

FACULTEIT LETTEREN EN WIJSBEGEERTE

DEPARTEMENT WIJSBEGEERTE

## **Een Arendtiaanse analyse van de moderne gezondheidszorg**

Promotor: prof.dr. Geert van Eekert

Verhandeling aangeboden tot het  
verkrijgen van de graad van  
Bachelor in de Wijsbegeerte  
door:  
Peter Van Osta

Antwerpen, maandag 21 juni 2021

Academiejaar 2018-2019

## Inhoud

Abstract .....	3
Inleiding .....	5
Hoofdstuk 1 Vita Activa en de menselijke conditie .....	6
1.1 Publieke versus private leven .....	6
1.2 Arbeiden, werken en handelen.....	10
1.2.1 Arbeiden .....	10
1.2.2 Werken.....	12
1.2.3 Handelen .....	13
1.3 De Vita Activa en de moderne tijd.....	17
1.3.1 De omwenteling.....	17
1.3.2 Eenzaamheid in de massamaatschappij.....	20
1.3.2 'Lonelines' versus 'solitude' .....	21
Hoofdstuk 2 De moderne gezondheidszorg.....	23
2.1 Moderne gezondheidszorg en publieke versus private leven .....	23
2.1.1 Begin en einde van het leven.....	23
2.1.2 De patiënt als consument.....	28
2.1.2 De arts als producent.....	31
2.2 Moderne gezondheidszorg in de samenleving.....	32
2.2.1 Het sociale aspect.....	32
2.2.2 Maatschappelijke evolutie .....	35
2.2.3 Gezondheidszorg en consumptie.....	40
2.2.4 Gezondheidszorg en arbeiden, werken en handelen .....	43
Conclusie.....	52
Bibliografie .....	54

## Abstract

In deze scriptie kijk ik door een Arendtiaanse bril naar onze moderne samenleving en meer bepaald naar onze moderne gezondheidszorg. In *The Human Condition* herbekijkt Hannah Arendt de relatie tussen de *vita contemplativa* en de *vita activa*. Deze laatste werd in de Westerse samenleving sinds Plato en Aristoteles als onderschikt beschouwd aan de *vita contemplativa*. In *The Human Condition* behandelt Hannah Arendt voornamelijk het actieve leven of de *vita activa* en de veranderingen die de status en invulling ervan heeft ondergaan doorheen de eeuwen.

Het actieve leven speelt zich af in een private en een publieke ruimte, die klassiek streng van elkaar waren gescheiden. Het actieve leven bestaat voor Arendt uit drie fundamentele activiteiten, namelijk arbeid, werken en handelen. Deze drie activiteiten vormen een ontologische hiërarchie, waarbij de beperkingen van arbeiden en werken geremedieerd worden door handelen. Die activiteiten vonden volgens Arendt in de Griekse samenleving plaats in de privésfeer (arbeid) of in het publieke domein (handelen). Handelen is daarbij de bij uitstek menselijke activiteit. Doorheen de eeuwen heeft zich in de onderlinge relaties van de aspecten van het actieve leven en de invulling ervan een grote verschuiving voorgedaan. De invulling die er in onze moderne samenleving aan wordt gegeven, heeft verstrekkende gevolgen voor het welzijn en de gezondheid van de mensen in onze samenleving. Welke rol speelt deze evolutie in de gezondheidszorg? Wat zijn daarvan de gevolgen? Twee aspecten wil ik daarbij in de kijker zetten: enerzijds de gevolgen van de vereenzaming en de afbraak van het privé-domein in onze moderne samenleving, en anderzijds de toenemende procesmatigheid van onze gezondheidszorg.

De teloorgang van de huiselijke haard en de privésfeer heeft verstrekkende gevolgen voor het welzijn en de gezondheid van mensen. De veranderde thuisomgeving heeft in onze moderne samenleving veel van haar traditionele waarde en waardigheid verloren. Dat leidt onder andere tot een toenemende vereenzaming en sociaal isolement. Volgens een recent rapport van de EU

verklaren ongeveer 7% van de Europese volwassenen (ongeveer 30 miljoen mensen) frequent eenzaam te zijn. Een slechte gezondheid, socio-economische uitsluiting en eenpersoonsgezinnen dragen bij tot een gevoel van eenzaamheid. Eenzaamheid heeft een belangrijke impact op het welzijn en de sociale cohesie. Het mortaliteitsrisico van eenzaamheid is zelfs vergelijkbaar met obesitas en roken<sup>1</sup>. Eenzaamheid heeft dan ook een belangrijke impact op de gezondheid en daar wil ik in deze scriptie dan ook dieper op ingaan.

Daarnaast is er de toenemende druk op de gezondheidszorg om te streven naar economisch rendement door procesbeheersing en kostenbesparing, wat tot conflicten leidt<sup>2</sup>. De toename van chronische aandoeningen (hart- en vaatziekten, luchtwegproblemen, diabetes, ...) en de veroudering van de bevolking zetten onze gezondheidszorg steeds meer onder druk. Door te besparen op ziekenhuisverblijven, procesbeheersing en pay-4-quality (P4Q) probeert men de betaalbaarheid van het systeem veilig te stellen. Uiteraard is het lovenswaardig om te streven naar een kwaliteitsvolle gezondheidszorg die daarenboven betaalbaar blijft. De toenemende prestatiedruk dreigt echter voorbij te gaan aan het menselijk aspect van gezondheidszorg, zowel voor de patiënt als voor de gezondheidszorgwerker. Patiënten dienen steeds sneller uit het ziekenhuis te worden ontslagen om dan thuis verder te herstellen, maar deze thuis is niet meer de warme omgeving die ze zou moeten zijn. Wie nog kan werken dient daarenboven zo snel mogelijk weer aan de slag te kunnen, via allerlei maatregelen die de terugkeer naar de werkplek bespoedigen.

De moderne gezondheidszorg is dan ook een spiegel van onze samenleving. De organisatie ervan reflecteert de wijze waarop we volgens Hannah Arendt onze samenleving organiseren als een samenleving van arbeiders (*jobholders*), massaconsumptie en een verarmd privédoel.

#### *Kernwoorden*

Handelen, werken, arbeid, privéleven, publiek leven, gezondheidszorg

*Woorden* 16888

---

<sup>1</sup> Wilikens, "2017 Fairness Report 'What Makes a Fair Society? Insights and Evidence'".

<sup>2</sup> Degadt en Herck, *Ziekenhuisfinanciering en het arenamodel*.

## Inleiding

Gezondheidszorg heeft een belangrijke plaats in onze moderne samenleving. Door een Arendtiaanse bril wil ik een blik werpen op de evolutie van de organisatie van de moderne (Belgische) gezondheidszorg binnen het kader van de evolutie van onze moderne samenleving. Hannah Arendt beschrijft de verschuivingen die zich de loop der tijd hebben voorgedaan tussen het publieke en het private enerzijds en arbeiden, werken en handelen anderzijds. Onze moderne samenleving vult daarbij volgens Hannah Arendt de verhouding tussen het publieke en private domein in op een specifieke wijze en waardeert arbeiden, werken en handelen eveneens op een specifieke wijze. Dit heeft gevolgen voor ons dagelijks leven en voor onze gezondheidszorg.

- Wat is de betekenis voor de moderne gezondheidszorg en voor de individuele patiënt, van de relatie tussen het publieke en het private in de moderne samenleving?
- Wat is de positie van de moderne gezondheidszorg in de moderne samenleving, waaronder het sociale aspect, de consumptie en de relatie tussen arbeiden, werken en handelen?

In het eerste deel van deze scriptie verduidelijk ik het begrippenkader van Hannah Arendt, als voorbereiding op deel twee en drie. In het tweede deel behandel ik de invloed op gezondheid van de verarming van het privéleven als een gevolg van de vereenzaming en sociale isolatie in onze moderne samenleving. In het derde deel behandel ik de positie van de moderne gezondheidszorg in de moderne samenleving, waaronder het sociale aspect en de maatschappelijke evolutie, de zorg als consumptieproduct en de relatie tussen arbeiden, werken en handelen in de zorg.

# Hoofdstuk 1 Vita Activa en de menselijke conditie

In dit eerste deel ga ik dieper in op het begrip actieve leven (*Vita Activa* of *tätiges Leben*), voordat ik inzoom op de gezondheidszorg. Dit eerste deel is bedoeld om de lezer vertrouwd te maken met het denkkader van Hannah Arendt voor een goed begrip van de verdere analyse van de evolutie van de gezondheidszorg.

## 1.1 Publieke versus private leven

Voor Hannah Arendt vormde het publieke leven (*bios politikos*) de kern van de Griekse *polis*<sup>3</sup>. Het privéleven (*idion*) dat zich thuis (*oikia*) afspeelde was het domein van leven en dood: in het privé-domein speelden zich de activiteiten af die in verband stonden met het levensonderhoud. Het publieke en het private levensdomein waren daarbij volgens Hannah Arendt in de klassieke Griekse samenleving streng gescheiden levensdomeinen. De *bios politikos* die zich afspeelt in het publieke domein bestond in de Griekse *polis* uit actie (*praxis*) en spreken (*lexis*), gericht op het beheer van de gemeenschappelijk ruimte of wereld (*common world*), waaruit echter de aspecten van levensnoodzaak of nut werden geweerd. Die hadden hun plaats buiten deze publieke ruimte in de *oikos* en maakten geen deel uit van het politieke leven. Deelname aan het politieke leven werd mogelijk wanneer men zich kon vrijmaken van de verplichtingen om in het levensonderhoud te voorzien en kon beschikken over voldoende vrije tijd (*scholé*) om deel te kunnen nemen aan dit publieke leven.

Doorheen de Westerse geschiedenis zal er zich echter een geleidelijke verschuiving voordoen in dit maatschappelijk kader. Eerst en vooral is er de vertaling van de Griekse term *politikos* naar het Latijnse *socialis*, waarbij politiek werd misgegrepen als sociaal, met verstrekkende gevolgen voor de verdere ontwikkeling van het politieke domein<sup>4</sup>. Thomas van Aquino zal politiek bestuur gaan gelijkstellen met het bestuur van het huishouden, iets wat bij de organisatie van de klassieke Griekse polis ondenkbaar was. De private levenssfeer van het huishouden (*oikos*) en de levensnoodzaak stond daar buiten de publieke sfeer van het politieke en de

---

<sup>3</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 24

<sup>4</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 27

*polis*. Volgens Hannah Arendt zette de inhoudelijke verschuiving van het politieke begrepen als het sociale zich verder in een Westerse maatschappelijke evolutie: "Although misunderstanding and equating the political and social realms is as old as the translation of Greek terms into Latin and their adaptation to Roman-Christian thought, it had become even more confusing in modern usage and modern understanding of society."<sup>5</sup> De opkomst van de sociale sfeer, waardoor het onderscheid tussen het publieke en het private zal vervagen en het eigen karakter van beide zal verloren gaan, heeft verstrekkende gevolgen. De privésfeer werd opgenomen in de opvatting van de moderne samenleving als een volkshuishouding (*nationwide administration of housekeeping*). De moderne staatsordening wordt daarbij gezien en bestuurd vanuit de optiek van een bovenmenselijke familie die we de samenleving (*society*) noemen, waarvan de politieke organisatie de natie (*nation*) is. De klassieke Griekse en Romeinse opvatting over de heiligheid van de (eigen) haard ging daarbij verloren. In het private huishouden werden de leden van de huishouding tot mekaar "veroordeeld" door hun verlangens en noden met betrekking tot de instandhouding van het leven zelf. De penaten of huisgoden waakten bij de Romeinen over het huishoudelijk domein en personifieerden de sacraliteit van het huiselijk leven. Deze klassieke privégemeenschap was een natuurlijke en geen politieke of sociale gemeenschap. De *pater familias* was daarbij de heer en meester van het huishouden dat strikt hiërarchisch was georganiseerd en waar zo nodig geweld werd gebruikt om de orde te handhaven.

Tegenover het private domein (*oikos*) en ervan afgescheiden, stond het publieke domein van de *polis*, het domein van de vrijheid, de gelijkheid en van het politieke handelen (*praxis*) en spreken (*lexis*). Voor Arendt draaide politiek in het publieke domein, in tegenstelling tot het private domein en arbeid, niet om zorg voor de mensen, maar om zorg voor de gemeenschappelijke intermenselijke wereld door te handelen (*common world*)<sup>6</sup>. Politiek werd bedreven uit liefde voor de wereld (*amor mundi*) en in vrijheid.

---

<sup>5</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 28

<sup>6</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. blz. 66

De rol van het politieke domein zal echter geleidelijk veranderen van het behartigen van de belangen van de gemeenschappelijk wereld (*common world*) in een gemeenschap van vrije burgers naar een organisatie voor het behartigen en verdedigen van de persoonlijke belangen van haar burgers, een belangenvereniging of *societas*. Daarbij neemt het politieke domein zowel de kenmerken als de taken op zich die in Griekse samenleving tot de privésfeer behoorden<sup>7</sup>. De vrijheid van het individu wordt daarbij vervangen door de vrijheid van de samenleving en de bestuurlijke overheid verwerft het monopolie op geweld (politie, leger). Hannah Arendt beschrijft de opkomst van de sociale sfeer als een van de grootste omwentelingen in de Westerse samenleving: "The emergence of society-the rise of housekeeping, its activities, problems, and organizational devices-from the shadowy interior of the household into the light of the public sphere, has not only blurred the old borderline between private and political, it has also changed almost beyond recognition the meaning of the two terms and their significance for the life of the individual and the citizen."<sup>8</sup>

Was in de klassieke oudheid het publieke domein het domein van de zelfverwezenlijking zal in de moderne gesocialiseerde samenleving, onder druk van de socialisering, volgens Jean-Jacques Rousseau het privédomein deze rol gaan vervullen in een sfeer van intimiteit als tegengewicht voor het conformisme van het publieke domein. De vrijheid van de privésfeer en het daarmee gepaard gaande streven naar individualisme heeft echter een ander karakter dan de vrijheid zoals bestond in het publieke domein van de Griekse *polis*. De opname van het individu in de nationale familie en de gelijktijdige desintegratie van de natuurlijke familie gaat gepaard met een toenemende vereenzaming in onze moderne samenleving<sup>9</sup>. De conformiteit van de leden van het klassieke huishouden is nu overgedragen op de samenleving als geheel, waar een anoniem staatsapparaat een maatschappelijke consensus afdwingt vanuit een rol die vroeger was voorbehouden voor de *pater familias*. De moderne massasamenleving wordt daarbij bestuurd volgens economische principes en statistische wetten. Het daaruit volgende beleid fungeert dan op zich als grote gelijkmaker en

---

<sup>7</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 31

<sup>8</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 38

<sup>9</sup> European Commission, *How lonely are Europeans?*



harmonisering van het maatschappelijk belang (communistisch fictie, de onzichtbare hand). De socialisering van het publieke domein heeft tot gevolg dat de eigenheid van het publieke en het private domein verloren gingen en opgenomen werden in de bestuurskundige organisatie van de gesocialiseerde samenleving. De wetmatigheden en noodwendigheden van het levensproces hebben zich vanuit het klassieke privé-domein gesocialiseerd en de samenleving tot een monolithische belangenvereniging gereduceerd die de belangen van het *animal laborans* behartigd, zijnde de instandhouding van het leven als doel.

De moderne samenleving werd daarbij een samenleving van arbeiders (*laborers and jobholders*) die zich collectief toelegt op de bestending van het individuele leven, waardoor het publieke domein fundamenteel van karakter veranderde ten opzichte van de klassieke Griekse *polis*. De toenemende arbeidsproductiviteit transformeerde daarenboven de samenleving in haar streven naar steeds meer (on)natuurlijk rendement, oftewel de focus op economische groei als paradigma.

Waar het politieke domein in de Griekse polis zich richtte op de gemeenschappelijke wereld (*common world*), is deze in onze moderne samenleving vervangen door het gemeenschappelijk belang (*common good*) en het behartigen van de vermogensbelangen van de samenleving en de onteigening en desacralisatie van het private domein. De toename van maatschappelijk vermogen (*wealth*) is gepaard gegaan met de onteigening van privaat bezit (*property*). Dit betekende ook het ontnemen en ontheiligen van de veilige geborgenheid van het privé- en familielevens: "The sacredness of this privacy was like the sacredness of the hidden, namely, of birth and death, the beginning and end of the mortals who, like all living creatures, grow out of an return to the darkness of the underworld."<sup>10</sup> De accumulatie van publiek vermogen als substituut voor privé-eigendom veranderde fundamenteel het politieke domein en maatschappelijke organisatie. De welvaart die daarmee wordt gecreëerd dient echter constant te worden onderhouden in een zich eindeloos uitstrekkend proces dat niet tot rust kan komen, om te voorkomen dat de opgebouwde welvaart

---

<sup>10</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 62

desintegreert door gebruik en consumptie<sup>11</sup>. Dit staat in scherp contrast met de permanentie van de wereld opgebouwd door het werk van de *homo faber*. Wat blijft van de eigen haard is een plaats om zich terug te trekken uit het gesocialiseerde publieke domein, niet de plek van waaruit men reflecteert door contemplatie (innerlijke dialoog) voordat men zich naar het publieke (politieke) domein toe begeeft.

## 1.2 Arbeiden, werken en handelen

De term '*vita activa*' omvat voor Hannah Arendt drie fundamentele menselijke activiteiten: arbeid (*labor*), werken (*work*) en handelen (*action*)<sup>12</sup>.

### 1.2.1 Arbeiden

De menselijke conditie van arbeid is die van het levensonderhoud. Arbeid wordt gedreven vanuit de noodzaak om te overleven, iets wat we als mensen gemeen hebben met alle andere levende wezens. Arbeid is de activiteit die verbonden is met geboorte, het in standhouden van het leven en de dood. Arbeid is gericht op het creëren van een surplus voor de instandhouding van het individuele leven en de voortzetting ervan over de generaties heen. De overproductie door het produceren van overvloed deelt arbeid met de natuur. Arbeid kent ook van nature een cyclisch karakter, want het geproduceerde dient steeds vernieuwd omdat het als verbruiksgoed wordt geconsumeerd (voeding, kleding, ...). Zonder arbeid die het leven in stand houdt is er ook geen mogelijkheid tot werken en handelen.

Arbeiden vormt de basis waarmee het menselijk leven zelf kan worden opgetrokken. Arbeid wordt verricht door wat Hannah Arendt het *animal laborans* noemt en is gericht op het cyclisch en repetitief verrichten van levensnoodzakelijke arbeid, oorspronkelijk op het ritme van de natuur, maar in onze moderne samenleving meer en meer op de cadans van machines en technologie. Het leven van de arbeider heeft een cyclisch karakter van productie en verbruik, waarbij de

---

<sup>11</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 69

<sup>12</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 7

producten van arbeid als consumptiegoederen worden verbruikt voor de instandhouding van het leven zelf: ze worden als het ware gemetaboliseerd. Arbeid produceert dan ook verbruiksgoederen met een beperkte levensduur met de bedoeling om ze te verbruiken (consumptiemaatschappij). Daarbij dienen we er rekening mee te houden dat de 'overproductie' door arbeid van de ene mens het aan andere mensen mogelijk kunnen maken om zich te onttrekken aan arbeid, wat in de klassieke oudheid wereld mogelijk werd gemaakt door de arbeid van slaven. Het is deze natuurlijke overproductie die volgens Arendt in de moderne samenleving de basis vormt van het paradigma van de 'economische groei' en het verwerven van een maatschappelijk surplus aan welvaart en bezit. Het 'doelloze' want cyclische karakter van arbeid wordt daarbij als het ware getransformeerd tot een onnatuurlijk doel van steeds grotere maatschappelijke financiële vermogenswerving. Dit financiële doel verliest daarbij echter niet zijn in essentie nog steeds onbestendig, want consumptiegericht, doel. De gepercipieerde permanentie van welvaart is volgens Arendt slechts mogelijk door een continue herbevoorrading door het geproduceerde arbeids-surplus. Arendt wijst erop dat de moderne samenleving, onder andere door de onteigening en de vernietiging van het private domein in de moderne tijd, een samenleving van arbeiders is geworden, waar het verkopen van ons arbeidsvermogen ons bestaan dient te verzekeren.

Waar in de Griekse samenleving (*polis*) werd neergekeken op arbeid, wordt in de moderne samenleving de productiviteit van arbeid geprezen: "The contempt for labor in ancient theory and its glorification in modern theory both take their bearing from the subjective attitude of the laborer, mistrusting his painful effort or praising his productivity."<sup>13</sup> De lage status van arbeid verwijst volgens Arendt naar het buiten-wereldlijke karakter ervan of *worldlessness* in tegenstelling tot het wereldlijke karakter van handelen of *worldliness* dat verwijst naar de intermenselijke *common world*.

De moderne samenleving wordt gekenmerkt door de triomf van de arbeid en de teloorgang van de andere aspecten van de *vita activa*. Hierdoor worden de vitale krachten van arbeid en de bijhorende consumptiecyclus als het ware losgelaten op

---

<sup>13</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 93

de (organisatie van) de samenleving: "Only when the *vita activa* had lost its point of reference in the *vita contemplativa* could it become active life in the full sense of the word; and only because this active life remained bound to life as its only point of reference could life as such, the laboring metabolism of man with nature, become active and unfold its entire fertility."<sup>14</sup>

### 1.2.2 Werken

Werken is voor Hannah Arendt de activiteit die gericht is op het creëren van een stabiele vermenselijkte leefomgeving, onttrokken aan de vergankelijkheid van de natuur. Door het werken kan de mens het cyclisch karakter van zijn natuurlijk bestaan als het ware lineariseren<sup>15</sup>. Het doel (*telos*) van werken is het maken van een leefomgeving als stabiele achtergrond waartegen ons leven zich afspeelt. Het doel is de vermenselijking van onze leefomgeving (reïficatie) door ze een zekere duurzaamheid te geven en ze daardoor te onttrekken aan de vergankelijkheid van het natuurlijke bestaan. Hiervoor creëren we artefacten (voorwerpen, cultuur) die worden onttrokken aan de natuurlijk cyclus van leven en dood in de natuur. Op die manier ontstaat een materiële en ook culturele achtergrond waarmee we een omgeving scheppen die stabiliteit en bestendigheid geeft aan het menselijk bestaan. Bij het maken van artefacten heeft de maker (*craftsman*) een doel (*telos*) en model voor ogen en onttrekt daarvoor grondstoffen aan de natuur. De natuur wordt geweld aangedaan om het gestelde doel te bereiken, wat werken een destructief karakter geeft. Het doel heiligt daarbij de middelen vanuit een utilitaire of doel-middel logica. De geproduceerde artefacten hebben als gebruiksgoederen, in tegenstelling tot de producten van arbeid, een zekere duurzaamheid die het individuele leven overstijgt en die daardoor een vorm van bestendigheid bieden als achtergrond voor de vergankelijkheid van het individuele menselijke leven dat biologisch in tijd een ruimte beperkt is.

Werken is niet gericht op levensonderhoud, maar op het produceren van duurzame artefacten. Werken gebeurt volgens Hannah Arendt door de *homo faber*, gedreven

---

<sup>14</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 320

<sup>15</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. blz. 32

door het doel dat deze zich stelt en redenerend vanuit een utilitaire logica. Door duurzame gebruiksgoederen te produceren probeert de mens te ontkomen aan de natuurlijke levenscyclus zonder bestendigheid. Werken produceert de artefacten die de achtergrond van permanentie en duurzaamheid verschaffen voor het leven van de individuele mens, maar ook dat van de mens als soort. Hiermee creëren we een voorgrond van duurzaamheid tegen de achtergrond van natuurlijke vergankelijkheid. De artefacten die door werken worden geproduceerd kunnen zowel een materieel als immaterieel karakter hebben en gaan deel uitmaken van de culturele ruimte waarin we als individuen worden geboren en ons leven doorbrengen. Naast duurzame gebruiksgoederen hoort ook kunst tot de culturele achtergrond die werken oplevert, waarbij kunstscheppingen door hun nutteloosheid een grote duurzaamheid vertonen en hun invloed zich over een zeer lange periode kan uitstrekken. Terwijl arbeiden een circulair en repetitief karakter heeft, is werken lineair en doelgericht. Een mens wordt dan ook niet geboren in een ongedefinieerde aan plaats en tijd onttrokken niets, maar wordt door zijn/haar omgeving beïnvloed. De wereld waarin een mens wordt geboren is dan ook niet leeg, maar wordt gevormd door de materiële en immateriële omgeving waarbinnen een mens wordt geboren en zijn/haar leven leeft. Deze gepercipieerde leefomgeving heeft mede een constituerende invloed op het leven dat een mens zal kunnen leiden.

### 1.2.3 Handelen

Het is pas door het handelen dat een mensenleven pas echt menselijk wordt. Handelen is de bij uitstek intermenselijke activiteit en wordt voor Hannah Arendt gekenmerkt door nataliteit en pluraliteit. Met nataliteit bedoelt Hannah Arendt dat met de fysieke geboorte van een mens en vooral het intreden in de mensengemeenschap telkens een nieuw begin mogelijk is. Hannah Arendt maakt een onderscheid tussen de fysieke geboorte (eerste geboorte) die traditioneel plaatsvond in de privésfeer van de familie en de tweede geboorte, waarbij een individu toetreedt tot de publieke ruimte van de publiek-culturele wereld (agora). De intrede in de publieke ruimte doen we als mens door het spreken van woorden en het stellen van daden: "With word and deed we insert ourselves into the human world, and this insertion is like a second birth, in which we confirm and take upon

ourselves the naked fact of our original physical appearance.”<sup>16</sup> Handelen is dan ook de activiteit waarin een individuele mens zich toont als individu vanuit zijn eigen unieke levensconditie en persoonlijke visie hoe de wereld aan hem/haar verschijnt (*dokei moi*). Dit zich kunnen maar ook mogen tonen aan medemensen als individu (persoon) in een vrije ruimte maakte voor Hannah Arendt het publieke leven uit in de Griekse *polis*.

De geboorte (nataliteit) van elk nieuw menselijk individu schept de voorwaarde voor een nieuw begin door handelen, wat Hannah Arendt verstaat onder nataliteit oftewel het geboren worden in de menselijke gemeenschap door iets nieuws te beginnen, door een handeling te stellen<sup>17</sup>. De fysieke geboorte gaat daarbij vooraf aan de geboorte door te handelen, waarbij elke geboorte telkens iets nieuws en onvoorspelbaar in de wereld brengt. Deze zin voor of beter gezegd deze mogelijkheid tot initiatief nemen of nataliteit geeft aan handelen een centrale betekenis als politieke activiteit par excellence, in tegenstelling tot tot moraliteit of het *memento mori* in de Westerse metafysica. Is de nataliteit het centrale kenmerk van de *vita activa*, dan is het *memento mori* het centrale kenmerk van de *vita contemplativa*.

Met het begrip pluraliteit verwijst Arendt naar de uniciteit van iedere mens. Daarbij verwijst pluraliteit zowel naar gelijkheid als onderscheid<sup>18</sup>. Pluraliteit of het interindividueel verschillend zijn, is een conditie van ons menszijn, omdat we als mens nooit samenvallen met gelijk welke andere mens die leeft, geleefd heeft of ooit zal leven. Een samenleving wordt dan ook niet gevormd door ‘de mens’, maar door individuele ‘mensen’. Deze uniciteit komt maar tot uiting in de mate waarin we ons tonen aan onze medemensen als persoon. Ons leven komt maar tot zijn volle ontplooiing in de mate waarin we ons vrij mogen en kunnen tonen of openbaren aan onze medemensen, of met ander woorden in de mate waarin we ten volle als vrije mensen kunnen en mogen handelen. Leven, als we teruggrijpen naar de definitie ervan door de Romeinen, is dan een ‘tussen de mensen zijn’ (*inter*

---

<sup>16</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 176

<sup>17</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 9

<sup>18</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 175

*homines esse*) en sterven is een 'niet meer tussen de mensen zijn' (*inter homines esse desinere*). Deze pluraliteit vraagt om in relatie te gaan met de medemens om zichzelf te ontplooien. Menswording is een 'in relatie' worden of bestaan en zonder deze intermenselijkheid is wel een menselijk bestaan maar geen bestaan als mens mogelijk.

Handelen maakt voor Hannah Arendt dan ook het derde onderdeel uit van de *vita activa*. Voor Hannah Arendt is handelen de activiteit waarin een mens zich kan tonen aan zijn/haar medemensen kan tonen als wie hij/zij is. Door te handelen tonen we aan andere mensen hoe de gemeenschappelijke wereld (*common world*) aan onszelf verschijnt (*dokei moi*). Dit verschijnen en de 'common sense' die vanuit deze individuele gerichtheid op een aan ons allen verschijnende gemeenschappelijke wereld ontstaat bouwt de *common world* op waarin we als mens, ook mens kunnen zijn. Dat verwijst volgens Arendt naar het wereldlijke karakter van handelen of de *worldliness* ervan. Handelen is gerelateerd aan de begrippen nataliteit (geboren worden) en pluraliteit en schept de voorwaarde voor het bestaan van een menselijke geschiedenis, dit is het overstijgen van het individuele biologische menselijke bestaan. Handelen is datgene waarin we ons als individu (mens) in de publieke ruimte manifesteren en waarin de pluraliteit van individuele mensen binnen de mensheid zichtbaar wordt. Handelen vergt daarbij een moedig opkomen voor zichzelf als individu en zich tonen in het publieke debat waarmee we gestalte geven aan de publieke ruimte (*common world*) van onze samenleving. Om te kunnen handelen, moeten we de stap durven en kunnen zetten vanuit het private naar het publieke domein.

Handelen heeft voor Arendt twee aspecten, namelijk *praxis* (handelen) en *lexis* (spreken)<sup>19</sup>. Het spreken verwijst naar de menselijke pluraliteit, omdat woorden communicatie mogelijk maken tussen mensen en die zich zonder taal niet aan mekaar kunnen tonen. Door te spreken beantwoorden we de vraag die anderen over ons stellen, namelijk wie je bent. Daarbij zijn de anderen de spiegel waardoor we onszelf beter leren kennen, zonder dat we onszelf echter helemaal kunnen

---

<sup>19</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. blz. 34

doorgronden. Anderen zien daarbij onze *daimon* bij onze zelfonthulling, die echter voor onszelf verborgen blijft volgens Arendt.

De onderliggende ontologische verhouding tussen arbeiden, werken en handelen is er een van toenemende vrijheid. Waarbij werken de gepercipieerde ongewenste gevolgen van het leven van het *animal laborans* in zekere zin remedieert, zo remedieert handelen de doel-middel logica van de *homo faber*. Voor handelen is er geen verdere menselijke activiteit meer die de ongewenste gevolgen van handelen kan remediëren, deze gevolgen kunnen slechts worden opgevangen binnen het handelen zelf, namelijk door beloven en vergeven. Een handeling creëert onvoorziene gevolgen die de actor niet in de hand heeft eenmaal de handeling is gesteld. Beloven remedieert de onvoorspelbaarheid en vergeven remedieert de ongewenste gevolgen van de daad.

Alhoewel iedere individuele mens in de wereld komt met de drie activiteitsvormen als aspecten van zijn bestaan, overstijgt de menselijke levensconditie deze individuele gegevenheid. De conditionaliteit van het individuele bestaan ondergaat steeds de invloed van de reeds gecreëerde menselijke omgeving waarin het individuele bestaan wordt geworpen. Het werken van de voorgaande generaties heeft daarbij een mogelijkheid in tijd en ruimte maar ook beperking geschapen, die de materiële en culturele achtergrond zal vormen waartegen ieder individueel leven zich afspeelt. De wisselwerking tussen de vermenselijkte leefomgeving, gevuld met door mensenhanden gemaakte artefacten, werd gemaakt door mensen maar maakt op zijn beurt de mensen die in deze omgeving tot bestaan komen. De elementen van deze menselijke omgeving worden op hun beurt actoren die het bestaan van de mensen die zij omgeven, mee vorm geven. In die zin is elk individueel leven een conditioneel in tijd en ruimte bepaald leven en geen onbepaaldheid of volledig vrij bestaan los van de tijd en ruimte waarin het zich ontwikkelt. De menselijke levensconditie overstijgt de gegevenheid van de menselijke natuur als biologisch wezen en is een resultante van het arbeidende, werkende en handelende vermogen van de individuele mens in relatie tot de omgeving waarin deze menselijke activiteiten zich ontwikkelen.



De levenscondities bepalen een individueel mens nooit helemaal en zijn dan ook onvoldoende elementen om ons een volledig beeld en inzicht te geven in wat de bepalende elementen zijn of het bepalend element is van een mens. Elke poging om de essentie van de menselijke natuur te vatten voorbij de grenzen van de menselijke conditie komt uit op het creëren van een geïdealiseerde of vergoddelijkte visie op de mens zoals de God van de filosofen die een menselijk ideaalbeeld weerspiegelt in tegenstelling tot door de menselijke conditie gevormde individuele mens.

## 1.3 De Vita Activa en de moderne tijd

### 1.3.1 De omwenteling

In het laatste deel van *The Human Condition* gaat Arendt in op de gevolgen van het moderne wereldbeeld op de samenleving en op het leven van de individuele mens, zowel in het publieke als het privé-domein<sup>20</sup>. Zij onderscheidt daarbij drie gebeurtenissen die hun stempel hebben gedrukt op onze moderne samenleving: de ontdekking van Amerika door Columbus, de opkomst van het Protestantisme en de uitvinding van de telescoop als wetenschappelijk instrument door Galileo Galilei. Al deze maatschappelijk transformaties hebben ieder op zich een invloed op de levensomstandigheden van de individuele mens.

De ontdekking van Amerika zal leiden tot een vervreemding tussen mens en aarde. De concrete aan plaats en tijd gebonden leefwereld wordt vervangen door een abstracte cartografische wereldbol die losstaat van de directe leefomgeving van de individuele mens. Om deze nieuwe abstracte wereld te bewonen werden we een vreemde in onze eigen plaatselijke omgeving: "It is in the nature of the human surveying capacity that it can function only if man disentangles himself from all involvement in and concern with the close at hand and withdraws himself to a distance from everything near him."<sup>21</sup> Het cartografisch objectieve verving het

---

<sup>20</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 248 t.e.m. 325

<sup>21</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 251

persoonlijke lokale en vervreemde de individuele mens van zijn concrete leefomgeving (*world alienation*).

De opkomst van het Protestantisme en de bijhorende Protestantse ethiek (*innerworld ascetism*) leidde volgens Arendt tot de opkomst van het kapitalisme<sup>22</sup>. Hierin volgt ze de opvattingen van Max Weber over de relatie tussen Protestants ascese en de opkomst van het kapitalisme (*innerworld ascetism*)<sup>23</sup>. De opkomst van het kapitalisme en het verval van de feodale, land-gebonden, samenleving, leidde tot de onteigening van de landelijke bevolking wat uiteindelijk leidde tot de transformatie van de samenleving tot een samenleving van bezitloze arbeiders (loonslaven) en het verlies van een duurzame leefomgeving. Deze arbeiders-samenleving is gericht op het cyclische productie- en consumptieproces en levensonderhoud. Dit leidde uiteindelijk tot de triomf van de *animal laborans* (arbeider) op de *homo faber* (ambachtsman). Deze kapitalistische economie drijft op het streven naar productiviteit en de bijhorende kostenbesparing in een eindeloos voortdraaiende cyclus van productie en herinvestering in het productieapparaat; economisch groei vormt het centrale paradigma van de kapitalistische staatsvorm. Het levensdoel van *animal laborans* (consumenten) is uiteindelijk het doel van de hele samenleving geworden, ten koste van de andere levensdomeinen, het werken en handelen.

De consumptiemaatschappij gedraagt zich als een groot metaboliserend organisme, dat gevangen zit in een eindeloos voortbewegende cyclus van productie en consumptie. Het biologisch leven zelf, is daarbij het belangrijkste doel van het bestaan geworden en de productie van goederen is dan ook primair gericht op consumptie. De consumptiemaatschappij vernietigt daarbij alles wat op haar weg komt, niet in het minst de intermenselijke relaties. Arbeiden sticht nooit een wereld (*common world*), maar richt deze ten gronde: "De kwestie is dat een consumptiemaatschappij onmogelijk kan weten hoe zorg te dragen voor een

---

<sup>22</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 251

<sup>23</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 251

wereld, aangezien haar centrale houding ten aanzien van alle objecten – de consumptieartikelen – de ondergang betekent van alles wat zij aanraakt.”<sup>24</sup>

De Copernicaanse wetenschappelijke revolutie die werd ingezet door Galilei en zijn hoogtepunt bereikte bij Isaac Newton, leidde tot de transformatie van het geocentrische naar het heliocentrische wereldbeeld met verstrekkend gevolgen voor de positie van de mens in deze getransformeerde kosmos. De ons omringende wereld werd niet langer gezien en beschouwd op basis van onze zintuiglijke waarneming en een menselijk perspectief, maar vanuit een abstract mathematisch model. De waarnemingen van Galilei met de telescoop toonden aan dat de hemel en de aarde niet fundamenteel verschilden zoals in het Ptolemeïsche en Aristotelische wereldbeeld, maar een kosmische eenheid vormden.<sup>25</sup> De gevolgen van de moderne wetenschappelijke ontwikkelingen zullen uiteindelijk leiden tot een dubbele terugtrekking van de mens uit de waargenomen wereld en een dubbele vervreemding. Enerzijds het zich terugtrekken uit de waarneembare wereld van onze zintuigen door Descartes in de innerlijke leefwereld en anderzijds een vervreemden van de aarde naar een kosmisch gezichtspunt op onze aarde (buitenaards Archimedisch punt).

De moderne wetenschap heeft het concrete, met de zintuigen waargenomen, aardse perspectief ingeruild voor een universalistisch kosmisch perspectief en heeft daarbij een Archimedisch perspectief ontwikkeld dat buiten de concrete levensbeleving van de individueel levende mens staat. De mens werd een vreemde in de mathematische wereld van de wetenschap. De wetenschap heeft geleid tot een enorme toename van kennis, maar het persoonlijk menselijke leven zelf werd daarbij verbannen uit de geobjectiveerde mathematisch gemodelleerde wereld. De vraag naar het wezen van het leven (wat) werden vervangen door het hoe van de kosmische processen die de wereld (hoe).

---

<sup>24</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. Blz. 170

<sup>25</sup> Arendt, *The human condition*. Blz. 260

### 1.3.2 Eenzaamheid in de massamaatschappij

“De wereld waarvan mensen dachten dat ze in leefden - een wereld rijk aan kleur en geluid, geurig van geur, gevuld met blijdschap, liefde en schoonheid, overal sprekend van doelgerichte harmonie en creatieve idealen - was nu weggedrukt naar de kleinste hoekjes van de hersenen van verspreide organische wezens. De echt belangrijke wereld daarbuiten was een wereld die hard, koud, kleurloos, stil en dood was; een wereld van kwantiteit, een wereld van mathematisch berekenbare bewegingen in mechanische regelmaat.”<sup>26</sup>

Uiteindelijk leidden de handelingen die onze moderne consumptiemaatschappij vorm hebben gegeven, tot een samenleving waar mensen teruggeworpen worden op zichzelf. Het resultaat is een maatschappelijke woestijn bevolkt door vereenzaamde arbeiders (*jobholders*), ten gevolge van de teloorgang van de intermenselijke ruimte<sup>27</sup>. De resulterende eenzaamheid (*loneliness*), is het totale verlies van de gedeelde wereld (*common world*), en leidt tot een toestand waarin iemand niet langer in staat is om te handelen (*praxis, lexis*) en uiteindelijk niet meer in staat is om als een individu voor anderen te verschijnen. Wie niet als zichzelf kan verschijnen aan anderen, verliest uiteindelijk zichzelf.

De vereenzaming in onze moderne samenleving vindt plaats op twee domeinen, het private en het publieke. Er is de verschraving van het privé-domein onder andere door de toename van eenpersoonshuishoudens. De private ruimte, die de wieg van het leven en de persoonlijke familie- en liefdesbanden was, is nog slechts een rusthalte van en naar de dagelijkse arbeid. Hannah Arendt gaat niet voorbij aan het intermenselijk belang van de liefde voor het menselijk bestaan. Liefde is wereldloos (*worldless*) en heft het de distantiërende ruimte van het *inter esse* op en kan zich enkel manifesteren buiten de publieke ruimte (agora, wereld) in de private wereld (oikos). Liefde verdraagt geen daglicht: “For love, although it is one of the rarest occurrences in human lives, indeed possesses ... an unequaled clarity

---

<sup>26</sup> Burt, *The Metaphysical Foundations of Modern Science*. blz. 238-239

<sup>27</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. Blz. 173

of vision for the disclosure of who, precisely because it is unconcerned to the point of total unworldliness with what the loved person may be, with his qualities and shortcomings no less than with his achievements, failings, transgressions.”<sup>28</sup> De publieke ruimte is ingenomen door en voor arbeid, als onderdeel van de socialisatie van de publiek ruimte, en de begeleidende marginalisatie van de ‘intermenselijke ontmoeting’ (*inter esse*) op de ‘agora’. We worden in de oceaan van de moderne massamaatschappij omringd door geïsoleerde menselijke eilanden, waartussen de bruggen worden weggeblazen door de storm van de moderniteit. De toenemende vereenzaming vergroot daarbij de kans op sociale problemen en fysieke en geestelijke gezondheidsproblemen.

Het is in deze moderne samenleving dat de moderne gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld. Enerzijds is er de verarming van menselijke relaties en bijhorende vereenzaming met zijn invloed op het welzijn en de gezondheid van het individu. Anderzijds is er de socialisatie van de samenleving die ook de organisatie van de gezondheidszorg doordringt. Taken die in de klassieke samenleving tot het privédoain (*oikos*) behoorden, worden nu door de georganiseerde gezondheidszorg opgenomen. Op zich vormt de gezondheidszorg dan ook een microkosmos van de maatschappelijk evoluties die zich in de moderne tijd hebben voorgedaan.

### 1.3.2 ‘Loneliness’ versus ‘solitude’

Voor wat betreft vereenzaming moeten we voor alle duidelijkheid wel een onderscheid maken tussen eenzaamheid (*loneliness*) en alleen zijn (*solitude*). Het is de *loneliness* van de vereenzaamde mens en zijn kwalijke gevolgen die een rol speelt in de gezondheidstoestand van een mens. Eenzaamheid heeft te maken met vereenzaming door het verliezen van betekenisvolle menselijke relaties en sociale contacten. Alleen zijn als bewuste keuze heeft echter te maken met zich bewust terugtrekken uit de publieke ruimte voor reflectie, om een innerlijke (Socratische) dialoog met zichzelf voeren. Voor Arendt is deze zelfreflectie (contemplatie) een

---

<sup>28</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 242

vorm van handelen in een innerlijke dialoog met zichzelf, als voorbereiding en herbronning alvorens zich naar het publieke leven te begeven. Ze citeert daarvoor op het einde van *The Human Condition* de volgende uitspraak van Cato uit *De Officiis* van Cicero: "Numquam se plus agere quam nihil cum ageret, numquam minus solum esse quam cum solus esset"<sup>29</sup>. Voor Arendt is het *bios theoretikos* of *vita contemplativa* een innerlijke dialoog en als dusdanig een vorm van actief handelen. Deze solitude is niet hetzelfde als de loneliness van de vereenzaamde mens in de moderne massasamenleving. Vereenzaming is een onderdeel van de teloorgang van de volheid van de *vita activa*, terwijl solitude integendeel een verrijking is voor het *vita contemplativa* als de metgezel van de *vita activa*. Contemplatie uit liefde voor de wereld is een verrijking voor de wereld en geen verarming van het leven.

---

<sup>29</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 325

## Hoofdstuk 2 De moderne gezondheidszorg

### 2.1 Moderne gezondheidszorg en publieke versus private leven

Onze moderne gezondheidszorg heeft zich ontwikkeld vanuit onze moderne samenleving en is dan ook een begeleider van het maatschappelijke transformatieproces dat zich in de moderne tijd heeft voorgedaan en dat Hannah Arendt heeft beschreven in *The Human Condition*. De organisatie van de gezondheidszorg maakt dan ook integraal deel uit van de socialisatie van de publieke en private ruimte. Er doen zich daarbij in de gezondheidszorg met betrekking tot patiënten twee bewegingen voor. Enerzijds de patiënt die in toenemende mate wordt gezien als een zorgconsument in een zorgmarkt, waarbij gezondheid wordt gedefinieerd als "het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven."<sup>30</sup>. Anderzijds is er de toenemende vereenzaming door de maatschappelijke evolutie van een toenemende individualisatie en sociale isolatie, waar vooral chronisch zieken en ouderen het slachtoffer van worden (maatschappelijke desertificatie)<sup>31, 32</sup>.

#### 2.1.1 Begin en einde van het leven

Geboren worden en sterven zijn beide onafscheidelijke begeleiders van het menselijk bestaan als levend wezen. De moderne geneeskunde heeft de overlevingskansen voor moeder en kind bij de geboorte in toenemende mate steeds verder verbeterd. Voor de periode 2012-2016 bedroeg de moedersterfteratio voor België slechts 3,7 sterfgevallen per 100.000 levendgeborenen<sup>33</sup>. In 2017 bedroeg de perinatale sterfte voor pasgeborenen in Vlaanderen 6,6 per duizend<sup>34</sup>. Op medisch-technisch gebied kunnen we in België

---

<sup>30</sup> Rademakers, *De actieve patiënt als utopie*. blz. 4

<sup>31</sup> Alpass en Neville, "Loneliness, health and depression in older males".

<sup>32</sup> Berding, *Aan het werk met Hannah Arendt*. blz. 101

<sup>33</sup> "Moedersterfte voor de periode 2012-2016".

<sup>34</sup> Devlieger e.a., "Jaarrapport 2017 Studiecentrum Perinatale Epidemiologie".

en Vlaanderen dan ook spreken van een goede perinatale zorgverlening voor moeder en kind.

De situatie van het privéleven van het gezin is echter een ander verhaal geworden in de moderne samenleving. Het privédomein had volgens Hannah Arendt in de klassieke samenleving een sacraal karakter, omdat het privédomein het domein was van geboorte en dood, het begin en het einde van een mensenleven<sup>35, 36</sup>. Het privédomein vormde de (levensnoodzakelijk) donkere keerzijde van het publieke domein. Daar dienden zich die aspecten van het leven af te spelen die omwille van hun aard niet voor het publieke domein bedoeld waren, maar wel belangrijk voor het welzijn en geluk van een mens. Wanneer deelname aan het publieke leven het hoogste was wat een mens kon bereiken, betekende het verstoken zijn van een eigen private plek op de wereld evenwel dat men niet langer mens was<sup>37, 38</sup>. Geboorte en dood en dood behoren tot het privédomein omwille van hun ondoorgrondelijk mysterie dat ondoordringbaar is voor het menselijk intellect. De mens weet niet waar hij vandaan komt als hij wordt geboren en evenmin waar hij heen gaat als hij sterft<sup>39</sup>.

De moderne samenleving en onze omgang met geboorte en dood heeft deze meest intieme gebeurtenissen gemedicaliseerd, gesocialiseerd en als het ware gedesacraliseerd. Een geboorte betekent voor jonge ouders niet meer een moment om voluit een nieuw leven te verwelkomen, maar eerder een zorg extra om een evenwicht te vinden tussen hun privéleven en hun werk. De problemen voor tweeverdieners om een evenwicht te vinden tussen werk en gezin zijn wijdverspreid in de moderne (Europese) samenleving<sup>40</sup>. De geboorte van een kind betekent de zorg om voor een crèche te zorgen en na de geboorte terug aan de slag te gaan, ondanks alle initiatieven die worden genomen voor ouderschapsverlof en dergelijke. We worden ook niet meer thuis geboren, maar in een ziekenhuis,

---

<sup>35</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 62

<sup>36</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. blz. 75

<sup>37</sup> Arendt, *The human condition*. bz. 64

<sup>38</sup> De Schutter en Peeters, *Hannah Arendt: Politiek denker*. blz.75

<sup>39</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 62-63

<sup>40</sup> Crompton en Lyonette, "Work-Life 'Balance' in Europe".



waar omwille van de verkorting van de ligduur, de jonge moeder gemiddeld reeds na drie dagen naar huis wordt ontslagen (ongecomplieerde bevalling). De jonge ouders worden thuis niet langer omringd door hun familie, maar staan er als 'nucleair gezin' alleen voor. Een vroedvrouw komt nog een tijdje langs voor de dagelijkse zorgen toe te dienen voor moeder en kind. Thuiszorg, ouderverlof en crèches zijn daarbij een uiting van een gesocialiseerde gezondheidszorgpolitiek die de levenssfeer van het privé domein heeft overgenomen.

Een gelijkaardig fenomeen doet zich voor met betrekking tot het levenseinde. In 2017 bedroeg de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in België 81,4 jaar<sup>41</sup>. We leven langer, maar sterven eenzamer en meer gemedicaliseerd. Ook hier heeft de geneeskunde en belangrijke bijdrage geleverd tot een langere levensverwachting. Meisch-technisch en in aantal levensjaren zijn we er zeker op vooruit gegaan. Ook hier is er echter aan inhoudelijke levenskwaliteit ingeboet. Sterven is in onze moderne samenleving vaak een eenzame gebeurtenis geworden, zowel voor de stervenden als diegenen die hem/haar omringen en verzorgen<sup>42</sup>. Eenzaamheid heeft ook hier te maken met het onttrokken worden uit zijn/haar sociaal netwerk. We sterven ook vaker in een ziekenhuis dan thuis<sup>43</sup>. In 2016 overleden 49,9% van de Vlamingen in het ziekenhuis, 20,2% in een woonzorgcentrum (WZC) en slechts 26,0% overleden thuis<sup>44</sup>. De medische begeleiding om het lijden te verzachten op het levenseinde zijn verbeterd tegen vroeger, maar de dehumanisering van het levenseinde is een probleem voor de moderne geneeskunde (therapeutische hardnekkigheid). De humane begeleiding van de stervende en de nabestaanden en hen de privéruimte geven om deze levensfase door te gaan is een probleem geworden voor de moderne samenleving. Een maatschappelijk aanvaarde zichtbare rouwperiode waarin we het verlies kunnen verwerken is uit de moderne samenleving verdwenen.

Niet alleen leidt sterven tot vereenzaming, vereenzaming leidt ook tot sterven. Meer nog dan op het platteland is onze verstedelijkte omgeving een sociaal

---

<sup>41</sup> StatBel, "Sterftetafels en levensverwachting".

<sup>42</sup> Rokach e.a., "The loneliness experience of the dying and of those who care for them".

<sup>43</sup> Clark, "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying".

<sup>44</sup> Zorg en gezondheid, "Plaats van overlijden (2016)".

verarmde omgeving geworden, waar vooral ouderen en sociaal kwetsbaren het slachtoffer van zijn<sup>45</sup>.

De verschaalde omgang met geboorte, leven en dood leidt noodlottig tot een gevoel van onvervuldheid en desolaatheid. De meest persoonlijke aspecten van het leven zijn volgens Hannah Arendt opgenomen in een utilitair samenlevingsmodel, waar voor het (klassieke) private nauwelijks nog plaats is: "instrumentalization of the whole world and the earth, this limitless devaluation of everything given, this process of growing meaninglessness where every end is transformed into a means"<sup>46</sup>.

Vereenzaming en sociale isolatie gaan ook in toenemende mate een rol gaan spelen tijdens het leven, dus niet allen bij het begin en einde van het leven. Volgens een recent rapport van de EU verklaren ongeveer 7% van de Europese volwassenen (ongeveer 30 miljoen mensen) frequent eenzaam te zijn<sup>47</sup>. Een slechte gezondheid, socio-economische uitsluiting en eenpersoonsgezinnen dragen bij tot een gevoel van eenzaamheid. Eenzaamheid heeft daarbij een belangrijke impact op het welzijn en de sociale cohesie. Het mortaliteitsrisico van eenzaamheid wordt zelfs vergelijkbaar gesteld met obesitas en roken<sup>48</sup>.

Chronische aandoening leiden tot sociale uitsluiting, wanneer de zieke niet meer kan deelnemen aan het arbeidsproces. In onze moderne samenleving wordt de publieke ruimte namelijk ingenomen door arbeiders (jobholders)<sup>49</sup>. Wie niet langer kan deelnemen aan het arbeidsproces raakt dan ook gemakkelijk sociaal geïsoleerd. In België bestaat een derde (34%) van de gezinnen uit eenpersoonshuishoudens (Census 2011, België). Wanneer iemand in die situatie ziek valt, dan is er thuis geen persoonlijke opvang. Thuiszorg en huishoudhulp kan dan wel de zorg en verzorging van de zieke patiënt opnemen, maar scheidt

---

<sup>45</sup> Klinenberg, "Dying Alone: The Social Production of Urban Isolation".

<sup>46</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 199

<sup>47</sup> Wilikens, "2017 Fairness Report 'What Makes a Fair Society? Insights and Evidence'".

<sup>48</sup> Wilikens, "2017 Fairness Report 'What Makes a Fair Society? Insights and Evidence'".

<sup>49</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 319

daardoor nog geen volwaardige thuisomgeving. De sociale organisatie van onze maatschappij neemt dan de rol over die volgens Arendt in de klassieke samenleving door de leden van het huishouden (*oikos*) werd opgenomen. De moderne thuissituatie biedt hierdoor geen veilige haven meer, waarin iemand zich kan terugtrekken voor die aspecten van het leven die in de veilige geborgenheid van de privésfeer dienen plaats te vinden.

Wie door ziekte of door ouderdom niet langer in staat is om deel te nemen aan het arbeidsproces en uit het publieke domein valt, staat dan buiten de samenleving en raakt sociaal geïsoleerd. De familieleden die alleen of als aanvulling van professionele thuiszorg inspringen voor een ziek familielid, zijn eveneens kwetsbaar voor vereenzaming en sociale uitsluiting<sup>50</sup>. Voor mantelzorgers heeft de zorgsituatie namelijk ook een belangrijke impact op hun leven. Ze verliezen sociale contacten, worden geconfronteerd met de complexiteit van de zorg-organisatie, de combinatie met het eigen gezin, enz.<sup>51</sup>. Zowel voor een zieke persoon als voor diegenen die hem/haar met zorgen omringen betekent de zorgsituatie een zich terugtrekken uit de publieke sfeer en sociaal isolement.

Naast ziekte vormt ouderdom een bijkomend risico voor sociaal isolement, wat in een aantal gevallen gecombineerd wordt met een tanende gezondheid. Het belang van sociale integratie voor het welzijn van ouderen wordt ondertussen erkend als een belangrijk probleem voor onze moderne samenleving<sup>52</sup>. Eenzaamheid leidt tot gezondheidsproblemen, die dan wel medisch kunnen worden behandeld, maar daarmee wordt het fundamentele maatschappelijk probleem niet aangepakt<sup>53</sup>. Dat vereenzaming kan ontstaan is een ziekte van onze samenleving, niet de vereenzaamde persoon op zich.

---

<sup>50</sup> Proot e.a., "Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity".

<sup>51</sup> Dely, Verschraegen, en Steyaert, *Ik, jij, samen mens*. Blz. 66

<sup>52</sup> Cattan e.a., "Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions".

<sup>53</sup> Cacioppo e.a., "Loneliness and Health: Potential Mechanisms".

Van de premoderne meer-generatie-gezinnen zijn de familiebanden in onze moderne samenleving versplinterd tot het nucleaire gezin en zelfs tot eenpersoonshuishoudens. De zorgen die gezinsleden vanuit een intergenerationale solidariteit uitoefenden zijn gesocialiseerd en worden nu verleend door onderdelen van de sociale zorgvoorzieningen. Naarmate de sociale cohesie afneemt, worden meer en meer taken overgenomen door professionele zorgverleners, met daarbij een toenemende moneterisering van de te verlenen zorg en bijstand. De gezondheidszorg en sociale hulpverlening kunnen dan wel de gezondheidsproblemen van de individuele patiënt behandelen, maar niet de fundamentele aandoening waar de moderne samenleving aan lijdt.

In dit hoofdstuk heb ik het contrast laten zien tussen de statistische gegevens die die aantonen wat er mede door de moderne gezondheidszorg is bereikt enerzijds en anderzijds de maatschappelijke tendens rond vereenzaming. Hiermee verwijs ik enerzijds naar het leven als hoogste goed in de moderne samenleving, zoals Arendt dat beschrijft in *The Human Condition*<sup>54</sup> en de triomf van de statistische verovering van de gesocialiseerde massamaatschappij. De term samenleving is geen correcte weerspiegeling van de moderne levenswijze, het is eerder een apart leven geworden van op zichzelf teruggeworpen individuen.

### 2.1.2 De patiënt als consument

In *The Human Condition* beschrijft Hannah Arendt de ontwikkeling van de samenleving tot een consumptiemaatschappij, waarbij alles in het teken komt te staan van een zichzelf onderhoudende keten van productie van verbruiksgoederen en verbruiksdiensten en hun consumptie om het systeem in stand te houden<sup>55</sup>. De ideale patiënt wordt dan ook vanuit een sociaal en markteconomisch oogpunt beschouwd als een zorgconsument, die de regie voert over zijn/haar leven<sup>56</sup>. De vereenzaamde, sociaal geïsoleerd patiënt valt daarbij uit de maatschappelijke boot en blijft onzichtbaar, in de coulissen van het maatschappelijk theater.

---

<sup>54</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 313

<sup>55</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 131

<sup>56</sup> Rademakers, *De actieve patiënt als utopie*. blz. 7

De ideale patiënt is de zelfstandige bewust levende en kiezende zorgconsument<sup>57</sup>. Het is deze patiënt die centraal komt te staan in de gezondheidszorg, de patiënt als consument. We dienen daarbij een onderscheid te maken tussen deze patiënt als zorgconsument en een patiënt als individu, als persoon. Een consumptie gestuurde gezondheidszorg opent deze voor markteconomisch denken en modelleren. Dit leidt uiteindelijk tot een eenzijdige en onpersoonlijk benadering van gezondheidszorg (dehumanisering). Er ontwikkelt zich een gezondheidszorg waar de patiënt als (kostenbewuste) zorgconsument, maar niet zozeer als persoon, centraal komt te staan. In het Engels maakt men in deze context een onderscheid tussen 'taking care' en 'caring about', waarbij 'taking care' het medisch en verpleegkundig verzorgen is met aandacht voor de praktische en technische vereisten van de zorgverlening. 'Caring about' daarentegen gaat over het menselijke aspect van de zorgrelatie, het respecteren van de patiënt als persoon, als menselijk individu. De organisatie van de gezondheidszorg speelt zich af tussen deze twee visies op de zorg, de zorgprocessen enerzijds (utilitair) en de patiënt als individu anderzijds (menselijk handelen) anderzijds. Vanuit het standpunt van de zorgverzekeraar en de patiënt kan gezondheidszorg worden aanzien als een verbruiks- of een gebruiksgoed. De verbruiksgoederen gaan van medicatie, wegwerpmaterialen over moderne digitale gadgets zoals smartwatches tot gebruiksgoederen bestaande uit de zorginfrastructuur van een samenleving (ziekenhuizen, overheidsinstellingen). Het individueel menselijke aspect blijft voor de *homo economicus* of de *homo faber* buiten beschouwing.

Eenzaamheid heeft naast een passieve betekenis (sociale isolatie en uitsluiting), ook een actieve betekenis (consumptie). De patiënt als consument valt namelijk terug op zichzelf als onderdeel van het arbeidsproces, waarbij consumptie de plaats gaat innemen van intermenselijke relaties. De betrokkenheid met de intermenselijke *common world* vervaagt door de focus op consumptie en de consument leeft teruggetrokken in de wereldloze omgeving van het *animal laborans* (*worldless*)<sup>58</sup>. Moderne massaconsumptie maakt daarbij deel uit van de

---

<sup>57</sup> Buitinga, "De zorgconsument extreem centraal".

<sup>58</sup> Arendt, *Hannah Arendt: The Last Interview: And Other Conversations*. blz. 34-35

historische ontwrichting van de onderlinge relatie tussen arbeiden, werken en handelen in onze moderne samenleving. Een volwaardig menselijk leven houdt echter een evenwicht en aandacht in voor zowel arbeiden, werken als handelen<sup>59</sup>.

De concrete levenssituatie van patiënten als zorgconsumenten speelt een belangrijke rol in het verloop van het hele zorgproces. Bij het onderscheiden van medische praktijken kunnen we een onderscheid maken tussen een zogenaamde *praxis aureum* en een *praxis pauperum*. In het eerste geval bestaat de patiëntenpopulatie voornamelijk uit gegoede burgers, terwijl in het tweede geval voornamelijk gaat over sociaal zwakkere patiënten. De ideale patiënt is het eerste type, goed opgeleid, zelfstandig en een bewuste consument van goederen en diensten. De tweede groep, bestaat eerder uit sociale kwetsbare patiënten, laag opgeleid, laag inkomen, ouderen, sociaal geïsoleerd, slecht behuisd, enz. De eerste groep zijn de patiënten die in hun levensonderhoud kunnen voorzien (arbeid, huishouden) en die daarnaast nog tijd en mogelijkheden hebben om zich op het politieke en publieke forum te manifesteren. Vaak beschikken ze ook over een hospitalisatieverzekering, waardoor hun keuzes voor gezondheidszorgen vrij zijn van financiële bekommernissen. De tweede groep kan nauwelijks de eindjes aan mekaar knopen en is ook minder zichtbaar op het publieke forum. Dat we hierdoor in feite terecht zijn gekomen in een klasse-geneeskunde wil niet iedereen weten hebben. Dat de overheid door de invoering van de maximumfactuur<sup>60</sup> (MAF) of de sociale derde betaler regeling<sup>61</sup> daaraan probeert te verhelpen, verandert de moeilijke thuissituatie niet fundamenteel. Bij zorgnood en zorgkeuzes speelt dan ook naast de biologische nood aan zorg, de financiële situatie van de individuele patiënt een belangrijke rol. De algemene leefsituatie van de individuele patiënt verandert ook niet fundamenteel door een extra subsidiëring vanuit de ziekteverzekering. Een maximumfactuur of sociale derde betaler regeling maakt van een sociaal zwakkere patiënt nog geen bewuste zorgconsument. Het ideaalbeeld van de bewust consumerende patiënt is dan ook slechts een ideaalbeeld dat een belangrijk deel van de bevolking (15% armoede in België) buiten beschouwing laat.

---

<sup>59</sup> Hurenkamp, Nierop, en Sie Dhian Ho, *Tegenwicht waarom waarden ertoe doen*. blz. 112

<sup>60</sup> RIZIV, "De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken".

<sup>61</sup> RIZIV, "Sociale derdebetaler: betaal uw huisarts enkel uw deel van de kosten".

## 2.1.2 De arts als producent

De maatschappelijke veranderingen en de bijhorende moderne gezondheidszorg hebben niet alleen een impact op het leven en welzijn van onze patiënten, maar ook op onze artsen en andere zorgverleners. Het beroep van arts komt daarbij steeds meer onder druk te staan<sup>62</sup>. Onder andere het consumentisme en de toenemende administratieve druk eisen hun tol. De arts-patiënt relatie evolueert steeds meer tot een verhouding tussen klant en zorgleverancier met de daarbij horende commerciële druk<sup>63</sup>. Burn-out bij artsen is onder andere hierdoor ondertussen uitgegroeid tot een globale epidemie<sup>64</sup>. Emotionele uitputting, depersonalisatie en zelfdepreciatie dragen bij tot het toenemend aantal gevallen van burn-out onder het artsenkorps<sup>64</sup>. Burn-out preventie dient dan ook deel uit te maken van het personeelsbeleid naar artsen toe in een modern ziekenhuis<sup>65</sup>. Artsen plegen ook meer zelfmoord dan de rest van de bevolking, onder andere ten gevolge van een onderkende en aanslepende depressie (VS)<sup>66</sup>. Zelfmoord is na ongelukken eveneens de belangrijkste doodsoorzaak bij studenten geneeskunde (VS)<sup>66</sup>. De werklast voor artsen valt niet te onderschatten en werkweken van meer dan 70 uur zijn dan ook geen zeldzaamheid. Alhoewel artsen zich inzetten voor de gezondheid van hun patiënten, kan je het uitoefenen van de geneeskunde op zich niet direct bevorderend noemen voor het welzijn en de gezondheid van de beroepsuitoefenaars.

Dat de hoge werkdruk (productiviteitsdoelstelling) en de nefaste gevolgen voor de *jobowner* past in het beeld dat Hannah Arendt schetst van de arbeidssituatie in onze moderne samenleving, maakt de situatie er niet minder pijnlijk om. Het zijn dan ook niet de artsen die dienen behandeld, maar wel de samenleving zelf, zo niet blijft het louter een *Kurieren am Symptom*.

---

<sup>62</sup> De Witte, Eecklo, en Vleugels, *Arts in het ziekenhuis, Een HR-perspectief*. blz. 54

<sup>63</sup> De Witte, Eecklo, en Vleugels, *Arts in het ziekenhuis, Een HR-perspectief*. blz. 55

<sup>64</sup> The Lancet, "Physician burnout: a global crisis".

<sup>65</sup> De Witte, Eecklo, en Vleugels, *Arts in het ziekenhuis, Een HR-perspectief*. blz. 162

<sup>66</sup> Andrew, Brenner, en others, "Physician suicide".

## 2.2 Moderne gezondheidszorg in de samenleving

### 2.2.1 Het sociale aspect

Naast het individuele aspect van ziekte en gezondheid voor de patiënt en de zorgverlener is er ook het publieke organisatorische aspect van gezondheidszorg. Hier treedt, net als in andere domeinen van de moderne samenleving, het procesmatige en consumptie-gerichte karakter van de moderne gezondheidszorg naar voren. Gezondheidszorg vormt een weerspiegeling van de ontwikkelingen die zich in onze moderne samenleving als geheel voordoen. Dé patiënt als zorgconsument maakt deel uit van de gezondheidszorg gepercipieerd als een zorgproces en vanuit een kosten-baten (utilitair) perspectief<sup>67</sup>. Het sociale domein gaat zich bezighouden met zorg-efficiëntie en -effectiviteit, vanuit een eerder economisch en utilitair perspectief. Gezondheidszorg wordt gezien als een proces dat wordt uitgebouwd vanuit een kosten-baten of doel-middel logica, waarbij een uniformering, kosten- en procesbeheersing in een moderne samenleving voorop komen te staan.

Gezondheidszorg vanuit een modern oogpunt gaat over de beheersing en bewaking van de kosten van een zorgproces, waarbij het zorgdoel zo efficiënt en effectief mogelijk dient te worden bereikt. Alhoewel we een verschuiving zien voor wat betreft de parameters waarop de gezondheidszorg wordt aangestuurd, blijft de onderliggende utilitaire processturing behouden. Volgens welke parameters of op welke schaal men het zorgproces ook stuurt, het blijft op maatschappelijk niveau een doel-middel logica. Het doel kan dan wel veranderen, maar de middelen worden er telkens aan aangepast. Het is dan ook zaak om telkens doorheen de *middelen-bomen* het *doel-bos* te zien.

Dat patiënten een eenzijdige utilitaire logica niet omarmen, mag blijken uit het volgende. Dat de nadruk op proces-zorg echter vanuit het perspectief van een patiënt en zijn/haar naasten, slechts een onderdeel is van zorg voor een mens

---

<sup>67</sup> Mack, "Utilitarian ethics in healthcare".



wordt geïllustreerd door de volgende uitspraak van een dochter (mantelzorger) waarvan de demente moeder in een woonzorgcentrum (WZC) verblijft: "Het is natuurlijk essentieel dat mensen goede zorg krijgen. Letterlijk dan. Dat ze gewassen worden, dat ze eten krijgen. Maar dat is voor mij maar de helft van het plaatje. De andere helft is aandacht voor de persoon zelf. Maar zoiets kan ook tijdens de zorg. Fysieke zorg een aandacht, dat is verbonden met elkaar."<sup>68</sup> De uitspraak van de dochter verandert wel niets aan het feit dat een woonzorgcentrum de zorg voor de moeder door professionele zorgverleners wordt geleverd en niet binnen de eigen familie.

Gezondheidszorg is een integraal onderdeel van het sociaal beleid en staatshuishouding binnen een moderne staatshuishouding. In de loop der tijd worden daarbij steeds bepaalde procesparameters benadrukt in functie van het politieke en maatschappelijke doel dat de overheid wil bereiken. Momenteel is het koppelen van kwaliteit-parameters aan kostenbeheersing in opmars: Accountability is in het huidige tijdperk van openbaarheid en transparantie in de gezondheidszorgsector een populair fenomeen. Pay for Quality (P4Q), een concept waarbij de vergoeding van de verstrekte zorg rechtstreeks wordt gelinkt aan het bereikte effect op structuur, processen/of uitkomstindicatoren, is één van de instrumenten die een dergelijke verantwoording mogelijk maken."<sup>69</sup> Gezondheid is daarbij een product in een bredere gezondheidsmarkt. Of gezondheidszorg nu geprivatiseerd is of van overheidswege wordt gefinancierd, verandert niets aan het onderliggende principe van een procesfinanciering. De impliciete maatschappelijke keuze die aan de basis ligt van de uitbouw van gezondheidszorg in een moderne samenleving wordt daarbij niet in vraag gesteld. Dat onze moderne gezondheidszorg in essentie procesmatig en utilitair wordt aangestuurd wil ik in de volgende paragrafen verduidelijken.

De moderne evolutie van een fee-for-service (zorgvolume) naar een fee-for quality (zorgkwaliteit) gaat in beide gevallen over procesfinanciering, waarbij in het eerste

---

<sup>68</sup> Dely, Verschraegen, en Steyaert, *Ik, jij, samen mens*. Blz. 19

<sup>69</sup> Annemans Lieven e.a., "Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België".

geval het volume dat het de gezondheidszorg kan leveren voorop staat en in het tweede geval het klinisch resultaat (procesparameters en outcome). De historische nadruk op fee-for-service had onder andere te maken met wat men noemt inkomenselasticiteit<sup>70</sup>. De maatschappelijke vraag naar meer gezondheidszorg neemt disproportioneel toe bij stijgende welvaart. De sterke stijging van de welvaart in de jaren zestig leidde tot een expansie van het volume aan gezondheidszorgdiensten (prestatiegeneskunde) en uitbouw van ziekenhuizen. Dit is ook te merken in en rond Antwerpen aan de datum van de eerstesteenlegging van verschillende Antwerpse ziekenhuizen in jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw. De verzadiging van de ziekenhuismarkt (ziekenhuisbedden) leidde vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw dan weer tot een toenemende trend naar kostenbeheersing om overconsumptie tegen te gaan (afbouw van ziekenhuisbedden). Het ontwikkelen van een methodologie om het aantal ziekenhuisbedden geleidelijk aan te verminderen door het financieringsmechanisme aan te passen, paste in dat kader (verantwoorde ligdagen en verantwoorde bedden). De laatste evolutie is de kanteling van de financiering van de gezondheidszorg naar meer aandacht voor kwaliteit (resultaat, *outcome*). Omdat *outcome* moeilijker meetbaar is, ligt daarbij de nadruk vooral op procesparameters (bij voorbeeld Vlaamse VIP<sup>2</sup> project).

Het is echter niet zomaar mogelijk om eenzijdig op kwantificeerbare procesparameters te sturen. Gezondheidszorg is multidimensionaal, omdat in de gezondheidszorg dé patiënt niet alleen als patiënt met een aandoening aanwezig is, maar ook als persoon. Tenslotte gaat het hier niet alleen om het overleven van de patiënt als biologisch wezen, maar ook als persoon. Gezondheidszorg is dan ook een multidimensionaal gebeuren, waarbij zowel intermenselijke aspecten tussen individuele mensen als kennis, vaardigheden en middelen een positieve bijdragen leveren tot het (over-)leven van een individuele patiënt. We behandelen niet enkel een appendix maar een persoon/individu met een appendicitis. Bij een patiënt met een blindedarmontsteking (appendicitis) is het van belang dat de artsen en de verpleegkundigen die instaan voor de diagnose en de behandeling beschikken over de nodige vaardigheden en middelen om de patiënt efficiënt en

---

<sup>70</sup> Crott Ralph e.a., "Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg." Blz. 6

effectief te behandelen. Daarnaast is het ook van belang dat de diagnose en behandeling worden begeleid door een respectvolle en humane houding naar de patiënt toe als medemens.

### 2.2.2 Maatschappelijke evolutie

Laat ik hier verder ingaan op de evolutie van de financiering van de gezondheidszorg in de moderne sociale context en dan voornamelijk de financiering van ziekenhuizen. De evolutie is een goede illustratie van het moderne utilitaire en objectieve denken dat de organisatie van de gezondheidszorg doordringt als onderdeel van een ruimere maatschappelijke evolutie zoals die wordt geschetst door Hannah Arendt in *The Human Condition*. We zien als het ware het utilitarisme en objectivisme in actie op weg naar een toenemende procescontrole.

De organisatie van de gezondheidszorg heeft socio-economische en dus sociale aspecten in de betekenis die Hannah Arendt geeft aan de sociale ruimte als onderdeel van de moderne staatshuishouding. Net zoals de staatshuishouding is moderne gezondheidszorg een resultaat van de sociale ontwikkelingen in de Westerse samenleving, waarbij de socialisering van gezondheidszorg een relatief recente ontwikkeling is, vergeleken met de socialisering van het economisch leven en economische politiekvoering.

Gezondheidszorg betreedt vanaf de 19<sup>e</sup> eeuw de sociale ruimte met de invoering van de sociale zekerheid in Duitsland door Otto von Bismarck, op 21 Juni 1883 werd namelijk *Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* (KGV) afgekondigd. In België werden rond 1870 gelijkaardige maatregelen genomen, via de reeds bestaande ziekenkassen<sup>71</sup>.

Stapsgewijs zal de Belgische sociale zekerheid en ziekteverzekering worden uitgebouwd, waarbij in toenemende mate overheidscontrole en kostenbeheersing

---

<sup>71</sup> Partena, "Geschiedenis mutualiteiten". De ziekenkas en de overheid

een belangrijke rol gaat spelen. In België werd op 28 december 1944 de wettelijke basis gelegd voor de sociale zekerheid voor werknemers en de ziekte- en invaliditeitsverzekering (Z.I.V.)<sup>72</sup>. De wet van 9 augustus 1963 zorgt voor de oprichting van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en een verscherpte controle op de gezondheidszorguitgaven. De wet van 23 December 1963 reguleert dan weer voor het eerst de specifieke werking van ziekenhuizen.

Vanuit de Verenigde Staten (VS) komt eind jaren tachtig van de vorige eeuw het systeem van de Diagnosis-Related Groups (DRG) overgewaaid. DRG's werden ontwikkeld aan Yale University (USA) door Robert B. Fetter en John D. Thompson als een methode voor het classificeren (groeperen) van ziekenhuisopnames in groepen met vergelijkbaar kostenpatroon<sup>73</sup>. Er wordt daarbij abstractie gemaakt van de individuele patiënt tot een gemiddelde patiënt binnen een Diagnosis-Related Group. De indeling in groepen is gebaseerd op de kosten of het middelenverbruik die een patiënt veroorzaakt tijdens een ziekenhuisopname. Een DRG wordt daarbij gezien als een zorgproduct dat wordt geleverd en waaraan een bepaalde kost kan worden toegekend. Door de classificatie van medische zorg in Diagnosis-Related Groups wordt het mogelijk om de zorgproceskosten en opbrengsten in kaart te brengen, te analyseren en te gaan beheersen<sup>74</sup>. In Europa worden verschillende varianten van het DRG-principe ingevoerd, en België koos bijvoorbeeld voor *All Patient Refined Diagnosis Related Groups* (APR-DRG) om de variaties in medische zorgzwaarte weer te geven<sup>75</sup>.

De invoering, eind jaren tachtig van de twintigste eeuw, van de Minimale Klinisch Gegevens (MKG) en de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) in 2008, gebaseerd op onder andere het APR-DRG-systeem, vormt de basis voor de omvorming van een structurele financiering van de ziekenhuizen (erkende bedden) naar een op kosten (zorgconsumptie) gebaseerd financiering, gebaseerd op zogenaamde

---

<sup>72</sup> Partena, "Geschiedenis mutualiteiten". De ziekenbond tijdens de Tweede Wereldoorlog

<sup>73</sup> Fetter en Thompson, *Diagnosis related groups (DRGs) and nursing resources*.

<sup>74</sup> Sermeus, *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. blz. 14

<sup>75</sup> Sermeus, *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. Blz. 25

Diagnosis Related Groups (DRG) met verantwoord aantal bedden (VAB)<sup>76</sup>. De wettelijke basis voor de MKG was het Koninklijk Besluit van 6 december 1994. Sedert het registratiejaar 2008 vervangen de geïntegreerde MZG als registratiesysteem de vroegere Minimale Klinische Gegevens (MKG) en de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG). De meest recente ontwikkeling in de financiering van de Belgische ziekenhuiszorg is 'Pay for Performance' of 'Pay For Quality' (P4Q), waarbij proces- en uitkomst-parameters een impact hebben op de ziekenhuisfinanciering. Hiermee volgt België de internationale trend naar een proces- en outcome-financiering<sup>77</sup>. Daarnaast vormt de invoering van een forfaitarisering van wat men noemt financiering via een globaal prospectief bedrag of ook genoemd laagvariabele zorg (LVZ)<sup>78</sup> sinds 1 januari 2019, en de invoering van ziekenhuisnetwerken<sup>79</sup> een verdere stap in de rationalisering van ziekenhuiszorg (kostenbeheersing is in deze context niet hetzelfde als kostenbesparing). België volgt de internationale trend naar een all-in pathologiefinanciering<sup>80</sup>.

Zowel de trend naar een proces- en outcome-financiering als een all-in pathologiefinanciering vertrekken beide vanuit een doel-middel logica. De gezondheidszorg wordt in toenemende mate gestuurd vanuit een economisch en een proces perspectief, gezien de belangrijke inzet van publieke middelen in de gesubsidieerde gezondheidszorg. Door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) werd geschat dat de uitgaven voor gezondheidszorg in gemiddeld 2017 US \$ 4.069 per persoon (gecorrigeerd voor verschillen in prijsniveaus) hebben bereikt in de OESO. Dit is ongeveer 70% meer dan de OESO-landen besteden aan onderwijs voor elke burger<sup>81</sup>. Het is dit soort vaststellingen, zowel internationaal als nationaal die overheden ertoe aanzetten om een manier te vinden om de uitgaven in de gezondheidszorg onder controle te

---

<sup>76</sup> Sermeus, *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. blz. 24 e.v.

<sup>77</sup> Annemans Lieven e.a., "Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België".

<sup>78</sup> RIZIV, "Ziekenhuisverblijven voor 'laagvariabele zorg': Hoe moet het ziekenhuis de globale bedragen factureren?"

<sup>79</sup> Zorg en gezondheid, "11 ziekenhuisnetwerken klaar voor uitvoering".

<sup>80</sup> van Sloten en van den Oever, "De metamorfose van de ziekenhuissector". blz. 43

<sup>81</sup> IMTJ, "OECD Data Shows Fast Growth in Health Spending".

houden vanuit een utilitaire logica en binnen de context van de opvattingen over een moderne staatshuishouding.

De publicatie van het boek *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (2000) toonde aan dat de matige kwaliteit van de (Amerikaanse) gezondheidssysteem tot een belangrijke maatschappelijke kost leidde voor de patiënten en de zorgverzekering<sup>82</sup>. Rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) hebben deze visie nog bevestigd. Dat een kwaliteitsvolle zorgverlening belangrijk is, daar kan weinig tegenin worden gebracht, maar de eenzijdige focus op kostenbeheersing heeft ook ongewenste neveneffecten, namelijk door het verschuiven van baten en kosten tussen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg en tussen het publiek en het private domein. De publieke discussie over de gezondheidszorg gaat daarbij in de eerste plaats over het *common good* en niet zozeer over de *common world*. Het gaat in essentie over het goed beheer van de middelen om het doel te bereiken, niet om de humane aspecten van gezondheidszorg. Patiënten worden in daarbij in kostencategorieën ingedeeld (DRG's), waarbij de intermenselijke aspecten van zorgverlening naar de achtergrond verschuiven.

De evolutie in de financiering van de gezondheidszorg raakt binnen de context van de moderne samenleving noodzakelijkerwijze steeds meer doordrongen van een utilitair denken, waarbij proces- en uitkomstbeheersing centraal komen te staan als randvoorwaarden voor verdere kostenbeheersing. De samenleving als geheel zit vervat in het keurslijf van een paradigma dat door de omwentelingen, die Hannah Arendt beschrijft in het laatste deel van *The Human Condition*, tot stand is gebracht<sup>83</sup>. De maatschappelijke ontwikkelingen die door vroeger handelen werden in gang gezet, doen enigszins denken aan het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog volgens een onafwendbaar scenario. Hetgeen wordt beschreven in het boek *The Guns of August*<sup>84</sup> van Barbara Tuchman. Slechts door op het niveau

---

<sup>82</sup> Medicine, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*.

<sup>83</sup> Arendt, *The human condition*. VI. The Vita Activa and the Modern Age. blz 248 e.v.

<sup>84</sup> Tuchman, *The Guns of August*.

van handelen tot een oplossing te komen, kan de fuik waarbinnen we ons maatschappelijk steeds verder ontwikkelen nog worden geopend.

De kosten-baten redenering zorgt evenwel niet altijd voor een globale vermindering van de kosten voor de gezondheidszorg, maar voor een verschuiving van de kosten. Laat me dit illustreren met enkele voorbeelden. De invoering van de ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's (vertaald in verantwoorde ligduur in België) en daardoor het belonen van een steeds korter wordende ligduur heeft ervoor gezorgd dat patiënten steeds sneller worden ontslagen uit het ziekenhuis. Dit heeft op zijn beurt een afbouw van ziekenhuisbedden en bijhorend zorgpersoneel tot gevolg. Dit heeft dan weer tot gevolg dat de diensten die thuisverpleging organiseren worden geconfronteerd met complexere zorgverlening die vroeger in een ziekenhuisomgeving gebeurde, maar tegenwoordig wordt uitbesteed aan de (goedkopere) thuiszorg. Patiënten met sterkere pijnstilling na een ingreep vroeger naar huis sturen heeft er in de Verenigde Staten (VS) onder andere toe geleid dat de sterke pijnstiller Oxycodon<sup>®</sup>, aanleiding heeft gegeven tot de opioïden crisis. Oxycodon<sup>®</sup> wordt echter ook in Europa in toenemende mate voorgeschreven<sup>85</sup>. Dat Oxycodon<sup>®</sup> potentieel verslavend is, wentelt de kostenbesparing op de ligduur in het ziekenhuis af op de persoonlijke en maatschappelijk gevolgen van verslaving. De gevolgen van het overmatig gebruik van Oxycodon<sup>®</sup> beginnen ondertussen ook in Europa door te dringen<sup>86</sup>. Let wel, dit neemt niet weg dat Oxycodon<sup>®</sup> of een andere sterke pijnstiller in bepaalde indicaties wel een rol heeft te spelen in een goed uitgebouwd pijnbeleid (pijn ladder).

Het eenzijdig aansturen van gezondheidszorg vanuit een doel-middel perspectief zonder een breder publiek debat over welke gezondheidszorg we als samenleving willen, zorgt voor een verenging van de aansturing van de gezondheidszorg in de moderne samenleving. Het gaat er daarbij niet om dat elke vorm van maatschappelijke financiële verantwoording overboord wordt gegoid en vervangen door een free-for-all systeem. Zolang de kosten voor gezondheidszorg

---

<sup>85</sup> Coolen van Brakel en van Rijn van Alkemade, "Verslag Rondetafelconferentie VWS gebruik Opioïden".

<sup>86</sup> Paauw, "Bruins wil gebruik Oxycodon<sup>®</sup> terugdringen".

vermaatschappelijkt worden, dient er een verantwoording afgelegd over het gebruik van middelen en mankracht. Gezondheidszorg omvat echter meer dan enkel een financieel plaatje, het maakt ook deel uit van hoe we met mekaar omgaan als mens en als burger.

Voor Hannah Arendt bestaat menselijk handelen uit *praxis* en *lexis*, waarbij diegenen die communiceren hun persoonlijk opvattingen meedelen over hoe een gedeelde wereld (*common world*) aan hen verschijnt (*dokei moi*). Het onpartijdige beeld van de gemeenschappelijke wereld, wordt opgebouwd vanuit deze intermenselijke uitwisseling. In onze moderne samenleving is die gedeelde wereld echter teloorgegaan ten koste van een buitenmenselijk, geobjectiveerd en gemathematiseerd wereldbeeld. Communicatie vertrekt niet meer vanuit een gedeelde wereld en *common sense*, maar vanuit een unimodale representatie van de wereld. Communicatie vertrekt daarenboven in een moderne samenleving vanuit een persoonlijk doel (intern referentiekader) of zelfs winst oogmerk en niet van een *common world*. Ook gezondheidszorg als zorgproduct ontsnapt daar niet aan. We vervreemden daardoor van de wijze waarop het geobjectiveerde zorgproces met zorgverleners en patiënten omgaat.

### 2.2.3 Gezondheidszorg en consumptie

Gezondheidszorg wordt meer en meer in kaart gebracht volgens een mathematisch (statistisch) objectief standpunt. Daarbij wordt een standpunt naar voor gebracht dat niet menselijk is, maar opgebouwd volgens een theoretisch-mathematisch model in de dezelfde trend als de *reductio scientiae ad mathematicam* die Arendt in *The Human Condition* beschrijft<sup>87</sup>. Het model is dan wel objectief, maar daarom niet onpartijdig. Onpartijdigheid gaat over het begrijpen van de situatie en feiten zoals ze zich voordoen in de wereld maar niet (volledig) samenvallen met het standpunt van de ene of de andere betrokken partij<sup>88</sup>. Onpartijdigheid gaat op zoek naar de intermenselijke *common world* vanuit de meervoudigheid van standpunten over hoe die wereld verschijnt aan de deelnemers eraan (*dokei moi*).

---

<sup>87</sup> Arendt, *The human condition*. Blz. 267

<sup>88</sup> Breier, *Arendt (Kopstukken filosofie)*. blz. 25



De intermenselijke pluraliteit als basisvoorwaarde voor een onpartijdige opbouw van een gedeeld wereldbeeld, gaat echter in toenemende mate verloren in onze moderne samenleving.

De patiënt als zorgconsument bedient zich ook in toenemende mate van zogenaamde objectieve online informatie om zijn gezondheidszorg-product in te kopen en kiest zijn zorgverlener vanuit het standpunt van een bewuste consument. We kunnen deze keuze stilaan gaan vergelijken met de keuze voor een kledingstuk of voor een GSM. Objectiveerbare parameters die publiek beschikbaar worden gesteld via online portalen, zoals het Amerikaanse *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), het Nederlandse ziekenhuischeck.nl<sup>89</sup> en het Belgische VIP<sup>2</sup><sup>90</sup>, vinden meer en meer ingang. Dat artsen zorgverleners en zorginstellingen zich publiek verantwoorden voor de hen ter beschikking gestelde werkingsmiddelen, daar kan op zich niemand tegen zijn. Een belangrijk aandachtspunt echter is de representativiteit en onpartijdigheid van de voorgestelde parameters en hun relatie met de totaliteit van de zorgverlening die wordt getoond. Hoe wordt de zorgwereld met behulp van abstracte parameters voorgesteld. Het gaat daarbij voornamelijk om de zorgverlener als dienstverlener van kwantificeerbare zorgen die gealiëneerd zijn met de performantie-parameters die door de overheid of zorgverzekeraar als centraal worden beschouwd voor de opvolging van de zorg. Daarbij wil al wel eens de nuance en het totaalbeeld verloren gaan. Zorgverleners vergelijken is nu eenmaal complexer dan een nieuwe garderobe kiezen bij een online webwinkel. Wanneer de zorgconsument zich hier niet van bewust is, dan is de keuze dan misschien wel bewust gemaakt, maar daarom niet op basis van een dieper inzicht in de representativiteit en onpartijdigheid van de proces- en resultaatparameters. De wereld achter de website is opgegaan in een wiskundige-statistische representatie waarvan de relatie met de wereld niet altijd eenduidig is. In analogie met de uitspraak van Jacques Derrida "Il n'y a rien hors du texte", kunnen we in dit geval misschien stellen "Er is niets buiten de website", want de genuanceerde klinische werkelijkheid is verdwenen achter een cijfermatig gereduceerd substituuat.

---

<sup>89</sup> Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, "Kwaliteitscijfers en behandelresultaten van ziekenhuizen".

<sup>90</sup> VIP<sup>2</sup>, "Kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen".

Dit is evenwel geen pleidooi voor het terugdraaien van de klok naar een situatie waarbij de individuele patiënt geen inspraak heeft in de verschafte zorgen en een terugkeer naar de arts als *mijnheer dokter*. Een bewuste zorgkeuze maken omvat echter meer dan louter online shoppen op een website. De keuze verengen tot op het niveau van de mathematisch en online gepresenteerde parameters gaat voorbij aan de totaliteit van het verlenen van gezondheidszorgen. Ik verwijs hier dan ook naar de mathematisch reductie en objectivering van de werkelijkheid waar Hannah Arendt in *The Human Condition* naar verwijst<sup>91</sup>. Een kritische houding tegenover de manier waarop iets digitaal en gemathematiseerd wordt voorgesteld is dan ook aangewezen.

Een van de problemen is de vergelijking van de gegevens tussen verschillende patiënten-populaties, de zogenaamde case-mix of ziektepatronen van patiënten. Nemen we als voorbeeld borstkanker. Hierbij is het stadium waarin de aandoening wordt gediagnosticeerd belangrijk voor de verdere prognose en overleving. Het resultaat wordt namelijk beïnvloed door het ziektestadium waarin patiënten zich aanbieden. Een tweedelijnscentrum (perifeer ziekenhuis) zal daarbij eerder de lichtere gevallen behandelen, terwijl een derdelijns centrum (universitair, centrumziekenhuis) een hoger percentage gevorderde stadia zal behandelen (grotere en agressievere primaire tumor, metastasen). Wanneer we de overleving vergelijken tussen beide types centra, zal het derdelijns-centrum er vaker slechter uitkomen dan het tweedelijnscentrum. De echte vergelijking dient echter te gebeuren tussen tweedelijns- en derdelijns-centra onderling. Zo kan het ene derdelijns-centrum, ondanks een gevorderd stadium van de aandoening, een relatief betere overleving kunnen voorleggen dan een ander derdelijns-centrum.

De reden waarom een bepaald centrum betere of slechtere resultaten neerzet heeft dan ook in belangrijke mate te maken met de aard van de patiëntenpopulatie. Laat ik het principe verder illustreren met een fictief voorbeeld (gedachtenexperiment), louter om de achterliggende factoren duidelijk te maken.

---

<sup>91</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 268

We nemen daarvoor patiënten met een blindedarmontsteking (appendicitis). In het ene geval een jongeman van 19 jaar, sportief, gezond en buiten de appendicitis geen enkele aandoening die zijn gezondheid ook maar enigszins aantast. In dit geval is de diagnose en de behandeling relatief eenvoudig en zal de patiënt zonder problemen het ziekenhuis na drie dagen kunnen verlaten. Nemen we nu een oudere patiënt van 83 jaar, die hartproblemen heeft, chronisch longlijden, hypertensie, diabetes mellitus en wiens nieren ook niet meer zo goed werken (chronische nierinsufficiëntie graad 4). Bij deze patiënt is de kans reëel dat zich tijdens en na de operatie allerlei complicaties voordien. Afhankelijk van de verhouding tussen de eerste en de twee groep patiënten zal het resultaat van een arts en zorginstelling er in het tweede geval slechter uitkomen dan in het eerste geval. Vergelijken we echter ook hier beide groepen met vergelijkbare gevallen dan kan de situatie er echter helemaal anders gaan uitzien. Op basis van internationale gegevens zullen er bijvoorbeeld bij het eerste type patiënt in 1/1000 gevallen complicaties optreden en bij het tweede type patiënt in 1/3. Als bij een arts er in het eerste geval in 1/100 gevallen complicaties optreden en bij andere arts in het tweede geval in 1/10 gevallen, wie is dan de beste arts en zorgorganisatie van de twee? Dit fenomeen is bekend in de medische wereld en artsen kunnen hun blazen oppoetsen door de moeilijke patiënten stelselmatig door te schuiven naar andere centra, waardoor voor de buitenwereld een vertekend beeld ontstaat. De zogenaamd bewust kiezende patiënt-consument vergelijkt dan appels met peren.

#### 2.2.4 Gezondheidszorg en arbeiden, werken en handelen

Gezondheidszorg is een complex gebeuren, waarbij de voorstelling van het totale plaatje niet altijd zo rechtlijnig is. Hannah Arendt maakt ons ervan bewust dat de menselijke *pluraliteit* er ons op wijst dat bovenop de weergave van dé patiënt in zorgstatistieken er nog één patiënt als persoon bestaat die zich niet zomaar laat vatten in gemiddelden en globale statistieken. Het uitwissen van de individualiteit in de intermenselijke ontmoeting die zorgverlening ook altijd is, verkilt en ontmenselijkt de zorg<sup>92</sup>. Bij een medische behandeling, waarbij de arts als *homo*

---

<sup>92</sup> De Maeseneer e.a., "From 'patient' to 'person' to 'people': the need for integrated, people centered health care."

*faber* een therapeutisch doel nastreeft binnen de socio-economische context van een (medisch-)klinische omgeving, speelt zowel vanuit het standpunt van de individuele arts als vanuit het standpunt van de individuele patiënt hun beider menselijkheid en individualiteit (*pluraliteit*) een niet te onderschatten rol. Is er binnen een doorgerationaliseerde gezondheidszorg nog plaats voor de intermenselijke ontmoeting tussen enerzijds een arts en een verpleegkundige en een patiënt anderzijds? Ruimte laten voor het intermenselijke en actief mogen handelen ook buiten de doorgerationaliseerde paden, vormt een essentieel onderdeel van een humane gezondheidszorg<sup>93</sup>.

Het gaat bij het totaalbeeld op gezondheidszorg niet over het primaat van arbeid, werken of handelen, met het negeren van telkens een van de andere aspecten, maar over een consequent holistische benadering van de zorgsituatie. Zowel voor arts als patiënt is er het aspect arbeid (*animal laborans*), voor de ene zijn/haar leven, voor de andere zijn/haar inkomen uit het verrichten van arbeid. Beide verwachten een resultaat (*homo faber*), waarbij de subsidiërende overheid over de schouder meekijkt naar de daarvoor ingezette middelen vanuit een visie op het *common good* (utilitaire logica) als onderdeel van de staatshuishouding (gezondheidszorgbudget). De politieke discussie over de organisatie van de gezondheid raakt binnen een moderne staatshuishouding echter steeds meer op de achtergrond, omdat de maatschappelijk visie op gezondheidszorg gevangen zit in een utilitaire logica. Politiek als staatshuishouding is de kunst van het mogelijke, binnen het maatschappelijke raamwerk waarin ze moet opereren (belangenconflicten, eindigheid van te besteden middelen). Het is de fundamentele structuur van de moderne samenleving die de randvoorwaarden dicteert waarbinnen kan worden gehandeld.

Vanuit een *pluraliteit* van standpunten van gedachten wisselen over de herinrichting van de *common world*, zoals Hannah Arendt beschrijft in *The Human Condition* en niet louter vanuit een utilitair socio-economisch perspectief, raakt daarbij steeds meer op de achtergrond in een door de moderne maatschappelijke context gelimiteerde staatshuishoudkundige discussie. Onze moderne

---

<sup>93</sup> Berding, *Aan het werk met Hannah Arendt*. Blz. 121

samenleving wordt gekenmerkt door een toenemende nadruk op efficiënte en procesbeheersing, ook de gezondheidszorg ontsnapt hier niet aan. De historische verschuivingen tussen de drie onderdelen van de *vita activa*, spelen ieder op zich een rol in de evolutie naar een procesmatige gezondheidszorg binnen de moderne staatshuishouding.

Gezondheidszorg heeft onder andere te maken met de (een) mens als levend wezen, aangezien gezondheidszorg betrokken is bij het leven zelf. Hierdoor is gezondheidszorg verbonden met arbeiden als leven instandhoudende activiteit (de triomf van het *animal laborans*)<sup>94</sup>. Gezondheid en ziekte grijpen direct in op de menselijke levenscyclus. Wie door ziekte wordt getroffen kan (tijdelijk) niet meer in zijn/haar levensonderhoud voorzien of er komt zelfs een (voortijdig) einde aan het individuele leven. De arts en de andere zorgverleners die de patiënt behandelen verwerven een inkomen doordat ze arbeid verrichten, wat volgens Hannah Arendt een van de kenmerken is van onze arbeiders-samenleving (*jobkeepers*).

De moderne geneeskunde kenmerkt zich door een toenemende subspecialisatie en versnippering van vaardigheden en taken<sup>95</sup>. Arbeidsorganisatie (*division of labor*) vormt dan ook een aspect van gezondheidszorg-organisatie binnen een moderne socio-economische context. Gezondheidszorg als een sociale activiteit (staatshuishouding) houdt zich dan ook bezig met de arbeidsorganisatie, zoals het regelen van de aantallen en competenties van zorgverleners (*numerus clausus*<sup>96</sup> en zelfs *numerus fixus* voor artsen). De persoonlijk voorkeur van de aspirant-artsen verschuift daarbij naar de achtergrond op basis van een sociaaleconomisch model van onze gezondheidszorg.

Werken of een doel-middel logica vormt de kern van het aansturen van het moderne zorgproces, bijgestuurd door een deontologisch code die teruggaat op de eed van Hippocrates. Werken als tweede aspect van de *vita activa* wordt in de

---

<sup>94</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 305

<sup>95</sup> Arendt, *The human condition*. blz. 123

<sup>96</sup> Roberfroid Dominique e.a., "Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen".

gezondheidszorg dan ook gestuurd vanuit een utilitair en een deontologische perspectief, waarbij beide een doel nastreven, zij het niet hetzelfde. Het utilitaire standpunt komt vanuit de overheid die de werkingsmiddelen ter beschikking stelt, terwijl de zorgvraag van de individuele patiënt in relatie met de arts eerder wordt geregeld vanuit een deontologie of medische plichtenleer. De deontologie gaat uit van absolute gedragsregels die gesteld zijn als normen waaraan de arts als zorgprofessional zich dient te houden. Enerzijds is de arts verantwoordelijk voor de diagnose van de aandoening van de patiënt, waarbij in de eerste plaats een deontologische code geldt. Anderzijds dient bij het instellen van een behandeling verantwoording te worden afgelegd aan de financierende overheid en daarbij wordt gestuurd vanuit een consequentialistisch of utilitair standpunt. De medische plichtenleer combineert beide standpunten<sup>97</sup>. “De medische deontologie omvat de basisbeginselen en gedragsregels die iedere arts in het *belang van het individu en de maatschappij* eerbiedigt en als leidraad neemt bij de uitoefening van zijn beroep.” (Belgische Code van medische deontologie, Hoofdstuk 0: Algemene bepalingen, Art. 1). Hoofdstuk 1 van de code behandelt de professionaliteit, hoofdstuk 2 respect, hoofdstuk 3 integriteit en hoofdstuk 4 behandelt de verantwoordelijkheid van de arts.

Hoofdstuk 5 van de Belgische medische plichtenleer omvat onder andere art. 41 “De arts gebruikt verantwoord de middelen van de maatschappij. Hij doet geen onnodig dure of overbodige onderzoeken, behandelingen of verstrekkingen, zelfs niet op vraag van de patiënt”. Hier wordt duidelijk dat een arts zowel verantwoording dient af te leggen aan de individuele patiënt als aan de (financierende) overheid als wettelijke vertegenwoordiger van de samenleving. De overheid legt dus in de medische plichteneer financiële beperkingen op aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van een arts (afremmen van overconsumptie). De arts is traditioneel verantwoordelijk voor het stellen van een juiste diagnose, maar gaat daarbij slechts een middelenverbintenis aan en geen resultaatsverbintenis. De genezing van de patiënt als uiteindelijk doel wordt daarbij eigenlijk ondergeschikt gemaakt aan de inzet van de middelen om dat doel te bereiken (kosten en baten).

---

<sup>97</sup> Orde der artsen, “Code van medische deontologie”.

De kosten-baten logica geldt niet alleen op het niveau van de individuele zorgverlener, maar ook op het niveau van de zorginstelling. Voor ziekenhuizen wordt jaarlijks een in hoofdzaak gesloten enveloppe vrijgemaakt, het zogenaamde Budget Financiële Middelen (BFM)<sup>98</sup>. De toewijzing van een bedrag uit deze enveloppe wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de aandoeningen (zorgzwaarte) die in een ziekenhuis worden behandeld (gebruik van diagnostische en therapeutisch middelen, personeel en infrastructuur)<sup>99</sup>.

In geval van ziekte dient er dan ook doelgericht, kosten- en middelenbewust te worden gehandeld, waarbij het na te streven doel de genezing van de patiënt is, maar binnen de door de overheid bepaalde budgettaire grenzen. Bij een acute aandoening is het doel (meestal) de volledige genezing van de patiënt, terwijl het bij een chronische aandoening gaat om het nastreven van een stabilisatie van de aandoening. In beide gevallen is een herintrede van de patiënt op de arbeidsmarkt na te streven of alleszins een zo groot mogelijke zelfredzaamheid. Diagnostische en therapeutisch kennis en vaardigheden zijn daarbij belangrijk om het doel te bereiken.

Gaat het bij de patiënt die zich aanbiedt met ernstige buikpijn om een appendicitis of om iets anders (differentiaaldiagnose)? Het diagnostisch en therapeutisch arsenaal dat een ziekenhuisarts ter beschikking staat is daarbij qua kostprijs gereguleerd (nomenclatuur, ligdagfinanciering, forfait klinische biologie en beeldvorming, forfait geneesmiddelen). De nomenclatuur bepaalt het honorarium van de arts, de andere kostenelementen zijn voor rekening van het ziekenhuis. Eens de diagnose appendicitis (blindedarmontsteking) is gesteld dient de appendix vakkundig te worden verwijderd, wat tegenwoordig meestal laparoscopisch gebeurt (kijkoperatie). Een kijkoperatie heeft het voordeel dat het postoperatieve herstel vlotter gaat en dat de patiënt sneller het ziekenhuis kan verlaten. Na een

---

<sup>98</sup> van Sloten en van den Oever, "De metamorfose van de ziekenhuissector". blz. 42

<sup>99</sup> van Sloten en van den Oever, "De metamorfose van de ziekenhuissector". blz. 42

drietal dagen kan de patiënt normaal gezien het ziekenhuis weer verlaten en buiten dat hij een tijdje geen zware lasten mag tillen, kan hij snel weer aan de slag.

Bij zwaardere ingrepen, zoals een geplande totale heupprothese (THP), omwille van invaliderende artrose, duurt het herstel uiteraard langer. In de loop der tijd is de verblijfsduur in het ziekenhuis ook voor deze ingreep sterk afgenomen omwille van verbetering van de chirurgische technieken, maar ook onder druk van de ziekenhuisfinanciering. Bleef twintig jaar geleden een patiënt na een THP twee weken in het ziekenhuis, is dat nu gereduceerd tot vijf dagen. 's Maandag geopereerd en 's vrijdag terug naar huis (*rapid recovery program*). In enkele gevallen kan een THP zelfs plaatsvinden in een dagopname, dit wil zeggen 's ochtends opname en ingreep en dezelfde dag nog naar huis, om dan thuis verder te revalideren.

De verblijfsduur, ligduur of Length-Of-Stay (LOS) is een nationale indicator voor de performantie van een ziekenhuis. De ligduur is namelijk een maatstaf voor de efficiëntie van een ziekenhuisbehandeling en een indicator voor de verblijfskost die wordt uitgedrukt in Verantwoord Aantal Ligdagen (VAL), wat zich dan weer vertaalt in Verantwoord Aantal Bedden (VAB). Het verantwoord aantal bedden bepaalt uiteindelijk de financiering van onder andere het verpleegkundig personeel. Per verantwoord bed wordt via een sleutel het bij dat ziekenhuisbed behorend personeel gesubsidieerd (bijvoorbeeld 13 verpleegkundigen per 20 verantwoorde bedden). Er wordt bij het verantwoord aantal ligdagen wel rekening houden met bijkomende elementen, zoals de leeftijd van een patiënt, waarbij bijvoorbeeld een geriatrische patiënt langer in het ziekenhuis mag verblijven. De geleidelijke verkorting van de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen, leidt uiteindelijk tot een geleidelijke afbouw van ziekenhuisbedden (wat ook de bedoeling was). Bij het fusioneren van ziekenhuizen en de vaak daaropvolgende nieuwbouw worden dan minder ziekenhuisbedden opgesteld en dient er minder personeel te worden ingezet.



Een patiënt die langer dan het verantwoord aantal ligdagen in het ziekenhuis wordt opgenomen is verlieslatend voor een acuut ziekenhuis. Indien een patiënt niet tijdig naar huis kan, dan kan hij echter ook worden opgenomen op een aparte revalidatie-afdeling (Sp-afdeling) of in een revalidatie-instelling voor verdere revalidatie, waar ook de ligdagprijs lager is omwille van een minder uitgebreide klinische omkadering (geen acute zorgen vereisende pathologie). Op een revalidatie-afdeling geldt de verantwoorde ligdag regeling niet.

Een ziekenhuisverblijf wordt in een moderne samenleving vooral gestuurd vanuit een consequentialistisch of utilitair oogpunt, waarbij er van overheidswege of door zorgverzekeraars wordt aangestuurd op een afbouw van ziekenhuisbedden (kortere ligduur) en verzorgend personeel (verpleegkundigen, ...). Overheden hanteren daarvoor internationale maatstaven om het aantal ziekenhuisbedden voor de bevolking te reguleren. Aan elk ziekenhuisbed is echter ook verzorgend personeel verbonden en het is die ratio die bepaalt hoeveel zorgverleners er beschikbaar zijn voor elke patiënt. Ziekenhuizen besparen dan ook op het personeel en voor het aantal verpleegkundigen per ziekenhuisbed zitten we in België ondertussen op het niveau van Bulgarije en Griekenland<sup>100</sup>. De verkorting van de ligduur heeft tot gevolg dat de turnover per bed sterk toeneemt, waardoor de zorgintensiteit de laatste twintig jaar sterk is toegenomen. De ratio tussen een bed en het aantal verpleegkundigen is in de loop der jaren niet aangepast aan de hogere turnover. Daardoor is ook steeds minder tijd over voor het menselijke aspect van de zorgverlening, want artsen en verpleegkundigen hollen van patiënt naar patiënt en zitten daarbij gevangen in een steeds sneller ronddraaiend hamsterrad

Een verkorting van de ligduur door verbetering van de gezondheidszorg hoeft op zich nog geen probleem te zijn, indien de financiering van het zorgproces en de personeelsbezetting mee was geëvolueerd met de intensivering van het zorgproces. Daarnaast telt natuurlijk ook de kwaliteit van de thuissituatie waar de patiënt na de ziekenhuisopname naar terugkeert. Dat daar wel eens wat aan schort heb ik het vorige hoofdstuk reeds besproken. In de doel en middel logica van de

---

<sup>100</sup> Dheeden en D'hoore, "De Block: 'Ja, ik had sneller korter moeten zijn'".

*homo faber* dient de rekening te kloppen op basis van volledigheid van de berekening en niet door elementen uit de vergelijking weg te laten. Een doel-middel logica dient alle mankracht en middelen die intramuraal en extramuraal dienen ingezet te ver-internaliseren en niet blind te zijn voor bepaalde aspecten door deze te externaliseren en uit het interne kostenplaatje te weren.

Het derde aspect van de 'vita activa', het menselijk handelen, wordt in de gezondheidszorg bepaald door de zorgverlener als professional en de individuele patiënt. De pluraliteit en de nataliteit van de individuele mensen die in de zorgrelatie tegenover mekaar komen, speelt een belangrijke rol in deze complexe relatie. Enerzijds is er sprake van een zekere mate aan operationele standaardisering en anderzijds is er een asymmetrie in de zorgverlener-patiënt relatie, waardoor de ruimte om vrij te handelen wordt beperkt. De arts, de verpleegkundige en ander zorgverleners zijn professionals, wat in deze context inhoudt dat hun handelen niet alleen wordt gestuurd vanuit een louter persoonlijke of commerciële doelstelling, maar ook vanuit een deontologische code. De deontologische code moet ervoor zorgen dat een zorgverlener zich in de eerste plaats laat leiden door het belang van de individuele patiënt, maar zoals we eerder zagen kijkt in de arts-patiënt relatie de subsidiërende overheid of de zorgverzekeraar over de schouder mee.

Een arts-patiënt relatie is ook een vertrouwensrelatie. De arts gaat ervan uit dat de patiënt eerlijk is over zijn klacht en de patiënt gaat ervan uit dat de arts hem goed zal behandelen. De ontmoeting tussen een arts en een patiënt verloopt in grote lijnen volgens een bepaald patroon: anamnese (vragen en antwoorden), klinisch onderzoek (hart, longen, ...), zo nodig verdere onderzoeken (labo, beeldvorming, ...) en vervolgens diagnosestelling en behandeling. Gaat het daarbij om een eenvoudige acute aandoening, dan is het verloop van het hele gebeuren vrij procesmatig, zoals bij een verkoudheid, een banale griep en dergelijke. Wanneer het echter gaat om chronische aandoeningen die te maken hebben met leefomstandigheden en leefpatronen, dan kunnen onder andere culturele en religieuze motieven een rol gaan spelen (bv. diabetes mellitus, chronische longaandoeningen, obesitas, atherosclerose, hartaandoeningen, ...).

Zoals is gebleken uit het voorgaande gaat veel aandacht in de gezondheidszorg naar het efficiënt en effectief organiseren van het zorgproces, waarbij het vooral gaat om het beheersen van de kosten. Daarvoor werd in de loop der jaren een fijn afgestemd sociaal verzekeringsmechanisme uitgewerkt dat een in zichzelf besloten systeem van wetten, regels en overlegorganen is. Voorspelbaarheid van inkomsten en uitgaven staan hierbij voorop en verstoringen van het fijn uitgewerkt evenwichten zijn dan ook niet welkom. De Belgische situatie verschilt niet fundamenteel van die in andere ontwikkelde landen waar de organisatie van de gezondheidszorg vanuit een utilitair kader wordt bekeken. De moderne gezondheidszorg is slechts een spiegel van de samenleving en van de factoren die onze moderne samenleving hebben gemaakt tot wat ze nu is.

## Conclusie

Gezondheidszorg vormt een integraal onderdeel van onze samenleving en als dusdanig weerspiegelt de wijze waarop we omgaan met gezondheidszorg de structuur en organisatie van onze moderne samenleving. De ontwrichting van de onderlinge relatie tussen arbeiden, werken en handelen werkt dan ook door in de wijze waarop we in onze moderne samenleving omgaan met gezondheidszorg. Daarbij spelen vooral utilitaire overwegingen een belangrijke rol hoe we als samenleving onze gezondheidszorg organiseren en uitvoeren, zoals Hannah Arendt ze beschrijft in *The Human Condition*. Zorgverlening beweegt zich binnen de moderne samenleving enerzijds op het niveau van de *homo faber* (vakman, doel-middel logica) en anderzijds op het niveau van de *animal laborans* en het gelukprincipe (*Principle of Happiness*).

De gezondheidszorg evolueert, mede door maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, steeds meer naar een markgerichte organisatie met de patiënt als zorgconsument van zorgproducten en diensten. Vanuit een breder maatschappelijk perspectief kadert deze ontwikkeling in de ruimere maatschappelijk trend naar persoonlijke zelfoptimalisatie en consumptie. Vanuit deze ontwikkeling wordt gezondheidszorg steeds minder gedragen door een open publiek en politiek debat in Arendtiaanse zin en vanuit een *common sense* over het hoe en vooral waarom van de wijze waarop we onze gezondheidszorg willen organiseren. De maatschappelijke discussie verengt zich tot een kosten-baten discussie over het onder controle houden van de kosten voor onze gezondheidszorg. Dat onze moderne gezondheidszorg deels te maken krijgt met en ingezet wordt voor maatschappelijke symptoombestrijding of *Kurieren am Symptom* van ontwrichtende ontwikkelingen in onze moderne samenleving (welvaartsziekten, vereenzaming), blijft een nagenoeg onoplosbaar probleem binnen de paradigma's waarop onze moderne samenleving is gefundeerd.

De ontwrichtende onevenwichten binnen onze moderne samenleving in de samenstellende delen van de *Vita Activa*, zijnde arbeid, werken en handelen en de

gewijzigde relatie tussen de *Vita Activa* en de *Vita Contemplativa* oefenen een negatieve invloed uit op het menselijk bestaan, die niet louter binnen de context van de gezondheidszorg tot een oplossing kunnen gebracht worden. Om uit de impasse te geraken is er een onvoorspelbare sprong in het duister nodig (handeling) om buiten de platgetreden maatschappelijke paden te treden. De maatschappelijke ontwrichtingen, veroorzaakt door de dominantie van werken (*homo faber*) en vooral arbeiden (*animal laborans*) kunnen slechts worden geredieerd door te handelen, wat inhoudt daden (*praxis, lexis*) te stellen en te spreken met een onvoorspelbaar karakter. De sprong is gericht naar een (her-)vermenselijking van de publieke ruimte en om de intermenselijke ontmoeting zijn plaats terug te geven. Beloften kunnen gemaakt om de onzekerheid te verminderen en er kan zo nodig vergiffenis worden geschonken als het experiment een keer zou mislukken, maar stilstaan is geen oplossing.

Het status quo doorbreken, vereist maatschappelijke en niet enkel politieke moed. Van bovenuit oplossingen voorstellen die gevangen blijven in het keurslijf van een utilitair paradigma leidt niet tot een oplossing, maar slechts tot een toenemende spanning en compensatoire kost met het risico op maatschappelijke decompensatie. Het is daarbij niet de zaak, noch de optie, om de positieve verworvenheden van onze moderne gezondheidszorg en geneeskunde terug te schroeven, maar wel om de ontwaarding van de door de moderniteit aangetaste levensdomeinen in hun waarde te (h)erkennen.

Om met een maritieme metafoor te eindigen. We dienen uit liefde voor de wereld (*amor mundi*) als individuele mensen (*pluraliteit*) met gezond verstand (*common sense*) het initiatief te durven nemen (*nataliteit, handelen*) om de *mare nostrum* (*common good*) te verlaten en door de *Zuilen van Hercules* de grote onbekende oceaan op te varen op weg naar een nieuwe (gedeelde) wereld (*common world*).

## Bibliografie

- Adelman, Ronald D., Lyubov L. Tmanova, Diana Delgado, Sarah Dion, en Mark S. Lachs. "Caregiver Burden: A Clinical Review". *JAMA* 311, nr. 10 (12 maart 2014): 1052–60.
- Alpass, F. M., en S. Neville. "Loneliness, health and depression in older males". *Aging & Mental Health* 7, nr. 3 (1 mei 2003): 212–16.
- Andrew, Louise B, BE Brenner, en others. "Physician suicide". Medscape Drugs & Diseases, 2015.
- Annemans Lieven, Boeckxstaens Pauline, Borgermans Liesbeth, De Smedt Delphine, Duchesnes Christiane, Heyrman Jan, Remmen Roy, e.a. "Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België". Health Services Research (HSR). KCE Reports. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2009.
- Arendt, Hannah, Remi Peeters, en Dirk de Schutter. *Politiek in donkere tijden: essays over vrijheid en vriendschap*. Amsterdam: Boom, 1999.
- Arendt, Hannah. *The human condition*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
- Arendt, Hannah. *Hannah Arendt: The Last Interview: And Other Conversations*. The Last Interview Series. Melville House, 2013.
- Barasa, Edwine W, Sassy Molyneux, Mike English, en Susan Cleary. "Setting healthcare priorities at the macro and meso levels: a framework for evaluation". *International journal of health policy and management* 4, nr. 11 (2015): 719.
- Berding, Joop. *Aan het werk met Hannah Arendt*. 2e druk. ISVW Uitgevers, 2017.
- Beauchamp, Dan E. "What is Public About Public Health?" *Health Affairs* 2, nr. 4 (1 januari 1983): 76–87.
- Birchley, Giles. "A clear case for conscience in healthcare practice". *Journal of Medical Ethics* 38, nr. 1 (1 januari 2012): 13.
- Bowring, Finn. *Hannah Arendt: a critical introduction. Modern European thinkers*. London: Pluto Press, 2011.
- Breier, Karl-Heinz. *Arendt (Kopstukken filosofie)*. Lemniscaat, 2014.
- Buitinga, Sjoerd. "De zorgconsument extreem centraal", 21 september 2015. <https://www.newcom.nl/dezorgconsument-extreem-centraal>.

- Burt, Edwin. *The Metaphysical Foundations of Modern Science*. Dover Publications Inc., 2003.
- Degadt, Peter, en Gustaaf Herck. "Ziekenhuisfinanciering en het arenamodel". *Tijdschrift voor Economie en management* XLVIII, nr. 1 (2003).
- Cacioppo, John T., Louise C. Hawkley, L. Elizabeth Crawford, John M. Ernst, Mary H. Burleson, Ray B. Kowalewski, William B. Malarkey, Eve Van Cauter, en Gary G. Berntson. "Loneliness and Health: Potential Mechanisms". *Psychosomatic Medicine* 64, nr. 3 (2002).
- Cattan, Mima, Martin White, John Bond, en Alison Iearmouth. "Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions". *Ageing and Society* 25, nr. 1 (2005): 41–67.
- Chentsova-Dutton, Yulia, Stephen Shacter, Susan Hutchin, Linda Strause, Kathleen Burns, Laura Dunn, Marci Miller, en Sidney Zisook. "Depression and grief reactions in hospice caregivers: from pre-death to 1 year afterwards". *Journal of Affective Disorders* 69, nr. 1 (1 mei 2002): 53–60.
- Clark, David. "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying". *BMJ* 324, nr. 7342 (13 april 2002): 905. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905>.
- Coolen van Brakel, Ruud, en Erik van Rijn van Alkemade. "Verslag Rondetafelconferentie VWS gebruik Opioiden". Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 18 oktober 2018.
- Crompton, Rosemary, en Clare Lyolette. "Work-Life 'Balance' in Europe". *Acta Sociologica* 49, nr. 4 (1 december 2006): 379–93. <https://doi.org/10.1177/0001699306071680>.
- Crott Ralph, Van Den Steen Dirk, Léonard Christian, Avalosse Hervé, Leclercq Agnès, Lange Bernard, Bronckaers Jean-Pierre, e.a. "Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg." Health Services Research (HSR). KCE Reports. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2005.
- Cutler, David M., en Elizabeth Richardson. "The Value of Health: 1970-1990". *The American Economic Review* 88, nr. 2 (1998): 97–100.
- Dely, Herlinde, Jurn Verschraegen, en Jan Steyaert. *Ik, jij, samen mens*. EPO, 2018.
- De Schutter, Dirk. *Het Ketterse Begin, Arendt over de filosofie van het actieve leven*. 1e druk. Eindhoven: Damon, 2005.
- De Schutter, Dirk, en Remi Peeters. *Hannah Arendt: Politiek denker*. Vierde druk. Uitgeverij Pelckmans, 2016.

- Devlieger, R, E Martens, G Martens, H Van Mol, en H Cammu. "Jaarrapport 2017 Studiecentrum Perinatale Epidemiologie". Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie vzw. Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belangrijkste-trends-in-geboorte-en-bevalling>.
- De Witte, Karel, Kristof Eecklo, en Arthus Vleugels. *Arts in het ziekenhuis, Een HR-perspectief*. Uitgeverij Lanno, 2011.
- Dheeden, Henk, en Jasper D'hoore. "De Block: 'Ja, ik had sneller kordater moeten zijn'". De Tijd, 26 januari 2019. <https://www.tijd.be/dossier/poupehan/de-block-ja-ik-had-sneller-kordater-moeten-zijn/10091201.html>.
- European Commission, *How lonely are Europeans?* <https://ec.europa.eu/jrc/en/news/how-lonely-are-europeans>
- Fetter, Robert B, en John D Thompson. *Diagnosis related groups (DRGs) and nursing resources*. Health Systems Management Group, School of Organization and Management, Yale ..., 1987.
- Gaffney, Jennifer. "Another Origin of Totalitarianism: Arendt on the Loneliness of Liberal Citizens". *Journal of the British Society for Phenomenology* 47, nr. 1 (2 januari 2016): 1–17.
- Hegel, Georg Friedrich, *Grundlinien der Philosophie des Rechts*. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1972.
- Hurenkamp, Menno, Annemarieke Nierop, en Monika Sie Dhian Ho. *Tegenwicht waarom waarden ertoe doen*. Van Gennep, 2013.
- IMTJ. "OECD Data Shows Fast Growth in Health Spending". Blog, 5 juli 2018. <https://www.imtj.com/news/oecd-data-shows-fast-growth-health-spending/>.
- Kelley, David P., en Nicole Gravina. "A Paradigm Shift in Healthcare: An Open Door for Organizational Behavior Management". *Journal of Organizational Behavior Management* 38, nr. 1 (2 januari 2018): 73–89.
- Klinenberg, Eric. "Dying Alone: The Social Production of Urban Isolation". *Ethnography* 2, nr. 4 (1 december 2001): 501–31.
- Kohlen, Helen. "Troubling practices of control: re-visiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable". *Nursing Philosophy* 16, nr. 3 (1 juli 2015): 161–66.
- Medicine, Institute of. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Onder redactie van Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, en Molla S. Donaldson. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.



- Mack, Peter. "Utilitarian ethics in healthcare". *International Journal of the Computer, the Internet and Management* 12, nr. 3 (2004): 63–72.
- Manning, Susan S. "The Social Worker as Moral Citizen: Ethics in Action". *Social Work* 42, nr. 3 (1 mei 1997): 223–30.
- Marsland, Rebecca, en Ruth Prince. "What Is Life Worth? Exploring Biomedical Interventions, Survival, and the Politics of Life". *Medical Anthropology Quarterly* 26, nr. 4 (1 december 2012): 453–69.
- Marsland, Rebecca, en Ruth Prince. "What Is Life Worth? Exploring Biomedical Interventions, Survival, and the Politics of Life". *Medical Anthropology Quarterly* 26, nr. 4 (1 december 2012): 453–69.
- Medicine, Institute of. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Onder redactie van Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, en Molla S. Donaldson. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
- "Moedersterfte voor de periode 2012-2016". StatBel. Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/moedersterfte>.
- Morgan, Stephanie, en Linda H. Yoder. "A Concept Analysis of Person-Centered Care". *Journal of Holistic Nursing* 30, nr. 1 (19 juli 2011): 6–15.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. "Kwaliteitscijfers en behandelresultaten van ziekenhuizen". Geraadpleegd 15 juli 2019. <https://www.ziekenhuischeck.nl/>.
- Orde der artsen. "Code van medische deontologie", mei 2018. <https://www.ordomedic.be/nl/code-2018/inhoud/>.
- Oortwijn, Wija, en Gert Jan van der Wilt. "Challenges in contemporary health technology assessment: a view from the outside". *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 32, nr. 1–2 (2016): 1–2.
- Paauw, Simone. "Bruins wil gebruik Oxycodon® terugdringen", 4 februari 2019. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bruins-wil-gebruik-Oxycodon-terugdringen.htm>.
- Papadimos, Thomas J. "Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of Western thought". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2, nr. 1 (28 maart 2007): 2.
- Partena. "Geschiedenis mutualiteiten", 1 juli 2019. <https://www.partena-ziekenfonds.be/nl/advies-op-maat/geschiedenis-mutualiteiten>.
- Proot, Ireen M., Huda Huijjer Abu-Saad, Harry F.J.M. Crebolder, Minke Goldsteen, Karen A. Luker, en Guy A.M. Widdershoven. "Vulnerability of family caregivers in terminal

- palliative care at home; balancing between burden and capacity". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, nr. 2 (1 juni 2003): 113–21.
- Rabinow, Paul. "Midst Anthropology's Problems". *Cultural Anthropology* 17, nr. 2 (2002): 135–49.
- Rademakers, Jany. *De actieve patiënt als utopie*. Nivel, 2016.
- Richardson, Henry S. "The Stupidity of the Cost-Benefit Standard". *The Journal of Legal Studies* 29, nr. S2 (1 juni 2000): 971–1003.
- RIZIV. "Sociale derdebetaler: betaal uw huisarts enkel uw deel van de kosten". Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/sociale-derdebetaler-kosten-huisarts-betalen-enkel-uw-deel.aspx>.
- RIZIV. "De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken". Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-%28maf%29-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx>.
- RIZIV. "Ziekenhuisverblijven voor 'laagvariabele zorg': Hoe moet het ziekenhuis de globale bedragen factureren?" Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/financiering/Paginas/hoe-factureren-globale-bedragen.aspx>.
- Roberfroid Dominique, Stordeur Sabine, Camberlin Cécile, Van de Voorde Carine, Vrijens France, en Léonard Christian. "Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen". Health Services Research (HSR). KCE Reports. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2007.
- Rokach, Ami, Raan Matalon, Artem Safarov, en Michaela Bercovitch. "The loneliness experience of the dying and of those who care for them". *Palliative and Supportive Care* 5, nr. 2 (2007): 153–159.
- Sermeus, Walter. *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. acco, 2006.
- Sperling, Daniel. "Socializing the public: invoking Hannah Arendt's critique of modernity to evaluate reproductive technologies". *Medicine, Health Care and Philosophy* 15, nr. 1 (februari 2012): 53–60.
- Starfield, Barbara. "Is Patient-Centered Care the Same as Person-Focused Care?" *The Permanente Journal* 15, nr. 2 (2011): 63–69.
- StatBel. "Sterftetafels en levensverwachting". StatBel. Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting>.

- The Lancet. "Physician burnout: a global crisis". *The Lancet* 394, nr. 10193 (13 juli 2019): 93.
- Tijmes, Pieter. "The Archimedean point and eccentricity: Hannah Arendt's philosophy of Science and technology". *Inquiry* 35, nr. 3-4 (1 september 1992): 389-406..
- Sloten, Fabienne van, en Rob van den Oever. "De metamorfose van de ziekenhuissector". CM-Informatie, september 2016.
- Tuchman, Barbara. *The Guns of August*. Presidio Press, 2004.
- Van Osta, Peter. "Vergelijkende studie naar de geografische en sociale spreiding van de patiënten van ZNA op basis van de MZG-gegevens uit 2009". Thesis, Katholieke Universiteit Leuven, 2012.
- VIP<sup>2</sup>, "Kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen". Vlaamse overheid. Geraadpleegd 1 juli 2019. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/campagnes-en-projecten/vip2-zh>.
- Wilikens, Marc. "2017 Fairness Report 'What Makes a Fair Society? Insights and Evidence'". Publications Office of the European Union, 2017. <https://ec.europa.eu/jrc/en/research/crosscutting-activities/fairness>.
- Wilt, Gert Jan van der, Rob Reuzel, en John Grin. "Design for Values in Healthcare Technology". In *Handbook of Ethics, Values, and Technological Design: Sources, Theory, Values and Application Domains*, onder redactie van Jeroen van den Hoven, Pieter E. Vermaas, en Ibo van de Poel, 717-38. Dordrecht: Springer Netherlands, 2015.
- Wilt, Gert Jan van der, Rob Reuzel, en John Grin. "Technology, Design, and Human Values in Healthcare". In *Handbook of Ethics, Values, and Technological Design: Sources, Theory, Values and Application Domains*, onder redactie van Jeroen van den Hoven, Pieter E. Vermaas, en Ibo van de Poel, 1-18. Dordrecht: Springer Netherlands, 2021
- Wynn, Francine. "Nursing and the concept of life: towards an ethics of testimony". *Nursing Philosophy* 3, nr. 2 (1 juli 2002): 120-32.
- Zorg en gezondheid. "11 ziekenhuisnetwerken klaar voor uitvoering", 23 november 2018. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/11-ziekenhuisnetwerken-klaar-voor-uitvoering>.
- Zorg en gezondheid. "Plaats van overlijden (2016)". Zorg en gezondheid, 2016. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/plaats-van-overlijden-2016>.