheid) goed, helder, volledig en overdraagbaar onder woorden te brengen. Er is veel te veel literatuur die zich daar niet serieus rekenschap van geeft en de pretentie uitdraagt die praktijken gewoon 'uit te koken' met het oog op de navolgbaarheid.¹⁵⁶ Dat is – zeker als het om zulke

156 Daar staan andere pogingen tegenover die prachtig zijn gedaan. Ik noem graag Plsek, Bibby & Whitby (2007) die vier inventieve, elkaar aanvullende methoden hebben beproefd om de *design rules* van managers die leiding geven aan organisatieveranderingen 'uit te koken'. De opbrengsten van elk van de methoden wordt met verschillende onderzoekstechnieken geëvalueerd en bovendien wordt gezien wat langs de ene en wat langs de andere weg achterhaald kan worden. Maar zelfs deze secure poging laat de nasmaak achter dat het omhoog halen van taciete kennis buitengewoon lastig is, zeker in min of meer traditionele onderzoeksdesigns.

complexe praktijken als zorg geven gaat – vooral naïef en wij zouden dat niet onder *uitzieden* rekenen. Een geliefde formule daarbij is die van de *best practices*: de uitvoerige beschrijving van de *know-how* of van de methodieken die in een geslaagde praktijk zijn gebruikt en waarvan het resultaat gunstig afsteekt bij dat van andere methoden. De bezwaren laten zich moeiteloos raden: hoe overwin je het probleem dat, omdat alle praktijken contextueel zijn, de kennis die eraan onttrokken wordt dat dus ook is? Iets is een *best practice* op die plek, bij die mensen en op dat moment. Hoe voorkom je dat je slechts kennis afroemt: alleen die kennis binnenhaalt die verwoordbaar is en die als rationalisatie sociaal acceptabel is.¹⁵⁷ En *best practices* worden aangeboden als een zwak alternatief voor *evidence-based* kennis, maar lijden daardoor ten dele aan dezelfde kwalen, onder andere door ‘overdraagbaar’ gelijk te stellen met ‘toepasselijk’. Die geslaagde praktijken worden dan misschien ‘overdraagbaar’ geformuleerd, maar dat wil allerminst zeggen dat ze dan ook elders ‘toepasbaar’ zijn, en een aangehaakt kookboek met methodische handgrepen lost het probleem hier principieel niet op.

Polanyi geeft verspreid over zijn werk voortdurend twee raadgevingen die ook hier hout snijden: (1) taciete kennis kun je het best aanleren of verspreiden door haar *af te kijken*, door in de leer te gaan bij een expert die het vak al onder de knie heeft en te zien, te ruiken, te horen, te ervaren hoe deze het doet. We weten dat daaraan ook haken en ogen zitten (experts zijn weinig geneigd de novice nog te wijzen op het meest voor de hand liggende dat niettemin gezien moet worden) maar in zijn algemeenheid is het een goed advies. In dit advies zitten twee omslagen: de ‘beste praktijken’ worden verruild voor ‘excellente practici’, en ‘codificatie’ of netjes opschrijven wordt verruild voor ‘meemaken’. (2) En vervolgens wordt in aansluiting bij Polanyi (en ook door hemzelf) aangeraden om gemeenschappen te maken waarin – zoals ook Sennett opmerkte – taciet weten gecultiveerd kan worden. Dat betekent ook: geoefend, gekritiseerd, aangemoedigd, in wijsheden opgeslagen, gevierd, gedeeld, verworpen, bijgesteld en anderszins bewerkt en bewaard kan worden. Daar zal taciet weten – voor

157 Er wordt in de literatuur veelvuldig op dit probleem gewezen: mensen zullen *desgevraagd* zeker antwoord geven op de vragen waarom ze doen wat ze doen en hoe ze daarbij te werk gaan, maar we weten uit onderzoek dat die antwoorden voornamelijk bestaan uit rationalisaties achteraf, en wel zulke dat ze in de desbetreffende cultuurkring aanvaardbaar worden geacht. In de literatuur duikt een paar keer, zij het in verschillende varianten, het voorbeeld op van een agent van politie. Hij loopt over straat en zijn aandacht wordt getrokken door een man die – dat zegt zijn ervaring, intuïtie, aanvoelen – iets in zijn schild voert. Hij houdt de man aan, brengt hem op naar het politiebureau en daar wordt ontdekt dat de man grote hoeveelheden heroïne met zich mee voert en kennelijk een drugskoerier of dealer is. De man wordt uiteindelijk voor de rechter gebracht en deze ondervraagt de agent: op basis waarvan vond de aanhouding plaats? Het eerlijke antwoord is dat hij domweg ‘zag’ en ‘wist’ dat het niet goed zat met de man. De rechter accepteert deze grond uiteraard niet en de man wordt heengezonden. Sindsdien leert men agenten misschien wel op hun taciete weten af te gaan, maar desgevraagd andere, redelijke gronden voor hun handelen op te geven. Soms kunnen degenen die overal boven of buiten staan wel een vrij antwoord geven. Toon Hermans antwoordde in 2001 op de vraag van de documentairemaker hoe hij toch zo knap al die liedjes en sketches maakte: ‘Ach, ik doe maar wat’ (zie: <www.telesaurus.be/nl/televisie/2001/toon-hermans-ik-doe-maar-wat>).

zover het kan – aan het licht worden gebracht en – als de goede technieken worden gekozen – ook worden gezuiverd. Die gemeenschappen van practici hebben dus een dubbelkarakter: ze zijn een oefenplek die tegelijk een onderzoeksplaats is. En ze hebben ook anderszins een dubbelkarakter: ze staan in het teken van taciete kennis, maar ook van kennis die propositioneel en expliciet is, van kennis die moreel genoemd kan worden maar ook die factisch is, van kennis die in de volle zin van het woord *praktijk*-kennis is en dus weet heeft van het beheren van zorgpraktijken, maar ook van kennis die daarbinnen betrekking heeft op afzonderlijke verrichtingen. En, misschien nog wel de belangrijkste dubbelzinnigheid: zo'n leergemeenschap bespreekt wat het geval is (in de praktijk, in het denken, in het ethos) maar tegelijk is die bespreking een transformatieve kracht en beweegt ze weg van wat het geval is.

Het zijn deze twee raadgevingen die Frans Vosman en ik al geruime tijd bestuderen en concreet beproeven, en waarvan we in de komende jaren graag meer werk willen maken, juist om te leren van praktische wijsheid. Ons staan enkele langlopende onderzoeken in de zorg¹⁵⁸ en met practici als *coresearchers* voor ogen, onderzoeken die niet alleen kennis genereren (in dit geval als een vorm van 'empirische ethiek'), maar die tegelijk ook bijdragen aan de verdere professionalisering van de betrokkenen en aan goede, menslievende en presente zorg voor zorgafhankelijken. De contouren van dat programma zullen we nog kort aanduiden.

5.1 Leer- en onderzoeksmodellen die taciet weten cultiveren

Er zijn de laatste jaren, al dan niet in expliciete aansluiting bij Polanyi, leermodellen of leervormen ontwikkeld die een zeer goede vertaling kunnen zijn van ons voornemen – en met sommige daarvan hebben we al ervaring opgedaan en daar ook over gepubliceerd (Baart & Vosman, 2006; Baart, 2007). Dergelijke leermodellen zijn er op twee niveaus: op dat van de uitvoerende practici en op dat van de leidinggevenden of managers. Beide zijn in de literatuur goed beschreven en beide hebben onze interesse, maar korthedshalve beperk ik me in onderstaande illustraties tot de leermodellen die primair op de uitvoerenden zijn gericht. We kiezen uit het vele dat ons ter beschikking staat twee modellen die tesamen een aardig beeld geven van wat er zoal kan.

Communities of Practice (CoP)

'Communities of practice are groups of people who share a passion for something that they know how to do and who interact regularly to learn how to do it better.'¹⁵⁹ Deze zogeheten praktijkgemeenschappen, ook wel aangeduid als *learning communities of*

158 En wat betreft het specifieke werkveld van Andries Baart en de Stichting Presentie óók in welzijn, pastoraat, dienstverlening en onderwijs.

159 Aldus Etienne Wenger op zijn site, zie hierna.

practitioners, mogen zich de laatste jaren in een groeiende belangstelling verheugen maar – om met de deur in huis te vallen – dat wil nog niet zeggen dat het model ook steeds goed in praktijk wordt gebracht. Ik meen veel toepassingen te zien die het meeste weg hebben van een opgevoerde intervisiegroep, terwijl het concept aanzienlijk verder reikt. Een vooraanstaand denker over deze CoP's is Etienne Wenger¹⁶⁰ en in de twee standaardwerken van zijn hand is goed af te lezen hoe krachtig de werking van CoP's is maar hoe lastig te begrijpen ook.¹⁶¹ Zonder in te gaan op de vele honderden concrete aanwijzingen hoe een dergelijke leergemeenschap moet worden ingericht – daarover hebben we elders gepubliceerd – is het zinvol om de filosofie van de CoP's toe te lichten.

Door de praktijkgemeenschap, zoals deze Wenger voor ogen staat, loopt een as met als uitersten participatie en reïficatie. Wenger heeft een subtiele participatieopvatting, diep gefundeerd in zijn begrip van praktijken,¹⁶² waarin niet alleen gradaties van participatie een rol spelen, maar ook de plek van participatie (perifeer of meer centraal) en de legitimatie (het goede recht om deel te nemen als beginneling of expert bijvoorbeeld; zie Wenger, 1998, p. 164vv). Maar belangrijker is dat participatie uitgewerkt wordt als een proces waarin de deelnemer niet alleen 'deelneemt', maar ook *léert* – participeren en leren zijn vrijwel identiek – en langs die weg een (beroeps)identiteit *in* de gemeenschap verwerft (Wenger, 1998, p. 143vv). Hij leert in de gemeenschap ook om wat een andere practicus over zijn handelen onder woorden kan brengen zin te verlenen. Dát hij als lid van de gemeenschap het verhaal van de ander kan begrijpen, is in hoge mate te danken aan de taciete kennis die hij daartoe aanwendt en in de leergemeenschap leren de leden dan ook welke taciete kennis in hun vak ertoe doet. Die taciete kennis van de gemeenschap omvat overigens ook de taal en conventies waarin de nieuwkomer gesocialiseerd wordt. Het leren van de nieuwkomers vindt in de praktijk van de gemeenschap plaats en zo ontwikkelen zich tegelijk expliciete én taciete kennis. Ook van de expliciete kennis dus doordat deze gearticuleerd raakt in de taken die de gemeenschap op zich neemt. CoP's zijn dus meer dan een omgeving waarin taciete kennis ontwikkeld wordt: die bestaat niet op zichzelf en is vooral aan de orde in verwevenheid met expliciete kennis. Dat is ook de reden waarom Wenger praktijken opvat als betekenisgeving (in een specifieke context, Wenger, 1998, p. 52) waarover steeds onderhandeld moet worden (*negotiation of meaning*).

Participatie en reïficatie zijn uiteindelijk de processen waarin dat onderhandelen over

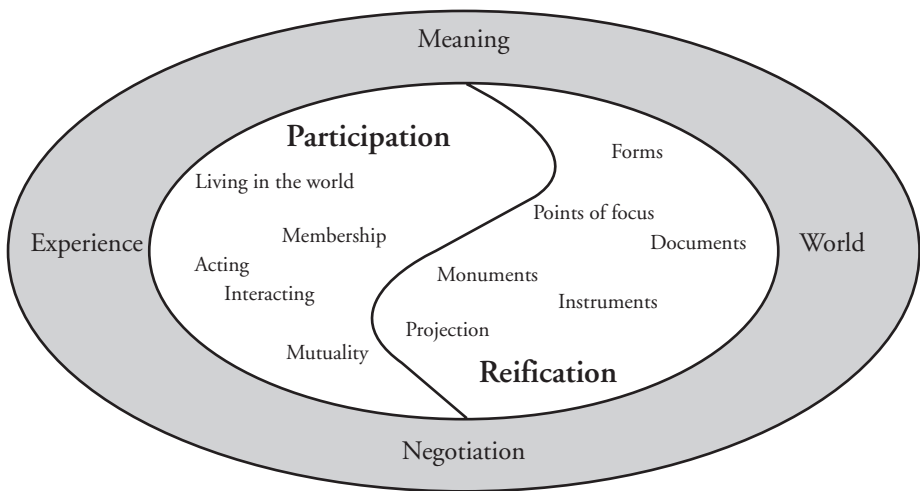
160 Zie <www.ewenger.com/theory/index.htm> waar men ook enkele artikelen vindt die kosteloos gedownload kunnen worden.

161 Het gaat om Wenger (1998) dat ik beschouw als zijn 'filosofie' van CoP's en Wenger et al. (2002), waarin diep ingegaan wordt op de vraag hoe CoP's georganiseerd kunnen of moeten worden.

162 Ter illustratie: in Wenger (1998) is deel 1 van het boek (p. 43-142) uitgetrokken om het concept van 'praktijk' uit de doeken te doen en dat gebeurt in hoofdstukken met koppen als: *Practice as Meaning*, *Practice as Community*, *Practice as Learning*, *Practice as Boundary*, *Practice as Locality*, *Knowing in Practice*.

de betekenis (of zin) zich afspeelt. Los geformuleerd staat participatie voor het leren en ontwikkelen van de zachte, taciete, impliciete kennis maar, zegt Wenger (1998, p. 58vv), een flink deel van wat we leren wordt tot ding gemaakt ('gereïficeerd') en neemt dan de gestalte aan van een regel, een document, een procedure, een verplicht gesteld instrument, een formulier. Daarin wordt het hardere, expliciet gemaakte aspect van kennis neergelegd, daar is kennis losgemaakt van de ervaring en zelf een ding in de wereld: de betekenis staat vast – althans zo lijkt het. Wenger (1998, p. 63) tekent daarbij het volgende (figuur 2).

Figuur 2 The duality of participation and reification (uit: Wenger (1998, p. 63))



Tussen deze twee assen speelt het leven van de CoP zich af en Wenger ontwikkelt een eigen grammatica om dat leven te beschrijven: het stollen en weer smelten van kennis, het hard en zacht – expliciet en weer taciet – worden van kennis, het gebruiken van kennis en tegelijk het verversen en wijzigen van kennis, en het reizen van kennis. Dat laatste vindt plaats doordat kennis neerslaat in ‘artefacten’ die vanuit de praktijk-gemeenschap elders aangeboden kunnen worden (*boundary objects*), maar om bruikbaar te zijn daar geïnterpreteerd moeten worden. Deze artefacten kunnen immers het goede begrip van de gemeenschap nooit volledig transporteren. En zo reizen met de *boundary objects* leden van de CoP mee om de reïficatie met behulp van hun taciete kennis weer te laten oplossen.

Let wel: al deze kennis- en leerprocessen – die zo goed lijken aan te sluiten bij onze uiteenzetting – vinden plaats en slagen dankzij het feit dat er een gemeenschap van

gepassioneerde practici is. En dat is, nogmaals volgens Wenger, een praktijk.¹⁶³ De nauwgezette toepassing van het model van CoP kan inderdaad een bijdrage zijn aan het uitzieden van taciete kennis, waaronder praktische wijsheid. Maar de concrete voorbeelden die we van CoP's kennen, zijn over het algemeen platter, minder moreel georiënteerd en de toepassing van het CoP-model voor ons doel vergt waarschijnlijk dat we het aanpassen en toespitsen, onder meer op de cultivering van praktische wijsheid.

Professional artistry en Critical companionship

Zeer onder de indruk ben ik geraakt van een grootschalig onderzoek (1998-2004) in Groot-Brittannië (Manley et al., 2005¹⁶⁴). De inzet ervan was simpel: Manley en McCormack (1997) hadden een model samengesteld van de expertise, of beter nog: van de bekwame praktijkvoering, van de goede verpleegkundige en de vraag was of dat model in de praktijk bevestigd kon worden. De uitkomst van het onderzoek is inderdaad bevestigend en het model kon zelfs wat uitgebreid en verfijnd worden. Maar de weg die men is gegaan is prachtig en leerzaam (zie figuur 3).

Voor de beantwoording van de vraag is de opzet gekozen van een geavanceerd, evaluatief handelingsonderzoek (Guba & Lincoln, 1989). In feite komt het erop neer dat er onder de leiding van het landelijke onderzoeksteam zes regionale leergemeenschappen zijn opgezet van verpleegkundigen en hun kritische maatjes (*critical companions*) die hun eigen praktijk op een specifieke wijze gingen observeren, beschrijven en 'uitkoken'. Op zoek naar wat die praktijk tot goede praktijk maakt en welke kennis en vaardigheden, welke eigenschappen daarbij gewicht in de schaal leggen. Eerder was gebleken dat gewone supervisie en begeleiding tekortschoten om dat inzicht te verkrijgen. Over de opzet zodadelijk meer,¹⁶⁵ maar het resultaat is niet alleen dat die praktijken nauwgezet, kritisch en vanuit veel perspectieven werden geopend, maar ook dat de gegevens die zo beschikbaar kwamen enerzijds de brandstof leverden voor zeer stimulerende leerprocessen in de praktijkgemeenschappen (*action learning*), en anderzijds zo sterk, gezuiverd en onderbouwd waren dat deze omhoog gehaalde 'expertise' én (landelijke) praktijkstandaarden genereerde én geaccrediteerd kon worden en dus formele erkenning kon krijgen. Een fabelachtige opbrengst dus.

163 Wenger heeft veel weerklank gevonden en ook anderen hebben zich gezet tot het uitwerken van deze CoP's: er is inmiddels de nodige literatuur over. Aparte vermelding verdient nog Neus (2001) die zoiets als een CoP uitwerkt als een virtuele gemeenschap.

164 Met dank aan Jan Jukema die me erop attendeerde.

165 Voor de nauwgezette beschrijving en evaluatie verwijs ik korthedshalve naar McCormack et al. (2004a en 2004b) en naar Manley & McCormack (2004); ook het onderzoeksrapport zelf geeft een beknopte beschrijving (Manley et al., 2005, p. 9vv en 12vv). Ik heb sterk op deze bronnen gesteund.

Figuur 3 Model van gebleken verpleegkundige expertise (ontleend aan: Manley et al., 2005)



De vijf eigenschappen van expertise:

- brede, goed onderhouden praktijkkennis;
- de patiënt kennen, zijn waardigheid beschermen en hem respecteren;
- gevoeligheid voor kleine signalen;
- moreel benul hebben en bij de ander laten wat aan de ander is;
- vaardig zijn, afgestemd op de ander en coöperatief werken.

De vijf factoren die bevorderen dat deze expertise zich ook ontwikkelt:

- reflectief vermogen bezitten;
- het grotere plaatje van de situatie zien en de relatie van de patiënt daarin inpassen;
- goede betrekkingen met collega's onderhouden;
- zonodig zelfstandig en met gezag de situatie aan kunnen gaan;
- erkenning van anderen ontvangen.

Aan die opbrengst heeft de onderzoeksoSpzet bijzonder bijgedragen. Zoals gezegd is ter evaluatie van de verpleegkundige expertise gekozen voor een emancipatoire variant van handelingsonderzoek waardoor de 'onderzochten' mede-onderzoekers werden en ook andere belanghebbenden (*stakeholders*) een heel aanzienlijke inbreng hadden. De verpleegkundigen die gegevens gingen verzamelen over hun praktijken kregen een kritisch maatje,¹⁶⁶ een seniorkracht die op een dagelijkse basis behulpzaam was bij het verzamelen, beschrijven maar ook bij het begrijpen en interpreteren van de gegevens. Gewoonlijk wordt de relatie van onderzoeker-verpleegkundige en kritisch maatje beschreven als een ontdekkingsreis, waarin een meester-gezelverhouding bestaat. De *evidence* was uiteindelijk de resultante van:

166 Het is Angie Titchen die de idee van zowel een *critical* als van een *skilled companion(ship)* heeft uitgewerkt, zie Higgs & Titchen (2001b).

1. *action learning* (waarbij uitvoeren en leren afwisselend werden gecombineerd en waaraan leden van het onderzoeksteam, de verpleegkundig-onderzoeksters en hun kritische maatjes deelnamen);
2. *observatie* van de praktijk (dat lukte niet zo goed);
3. kwalitatieve 360°-*feedback* (met behulp van vraaggesprekken en verhalen wordt ernaar gestreefd dat *allen* die betrokken zijn in de verpleegkundige handeling hun feedback kunnen geven: in elk geval de patiënt en diens naasten, maar vaak ook collega's, leidinggevenden, enzovoort);
4. en *reflectie* in en over de praktijk.

Al die *evidence* werd verzameld en geordend in een portfolio per verpleegkundige. Die portfolio's werden voorgelegd aan een onafhankelijk panel van experts die de deugdelijkheid van de *evidence* (vooral met kwalitatieve onderzoeksinstrumenten) beoordeelden en tips ter verbetering gaven. De genoemde standaarden en de accreditatie zijn gebaseerd op het oordeel van dat panel.

De interessante onderzoeksuitkomsten moet ik inhoudelijk nu laten rusten, maar ik wijs er nog wel op dat naast de bijzondere onderzoeksopzet ook de conceptualisering van de praktijk en van expertise van groot belang is geweest. Daarin zat veel ruimte (geen gesloten concepten) en die ruimte is ook voor ons van belang. Zo werd als definitie van expertise genomen: '...the professional artistry and practice wisdom inherent in professional practice' en werd bepaald dat: "...practice wisdom is the possession of practice experience and knowledge together with the ability to use them critically, intuitively and practically. Including characteristics of clarity, discernment and caring deeply from an objective stance, practice wisdom is a component of professional artistry".¹⁶⁷

Dit onderzoek en de eerder geschetste CoP zijn verwant, zij het dat CoP bij lange na niet zo'n sterk normatief stempel heeft. Beide modellen leiden op een eigen manier tot het 'uitzieden' van praktische en klinische wijsheid, het tweede model meer dan het eerste. In zekere zin bieden ze heel specifieke, vooral formeel uitgewerkte *kaders*, waarbinnen een breed scala van kwantitatieve en vooral kwalitatieve onderzoekstechnieken ingezet kan worden. Daarin liggen voor ons kansen, maar daarin schuilt ook een gevaar: veel handelingsonderzoek is van inferieure of matige kwaliteit omdat binnen een ideologisch en conceptueel puike opzet de technische uitvoering van het onderzoek naar mijn smaak zwak is. Zelfs in dit indrukwekkende Britse onderzoek is op een cruciaal punt, opnieuw: naar mijn oordeel, de kwalitatieve analyse van de *evidence* niet

167 Hoofdstuk 22 van Higgs & Titchen (2001a), p. 273-290 is geheel gewijd aan de uitwerking van *professional artistry* en hoewel daar nog wel het een en ander op af te dingen is, vindt er een interessante integratie plaats van expliciete en taciete, morele en non-morele, en op ambachtelijkheid en wijsheid gebaseerde kennistypen. De definitie van praktische wijsheid staat op p. 275.

goed genoeg uitgevoerd, te zeer gesloten, en is het gebruikte instrumentarium noch technisch noch inhoudelijk uitgebuit: dat kan beter en met een grotere, theoretisch interessantere opbrengst.

Rond deze modellen bevinden zich talloze varianten die soms interessant zijn¹⁶⁸ en soms niet zo veel voorstellen¹⁶⁹; weer andere zijn zwakkere, op maat gesneden varianten van de basismodellen die hierboven werden geschetst.¹⁷⁰ Hoe dan ook, in het functioneren van zulke leergemeenschappen kunnen tal van technieken aangewend worden, waaronder met name die van het verkennende gesprek en de kritisch empathische dialoog (Smaling, 2008). Voorts kan men denken aan focusgroepinterviews en zelfs aan simulaties, maar ook aan de inmiddels goed ontwikkelde modellen van *case-based learning*, door Van der Laan (1995) indertijd treffend benoemd als ‘leren van gevallen’. Gelet op de debacles die zich in de moraaltheologie hebben voorgedaan met casuïstisch redeneren,¹⁷¹ is enige voorzichtigheid op zijn plaats maar de technieken, zoals ontwikkeld door bijvoorbeeld Vlaeminck (2005), zijn zeker interessant. Ons punt is: terwijl de gepresenteerde modellen zelf aangelegd zijn op het uitzieden van praktijk-

168 Een mooi voorbeeld daarvan biedt het themanummer van *FQS* 2008/1 (zie Dausien et al., 2008) dat in zijn geheel is gewijd aan biografisch onderzoek dat steunt op de kwalitatieve analyse van dagboeken van zorggevers (artsen, verpleegkundigen), van patiënten met allerlei aandoeningen en van hun familieleden en andere naasten. Het is verbluffend om te lezen – Annemarie Mol heeft in haar publicaties daar ook een open oog voor – hoeveel uit deze documenten te leren is over wat zorg tot goede zorg maakt en waarin kennelijk expertise en wijsheid bestaan. De analyse van deze levensgeschiedenissen, dag- en logboeken (*diaries*), geschreven vanuit zulke verschillende perspectieven, kan minstens ten dele in groepsverband verlopen: interpretaties worden daar gegenereerd en beproefd. Bepaalde vormen van *shadowing* zijn hier in de verte aan verwant: de patiënt ‘schaduwen’ en zo kennis verzamelen over wat deze meemaakt als hij/zij door de zorgfabriek geleid wordt: hoe lang moet er gewacht worden, hoeveel zorggevers komen er aan te pas, hoe vaak moet hetzelfde verhaal verteld worden, hoe is de bejegening, waarvoor bestaat er wel of juist geen aandacht, enzovoort? Gebruikelijker zijn de modellen voor *shadowing the doctor*. Meestal zijn dat vormen van kennismaken met de praktijk, maar sommige vormen van *shadowing* zijn zo uitgewerkt dat ze gaan lijken op wat in de presentietheorie ‘exposure’ heet, zie bijvoorbeeld de studente Kukreja (2007).

169 Dat geldt bijvoorbeeld voor het leermodel van de *Best Unit* waarmee niet veel mis is, maar dat tegelijk ook weinig meer is dan een verstandige structuur om verstandig met elkaar over je verstandige werk te praten. Zie Holsbrink (2004); met dank aan Jean Pierre Wilken die mij op deze bron attendeerde.

170 Daaronder reken ik de zogeheten *academische werkplaatsen*, die door ZONMW als volgt omschreven worden: Een academische werkplaats wordt gedefinieerd als een gestructureerde, regionale samenwerking, primair tussen GGD(s) en universitaire afdeling(en), eventueel in combinatie met één of meerdere buiten universitaire kennisinstituten of gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's). De doelstelling daarvan is: 1.versterken en verankeren van de (kennis)infrastructuur in een gelijkwaardige relatie tussen praktijk en wetenschap; 2.bijdragen aan de opleiding van (aanstaande) onderzoekers, werkzaam in de GGD-praktijk; 3.bevorderen van kwalitatief hoogstaand wetenschappelijk onderzoek dat tegelijktijd relevant is voor de praktijk. 4.borging van kennistransfer en implementatie van onderzoeksresultaten. 5. verbetering van het *evidence-based* handelen bij GGD's. Zie verder: <www.zonmw.nl/nl/programma-s/alle-programma-s/academische-werkplaatsen/>.

171 In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen *case studies* (een bepaalde opzet van onderzoek naar gevallen), *case-based learning* (een leerstrategie ter bevordering van de professionaliteit) en *case-based reasoning*. Met name de laatste (generaliseren vanuit gevallen om tot een oordeel of probleemoplossing te komen) staat als dubieus bekend, hoewel in kringen van juristen dit soort redeneren soms ver ontwikkeld is. Ze is in elk geval ook in zwang in technische vakken en vooral waar men algoritmes ontwikkelt.

kennis, moeten binnen die modellen beslist ook hoogwaardige onderzoekstechnieken met kennis van zaken gebruikt worden om dat uitzieden waar te maken. In de beide gepresenteerde modellen gebeurde dat in beperkte mate. Wij zouden daarin graag een stap verder zetten.

We komen daarmee op het terrein waarop we de laatste 15 jaar veel ervaringen hebben opgedaan: allerlei vormen van hoogwaardig empirisch-kwalitatief onderzoek die erop gericht zijn (zorg)praktijken met de grootst mogelijk acribie en strengheid open te leggen, er de morele ladingen van vast te stellen en de vakmatige alsmede praktische wijsheid eruit te zeven. Dat gebeurt in Nederland en België al met al veel te weinig. We staan daarbij niet in één paradigma (hoewel de fenomenologische en kritisch-interpretatieve benadering gericht op de betekenis van het handelen prevaleert), we bedienen ons van verschillende onderzoeksdesigns en methoden (met een voorkeur voor casestudies en het kwalitatieve survey op basis van de *grounded theory* benadering) en van verschillende waarnemingstechnieken of bronnen (interviews, observaties, documenten, video's). We zetten beproefde technieken in (waaronder ook kwalitatieve discours- en inhoudsanalyse), alsook het meest geavanceerde instrumentarium (waaronder computerprogramma's zoals Atlas-ti, Kwalitan en andere op de theorievorming gerichte analyse-instrumenten). Zoals gezegd hebben we er, vaak met onze promovendi, ruime ervaring mee opgebouwd en zijn we van plan in deze lijn door te gaan: het blijken bijzonder doornige, maar uitstekende wegen om inzicht te verwerven in zorgpraktijken, niet alleen in de handelingsaspecten maar zeker ook in de vaak impliciete, morele ladingen ervan. Onze ervaring is echter dat te veel kwalitatief onderzoek aan het oppervlak blijft en noch bij de aanvang noch aan de kant van zijn opbrengsten ingebed is in of de confrontatie aankan met de zeer krachtige theoretische kaders die de zorg en haar ethiek omgeven. Het is een voortdurend punt van aandacht om ons onderzoek met behoud van zijn empirische *groundedness* toch naar een interessant theoretisch niveau te tillen. Die ambitie hebben we zeker. Welbeschouwd is heel deze rede reeds een poging om dat te doen. Maar ook het omgekeerde geldt in onze ervaring: hoogwaardig empirisch-kwalitatief onderzoek naar zorgpraktijken en naar de taciete wijsheid en ambachtelijkheid die zulke praktijken mogelijk maken, toont aan dat veel te veel (ethische) theorie over zorg en over haar betekenis geen idee heeft waarover ze spreekt, en te gemakkelijk met brede concepten (zoals autonomie, kwaliteit van leven, menselijke betrokkenheid) wegkomt.

Het uitzieden van praktische wijsheid zal in de komende jaren dus langs twee wegen verlopen. Enerzijds in leergemeenschappen waarin we geavanceerde onderzoekstechnieken willen aanwenden en anderzijds in empirisch-kwalitatief onderzoek dat we op een hoog, theoretisch interessant niveau willen uitvoeren. Om zowel het een als het ander te kunnen doen, is basaal, maar erg lastig conceptueel werk vereist, waarvan ook deze rede getuigt: we moeten weten wat praktijken zijn, welke kennis erin omgaat, hoe practici te werk gaan, in welke vormen taciete kennis zich meldt en hoe

we de morele en moreel relevante betekenissen van praktijken betrouwbaar kunnen vaststellen. Het is geen kinderachtige ambitie, maar als ze slaagt kunnen we zeggen dat we empirisch en theoretisch aannemelijk hebben gemaakt wat goede zorg is: aannemelijke zorg dus.

Geraadpleegde literatuur

- Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk: een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo (11e druk 1988).
- Anderson, L. (1997). *Argyris and Schön's theory on congruence and learning*. Online (aug. 2008) <www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/argyris.html>.
- Argyris, C. & Schön, D. (1974). *Theory in Practice. Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C. & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison Wesley.
- Baart, A. (1986). *Verhalen. De dialoog als grondmodel van het maatschappelijk activiteitswerk*. Hilversum: Gooi en Sticht (tevens diss. Erasmus Universiteit Rotterdam).
- Baart, A. (1993). *Het arrangement van de tragiek*. Utrecht: Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht / Den Bosch: Actioma (oratie).
- Baart, A. → overige publicaties in verband met presentie, zie 'Over de auteurs' aan het slot van deze publicatie.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Part, Calif.: Addison-Wesley (recentelijk vertaald in het Nederlands).
- Benner, P. (2000). 'The wisdom of our practice'. *American Journal of Nursing* vol. 10, p. 99-105.
- Benner, P. (2005). 'Honoring the good behind rights and justice in healthcare when more than justice is needed'. *American Journal of Critical Care*, vol. 14, nr. 2, p. 152-156.
- Benner P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. (with contributions by J. Rubin, H.L. Dreyfus & S.E. Dreyfus) (1996). *Clinical Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New York, N.Y.: Springer.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders.
- Benner, P., Hughes, R.G. & Sutphen, M. (2008). 'Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically.' In: Hughes (2008) als hoofdstuk 6.
- Bläckler, F. (1995). 'Knowledge, knowledge work and organizations: an overview and interpretation'. *Organization Studies*, vol. 16, nr. 6, p. 1021-1046.

- Borgman, E. (2008). *'...want de plaats waarop je staat is heilige grond': God als onderzoeksprogramma*. Amsterdam: Boom (inaugurele rede Universiteit van Tilburg).
- Brechin, A. (2000). 'Introducing critical practice'. In: A. Brechin, H. Brown & M.A. Eby (Eds.). *Critical Practice in Health and Social Care*. Londen: Sage, p. 25-47.
- Buuren, M.W. van (2006). *Competente besluitvorming. Het management van meervoudige kennis in ruimtelijke ontwikkelingsprocessen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (diss.).
- Chomsky, N. (1972). *Language and Mind*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Chomsky, N. (1980). *Rules and Representations*. New York, N.Y.: Columbia University Press.
- Chomsky, N. (1986). *Knowledge of Language*. New York, N.Y.: Praeger.
- Dausien, B., Hanses, A., Inowlocki, L. & Riemann, G. (2008). 'The Analysis of Professional Practice, the Self-Reflection of Practitioners, and their Way of Doing Things. Resources of Biography Analysis and Other Interpretative Approaches.' *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 61, free access (aug. 2008): <www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-61-e.htm>.
- Doorn, L. van (2008). *Sociale professionals en morele oordeelsvorming*. Utrecht: Hogeschool Utrecht (lectorale rede).
- Dretske, F. (1991). *Explaining behavior: reasons in an world of causes*. Cambridge Mass: MIT.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Parijs: Seuil.
- Dunne, J. (1993). *Back to the rough ground. Practical judgment and the lure of technique*. Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
- Edmondson, R. & Pearce, J. (2007). 'The practice of health care: wisdom as a model'. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, p. 233-244.
- Endacott, R. (2002). *Developing clinical wisdom: a challenge for academia and health care*. Bendigo (Austr.): La Trobe University.
- Fay, B. (1996). *Contemporary philosophy of social science. A multicultural approach*. Oxford etc.: Blackwell Publishers (hier: reprint 2004).
- Gastmans, C. (2008). 'Zorgen en deugdzame houdingen'. In: Meulen, R. ter; Verbaeken, S. en Waanders, S. (red.). *Zorg om de zorg. Menselijke maat in de gezondheidszorg*. Budel: Damon, p. 40-58.
- Gent, B. van & Notten, T. (1983). 'Arjo Nijk: een filosoof voor andragologen'. *Tijdschrift voor agologie*, Jaargang 12, p. 141-153.
- Gibbons, M., Loges, C., Nowotny, H. et al. (1995). *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. Londen: Sage Publications.
- Gill, J.H. (2000). *The Tacit Mode. Michael Polanyi's Postmodern Philosophy*. New York, N.Y.: State University of New York Press.

- Graf, A. van de (red.) (2005). *Onderzoek tussen laboratorium en maatschappij. Het dichtten van de kloof tussen kennisonwikkelaars en kennisgebruikers van genomics*. Den Haag: Netherlands Genomics Initiative (i.s.m. NWO).
- Gramsci, A. (1972). *Marxisme als filosofie van de praxis*. Een bloemlezing, samengesteld, ingeleid en vertaald door Yvonne Scholten. Amsterdam: Van Gennep.
- Grypdonck, M. (2005). *Tussen verpleegkunde en verplegingswetenschap*. Utrecht: UMC Utrecht (afscheidsrede).
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Haaster, H. van & Koster-Dreese, Y. (red.) (2005). *Ervaren en weten. Essays over de relatie tussen ervaringskennis en onderzoek*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- Heijst, A. van (2002). *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*. Hilversum: Verloren.
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement (3e druk).
- Heijst, A. van (2006). 'Menslievendheid: de essentie van zorg vanuit zorgethisch perspectief.' In: A. van Heijst, T. Tromp & A. Baart (red.). *Minder hard - meer hart! Zorgethiek en management: een werkzame combinatie*. Utrecht: Stichting Reliëf, 2006, p. 9-20.
- Heijst, A. van (2008a). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Heijst, A. van (2008b). 'Zorgethiek, een theoretisch overzicht'. *Filosofie en praktijk*, jrg. 29, nr. 1, p. 7-18.
- Heijst, A. van (2008c). *Models of charitable care: catholic nuns and children in their care in Amsterdam, 1852-2002*. Leiden: Brill, in de reeks: *Brill's series in church history*, vol. 33 (herz. en vert. van Van Heijst 2002).
- Higgs, J. & A. Titchen (2001a). *Professional practice in health, education and creative arts*. Oxford, Londen etc.: Blackwell Science.
- Higgs, J. & A. Titchen (2001b). *Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Hildreth, P.M. & Kimble, C. (2002). 'The Duality of Knowledge'. *Information Research*, vol. 8, nr. 1, October 2002. Online (aug. 2008) <ssrn.com/abstract=722445>.
- Hofmann, B. (2002). 'Medicine as practical wisdom (phronesis)'. *Poiesis Prax* 1, p. 135-149.
- Hogrebe, Wolfram (1996). *Ahnung und Erkenntnis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Holsbrink-Engels, G. (2004). 'Onderzoek draagt bij aan professionalisering. Best Practice Units in de SPH'. *SPH*, nr. 61, p. 31-33.
- Hughes, R.G. (2008). *Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Online (aug. 2008) <www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/>.
- Jacobs, G. et al. (2008). *Goed werk: verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Humanistic University Press.

- Jansen, E. (1985). *Over handelen gesproken: studies over de competentie van de andragoog in het perspectief van de ontmoeting tussen een op het handelen georiënteerde andragologie en de filosofie van de verantwoordelijkheid van Levinas*. Amsterdam: VU Uitgeverij (ook diss. VU Amsterdam).
- Jansen, M. (2007). 'Het profiel van de expertverpleegkundige'. In: Michel Jansen (red.), *De expertverpleegkundige*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p. 41-55.
- Jansen, M.G.M.J. (2005). *Presentie & Prestatie. Sleutelbegrippen in een verpleegethiek*. Utrecht: privéuitgave, ook als diss. aan de Universiteit voor Humanistiek.
- Jochemsen, H., Glas, G. en Hoogland, J. (1997). 'De normatieve structuur van de medische praktijk.' In: H. Jochemsen en G. Glas. *Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke ethiek*. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn; Lindeboomreeks, deel 10.
- Jochemsen, H., Kuiper, R. & Muynck, B de. (2006). *Een theorie over praktijken: normatief praktijkmodel voor zorg, sociaal werk en onderwijs*. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn. Reeks: DIXIT; deel 1.
- Klappacher, C. (2006). *Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen: die Rolle des impliziten Wissens im Erkenntnisprozess*. Saarbrücken: V.D.M. Verlag Dr. Müller.
- Kukreja, L. (2007). 'Clinical Shadowing: A Worthwhile Experience for all Premeds'. *Eukaryon*, vol. 3, February 2007, Lake Forest College.
- Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam.
- Kunneman, H.P. (2006). 'Van ontologische eenkennigheid naar ontologische complexiteit'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Jaargang. 48, nr. 11, p. 857-865.
- Kunneman, H. (2007). 'Sociaal werk als laboratorium voor normatieve professionalisering'. *Ethische Perspectieven*, vol. 2, p. 92-107.
- Laan, G. van der (1995). *Leren van gevallen: over het nut van de reconstructie van casuïstiek voor praktijk en wetenschap*. Amsterdam: SWP (inaugurele rede Universiteit Utrecht).
- Laan, G. van der (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. Amsterdam: Uitgeverij SWP / Humanistic University Press (oratie).
- Laan, G. van der (2007). 'Professionaliteit en ambachtelijkheid.' *Sociale interventie*, Jaargang 16, nr. 3, p. 25-34.
- Lehrer, K.B., Lum, J., Slichta, B.A., & Smith, N.D. (1996) (Eds.). *Knowledge, Teaching, and Wisdom*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- MacIntyre, A. (1985). *After Virtue*. Londen: Duckworth.
- Manley, K. & McCormack, B. (1997). *Exploring Expert Practice*. Londen: Royal College of Nursing, publ. NUM65U.
- Manley, K. & McCormack, B. (2004). 'Practice development: Purpose, Methodology, Facilitation and Evaluation'. In: McCormack et al. 2004a, p. 33-50.

- Manley, K., Hardy, S., Titchen, A., Garbett, R. & McCormack, B. (2005). *Changing patients' worlds through nursing practice expertise. Exploring nursing practice expertise through emancipatory action research and fourth generation evaluation*. Londen: Royal College of Nursing.
- May, H. (2003). *Über die fundamentalontologische Dimension der Philosophie Michael Polanyis. Ein Beitrag zum Aufweis der Erschlossenheit von Welt unter den Bedingungen des modernen Bewusstseins*. (diss.) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Maxwell, N. (1984). *From Knowledge to Wisdom: A Revolution in the Aims and Methods of Science*. Oxford: Basil Blackwell (2nd ed. Pentire Press 2007).
- McCormack, B., Manley, K. & Garbett, R. (2004a) (Eds.). *Practice development in nursing*. Oxford: Blackwell Science.
- McCormack, B. & Manley, K. (met een bijdrage van Val Wilson) (2004b). 'Evaluating Practice Developments'. In: McCormack et al. 2004, p. 83-117.
- Mitchell, M.T. (2006). *Michael Polanyi. The art of knowing*. Wilmington, Del.
- Mol, A. (2002). *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen: actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Movisie (2008). *Fundamenten leggen voor Beproefde Kennis. Projectplan voor het VWS-programma Beter in Meedoen, Programmalijn 3 Effectieve interventies*. Utrecht: Movisie.
- Mullins, P. (2005). 'Michael Polanyi, Scientist and Philosopher: The Making of the Biography'. *Tradition & Discovery: The Polanyi Society Periodical*, 32:3, p. 8-11.
- Neus, A. (2001). 'Managing Information Quality in Virtual Communities of Practice. Lessons learned from a decade's experience with exploding Internet communication.' In: E. Pierce & R. Katz-Haas (Eds.). *Proceedings of the 6th International Conference on Information Quality at MIT*, Boston Mass.: Sloan School of Management.
- Neuweg, G.H. (1999). *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster: Waxmann.
- Neuweg, G.H. (2004). 'Tacit knowing and implicit learning'. In: Martin Fischer et al. (Eds.). *European Perspectives on Learning at Work. The Acquisition of Work Process Knowledge*. Cedefop Reference Series Luxembourg: Office for Official Publications for the European Communities.
- Neuweg, G.H. (2005). 'Emergenzbedingungen pädagogischer Könnerschaft'. In: H. Heid & C. Harteis (Hrsg.) *Verwertbarkeit. Ein Qualitätskriterium (erziehungs-)wissenschaftlichen Wissens?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, p. 205-228.

- Neuweg, G.H. (2007). 'Ist das Technologie-Modell am Ende? Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Förderung der Kompetenz von Lehrerinnen und Lehrern durch erziehungswissenschaftlich-technologisches Wissen'. In: C. Kraler & M. Schratz (Hrsg.) *Ausbildungsqualität und Kompetenz im Lehrerberuf*. Münster: LIT, p. 227-245.
- Neuweg, G.H. (2007). 'Wie grau ist alle Theorie, wie grün des Lebens goldner Baum? LehrerInnenbildung im Spannungsfeld von Theorie und Praxis'. *bwp@ Ausgabe* Nr. 12. Online (aug. 2008) <www.bwpat.de/ausgabe12/neuweg_bwpat12.pdf>.
- Nijk, A.J. (1972). *Beheersing en emancipatie: kanttekeningen bij het ontwerp van een wetenschap*. Alphen aan den Rijn: Samsom (inaugurele rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de theoretische andragologie aan de Universiteit van Amsterdam op maandag 15 mei 1972).
- Nijk, A.J. (1978a). 'Hermeneutiek en ideologiekritiek'. *Kennis en methode: tijdschrift voor wetenschapsfilosofie en methodologie*, vol. 2, nr. 04, p. 282vv.
- Nijk, A.J. (1978b). *De mythe van de zelfontplooiing: en andere wijsgerig-andragologische opstellen*. Meppel: Boom.
- Nijk, A.J. (1984). *Handelen en verbeteren: wijsgerig-andragologische voorstudiën*. Uit de nalatenschap samengest., gered. en van een voor- en naw. voorz. door A.J. Baart, Meppel: Boom.
- Notten, T. (1988). *Rationaliteit en het schone streven: een studie over kennistoename en vestiging van de naoorlogse agogische wetenschappen in Nederland uit een rationeel-interpretatief oogpunt*. Amsterdam (diss. UvA).
- Parker, P. (2002). 'Whither our art? Clinical wisdom and *evidence-based medicine*'. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, p. 273-280.
- Plsek, P., Bibby, J. & Whitby, E. (2007). 'Practical Methods for Extracting Explicit Design Rules Grounded in the Experience of Organizational Managers'. *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 43, nr. 1, p. 153-170.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. New York, N.Y.: Doubleday.
- Polanyi, M. (1969). *Knowing and being*. M. Greene (Ed.), Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago / Londen: The University of Chicago Press.
- Ryle, G. (1984, oorspr. 1949). *The concept of mind*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Sanders, A. (1988). *Michael Polanyi's post-critical epistemology: a reconstruction of some aspects of 'tacit knowing'*. Amsterdam: Rodopi (ook verschenen als proefschrift RU Groningen).
- Scheffer B.K. & Rubenfeld, M. (2000). 'A consensus statement on critical thinking in nursing'. *Journal of Nursing Education* 39(8), p. 352-360.

- Schneider, H.J. (2002). 'Beruht das Sprechenkönnen auf einem Sprachwissen?'. In: S. Krämer & E. König (Hrsg.) *Gibt es eine Sprache hinter den Sprechen?* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, p. 129-150.
- Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Schuyt, K. (2006). *Zorgzaamheid en zorgvuldigheid. De verborgen bronnen van een goede zorg voor gezondheid*. G-Lezing 2005, Woerden: NIGZ.
- Scott, W.T. & Moleski, M.X. (2005). *Michael Polanyi: scientist and philosopher*. New York [etc.]: Oxford University Press.
- Searle, J.R. (1983). *Intentionality: An Essay in the Philosophy of Mind*. Cambridge University Press.
- Searle, J.R. (1992). *The Rediscovery of the Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Sennett, R. (2008). *The Craftsman*. London: Allen Lane.
- Shulman, L. (2004). *The wisdom of practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smaling, A. (2008). *Dialogo en empathie in de methodologie*. Amsterdam: Humanistics University Press.
- Smith, M.K. (2003). 'Michael Polanyi and tacit knowledge'. *The encyclopedia of informal education*. Online (aug. 2008): <www.infed.org/thinkers/polanyi.htm>.
- Sveiby, K.E. (1997). *Tacit Knowledge*. Online (aug. 2008) <www.sveiby.com/portals/0/articles/polanyi.html>.
- Timmins, F. (2006). 'Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity'. *Nursing Standard* 20(39), p. 49-54.
- Toulmin, S. (1990). *Kosmopolis: verborgen agenda van de moderne tijd*. Kampen: Agora & Kapellen: Pelckmans (hier 7e druk 2001).
- Uhrenfeldt, L. & Hall, E.O.C. (2007). 'Clinical wisdom among proficient nurses'. *Nursing Ethics* 14 (3), p. 387-398.
- Vanlaere, L. en Gastmans, C. (2008). 'To be is to care. Een literatuurstudie van het concept "zorg" en de implicaties voor verpleegkundige zorg'. *Ethische Perspectieven* 18(2), p. 203-221.
- Verbiest, E. (1984). *Andragogie: dialoog en verhaal*. Lisse: Swets & Zeitlinger (ook als diss. KU Nijmegen).
- Verhagen, S. (2008). *Participatie en maatschappelijke ontwikkeling*. Utrecht: Hogeschool Utrecht (lectorale rede).
- Vlaeminck, H. (2005). *Het gebruik van casuïstiek in het sociaal werk*. Utrecht / Gent, Academia Press (tevens diss. Universiteit Utrecht).
- Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Warmenhoven, O. (1973). *Prolegomena tot de andragologische propaedeuse*. Utrecht (diss. UU).
- Watson, Rod (2006). 'Tacit knowledge'. *Theory, Culture & Society*, vol. 23, nr. 2-3, p. 208-210.

- Weggeman, M. (2000). *Kennismanagement: de praktijk*. Schiedam: Scriptum.
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Willems, D.W., Vos, R., Palmboom, G. & Lips, P. (2007). 'Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid'. *Signalering ethiek en gezondheid* 2007/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Zaffron, R. (1970). 'On understanding what we don't know how we know'. *Science*, New Series, vol. 168, nr. 3938, p. 1440-1442 (bespreking van Polanyi's essaybundel *Knowing and Being*).

Over de auteurs

Moraaltheoloog **Frans J.H. Vosman** (1952) bekleedt de leerstoel christelijke ethiek en spiritualiteit aan Universiteit van Tilburg, faculteit Geesteswetenschappen, Departement Religiewetenschappen en Theologie. Hij genoot zijn opleiding tot moraaltheoloog o.l.v. Theo Beemer aan de faculteit theologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen (nu Radboud Universiteit), deed zijn promotieonderzoek o.l.v. de Franse Redemptorist prof. Louis Vereecke in Rome en Parijs, werkte onder meer bij het bisdom 's-Hertogenbosch, de faculteiten geneeskunde en theologie te Nijmegen en bij de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht. Hij hield op 1 november 2001 voor de KTU eerder een inaugurale rede *Goed gebleken*, over het omgaan met morele onzekerheid.

Enkele recente aanpalende publicaties:

- Vosman, F.J.H. (2004). 'Vriendschap als model voor professionele zorg'. *Tijdschrift voor Humanistiek*, jrg 5, nr. 2, p. 62-73.
- Vosman, F.J.H. (2004). 'Darf Gott Herscher sein?: Zur politischen Theologie der autonomen Moral'. In: J. Jans (Ed.). *Für die Freiheit verantwortlich: Festschrift für Karl-Wilhelm Merks zum 65. Geburtstag* (Studien zur theologischen Ethik, 107). Freiburg: Academic Press Fribourg, p. 94-106.
- Vosman, F.J.H. (2005). 'Ethics and aesthetics: A critical evaluation of their relation'. In: W. van den Bercken & J. Sutton (Eds.) *Aesthetics as a religious factor in Eastern and Western Christianity* (Eastern Christian Studies, 6). Leuven [etc.]: Peeters, p. 385-394.
- Vosman, F.J.H. (2007). 'Beroepsethiek: Een kwestie van gevoel?'. *Zin in zorg*, jrg 9, nr. 2, p. 5-7.
- Vosman, F.J.H. (2007). 'Altijd weer geraakt kunnen worden: Hoogbejaarden en ethiek'. In: S. Körver & P. Mulders (Eds.). *Symbolische communicatie een dynamische kracht*. Nijmegen: Valkhof Pers, p. 34-55.
- Vosman, F.J.H. (2008). 'Ruimte vinden, ruimte maken: Geestelijke verzorging en het zorgsysteem'. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, jrg. 11, nr 48, p. 12-20.
- Vosman, F.J.H. (2008). 'Moraltheologie und die <<Radikale Phänomenologie>> des Lebens'. In: Hoppe, Th. (Hg.). *Körperlichkeit – Identität. Begegnung in Leiblichkeit* (Studien zur theologischen Ethik, 121). Freiburg: Academic Press Fribourg, p. 203-214.

Zie voor een volledige publicatielijst: <publications.uvt.nl/repository/f.j.h.vosman/publications.html>

A.J. (Andries) Baart (1952) studeerde andragologie in Amsterdam (Universiteit van Amsterdam), specialiseerde zich op het terrein van de praktische theologie (KTH Utrecht en KU Nijmegen) en promoveerde in de wijsbegeerte (EU Rotterdam 1986). Hij was werkzaam in het maatschappelijk activeringswerk, van 1977-1987 als functionaris in Gelderland en van 1987-2007 als stafkracht aan het landelijk bureau van Actioma. Sinds 1991 is hij tevens bijzonder hoogleraar, van 1991-2006 aan de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht in de vakgroep Praktische Theologie (inaugurale rede *Het arrangement van de tragiek* januari 1993) en sinds 2007 bekleedt hij de leerstoel *Presentie en Zorg*, aan de Faculteit Geesteswetenschappen, Departement Religiewetenschappen en Theologie, van de Universiteit van Tilburg. Eveneens sinds 2007 werkt hij met en vanuit de Stichting Presentie. Hij is geestelijk vader van de presentietheorie. Hij doet onder meer onderzoek naar buurtpastoraat, geestelijke verzorging en meer in het algemeen naar zorg, welzijn en dienstverlening, met name voor sociaal kwetsbare mensen. Hij is sinds 1994 hoofdredacteur van *Sociale Interventie* en hij is kerndocent in de Master *Sociale Interventie* van het LESI. E-mail: a.baart@wxs.nl; web: <www.presentie.nl>.

Recentelijk publiceerde in verband met presentie hij onder meer:
Raken aan het geleefde leven. 's-Hertogenbosch: Actioma 2000.

Een theorie van de presentie. Utrecht: LEMMA 2001 (derde vermeerdeerde druk 2004).

Aanzetten tot een theorie van de Derde Partij met behulp van de presentietheorie. Den Haag: LCO 2002.

(met Geert van der Laan) (2002). 'Sociale interventie: koppeling van theorie en praktijk'. *Sociale Interventie*, vol. 11, nr. 4, p. 4-26.

(met Frans Vosman) (red.). *Present*. Utrecht: LEMMA 2003.

(red.), *Presentie* themanummer van *Sociale Interventie* 12(2), uitgave van Elsevier, tevens als *Markant*, 2003/2, uitgave van de SOM, Den Bosch 2003.

'The fragile power of listening'. *Practical Theology in South Africa/Praktiese Teologie in Suid-Afrika*, vol. 18(3) 2003, p. 139-159.

'Gebroken goed in ongebroken relaties. Theoretische notities voor de beroepspraktijk van maatschappelijke opvang'. In: M. Nuy en F. Brinkman (red.) *Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid*. Amsterdam 2004, p. 137-174.

(red.) *Unheard stories of people infected and affected by hiv/aids about care and/or the lack of care.* Themanummer van *Sociale Interventie*, jrg. 13, nr. 3 (2004); met onder andere: 'What makes care good care?' p. 14-26.

Aandacht. Etudes in presentie. Utrecht: LEMMA 2004 (2e druk 2005).

Klein pleidooi tegen grote distantiëring in de zorg. Utrecht 2005.

(met T. Tromp en A. van Heijst) *Minder hard – meer hart.* Utrecht 2006.

Tweespraak. Vier gesprekken over het ene goed van presentie. Utrecht 2006 (2e druk 2008).

(met Frans Vosman) 'Een lerende gemeenschap "ethiek" van geestelijk verzorgers'. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 9 (2006) 41, p. 38-50.

'Leven en verlaten leven – over de betekenis van presentie voor vertrouwen'. In: *Congresverslag >Daar draait het allemaal om: presentie!<*, Utrecht 2006, p. 4-16 (op: <www.presentie.nl> → Presentiecongres → Verslag).

Kwetsbaar maar niet alleen kwetsbaar. Over het bereiken en steunen van multiprobleem gezinnen, kwetsbare kinderen en tienermoeders. Utrecht/Den Bosch 2007 (2e aangevulde versie, tevens digitaal, 2008 → <www.presentie.nl>).

Kwetsbaarheid. Bemoeien. Regels – Drie Publiekslezingen aan de Universiteit van Tilburg najaar 2007 (uitgave als box met drie dvd's en een hand-out). Utrecht: Stichting Presentie 2008.

(met Mieke Grypdonck). *Verpleegkunde en presentie.* Den Haag: LEMMA 2008.



*Frans Vosman (links) en
Andries Baart (rechts).*

Het geven van goede zorg veronderstelt vakbekwaamheid maar ook hartelijkheid en toewijding. Veel zorggevers beschikken gelukkig over die eigenschappen, al staan ze stevig onder druk van ontwikkelingen in de zorg. Door zorgpraktijken steeds meer op te vatten als de toepassing van protocollen en regels en deze ook verplicht te stellen, wordt aan het gezicht onttrokken dat goede zorg ook steunt op vormen van alledaags ogende moraliteit en wijsheid. Daarmee houdt de zorggever in relatie met de zorgontvanger zijn techniek in toom en de instelling op koers van goede zorg. In dit boek gaan de auteurs op zoek naar bronnen van die praktische wijsheid en ze verkennen waarin die wijsheid bestaat en hoe ze aan het licht kan komen. Zo wordt tevens de vraag beantwoord hoe dergelijke min of meer vergeten en verdrongen kennis momenteel wordt geleerd, onderhouden en vermeerderd kan worden.

Een verkorte versie van deze tekst werd door de auteurs uitgesproken als gezamenlijke inaugurele rede aan de Universiteit van Tilburg.