

Perspectieven op schaarste

Filosofietafels in een ziekenhuis

In 2040 zal er in de zorg ‘een tekort aan alles’ zijn, zegt huisarts Runhaar in een campagnefilm van het Nederlands Zorginstituut. Dit gezegd hebbende, opent de huisarts de deur van zijn wachtkamer. Terwijl de camera uitzoomt en de muziek aanzwelt wordt de wachtkamer overspoeld door een onstuitbare hoeveelheid patiënten.

Huisarts Runhaar besluit: “Maar het is nog niet zo ver. We kunnen dit nog repareren, maar alleen als we nu keuzes maken. Als we nu bedenken wat we belangrijk vinden” (Zorginstituut Nederland, 2022). Met het schetsen van dit rampscenario wil de overheid burgers voorbereiden op schaarste in de zorg. In de nabije toekomst wordt een tekort aan middelen, mensen en draagvlak verwacht. Schaarste is echter een ambigu onderwerp in een welvarende samenleving. Bovendien bestaat de gemeenplaats van rijk zijn en een tekort ervaren of andersom: een tekort hebben en overvloed ervaren. Om keuzes te kunnen maken moet eerst de vraag hoe schaarste kan worden begrepen worden beantwoord. In een kleine filosofische verkenning blijkt dat schaarste meer is dan een ‘vanzelfsprekende feitelijkheid’. De noties worden vergeleken met een narratieve analyse van een zestal filosofietafels in een zorgorganisatie.

Filosofische verkenning

Econoom Lionel Robbins beschreef economie als “the science which studies human behavior as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses” (1932, 15). Schaarste is een relatief begrip waarbij enerzijds beperkte middelen en anderzijds grenzeloze verlangens spelen. Keuzes zijn noodzakelijk en elke keuze impliceert het opofferen van het niet gekozen alternatief. Wat men aan schaarse middelen als arbeid en kapitaal inzet voor de zorg kan ook worden aangewend voor bijvoorbeeld onderwijs of wegenbouw. Schaarste wordt in de economische wetenschap beschrijvend, als een ‘feit’, gepositioneerd.

In de zorg kan dit economische perspectief worden herkend bij de poging om de kloof tussen het zorgaanbod en de zorgvraag te overbruggen door het vergroten van de efficiëntie en de effectiviteit. Een voorbeeld hiervan zijn QALY's (*Quality Adjusted*



DRS. JOSÉ KRIJNEN

Geestelijk verzorger, ethicus
Promovendus afd. Filosofie
Tilburg University
E-mail:
J.A.M.Krijnen-Ariens@tilburguniversity.edu

Life Years). Deze fungeren als meetinstrument voor de kosten-effectiviteit van behandelingen bij gegeven aandoeeningen: de kosten worden gewogen tegenover de gezondheidswinst per levensjaar. Een ander voorbeeld is het programma ‘passende zorg’, waaraan momenteel in de gezondheidszorg wordt gewerkt. Samen met de unieke patiënt in diens particuliere context wordt gestreefd naar kostenbesparing door de verhoging van efficiëntie en effectiviteit. Een derde strategie passend binnen het economisch perspectief is de poging om de zorgvraag te verminderen door bijvoorbeeld de verhoging van de eigen bijdrage of preventie. Een normatieve benadering kijkt naar schaarste vanuit het perspectief van rechtvaardigheid. Filosoof Rutger Claassen spreekt in dit verband van gematigde rechtvaardigheid en herleidt deze tot het eerder besproken economisch gezichtspunt (2007, 8). Schaarste is een feit, maar in plaats van nutsmaximalisatie zoekt men het antwoord in rechtvaardigheidsprincipes. Schaarste kan echter ook worden gezien als een historisch gegroeid sociaal construct. Filosoof Hans Achterhuis betoogt dat schaarste een antropologische mogelijkheid is in plaats van een universele noodzakelijkheid (1988, 61). Volgens hem fungeert schaarste in het gangbare economisch stelsel vanaf de Middeleeuwen als motor voor economische groei. Overvloed en schaarste vormen een paradox waarbij de brandstof ‘mimetische begeerte’ heet. De waarde van een object wordt niet bepaald op basis van de intrinsieke kwaliteiten van dat object maar ontstaat vanuit de vergelijking met wat de ander heeft. Met comparativiteit als beginsel is het antwoord op schaarste vermeerdering. Illustratief is het feit dat toenemende medische mogelijkheden steeds nieuwe zorgbehoeften creëren, waarmee de ervaring van schaarste evenredig toeneemt.

Door het overheersend economisch gezichtspunt verliezen we het perspectief op het goede leven

(Achterhuis, 1988, 281). De paradox van schaarste en overvloed beïnvloedt alle dimensies van het menselijk leven: schone lucht, stilte, welzijn, gezelschap en dus ook zorg. Gebaseerd op het principe van vergelijken is het verlangen naar zekerheid en bescherming onverzadigbaar. In het willen voorkomen van 'schaarste van leven' is veel gezondheidszorg gebaseerd op zekerheid en geruststelling. Het vroegere ideaal om op 'natuurlijke wijze' te sterven bij hoge leeftijd was voor slechts enkelen haalbaar, maar in de moderniteit verworden tot een 'recht'. De begeerte om langer te leven en anderen te overleven zet aan tot overconsumptie en overaanbod van gezondheidszorg. De groei in de gezondheidszorg is een *perpetuum mobile*. Artsen worden tot moderne priesters die als 'het grote Oog van het Leed' alle ongeluk en leed moeten registreren en lenigen en overall gezondheid en leven bevorderen. Zij zijn de ambassadeurs van de hoop op (verlenging van het) leven. Gezamenlijke besluitvorming zoals in *Advanced Care Planning* kan volgens Achterhuis worden beschouwd als een internalisering van schaarste. De patiënt moet kiezen voor het eigen belang, zodanig dat de druk op de beperkte medische middelen niet onaantvaardbaar stijgt (Achterhuis 1988, 290-296). Achterhuis pleit voor meer nadruk op het 'goede leven', waarvan lijden en sterven een onderdeel zijn. Vervolgens werkt hij dit concept nauwelijks uit. Zorghetica Joan Tronto (2017) doet dit wel door 'zorg' centraal te stellen in het 'goede leven'. Zorg vormt een noodzakelijk fundament voor het (goede) menselijk (samen-)leven en wordt gekenmerkt door relationele afstemming met de ander. Tegenover een autonoom competitief subject dat uit is op zelfhandhaving plaatst zij een relationeel, kwetsbaar en sterfelijk subject. Zorgen is een alledaagse activiteit waarmee we onze wereld handhaven, herstellen en repareren. Tronto pleit in plaats van '*homines economici*' voor '*homines curans*', de zorgende mens(en). Het antwoord op schaarste ligt in de herverdeling van zorgverantwoordelijkheden als betekenisvol alternatief. Bovendien kun je stellen dat zorg vanuit de intrinsieke betrokkenheid op de ander een heel ander soort overvloed genereert dan een 'veelheid aan behandelopties'. Is de idee van zorg als product al niet een uiting van intermenselijke schaarste? Kortom, 'schaarste' biedt mogelijkheden om het goede leven en zorg opnieuw te conceptualiseren. Tot nog toe zijn respectievelijk de volgende perspectieven op schaarste besproken: economisch, sociaal constructief en zorg-

ethisch. De vraag is nu welke perspectieven er binnen de realiteit van een zorgorganisatie leven.

De filosofietafels

Opzet

De vraag naar welke perspectieven er binnen een ziekenhuis leven, is het onderwerp van een empirische studie. In de praktijk organiseren ziekenhuizen (en ook andere (zorg-) organisaties) dialogen met het oog op passende zorg. Aan elke tafel namen gemiddeld tien medewerkers vanuit diverse lagen van de organisatie plaats. In totaal waren er 48 deelnemers, van wie sommigen bij meerdere tafels aanwezig waren. Het meest vertegenwoordigd waren de artsen (13 personen: 1 radioloog, 1 anesthesist, 1 intensivist, 1 oncoloog, 1 psychiater, 1 geriater, 1 neuroloog, 1 SEH-arts, 1 gynaecoloog, 1 fertiliteitsarts en 3 chirurgen). Verder namen deel: geestelijk verzorgers (8), management (6 personen: 1 lid van de Raad van Bestuur, 1 zorgmanager, 2 organisatorisch hoofden en 2 teamleiders), leden van de cliëntenraad (4), verpleegkundigen (4), bedrijfsjurist (1), psycholoog (1) en overige werknemers (11). Eerste aanzet was het filmpje 'De zorg in 2040', waarbij het onderscheid tussen passende en noodzakelijke zorg het onderwerp van gesprek was. Op het eind werd het thema voor de volgende tafel samen bepaald, zoals principes van rechtvaardigheid of leeftijdscriterium. Deelnemers gaven *Informed Consent* en de gesprekken werden opgenomen op band en later getranscribeerd. De tafels werden begeleid door twee filosofen.

Methode

De transcripten zijn geanalyseerd met behulp van de semiotische methode ontwikkeld door de theoloog Willem Marie Speelman (2022). In de semiotische methode ziet men elke tekst als een verhaal. Betekenis wordt gecreëerd en begrepen in taal en andere tekensystemen, waarbij een afzonderlijk deel in relatie tot andere delen betekenis krijgt. Bijvoorbeeld een woord als 'schaarste' krijgt haar betekenis in relatie tot andere woorden, figuren genoemd, zoals overvloed, tekort of zorg. Speelman legt een focus op het functioneren van narratieven binnen een bepaalde context, vaak in relatie tot ethische en existentiële vraagstukken.

In deze studie is de vormgeving van de betekenis geanalyseerd op twee niveaus: discursief en narratief. Op het discursieve niveau worden structurerende elementen onderscheiden als wie (acteurs), wanneer (tijd) en waar (plaats). Daarnaast wordt de taal geanalyseerd op figuren (woorden en waarden). Waarden worden aangeduid tussen twee schuine strepen en in hun tegenstelling genoemd /X/ vs /Y/. Het denken vanuit

Is de idee van zorg als product al niet een uiting van intermenselijke schaarste?

het maken van het verschil door het overbruggen van opposities of tegenstellingen is kenmerkend voor deze methode. Op deze wijze worden er zowel in taal als in thema verhaallijnen zichtbaar. Deze ‘rode draden’ worden isotopen genoemd. Vervolgens wordt het verhaal op het narratieve niveau geanalyseerd, waarbij een handeling die het verschil maakt centraal staat. De ‘destinator’ (Dr) indiceert een moeten/willen. In dit verhaal is dat bijvoorbeeld ‘schaarste’ of ‘herverdelen’. Hierdoor komt een ‘subject van handelen’ (SH) in beweging dat competenties verwerft (kunnen, weten hoe), zoals bijvoorbeeld het ziekenhuis (SH) de professionals traint rondom ‘samen beslissen’. Daarna volgt het uitvoeren van de handeling om die vervolgens te evalueren. De uitvoering geschiedt door een subject van handelen (SH) die objecten (O) en subjecten van toestand (S) los van elkaar koppelt ($\vee$) of met elkaar verbindt ($\wedge$). Op een formele wijze wordt hiervan een ‘zin’ gemaakt. Bijvoorbeeld het maken van een scan, als vast onderdeel van een protocol bij mogelijk hersenletsel, is bij nadere overweging niet noodzakelijk.

$$Dr_{\text{schaarste}} \Rightarrow Sh_{\text{ziekenhuis}} \Rightarrow [(O_{\text{protocol}} \wedge S_{\text{scan}} \vee O_{\text{noodzakelijke zorg}}) \rightarrow (O_1 \vee S \wedge O_2)]$$

De scan wordt losgekoppeld van het protocol, en verbonden met (enkel) noodzakelijke zorg. Normaliter wordt er vervolgens een derde fundamenteel niveau toegevoegd, waarin het werkelijke cruciale verschil vanuit tegenstellingen wordt beschreven. Omdat deze studie exploratief is en het nu nog onduidelijk is hoe het verhaal zich zal ontwikkelen is dit hier achterwege gelaten. Een ervaren onderzoeker controleerde de analyse en op basis van gesprekken is deze bijgesteld. Hieronder worden de bevindingen beschreven.

Resultaten: discursief niveau

In de gesprekken spelen de volgende actoren: patiënt, naasten, zorgprofessional, ziekenhuis, ketenzorg en politiek. Voor de ordening van de tijd geldt de coronapandemie als markeringspunt. Daarvoor lijkt men ‘vanzelfsprekende overvloed’ te hebben ervaren. Daarna wordt de toekomst in de betekenis van ‘straks als de schaarste komt’ gekleurd. Vanuit het verleden en de verwachting naar de toekomst ligt in het heden het accent op ‘passende zorg’. De plaats van het ziekenhuis wordt nadrukkelijk verbonden aan organisaties in de ketenzorg. Thematische isotopie is ‘het te boven komen van de schaarste’ (/schaarste/ vs /overvloed/). Hieronder volgt een kort overzicht van de gesprekken, om daarna de vergelijking te maken met de drie perspectieven. Uiteindelijk worden de figuratieve isotopen in een tabel weergegeven.

In de eerste twee tafels ging het gesprek over noodzakelijke zorg en algemeen geldende rechtvaardigheid. Dit citaat geeft de worsteling van (één van) de medewerkers weer: *“Ik ben op zoek naar noodzakelijk passend. Hoe gaan we dat bepalen op individueel niveau? Want op het niveau van de grote groep is misschien het een en ander wel statistisch aan te tonen, dat het misschien niet noodzakelijk is. Maar op het niveau van de patiënt, het individu is het vele malen lastiger om de knip te maken.”* De verschillende betekenissen van ‘rechtvaardigheid’ werden in de derde en de vierde tafel besproken. Op basis van welk rechtvaardigheidsstypen kan men prioriteren of zelfs rantsoeneren? Een citaat: *“Juist het principe van werken zonder aanzien des persoons helpt mij om mijn werk goed te doen en goed samen te werken met mijn team ... Als ik niet meer vanuit dit principe kan werken dan wordt de druk in het werk veel groter.”* Aan de hand van de beroepscode van artsen werd tijdens de vijfde tafel vooral gesproken over de dichotomie tussen persoonsgerichte zorg en het mandaat van protocollen. Met persoonsgerichte zorg bedoelt men zorg die op basis van afstemming met de patiënt tot stand komt. De artsen ervaren momenteel speelruimte tussen zorg op basis van wederzijdse afstemming en standaarden. Er is angst om deze bij toenemende schaarste te verliezen, vooral omdat de tijd per patiënt steeds schaarser wordt. Daarnaast is er sprake van defensieve geneeskunde: uit angst voor mogelijke klachten voldoet men aan ‘torenhoge’ verwachtingen van patiënten en familie door het verlenen van volgens medisch inzicht onnodige zorg. *“Wat is dan veilige zorg? Ik stel mijn co-assistenten wel eens de vraag: Met hoeveel onzekerheid kun je leven? Ik ben een groot voorstander van het recht om niet te weten.”* De laatste tafel behandelde ‘leeftijd als criterium’, waarbij men concludeerde dat leeftijd slechts één van de vele factoren is op basis waarvan men kan beoordelen of een behandeling wel of niet zinvol is. Ook hier lag de voorkeur bij persoonsgerichte zorg in plaats van algemeen gestelde criteria.

In de filosofische verkenning zijn drie perspectieven onderkend: economisch, sociaal constructivistisch en zorgethisch. Er werd gesteld dat het economisch perspectief overheerst. Inderdaad denkt men bij schaarste in oplossingen als efficiëntie en kostenbeheersing. Er is weinig bewustzijn dat een criterium als gezondheidswinst of passende zorg gebaseerd is op het economisch paradigma. Tijdens de gesprekken werd dit wel door de gespreksleider geopperd maar deelnemers gingen hier niet verder op in.

Vanuit het sociaal constructivistisch denken kan worden gezegd dat enerzijds wordt aangestuurd op vermeerdering, bijvoorbeeld door technologische

innovatie zoals AI. Doorslaggevend is het zoeken naar mogelijkheden voor verantwoord afschalen. Vooral vanwege het toenemend personeelstekort zien deelnemers de urgentie hiervan. Anderzijds zien deelnemers een verband tussen verminderen - in plaats van vermeerderen - en het 'goede leven'. Er wordt overconsumptie en overbehandeling geconstateerd en dit gaat ten koste van de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven heeft naast een kwantitatieve invalshoek ook de betekenis van het 'goede leven'. Hierbij hoort meer aandacht voor onzekerheid en eindigheid. Tegelijkertijd ervaart men nu bij grote drukte (hoge productiesnelheid) dat afschalen verschraling inhoudt. Het is steeds lastiger om 'fijne en goede zorg' te geven: dat vraagt tijd, speelruimte en oog voor de uniciteit van de patiënt. Met dit laatste wordt een zorgethisch perspectief verwoord. Het deductief denken vanuit rechtvaardigheid stuitte op grote weerstand. Deelnemers reageerden met casuïstiek om aan te tonen dat persoonsgerichte zorg dit niet verdraagt, want elke patiënt is uniek. Tegelijkertijd werd beweerd dat 'straks als de echte schaarste komt' het passend krijgen van de zorg niet meer lukt vanwege een tekort aan zorg. Hierbij werd gerefereerd aan corona, toen groepen patiënten geen zorg naar behoefte kregen. Wie gaan de keuzes maken en op basis waarvan?

Hieronder zijn de figuren en de waarden per isotopie benoemd. De analyse is op basis van de transcripties, dus met een uitgebreider bron dan de onderstaande schets.

Afschalen	
Figuren	<i>tekort aan, preventie, gezondheidswinst, krimp, samen beslissen, scherpe keuzes, triage, QALY, rechtvaardige verdeling, onbeperkte behoefte, noodzakelijk, passend, overbodig, duur.</i>
Waarden	<i>/surplus/ vs /tekort/</i>

De eerste isotopie is een economische isotopie, waarbij de verbindende waarden */surplus/ vs /tekort/* de belangrijkste tegenstelling vormen. De isotopie van zorg is herkenbaar aanwezig en duidelijk afwijkend van de vorige.

Zorg	
Figuren	<i>kwaliteit van leven, persoonsgericht, zorgrelatie, empathie, afstemming, contextgevoelig, kwetsbaarheid, afhankelijkheid, vitaliteitscriterium, levenstijd, fijne en goede zorg, de belofte, toegankelijk</i>
Waarden	<i>/autonomie/ vs /heteronomie/</i>

De derde isotopie lijkt vooral een juridisch programma, waarin de waarden */vertrouwen/ vs /wantrouwen/* toonaangevend zijn.

(On-)zekerheid	
Figuren	<i>protocollen, richtlijnen, evidence-based, patiëntenrechten, tuchtrecht, WGBO, defensieve geneeskunde, second opinion</i>
Waarden	<i>/vertrouwen/ vs /wantrouwen/</i>

Wanneer je de figuren en de waarden van de eerste tabel op je in laat werken, dan merk je een streven om zowel het zorgaanbod als de zorgvraag te verminderen. Vandaar de titel 'afschalen'. In de tweede tabel wordt de taal van de zorg gesproken. In dit narratief blijft men mogelijkheden aftasten om door minder te doen toch betere zorg te bewerkstelligen. De derde tabel brengt de onzekerheid die hiermee gepaard gaat. Deze onzekerheid wordt niet (alleen) veroorzaakt door een gebrek aan competenties maar lijkt een juridisch programma te zijn.

Resultaten: narratief niveau

Op het narratieve niveau is er sprake van twee destinatoren: 'schaarste' en 'zorgbehoefte'. Zorgmedewerkers zijn het subject van handelen en proberen de zorg voor de patiënt passend te krijgen.

$$Dr_{\text{schaarste}} \Rightarrow Dr_{\text{zorgbehoefte}} \Rightarrow [(O_{\text{tekort}} \wedge S_{\text{patiënt}} \vee O_{\text{passende zorg}}) \rightarrow (O_1 \vee S \wedge O_2)]$$

Deze handeling wordt echter op voorhand beoordeeld als risicovol. De zorgmedewerkers willen subject van handelen zijn en verantwoordelijkheid dragen, maar op de achtergrond speelt een andere destinator; niet alleen de schaarste die om maat en rechtvaardigheid vraagt, niet enkel de patiënt die zorg vraagt maar een juridische, die de zorgmedewerkers met wantrouwen en dreiging tegemoet treedt. De narratieve competenties om te handelen zijn: moeten, willen, kunnen, en weten hoe. Maar de juridische isotopie werpt een hindernis op: niet mogen of niet durven.

Discussie

Deze studie is op filosofisch en empirisch niveau nog beknopt en vormt aanleiding voor meer onderzoek. Theoretisch kan de idee van gematigde rechtvaardigheid, gestoeld op het economische perspectief (Claassen, 2007) nog worden toegevoegd. De onderzoeksgroep was *at random*. Deelnemers waren geïnteresseerd in filosofisch-ethische vragen. Dit maakt dat de deelnemers geen volledige representatie van organisatie vormden. De resultaten zijn in deze zin een eerste exploratie. Vanuit de semiotische analyse konden meerdere isotopen

worden benoemd, zoals 'pandemie' of 'samenleving'. Er is gekozen om de meest prominenten te beschrijven. De tendens om te bewegen naar vermindering is vanuit het sociaal constructivistisch perspectief een beweging die het creëren van schaarste door vermeerdering afremt of wellicht zelfs transformeert. Maar in deze beweging is er sprake van een spanning tussen persoonsgerichte zorg (*ethics of care*) en algemene principes van rechtvaardigheid (*ethics of justice*). Schaarste raakt op deze wijze aan het 'justice-care-debate' (Held, 2006) dat hiermee een nieuwe impuls krijgt.

Conclusie

De vraag was: hoe kunnen we schaarste in de zorg begrijpen? Theoretisch was er sprake van drie perspectieven: economisch, sociaal constructivistisch en zorgethisch. In de vergelijking met de empirische studie blijkt dat schaarste onverwachte kansen biedt om uit de paradox van schaarste en overvloed te geraken door het goede leven gefundeerd op zorg te herijken. Vanuit sociaal constructivistisch oogpunt zoeken zorgmedewerkers naar een nieuwe maat die ook rechtvaardig is. Zorg is echter contingent en persoonsgericht en slecht te rijmen met algemene principes van rechtvaardigheid. Zorgmedewerkers zoeken naar nieuwe competenties voor passende zorg, die vrijheid en eigen verantwoordelijkheid veronderstelt.

Literatuur

- Achterhuis H. Het rijk van de schaarste. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault. Baarn: Ambo, 1988.
- Claassen R. Schaarste en overvloed: een strijd tussen twee interpretaties van de menselijke conditie. *Tijdschrift voor Filosofie* 2007; 69(1): 3-34.
- Held V. *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. Oxford: University Press, 2006.
- Robbins L. *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: Macmillan & Co, 1932.
- Speelman W.M. Bericht uit Amphia Ziekenhuis. Narratieve analyse van een artikelenreeks uit de Volkskrant over de eerste coronagolf. *Religie & Samenleving* 2021; 17: 27-49.
- Tronto J. There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring* 2017; 1(1): 27-43.
- Zorginstituut Nederland.nl website. [https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/de-zorg-van-morgen,geraadpleegd 12 maart 2025](https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/de-zorg-van-morgen,geraadpleegd%2012%20maart%202025).
- Xenos N. *Scarcity & Modernity*. London: Routledge, 1989.

Schaarste biedt onverwachte kansen om uit de paradox van schaarste en overvloed te geraken door het goede leven gefundeerd op zorg te herijken

SAMENVATTING

Om tot oplossingen voor schaarste in de zorg te geraken moet eerst duidelijk zijn hoe schaarste kan worden begrepen. In een filosofische verkenning van het begrip schaarste kunnen drie perspectieven worden benoemd: een economisch, sociaal constructivistisch en zorgethisch perspectief. In vergelijking met een narratieve analyse van een empirische studie blijkt passende zorg ook een uitweg uit het dominante economische discours door het goede leven centraal te stellen. Zorgmedewerkers zoeken naar nieuwe competenties en ervaren een dichotomie tussen het laten rijmen van zorg voor de unieke patiënt en principes van rechtvaardigheid. Meer vrijheid in het kader van eigen verantwoordelijkheid is gewenst.

Trefwoorden: *schaarste, overvloed, zorg*

SUMMARY

To arrive at solutions for scarcity in healthcare, first it must be clear how scarcity can be understood. In a philosophical exploration of scarcity, three perspectives can be identified: an economic, a social constructivist, and a care ethics perspective. Compared to a narrative analysis of an empirical study, appropriate care also offers an escape from the dominant economic discourse by placing the good life at its centre. While seeking for new competencies healthcare workers experience a dichotomy between reconciling care for the unique patient and principles of justice. More freedom within the framework of personal responsibility is desired.