

LIEFDE DOET LIEFDE GROEIEN

Is het voor verzorgenden binnen de huidige professionele zorg mogelijk, het hart te laten spreken?

Een onderzoek

Eindwerkstuk in het kader van de bacheloropleiding Theologie en Levensbeschouwing
Fontys Hogeschool Theologie en Levensbeschouwing, lesplaats Amsterdam

Door: Ellen van der Plas
Studentnummer: 2037966
Begeleid door: Huub Flohr
Datum: 30 juli 2007
Plaats: Arnhem

Voorwoord

Voor deze scriptie heb ik veel gelezen en veel gesproken met mensen die werkzaam zijn in de zorg. Mijn indruk is dat deze mensen, ongeacht hun drijfveren, zeer gemotiveerd zijn.

Zij hebben, zoals dat zo mooi gezegd wordt, het hart op de goede plaats.

Om in deze sector hun hart te kunnen laten spreken, moeten ze zich gesteund en gedragen voelen door hun collega's en meerderen. Dat gaat niet zonder slag of stoot, maar het is mogelijk, heb ik in dit onderzoek ontdekt.

De hoofdstukaanduidingen heb ik in lettergrootte 14 vetgedrukt, de paragraafaanduidingen alleen vet.

Korte citaten staan tussen aanhalingstekens, de langere staan in cursief.

De integraal overgenomen radiogesprekken en het zelf gevoerde vraaggesprek cursiveer ik niet. Hier staan alleen aanhalingstekens.

Noten die achterin staan, worden in de tekst met een asterix aangegeven. De andere staan tussen haakjes in de tekst.

Zie ook achterin voor de geraadpleegde literatuur en bronnen.

Bij deze wil ik José Eijt bedanken voor de tips die ze me gegeven heeft

INHOUDSOPGAVE

Blz.

5	Inleiding
9	Hoofdstuk 1 , een overzicht van de zorg over de laatste twee eeuwen Florence Nightingale
10	Op weg naar professionalisering
13	Hoofdstuk 2 , Christelijke ethiek, inleiding
14	Wat is het goede doen vanuit de christelijke ethiek?
16	Hoofdstuk 3 , Congregaties
17	Zorg in de praktijk van verpleging door religieuzen
22	Hoofdstuk 4 , De zorg vandaag Ethiek nu
24	Wat zijn de omstandigheden binnen en rondom het werk? Geluiden uit de sector
28	De patiënt
29	Een tegengeluid: Cora van der Kooij
30	Dit tegengeluid omgezet: het maieutische zorgconcept
33	Persoonlijke eigenschappen van de verzorgende
34	Betrokkenheid en afstand
34	Verzorging als zingevende arbeid
35	Een ander tegengeluid: Paula Lampe
35	Wie zijn de hulpverleners?
36	Betrokkenheid en afstand
37	Wat te doen om de eigen grenzen af te bakenen?
39	Opmerkingen bij het boek van Lampe
39	Nabeschouwing
41	Conclusie
42	Noten
44	Geraadpleegde bronnen en literatuur

Zo zijt gij dus geen vreemdelingen en ontheemden meer, maar medeburgers van de heiligen en huisgenoten van God, gebouwd op het fundament van de apostelen en profeten, terwijl de sluitsteen Christus Jezus zelf is, die het hele bouwwerk in zijn voegen houdt. In Hem groeit het uit tot een heilige tempel in de Heer. In Hem wordt ook gij mee opgebouwd tot een woonstede van God.

Efeziërs 2, 19-22

Inleiding

De aanleiding tot deze scriptie is de eerste encycliek van Paus Benedictus XVI 'Deus Caritas Est' die februari 2006 verscheen. Het is een indrukwekkende getuigenis van Gods liefde die onpeilbaar en onvoorwaardelijk is.

Het uitgangspunt van de encycliek is 'God is liefde'. De kruisdood, schrijft Benedictus, is het hoogtepunt van de manier waarop God zich -door Zijn Zoon te geven- tegen zichzelf keert, en hierbij zichzelf wegschenkt om de mens weer op te richten en hem te redden- liefde in de meest *radicale* vorm. Jezus heeft deze daad van zelfgave blijvend aanwezig gemaakt door de instelling van de Eucharistie tijdens het laatste Avondmaal. De Eucharistie haalt ons binnen in zijn zelfgave. De communie trekt ons uit onszelf naar hem toe en zo naar eenheid met alle christenen; we worden één lichaam. Liefde tot God en naastenliefde zijn nu verenigd. Gods liefde komt lichamenlijk tot ons in brood en wijn om in en door ons werkzaam te worden, en te worden doorgegeven.

De liefde tot God en tot de naaste leven beide van de liefde van God, die ons het eerst heeft liefgehad. Zij is een geschonken ervaring van binnenuit, die op grond van haar wezen aan anderen doorgegeven moet worden. In de afronding van het eerste deel van deze encycliek schrijft Benedictus woorden die mij door hun eenvoud en schoonheid treffen. *'Liefde tot God en tot de naaste zijn onscheidbaar: er is slechts één gebod. De liefde tot God en tot de naaste leven echter beide van de liefde van God, die ons het eerst heeft liefgehad. Zo is het geen gebod van buitenaf meer, dat ons het onmogelijke voorschrijft, maar een geschonken ervaring van binnenuit, die op grond van haar wezen aan anderen doorgegeven moet worden. Liefde groeit door liefde.'*

(cursivering van mij)

Bij het lezen van de woorden van Benedictus dacht ik aan religieuzen die vanuit congregaties werkzaam waren in de zorg. Ik had met veel belangstelling het proefschrift van José Eijt 'Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster' gelezen. Religieuzen zorgden uit christelijke naastenliefde en om niet. Eijt heeft ondermeer onderzoek gedaan bij de congregatie Dochters van Onze Lieve Vrouwe van het Heilig Hart waartoe een tante van mijn man behoorde. Zij heette zuster Hedwig – Tante Toos voor de neefjes en nichtjes - en haar bescheidenheid en zachtaardigheid waren legendarisch. Zo at zij wanneer ze bij de familie logeerde nooit wat iedereen at, maar nam slechts een dunne boterham met een paar korrels suiker erop. Zij overleed in 1978, plotseling, zacht en vredig. Bij toeval kwam ik onlangs een vrouw tegen die in de 50-er jaren naailes van zuster Hedwig bleek te hebben gehad.

Toen deze vrouw over haar vertelde, sprongen de tranen haar in de ogen; zij zei dat ze nooit de goedheid, het geduld en de liefde van deze zuster vergeten zou.

Wat me bezighield was: treffen we vandaag de dag op het terrein van onze huidige geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg, nog de caritasgedachte aan zoals die verwoord wordt door Benedictus XVI? Caritatieve congregaties hebben grote zorginstellingen in het publieke domein voortgebracht en zijn de voorlopers geweest van de professionele zorg en in zekere zin ook van sociale rechten en mensenrechten, opgevat in hun morele dimensie. Wat is van hun gedachtegoed terug te vinden?

Nu is dit beroepsveld binnen onze grotendeels seculiere maatschappij volledig geprofessionaliseerd, maar toch valt me steeds op dat de *care**-verleners- dus geen bestuurders, beleidsmakers en medisch specialisten maar verzorgenden en

verpleegkundigen- zeggen dat het hen niet gaat om het geld en de status. Dat het hen ergens anders om gaat geloof ik meteen want het aanzien van dit beroep alsmede de beloning van het verrichte werk, liggen niet bepaald hoog. Bovendien vernemen we dagelijks via de media en sommigen aan den lijve, hoe de zorgsector door beleidsveranderingen en bezuinigingen gefnuikt wordt.

Wat ik aanvankelijk in deze scriptie wilde onderzoeken was: wat drijft verzorgende en verplegende religieuzen tot dit werk? Hoe wordt hun motivatie door hen beleefd en verwoord? Waar lopen ze in deze tijd tegen aan?

Na het zoeken en lezen van literatuur die me verder zou kunnen helpen, raakte ik verstrikt in de hoeveelheid en de complexiteit die ik aantrof. Ik zou bovendien geen onderzoek in het hier en nu kunnen doen omdat congregaties van religieuzen sterk vergrijzen en nauwelijks nieuwe aanwas krijgen zodat ze in de Nederlandse zorginstellingen niet of nauwelijks meer te vinden zijn. Toch wilde ik de congregaties aan bod laten komen. Zij waren een nieuw verschijnsel omdat ze de caritas steeds ruimer institutionaliseerden. Religieuze gedachten vormden hiervan de motivatie. Vanaf de negentiende eeuw groeide in bredere lagen van de samenleving betrokkenheid met hulpbehoevenden. Uiteindelijk zou deze ontwikkeling leiden tot de verzorgingsstaat van nu. Ik zou dus de geschiedenis van congregaties moeten onderzoeken.

Op een bepaald moment zou deze verticale, historische lijn het heden raken. En dan zou ik de vraag stellen: vinden we heden ten dage een motivatie die te vergelijken is met die van de religieuzen toentertijd? Zo ja, hoe en waar ?

Een lastig punt was, dat ik uit voorbereidende gesprekken die ik met verzorgenden *off the record* had, merkte dat hun uitspraken over hun motivatie, ongeacht de levensbeschouwing, vrijwel gelijkkluidend waren.

De behoefte er voor een ander te zijn werd zo duidelijk uitgesproken en was zo verankerd in de levensprincipes dat ik niet zag hoe ik er een afgebakend aandachtsgebied uit kon halen.

Nadat de historica José Eijt, onderzoeker van zustercongregaties en auteur van 'Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster' me attent gemaakt had op het boek 'Liefdewerk' van Annelies van Heijst kon ik verder. Van Heijst heeft de congregatie van de Arme Zusters van het Goddelijk Kind onderzocht en zag redenen de caritas te herwaarderen. De motivatie voor het werken in de hulpverlening, zegt Van Heijst, wordt in de huidige opleiding, begeleiding en bijscholing niet of nauwelijks aangesproken*. Er zou op dit vlak veel te verbeteren zijn- maar alleen als zorg wordt erkend als een triadische dynamiek, dat wil zeggen; dat bij het geven en ontvangen drie partijen betrokken zijn: wie geeft aan de ander, doet dat in het besef zelf, eerder en onverdiend, te hebben ontvangen van een ander. (Latijn; *do quai mihi datum est*. Ik geef omdat mij gegeven is). Dit geven berust op, en wordt gevoed door, eerdere persoonlijke ervaringen van de gever en is niet gericht op het onmiddellijk zien van resultaat.

Helaas moet de auteur constateren dat de heersende tendens een andere is. Juridisering en professionalisering hebben geleid tot een kijk op zorg als een duale dynamiek, dat wil zeggen: ik geef en krijg daarvoor iets terug, namelijk geld. (Latijn; *do ut des*. Ik geef opdat ik krijg).

Het extra in de ervaring van het zorgen kan hier niet meer worden opgebracht. Het draait om kostenbeheersing; om zo doelmatig en zo goedkoop mogelijk handelen. Dit vindt zij zorgelijk, zo niet beangstigend.

Van Heijst verruimt op grond van haar onderzoek de triadische dynamiek met de religieuze component. Deze vorm vond zijn uitwerking in de liefdadige zorg die duizenden religieuzen gegeven hebben aan tienduizenden kinderen, zieken en ouderen. Kenmerkend voor deze religieuze zorg was, zoals ik aangaf, dat zij door het bereik in de publieke sfeer, mede de grondslag heeft gelegd voor onze verzorgingsstaat omdat de institutionele vormgeving en de professionalisering erin op gang kwamen. Vandaag de dag wordt op liefdadigheid neergekeken: wanneer er recht voor iedereen is in de maatschappij, dan is liefdadigheid overbodig. Maar, ook al heeft men recht op de een of andere subsidie of uitkering omdat men oud, ziek, zwakbegaafd of gehandicapt is, de weg naar deze centen is moeilijk te vinden en bovendien volgestapeld met paperassen.

Het waren nu juist deze groepen waar religieuzen zich bijna twee eeuwen geleden over gingen ontfermen. Van Heijst wil de caritas herwaarderen omdat het werk van religieuzen kan fungeren als een inspiratiebron voor herbezinning op de zorg van vandaag.

Door een recensie in het blad 'Zin in Zorg' (jaargang 7, maart 2005) het verenigingsblad van de Christelijke Vereniging van Zorgaanbieders: Reliëf, kwam ik op het spoor van Cora van der Kooij. Zij ontwikkelde een methode die tot doel heeft verzorgenden bewust te maken van hun eigen creativiteit en talenten in de omgang met de mensen die zij verzorgen. Van der Kooij presenteert met het boek 'Een glimlach in het voorbijgaan' de eerste uitgave in de serie 'Voor het hart in de Zorg'. Het is een praktisch vervolg op haar proefschrift 'Gewoon lief zijn?' (december 2003, VU Amsterdam).

Dit proefschrift verslaat de evaluatie van dit door haar ontwikkelde zorgconcept, dat op dat moment in twintig verpleeghuizen werd toegepast. Van der Kooij is verpleegkundige en historicus en inhoudelijk directeur van het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk (IMOZ) dat in 1991 werd opgericht. Het IMOZ verkoopt een door Van der Kooij ontworpen zorgconcept als methode aan zorginstellingen samen met de implementatie hiervan. Van der Kooij maakt zich, evenals van Heijst, ongerust. Behalve het pleidooi die ze doet voor een herbezinning op de huidige zorg, heeft ze met haar methode de zorg een doeltreffend instrument in handen gegeven. Ik heb me laten vertellen dat van der Kooij op symposia over zingeving in de zorg, aangeeft hierbij geïnspireerd te zijn door de inzet en het *meer* in het geven van de religieuzen bij hun zorgen.

De omslag van 'Een glimlach in het voorbijgaan' vermeldt dat de methode beïnvloed is door haar eigen ervaringen als verpleegkundige. 'Zorg is meer dan een economisch product. Verzorgenden staan voor maatschappelijke waarden als medemenselijkheid en menselijke waardigheid.'

Voordat ik uitkom bij de congregatiezusters - waarbij ik gebruik gemaakt van het proefschrift van José Eijt en het onderzoek van Van Heijst - schets ik een beeld van de zorg zo'n tweehonderd jaar geleden. Daarna zal ik een profiel neerzetten van de mensvisie in de moraal, in samenhang met de christelijke geloofstraditie. Dit doe ik aan de hand van de reader en aantekeningen, gemaakt tijdens de cursus van dr. Huub Flohr: Fundamentele theologische ethiek.

Hierna geef ik een overzicht van de gang naar de moderne zorg, gevolgd door een beeld van de setting waarin verzorgenden vandaag de dag werken. Hierbij maak ik gebruik van radio-interviews, krantenartikelen en een vraaggesprek. De reactie van Van der Kooij op de huidige situatie in de zorg, de maieutische methode, zet ik

uiteen,voorafgegaan door een korte beschouwing over de bijdrage van de christelijke ethiek aan de huidige, grotendeels seculiere moraal.

Aansluitend geef ik de visie van Paula Lampe weer; zij reageert, net als Van der Kooij, met bezorgdheid op de toestand in de zorgsector, maar op een andere manier.

Mijn vraag bij dit onderzoek was de volgende: is er een aan christelijke naastenliefde verwante liefdadigheid te vinden in de huidige zorg? Zo ja, waar en hoe? Is er vervolgens een meerwaarde te constateren in deze zorg vergeleken bij een meer economisch te omschrijven houding ten opzichte van zorg? Kan het werk van religieuzen fungeren als inspiratiebron bij herbezinning op de zorg?

Het criterium dat ik bij de laatste vraag gebruikt heb, is me ingegeven door de woorden van Benedictus XVI: *liefde doet liefde groeien*. Naar mijn mening moet de intentie van het handelen in de zorg, ten diepste gericht zijn op het morele welzijn van de gemeenschap als geheel, omdat de maatschappelijke verhoudingen en het algemeen welzijn- nu en in de toekomst- staan of vallen met de mate van moraliteit die tot uiting komt in de benadering van kwetsbare mensen. Ook als het gewenste resultaat niet onmiddellijk zichtbaar en toetsbaar is, moet dít de gerichtheid zijn. Het gehalte van de moraliteit hier en nu, is bepalend voor wat komen gaat.

Hieraan koppel ik mijn waardering van de twee visies die ik aan bod laat komen.

Waarom dit onderzoek? Uit angst, moet ik bekennen. De vele berichten die ik dagelijks verneem via de media maken me ongerust. Naast klachten van burn-out en overvraging bij verzorgenden, hoor ik alarmerende voorspellingen: door de vergrijzing zal het aantal chronisch zieken de komende 20 jaar met 60 % toenemen, voornamelijk betreft het aandoeningen als diabetes, hart- en vaatziekten en longkanker. Tegelijkertijd neemt mijn bewondering toe voor de werkers in de zorg. Hun gevecht om door te gaan en 'hun' mensen niet in de steek te laten vind ik indrukwekkend. Ook patiënten klagen dat er fouten gemaakt worden en dat ze zich een nummer voelen. Als je praat met iemand uit de zorg- wat ik de laatste maanden veel gedaan heb- merk je dat deze zich gegijzeld voelt door een protocol waarin elke cent verantwoord moet worden. Dit slaat terug op de bewegingsruimte van de verzorgende en op de kwaliteit van de zorg. De meeste mensen zijn ooit met liefde aan dit werk begonnen en willen hun talent ten dienste van anderen gebruiken, en niet ten dienste van een overheid die formulieren ingevuld wil zien.

Bij de negatieve verhalen en tegengeluiden, hoorde ik af en toe van tehuizen en instellingen die een andere weg inslaan (en daardoor langere wachttijden hebben omdat er veel belangstelling voor is) maar via de door mij dagelijks geraadpleegde media vernam ik weinig over daadwerkelijk bredere initiatieven tot verbetering.

Ik ben bang voor 'later als ik oud ben' en ik wilde deze angst kalmeren door hem dichterbij te halen, met de stiekeme hoop te ontdekken dat het zo erg toch wel niet zijn zou .

Ik heb de ultieme vorm van gepraktiseerde naastenliefde door religieuzen als uitgangspunt bij mijn onderzoek genomen, en als inspiratie de eerste encycliciek van Benedictus.

Hoofdstuk 1

Een overzicht van de zorg over de laatste twee eeuwen.

Niet-arme zieken waren in de eerste helft van de negentiende eeuw aangewezen op zichzelf en hun gezinsleden, op burens of familieleden. Arme zieken hadden de gasthuizen als hun toevluchtsoord. Deze deden dienst als opvang voor arme zieken, bejaarden en gebrekkigen, meestal tot hun dood. Zij werden verzorgd zonder dat er sprake was van behandeling of genezing.

Regenten stelden vaders en moeders aan in deze gasthuizen, zij werden geholpen door zaalknechten en -meiden, vaak afkomstig uit de onderlaag van de bevolking. Scholing was er niet en motivatie en enig besef van zindelijkheid ook niet. In de geschiedenis van de verpleegkunde wordt deze periode daarom beschreven als 'de donkere tijd'.

In katholieke kring boden de verpleegcongregaties uitkomst. Religieuzen ontfermden zich als gasthuizusters en -broeders over arme zieken en bejaarden, wezen en verschoppelingen.

Wie het echter maar een beetje betalen kon, liet zich thuis verplegen.

Door de toename van de medische en technische kennis ontwikkelden de gasthuizen zich rond de eeuwwisseling (1900) tot centra waar ziekten konden worden bestreden en behandeld. Hierdoor werd de oprichting van particuliere ziekenhuizen sterk gestimuleerd, net als de vraag naar verplegend personeel. De verschuiving van verpleging naar medische behandeling had tot gevolg dat er aan de verpleging hogere eisen werden gesteld.

Er werd dus kennis gevraagd. Ook kwamen er opleidingen voor burgermeisjes.

Florence Nightingale

Op de weg naar volwaardige verpleegkunde komen wij de Engelse Florence Nightingale tegen (1820-1919). Zij was een zeer gedreven vrouw. 'God spoke to me and called me to his service'.

Buiten haar school bij het St. Thomas Hospital, voluit Florence Nightingale Training School for Nurses, zette Florence zich in voor de verbetering van het ziekenhuismanagement en de bouw van ziekenhuizen volgens gezonde sanitaire maatregelen. Zo droeg zij bij aan de ontwikkeling van de verpleegzorg tot een waardig beroep, bovendien trok ze de verpleging weg van het gezin, waar deze meestal werd uitgevoerd. Verpleging was volgens Florence een op religieuze motieven gebaseerde professionele bezigheid, uitgevoerd door speciaal opgeleide verpleegsters.

De verpleging mocht naar het idee van Nightingale niet langer uitsluitend liefdadigheid zijn, maar een betaald, waardig beroep. Een verpleegster moest geen hulp in de huishouding zijn die ook aan ziekenzorg deed. Het begrip 'roeping' bleef overeind, maar wel aangevuld met doelgerichte beroepseisen. Florence was een van de eersten die statistiek in de gezondheidszorg toepasten, waardoor aan het vak verpleegkunde een wetenschappelijke component werd toegevoegd.

Uit haar inbreng bleek haar ontwikkeling, zelfstandigheid en enorme gedrevenheid, zij ging de geschiedenis dan ook in als een heldin, een heilige bijna. Deze gedrevenheid, deze bezielde roeping, werd echter gecombineerd met een behoudende opstelling wat betreft belangrijke sociale, filosofische en wetenschappelijke ontwikkelingen uit de tweede helft van die 19^{de} eeuw.

Zo klinkt haar geloofsopvatting door in haar kritiek op latere ontwikkelingen in het beroep, zoals het opkomen van verpleegkundigenberoepsverenigingen die hogere salarissen eisten. Meer geld willen, paste volgens Nightingale niet bij verpleging als religieuze roeping.

Zij vond dat discipline in opleiding en beroep, de beste methoden waren om de karaktervorming van een verpleegster te waarborgen. Bij haar kenschets van de ideale verpleegster liet zij zich inspireren door het traditionele vrouwbeeld uit die tijd; dat was in het Victoriaanse Engeland het beeld van de deugdzame, kuise vrouw.

'Een werkelijk goede verpleegster moet een hoogstaand karakter hebben. Het moet nauwelijks gezegd worden dat ze kuis moet zijn en nuchter, van geest en drankgebruik. Oprecht, betrouwbaar, nauwgezet, kalm maar toch levendig, opgewekt, hoopvol, proper en met het welzijn van de patiënt en niet dat van zichzelf voor ogen.' (Nightingale, 1883).

Hoe goed de verpleegsters ook werkten, hoe goed ze ook waren opgeleid, binnen de hiërarchische verhoudingen in de 19^{de} eeuw was het zwaartepunt van het verzorgen van zieken, verschoven naar de medische behandeling en dat was het terrein van de artsen: mannen.

Bij gevolg was de verpleegster een moeder, die de zieke met liefde verzorgde naar de zienswijze van de arts; haar taak was helemaal afgeleid van zijn opdracht. Zij moest gehoorzaam meewerken, voor kritiek was geen plaats.

In haar visie op de toen heersende verhoudingen was Florence haar tijd tientallen jaren vooruit; de vakbekwame dokter en de vakbekwame verpleegster waren gelijkwaardig in hun samenwerking in het behandelingsproces van de zieke. Beide moesten hun kwaliteiten op waarde schatten en hoogachten. Haar uitspraak: 'beter een eersterangs verpleegster dan een derderangs dokter' is bekend geworden. De positie van de verpleegsters ten opzichte van de medici, bracht zij zo onder woorden: 'de verpleegster is de geschoolde dienaar van de geneeskunde.'

Het feit dat Nightingale het verpleegberoep tot een gewaardeerd beroep maakte in zowel materieel als immaterieel opzicht, is een grote verdienste geweest.

Het is aan deze gedrevenheid te danken dat haar geboortedag, 12 mei, elk jaar op de Dag van de Verpleging herdacht wordt.

Op weg naar professionalisering

In eerste helft van de 20^{ste} eeuw waren er al veel successen geboekt in de geneeskunde, waarbij vooral moet worden gedacht aan de ontdekking van de penicilline waardoor vele levens gered konden worden. Ondanks de gestage ontwikkeling van de gezondheidszorg, zijn er niet veel aanwijzingen te vinden in de traditionele opvattingen omtrent het verpleegster-zijn. Het ideale beeld hield stand: de verpleegster stond –hoewel goed opgeleid- in dienst van de vrijwel altijd mannelijke arts. De verschuivingen vonden vooral plaats op het terrein van technische kennis en uitvoering.

In de jaren na Florence Nightingale, zien we dat de verschillende vormen van beroepsuitoefening in de gezondheidszorg geregeld worden in wetten, besluiten en beschikkingen. Dit versterkte de beroepsgroep in juridische zin.

De vooruitgang van de medische wetenschap opende de weg naar het moderne ziekenhuis. Particuliere ziekenhuizen deden hun best het gasthuis te overtreffen in

medische en verpleegkundige zorg. Vanwege de eisen die nu gesteld werden, kwamen er opleidingen tot verpleegkundige, voor vrouwen.* Het waren namelijk aanvankelijk vrouwen die zich het lot van zieken aantrokken. Voor vrouwen was volgens de in de 19^{de} eeuw heersende opvattingen het moederschap de levensvervulling. Voor gehuwde vrouwen lag de taak vast, ongehuwde vrouwen konden de aan het moederschap verbonden taken natuurlijk niet vervullen. Wat ze echter wel konden, was zich wijden aan vrouwelijk geachte werkzaamheden: liefdadigheid, het verzorgen en verplegen van zieken, het begeleiden van dronkaards en gevallen vrouwen en het geven van onderwijs aan kinderen.

Het was zelfs zo dat een groeiend aantal vrouwen uit de hogere en middenklasse besloot niet te trouwen vanuit de ambitie goede daden te verrichten en zich intellectueel te ontplooiën. Via de liefdadigheid konden zij zich legitiem buiten de grenzen van het hun toegekende domein begeven.

Uit de groep vrouwen uit de 'betere kringen' en later ook uit de categorie van vrouwen uit andere sociale milieus, groeide een leger van meisjes en vrouwen die werkten in de sector van de zich moderniserende gezondheidszorg.

De wordingsgeschiedenis van het moderne verpleegstersberoep ging echter niet van een leien dakje. Had het motief van dienende liefde en roeping uitschakeling van eigen belangen gevraagd, nu werd het technische kennis en kunde die gepaard ging aan prestatie en honorering. Ook was de positie van het verpleegkundige werk niet duidelijk. Het beroep stond dichtbij dat van de artsen, maar van een gezonde relatie tussen beide groepen was geen sprake. Hoewel het hele Nederlandse parlement in 1962 ervan overtuigd was dat er aan alle beroepsarbeid een twee- tot vijfjarige periode van voorbereiding vooraf moest gaan, koos men voor de verpleegstersopleiding de goedkoopste oplossing, namelijk die van het leerlingenstelsel in bedrijfsverband. Het ziekenhuis bood kost en inwoning aan de leerlingen, waardoor het salaris laag gehouden kon worden. De leerlingen volgden een beperkte hoeveelheid theoretische lessen, verder moest er hard gewerkt worden. Het gevolg was dat de artsen, die wel een opleiding gevolgd hadden en nog wel een universitaire, zich ver boven de verpleegsters verheven voelden. Toch was er aan verpleegsters geen gebrek; voor het burgermeisje was het lage salaris geen probleem omdat zij immers kost en inwoning kreeg en bovendien gratis medische behandeling wanneer zij ziek werd.

Voor het arbeidersmeisje waren er ook geen bezwaren omdat verpleegster worden altijd beter was dan het 'lage' beroep van dienstmeid.

Het boek van dr. N. B. Goudszwaard 'Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst' zegt hierover: *'Twee pioniers moesten in die turbulente tweede helft van de 19^{de} eeuw toch wel een bondgenootschap sluiten: de geneesheer als academisch opgeleide arts in de medische gezondheidszorg, en de in een leerlingenstelsel opgeleide verpleegkundige. Die beroepsmatige combinatie was door de immense vorderingen op medisch gebied een katalysator voor het inzicht, dat de verpleegarbeid, evenals de geneeskunst en andere vormen van beroepsarbeid, een weten-*

schappelijke basis vereiste. Als consequentie hiervan zou later het karige 'zakgeld' van de verpleegkundige uitdijen tot een salaris, gunstiger arbeidsvoorwaarden en ruim een eeuw later- wettelijke omschrijving van de beroepsverhouding medici-verpleegkundigen.'

(BIG-wet: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)

Ook de congregatie van de Zusters Onder de Bogen begon rond 1900 (Eijt, Religieuze vrouwen) met de opleiding tot gediplomeerd ziekenverpleegster. Het charitatieve karakter van hun werk bleef bestaan, daar waar het ging om totale beschikbaarheid en zelfopoffering. Doordat het zwaartepunt naar de medische behandeling verschoof, veranderde de positie van de verpleegsters. De zusters, die eerder zelfstandig hun taak deden, waren nu gehouden aan de voorschriften van de artsen. Hun dienende liefde, gold voortaan ook en vooral, de verhouding van de verpleegster tot de arts.

Vakbekwaamheid ruilen tegen geld. Dit proces verliep in de verpleegkunde weliswaar trager dan elders maar was niet te remmen op de weg naar een rationeel, economisch erkend beroep.

Nu de beoefening van charitatieve arbeid in de beroepssfeer lag, had het liefdewerk een economische inslag gekregen. Liefdadigheid paste niet meer in een moderne maatschappij waarin men recht en emancipatie voor iedereen nastreeft. .

Hoofdstuk 2

Christelijke ethiek.

Inleiding, algemene grondslag en begrippen van ethiek .

Ethiek is iets dat iedereen kan 'doen', ethiek is simpel gezegd het zoeken naar, het zich bezinnen op, en het uitvoeren van een moreel handelen, dat de intentie heeft jezelf en de wereld in balans te brengen. Ethiek is reflectie op moraal.

Maar wat is moraal? En wat moreel handelen? Moraal kan omschreven worden als een geheel van normen en waarden: opvattingen, meningen, daden, alles wat een mens doet of laat, vindt en niet vindt, dat beoordeeld kan worden in termen als goed en kwaad, rechtvaardig en onrechtvaardig en zo voort.

Het is niet verwonderlijk dat meningen en oordelen sterk kunnen verschillen, al was het alleen maar omdat we hier in Nederland in een levensbeschouwelijke en culturele smeltkroes leven, vooral in stedelijke gebieden. Verder is moraal voortdurend in beweging en onderhevig aan veranderingen. Er zijn invloeden van buitenaf, maar ook van de media, en ook economische omstandigheden spelen een rol. Er zijn verschillende levensbeschouwingen en religies; zo zal de ene mens God als hoogste morele autoriteit zien en de ander beweren dat goed en kwaad verzonnen en 'gewoon' een kwestie van cultuur is.

Moraal kan ook verschillen omdat zij aan bepaalde beroepen gebonden is. Denk bijvoorbeeld aan de politieman die het recht heeft iemand mee te nemen naar het bureau. En natuurlijk aan de werkers in medische beroepen die aan een vreemde mogen 'zitten' waar dit elders een strafbare inbreuk op de lichamelijke integriteit zou zijn. Dat betekent niet dat moraal relatief is, maar dat aan het betreffende beroep een moraal verbonden is waarnaar men, als men aan het werk is, geacht wordt te handelen.

'Waarden en normen'. Deze woorden vallen zo vaak in de media en dan vooral uit de mond van onze minister-president, dat ze, althans voor mij, weinig zeggingskracht meer hebben.

Het begrip 'waarden' kan van alles betekenen; bijvoorbeeld de waarde die geld, huis en goederen hebben. Naar gelang de invalshoek, kunnen deze zaken beoordeeld worden op economische of esthetische, maar ook op zedelijke belangen. Hoewel deze niet-morele waarden een moreel belang kunnen hebben, schragen ze niet de morele hoedanigheid van de mens. Iets krijgt pas dan morele waarde wanneer het gaat om het goed willen zijn van de mens, en het goede willen doen.

Deze goedwillendheid- *benevolentia*- maakt de morele kwaliteit van het handelen uit.

De volgende vraag is dan: wat is moreel handelen? Nu, de morele waarde van een handeling blijkt uit de zorgvuldigheid waarmee de intentie van het handelen wordt afgewogen. Niet het uiteindelijke resultaat is maatgevend voor de juistheid van een handeling, maar de goedwillendheid waarmee de handeling wordt verricht.

Maar nu: wat is het goede wat wij moeten doen? Hoe weet ik wat ik moet doen en wat ik moet laten? Voorschriften en de wet reiken ons geformuleerde handelingsnormen aan, maar zij vertellen niet hoe een individu in onvoorziene situaties en dilemma's zou moeten handelen.

Ik maak nu de stap naar de christelijke ethiek met de bedoeling te zien wat deze ons hierover vertelt.

Wat is het goede doen vanuit de christelijke ethiek?

Om de theologische visie op de mens te verhelderen moeten we aanhaken bij het fundament ervan: de heilsgeschiedenis, de christelijke Openbaring die we het Christusgebeuren noemen.

Dit gebeuren is ons verteld in de evangeliieverhalen waar de woorden en daden van Jezus beschreven zijn. Maar het gebeuren kent nog een dimensie, namelijk de betekenis ervan voor ons mens-zijn.

Kijken we naar de verhalende of *narratieve dimensie* van het heilsgebeuren, dan zien we ten eerste dat Jezus oproept tot een nieuw handelen dat hoop geeft op de vervulling van Gods beloften.

Ten tweede zien we dat het begrip 'naaste' door Jezus uitgebreid wordt, het raakt over de grenzen van de Joodse wet naar een universele uitbreiding waarbij zelfs de 'vijand' ingegrepen wordt.

Als derde punt van vernieuwing in Jezus' verkondiging, zien we de geest van radicalisering van de geboden. Een gebod moet opgevat worden als iets dat gedaan wordt. Maar dan ook met heel het hart. Zo is het gebod van de naastenliefde onbegrensd geworden, dus niet gebonden aan overwegingen van allerlei aard: zelfs de vijand valt eronder. Jezus roept op grenzen ingrijpend te verleggen, tot radicaliteit. Deze houding voert hij tot het uiterste door in zijn kruisdood waarmee Hij ons hierin voorleeft en oproept Hem te volgen.

Welke theologische opvatting van de mens komt hieruit nu voort?

Hier gaat het om *de betekenis voor ons mens-zijn*, ook te benoemen als de systematische reflectie op het Christusgebeuren. De belofte die God ons doet is dat wij kunnen uitzien naar Zijn rijk, een rijk dat ooit werkelijkheid zal worden. Wij verlangen hiernaar en verlangen doet hopen en verwachten. Wij mensen kunnen onze werkelijkheid zinvol maken door ons verlangen, onze aandacht en onze daden te richten op de komst van het Rijk Gods. Dit wordt de *eschatologische dimensie* genoemd. Ook al zijn wij niet in staat dit te verwezenlijken, we kunnen er wel met heel ons hart naar verlangen.

En verlangen en hopen mogen we omdat Jezus ons is voorgegaan; Hij in wie het Christusgebeuren is vervuld. Wat moeten *wij* hier nu mee? Omdat wij gezien hebben dat het heilsgebeuren vervuld heeft kunnen worden, zijn wij ontvankelijk voor het heil, en dus voor een toekomst waarin dat heil bestaansrecht heeft.

Er is een tweede aspect aan de theologische mensvisie. De mens is door zijn mens-zijn, met en ondanks zijn verlangen naar het Rijk Gods, voortdurend onderhevig aan vallen en opstaan; steeds probeert hij zich te ontworstelen aan neerhalende krachten. De voltooiing van de heilsgeschiedenis in het Rijk Gods is een geschiedenis van bevrijding; bevrijding van krachten die ons afleiden van het heil.

Het moeilijke is, dat dit proces nog niet voltooid is. Pijn, verdriet en onrecht zijn immers overal te constateren. Het troostende en vreugdevolle echter is, dat tegelijk met dit lijden, ook Gods liefde werkt en heelt, want overal waar liefde verzoenend aanwezig is, daar is God.

Het zicht op uiteindelijke bevrijding –op het Rijk Gods- doet ons hopen met een op Gods belofte gefundeerde hoop. Een hoop die in Christus verwerkelijkt is geworden.

Het luisteren naar de oproep van Jezus en het koesteren van hoop, moeten concreet gemaakt worden in antwoord en daden. Daden vanuit heel het hart, want Jezus heeft

in Zijn verkondiging opgeroepen tot een nieuwe, totale radicaliteit, ja, tot een nieuwheid van denken en handelen die geïnspireerd wordt door de scheppende kracht van Gods Geest. Door deze kracht is Jezus tot het uiterste toe in Gods liefde gebleven, heeft hij door de Geest zijn grenzen verlegd waardoor ook wij durven en mogen handelen, met een van de Geest doordrongen inzet. Van de Geest doordrongen zijn: dit wordt de *pneumatologische dimensie* genoemd.

Wat is haalbaar als het gaat om het goede te doen? Dat ervaren we wanneer we uit Gods Geest handelen. Dat ervaren we als we radicaal durven zijn, wanneer we onze daden richten op de komst van het Rijk Gods.

Christus gaat ons hierin voor, Hij neemt ons mee ons naar een ander mens-zijn - en met elk woord, elke handeling, elke stap laat hij zien, hoe veelbelovend dit is. *Liefde groeit door liefde.*

Wie deze weg bewandelt, komt uiteindelijk terecht bij een houding waarvoor wij terugschrikken: de liefde die de vijanden liefheeft. Liefde heeft die kracht. Maar hoe komen we daar? Wordt ons niet het onmogelijke gevraagd? Toch is de radicale liefde de enige manier waarop we kunnen ontsnappen aan de vicieuze cirkel van geweld en tegengeweld, actie en reactie, gelijk en ongelijk hebben, geven en 'voor jezelf opkomen.' Christus heeft hier een overwinning behaald en niemand hierdoor vernederd, gedood, buitengesloten.

Wij mensen kunnen het Rijk Gods hier en nu al gestalte geven door de radicaliteit in het denken van Christus na te leven in een radicaliteit van handelen.

De kracht en inspiratie van de Geest kan onze mogelijkheden vergroten, onze grenzen verleggen, ons losmaken uit allerlei afwegingen. Soms hoor je mensen zeggen: 'Ik wist niet dat ik het in me had.' Wat eerst niet haalbaar geacht werd, bleek wel haalbaar te zijn. Deze ervaring opent nieuwe mogelijkheden, en geeft blijdschap, hoop en moed want er kan meer dan we voor mogelijk hielden.

Deze ervaringen kunnen een rigide houding versoepelen die we juist in de zorg veel zien- namelijk: hoe neem ik mezelf in acht, hoe kom ik voor mezelf op, hoe voorkom ik een burn-out?

Hoofdstuk 3

Congregaties

Korte voorgeschiedenis

Onder de Romeinse keizer Constantijn de Grote (325-337) kwam een eind aan de christenvervolgning en begint de eigenlijke geschiedenis van het christendom in Europa. Vele bisschoppen stichtten na het concilie van Nicea (325) gastvrije oorden bij kathedralen en kloosters. Het waren hospitalen voor hulpbehoevenden. Daarnaast kwamen er ook gastverblijven die soms de omvang kregen van een verzorgingsstad. Gedurende de middeleeuwen breidde het kloosterleven voor mannen en vrouwen zich over heel West-Europa uit.

De regel van Benedictus van Nursia (480-547) vormde hier tot in de twaalfde eeuw de grondslag van deze manier van religieus, gemeenschappelijk leven. De regel eiste volkomen gehoorzaamheid aan het kloosterhoofd, die gezien werd als plaatsvervang(st)er van God. Men moest de gelofte van armoede, blijvend celibaat en van het standvastig verblijven op een en dezelfde plaats (stabilitas loci) afleggen. De meeste kloosterlingen waren al als kind door hun ouders of verwanten aan het klooster geschonken. De motieven waren vaak meer praktisch dan religieus van aard; een gezin met meerdere dochters kon de bruidschat van de oudste dochter onaangetaast laten door haar jongere zusjes naar het klooster te sturen. Bovendien kon men zich door dit wegschenken ontdoen van zwakke en mismaakte kinderen.

De opkomst van de steden door bevolkingstoename en de ontwikkeling van handel en ambacht, vroeg een andere vorm van kloosterleven dan dat van het van de buitenwereld afgesloten contemplatieve leven. Dominicus (1171-1221) en Franciscus (1182-1226) stichtten bedelorden waarvan de mannen in de groeiende steden werkzaamheden ontwikkelden op het gebied van de zielzorg. Zij maakten een verbinding tussen het kloosterleven en de wereld. Vanaf de dertiende eeuw richtten franciscanen, dominicanen, karmelieten en augustijnen vrouwelijke afdelingen op, de tweede orde genoemd. Door strenge kloosterregels was het voor vrouwen moeilijk hun leven aan liefdadige werken te wijden als verpleging en onderwijs. Desondanks ontstonden er steeds weer gemeenschappen die vanuit een religieuze inspiratie in de wereld werkten.

Opeenvolgende concilie-uitspraken hadden beperkingen opgelegd aan de uitoefening van de geneeskunst door monniken en priesters totdat deze helemaal werd verboden in 1163 door paus Alexander III.

Uit deze tijd dateert de stichting van lekenorden. Begijnen (afgeleid van het Franse woord beguine of begard wat bedelaar betekent) verzorgden en verpleegden zieken, ook bij pestepidemieën. Het waren ongehuwde vrouwen of weduwen die niet in een religieuze gemeenschap intraden maar zich onderscheidden door godsdienstig gedrag. Hun beweging kreeg steun van de Dominicanen, die zich inspanden de begijnen in begijnhuizen te verenigen. Deze huizen stonden rondom een binnenplaats, het zogenoemde 'begijnhof.'

Lekenorden stelden de zogenaamde derde regel samen uit de geschriften van Dominicus en Franciscus. Deze vrouwen, derde-ordelingen of tertiarissen genoemd, legden alleen de gelofte van gehoorzaamheid af. Zij verpleegden melaatsen, pestlijders, krankzinnigen en bejaarden. Zij leidden gasthuizen voor pelgrims en

armen. Zij voorzagen in hun onderhoud door bier te brouwen, te borduren en kaarsen te maken.

In de periode voorafgaand aan de Reformatie, raakte het door de kerk erkende kloosterleven in verval. Toen aan het einde van de middeleeuwen als bron van inkomsten de handel belangrijker werd dan het grootgrondbezit, vervielen veel kloosters tot armoede. Bij de opkomst van de Reformatie leidde dit tot massale uittreding en opheffing van kloosters. In protestantse landen verdwenen de meeste religieuzen uit de gasthuizen.

Het in 1545 bijeengeroepen Concilie van Trente, eiste absolute kloosterlijke tucht. Voor vrouwen betekende dit dat het afleggen van de plechtige geloften en het onderhouden van het slot, de enige door Rome erkende vorm van religieus leven bleef. Ook tertiariissen moesten zich hieraan onderwerpen. Daarmee werd het onmogelijk liefdewerken buiten de kloostermuren te beoefenen.

In 1535 stichtte Ignatius van Loyola de Societeit van Jezus. De mannelijke leden- de jezuïten- richtten zich op de wereld door zielzorg en onderwijs te praktiseren.

Wat voor deze mannelijke religieuzen mogelijk was, was voor vrouwelijke niet toegestaan. Toch lieten vrouwen die een religieus leven verkozen en actief in de wereld wilden zijn, zich niet zo maar binnen de kloostermuren opsluiten.

De Engelse Mary Ward bijvoorbeeld, ging van haar land, waar geen kloosters meer waren, naar Vlaanderen om in te treden bij de clarissen van St. Omaars. Hier stichtte zij in 1609 een nieuwe gemeenschap die door paus Paulus V voorlopige goedkeuring kreeg. Al snel kwamen er afdelingen in Keulen, München, Luik, Napels Rome en Wenen. De structuur ontleende zij aan de jezuïeten, die echter afstand namen van zoiets als een vrouwelijke tak. Ook Rome erkende uiteindelijk de nieuwe stichting niet en in 1631 werd zij opgeheven.

In Frankrijk richtte Vincentius á Paulo (1581-1660) de vrouwenbeweging 'Confrerie de la Charité' op. Dames uit de betere kringen besteedden tijd en geld aan deze stichting. Zo ontstond het eerste instituut van liefdezusters 'Filles de la Charité'.

De uiteindelijke goedkeuring toonde wel aan dat Rome soepeler werd tegenover deze liefdezuster gemeenschappen.

In de Franse Revolutie bereikten de kloosteropheffingen een hoogtepunt en ook de gemeenschappen werden verboden.

Napoleon, die in die tijd aan de macht was, zag echter in dat verpleging en armenzorg hierdoor ernstig gevaar liepen. Hoewel hij alle kloosters ophief en hun inwoners het land uitstuurde, vond hij het goed dat de liefdezusters van Vincentius à Paulo in de ziekenzorg werkten. Hij schiep ook de mogelijkheid tot oprichting van hulpverlenende samenwerkingsverbanden voor verpleging, de wezen- en armenzorg, waarbij het afleggen van plechtige geloften verboden bleef. Het betrof hier voornamelijk actieve zuster- en broedercongregaties die, doordat ze niet gehouden waren aan slotbepalingen, een grote bewegingsvrijheid in de wereld hadden.

Congregaties: zorg in de praktijk van verpleging door religieuzen

De congregaties bestaan nog maar vergrijzen sterk; nieuwe leden zijn een zeldzaamheid. Het woord liefdadigheid roept tegenwoordig onprettige gevoelens op; sociale gelijkheid en gelijke rechten zijn betere instrumenten om armoede en ziekte aan te pakken, vindt men. Liefdadigheid is vernederend. Het lukt echter lang niet iedereen voor zichzelf op te komen in een van regels krakende maatschappij als de onze. Ook al heeft men recht op de een of andere subsidie of uitkering; de weg er

naar toe wordt versperd door stapels papier. Groepen die aangewezen zijn op zorg omdat ze oud, ziek, zwakbegaafd of gehandicapt zijn, lukt het niet of nauwelijks deze barricaden te nemen. Het waren juist deze groepen waarover liefdadige religieuzen zich bijna twee eeuwen geleden gingen ontfemen.

José Eijt heeft in haar studie 'Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster' de geschiedenis van twee congregaties van liefdezusters beschreven: de zusters van de Choorstraat ('s Her-togenbosch 1820) en de zusters 'Onder de Bogen' (Maastricht 1837). Dit vanuit de zusters zelf. Zij laat zien wat het betekende liefdezuster te zijn en hoe deze vrouwen, elk op eigen wijze, omgingen met de tegenstellingen tussen ideaalbeeld en praktijk van het religieuze leven. Zij vertelt dat onafgebroken, hard werken voor de zusters dagelijkse praktijk was.

De zusters werden gezien als 'geestelijke' moeders van degenen die zij onderwezen en opvoedden. Zij waren verantwoordelijk voor het zielenheil van hun leerlingen in het heden en in het hiernamaals. Door een katholieke opvoeding en vorming te geven, hielpen de zusters mee het katholieke geloof te verbreiden en te verdiepen. Zo konden zij zichzelf beschouwen als medewerksters aan het verlossingswerk van Christus. Zichzelf opofferen voor dit werk, betekende zich opofferen voor Christus, aan wie zij als religieuzen gebonden waren als bruid aan bruidegom. Dit offer was een bewijs van liefde en werd gerelateerd aan Christus' woorden: 'Ik zeg u; wat gij niet hebt gedaan voor een der geringste, dat hebt gij ook voor Mij niet gedaan.' (Matt. 25,45).

Wat betekende nu dit geestelijk moederschap in de praktijk van verpleging?

Als een van de christelijke werken van barmhartigheid was ziekenzorg direct verbonden met de katholieke geloofsovertuiging. Centraal in deze overtuiging stond de aanvaarding van het lijden als voorbereiding op een beter leven in het hiernamaals. Zorg voor zieken en vooral zorg voor hun zielenheil, stond daardoor in het teken van het geestelijk moederschap. De zuster die haar werk volgens de voorschriften uitoefende, getuigde van een blijmoedige opoffering voor de zieken. Het ging dan niet zozeer om de zieken zelf, maar om hun lijden dat verwees naar de lijdende Christus. Verwacht werd dat, door verlichting van dit lijden te bieden, ongelovigen hierin inspiratie zouden vinden. Deze zelfopoffering van de zusters moest niet-katholieken de richting wijzen naar dat wat de laatsten niet hadden: het katholieke geloof. Zusters in de verpleging moesten in de praktijk laten zien dat zij vrij waren van gemakzucht, eigenliefde en prikkelbaarheid. Om tot deze bovenmenselijke prestaties te kunnen komen, moesten zij voortdurend hun geweten onderzoeken. Hoewel het zielenheil van de zieke centraal stond, werd de zusters afgeraden zich daar in de eerste plaats op te richten. Het ging om het geven van liefde; dit ondergaan zou de zieke open maken voor de liefde van God. Pas op het moment dat de zieke zelf aangaf geestelijke leiding te verlangen, mocht een zuster hierop ingaan. Wanneer een zieke niet wilde dat er bij zijn (sterf)bed gebeden werd, dan moest de zuster dit laten.

Van de zusters werd volledige beschikbaarheid en overgave verwacht, daardoor kon het gebeuren dat de zij overspannen raakten. Behalve het inspannende, door zelfopoffering gekenmerkte werk, moesten de zusters ook voldoen aan de verplichtingen van het religieuze leven. Bij grote vermoeidheid kon de overste hen daarvan voor een deel vrijstellen, maar dit bezorgde veel zusters schuldgevoelens. Bovendien was hun voeling met God een grote steun bij hun verantwoordelijke werk. Wanneer een aspect uit hun leven in de knel kwam, voelden ze zich genoodzaakt het

op een ander tijdstip in te halen, of het nu ging om de religieuze plichten of om het werk. Van de priesters die voor hun geestelijke begeleiding verantwoordelijk waren, kregen de zusters nauwelijks steun in dit dilemma.

Eijt in een interview in de Bazuin (opinieblad voor kerk en samenleving 1995 jg 78, nr 44): 'Afgedankte' priesters werden naar de zusters gestuurd. Voor een priester was dat een degradatie. Uit dit beleid sprak grote minachting voor de zusters en hun problemen.'

Het kwam er op neer dat de zusters zelf een oplossing moesten vinden en dat was des te moeilijker omdat zij er uit schaamte noch met elkaar, noch met de overste over spraken.

Wat hun leven ook zwaar maakte, zet Eijt uiteen in het hoofdstuk 'Zuster zijn', is de spanning die de zusters ervoeren tussen het gericht zijn op God en het gericht zijn op de behoeften van degenen voor wie zij zorgden. Dat gold zowel voor het onderwijs als de verpleging.

Als onderwijzeres en opvoedster moest de zuster aan de ene kant volledig beschikbaar zijn voor haar leerlingen en aan de andere kant als religieuze volledig aan God toe behoren. In een situatie waarin de meisjes vaak dag en nacht aan de zusters waren toevertrouwd, konden gemakkelijk gehechtheden ontstaan. Deze gehechtheden waren verboden want zij stonden de gerichtheid op God en de exclusieve relatie met Christus in de weg. Vooral in het werken met zwakzinnige meisjes, waren gevoelens van affectie moeilijk te voorkomen. De zusters moesten daarom leren in de eerste plaats 'geestelijke moeders' te worden; zij moesten hun meer aardse moederliefde naar een geestelijke zien om te buigen.

In de ziekenverpleging speelden dezelfde spanningen. Tussen hun zware werkzaamheden door leerden de zusters daarom op vaste momenten hun aandacht op God te richten en zich af te sluiten van emoties en gehechtheden die oproepen werden door het verzorgen van de zieken.

Om 'ongeregelde gehechtheden' te voorkomen werd bovendien aangeraden dezelfde zuster niet te lang op dezelfde zaal te laten werken maar te wisselen.

De zusters Onder de Bogen werkten ook bij mensen thuis; de termijn dat een zuster bij hetzelfde gezin werkte, bedroeg een maand. Moest de zuster vanwege de afstand tot het klooster overnachten in het huis waar zij verpleegde- iets wat zo veel mogelijk vermeden werd- dan was een vervanging om de veertien dagen geboden.

De zuster die in de verpleging werkte, kreeg waardering en hartelijkheid van de mensen die zij verzorgde. Dit vormde, zo geeft Eijt aan, een tegenwicht voor de argwaan en afstand- uit angst voor ongeoorloofde gehechtheden- waarmee vriendschappen in de kloosterlijke sfeer omgeven waren. Met dit verschil in sfeer moesten de zusters leren omgaan, vooral in de tijd voor en vlak na de oorlog, toen de opvattingen over kloosterleven, opvoeding en liefde nog niet gekanteld waren.

In het besluit van het hoofdstuk 'Zuster zijn' gaat Eijt verder in op het feit dat diverse zusters in de door haar onderzochte congregaties overspannen werden. Zij haalt het gezegde aan: 'een paardentand en een vrouwenhand staan nooit stil.' Voor de zusters werd dit vertaald als: 'een zuster moet zich schamen ooit zonder werken of bidden gezien te worden.'

Naast de overbelasting door het werk in combinatie met religieuze verplichtingen, alsmede de slechte begeleiding hierin en de schaamte voor tekortschieten, voert Eijt een haars inziens dieperliggende oorzaak aan voor het overspannen raken. De kloosterlijke voorschriften, vastgelegd rond 1850, kwamen uit een antiwereldlijke en

antilichamelijke geest en waren gebaseerd op de slotkloostertraditie. Deze voorschriften vroegen een afstandelijke en gesloten houding tegenover de wereld, terwijl er in het liefdadige werk van de zusters juist betrokkenheid nodig was. Deze twee leefwerelden waren zeer moeilijk of niet verenigbaar. In de praktijk kwam het er meestal op neer dat het werk voorrang kreeg, wat vanzelfsprekend ten koste ging van de rust en aandacht die nodig waren voor het onderhouden van de religieuze gebruiken en verplichtingen. Juist het laatst genoemde was voor de zusters nodig om zich voor hun werk op te laden.

Een minderheid kon met deze discrepantie wel uit de voeten door de zorg voor de medemens te zien als uiting van liefde voor de lijdende Christus of door de ontmoeting met de lijdende medemens een ontmoeting met Christus te zien. Deze zusters haalden Christus en het goddelijke weg uit de bovennatuurlijke verhevenheid en plaatsten het goddelijke in de ervaringen van het dagelijks bestaan; zij heiligden hun werkzaamheden die daardoor als onderdeel van Gods bedoeling met de mensheid werden.

Of een zuster erin slaagde haar werk naar tevredenheid te doen zonder overbelast te raken, hing ook van haar karakter, haar intelligentie en haar leeftijd af, en natuurlijk, van de aard van haar werkzaamheden. En wanneer zij erin slaagde, kon zij de zorg voor de medemens omwille van Christus, het bruidschap en het geestelijk moederschap doen samenkomen.

In haar boek 'Liefdewerk' onderzoekt en beschrijft Annelies van Heijst de geschiedenis van de congregatie 'De Arme Zusters van het Goddelijk Kind'. De bevindingen van van Heijst zijn representatief voor andere negentiende eeuwse congregaties zoals ook Eijtz ze beschreven heeft en die zich tot de volksklassen richtten met hun liefdewerken in een mengvorm van zorg en onderwijs. Van Heijst hoopt bij te dragen aan de theorievorming over zorg en ethiek. Zij probeert het in haar ogen vaak te conceptueel theoretiseren over de zorg terug te buigen naar de praktijk, en zij wil de denkers over zorg inspireren de levensbeschouwelijke –in dit boek gelovige – dimensie in zorgen, op het vlak van motivatie en doelstelling, te herwaarderen.

De inleiding van haar boek begint de schrijfster met een beschrijving van het congregatieleven.

Ze constateert: het lijkt wel een sprookje - maar dat was het niet.

'Stel, Nederlandse beleidsmakers kregen het volgende aanbod. Tienduizenden vrouwen en duizenden mannen, in de kracht van hun leven, waren bereid zich in te zetten in de zorgsector en het onderwijs. Overal waar nodig wilden ze heen. Ze werkten zes dagen per week, het hele jaar door, op acht dagen na (zolang duurde de jaarlijkse retraite). Ze eisten geen vakantie en zouden zich blijven bijscholen. Dit aanbod gold hun hele leven lang. Als vergoeding namen ze genoegen met kost, kleding en inwoning, alles op minimumniveau.

Het enige wat ze vroegen, was dagelijks tijd om zich te bezinnen om gezamenlijk hun motivatie op peil te houden. Extra inkomsten zouden ze gebruiken om iets te doen tegen mensonwaardige situaties die ze om zich heen zagen.'

Voor de zusters was godsdienst de vormende factor in hun leven ; hieraan waren zij en de kinderen voor wie zij zorgden, gelijkelijk onderworpen. De zusters moesten de meisjes een godsdienstig leven bijbrengen, maar zelf waren zij - uit eigen keus- even intensief met hun zielenleven bezig.

Neem bijvoorbeeld een prospectus waarmee de congregatie nieuwe leden wierf:

'En nu is het juist de liefde tot God, aan Wie de religieuze haar hele leven en al haar werken heeft toegewijd, die voor dat mooie en overvloedige werk kracht verleent. In dit liefdewerk kan zij haar vrouwelijke aanleg, die op het moederschap gericht is, ten nutte maken van het kind en toch haar hart vrij houden voor God.'

Van Heijst wil in haar boek de caritas herwaarderen omdat de huidige, vaak negatieve mening hierover volgens haar meer berust op vooroordelen dan op kennis van zaken. Zij maakt een onderscheid tussen liefdadigheid gedaan door de betere kringen ook wel omschreven als 'een pannetje soep van de bedeling' en de liefdadigheid gedaan door charitatieve congregaties. Het tweede type moet niet zomaar gezien worden als een soort toevoeging op de liefdadigheid door particulieren, maar verdient in zijn aard begrepen te worden. Het verlangen te zorgen voor anderen door religieuzen is volgens Van Heijst niet zonder meer te begrijpen als een uit een geloofsovertuiging voortkomende motivatie.

Zij citeert de ethicus Franz Böckle: 'Moral macht man nicht von oben.'

Van Heijst beschouwt de zorgpraktijk zelf als een vindplaats van moraliteit, waarin het niet alleen gaat om professionele vaardigheden maar ook om zorgen in de diepmenselijke zin van het woord.

Zij is van mening dat er vandaag de dag voor deze dimensie amper meer woorden bestaan. Dit vindt zij een gemis en een oorzaak van de huidige crisis in de zorg.

Het is niet eenvoudig tot een definitie van 'zorg' te komen, zegt de auteur. Zij geeft aan de gedachte van de filosofe Martha Nussbaum belangrijk te vinden: ieder mens vertegenwoordigt een waarde omwille van zichzelf en ontleent die waarde niet aan het nut dat zij of hij voor anderen heeft. De auteur brengt deze gedachte graag samen met de omschrijving van de politiek filosoof Joan Tronto: *'Op het meest algemene niveau moet het zorgen worden begrepen als een specifieke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon-zijn en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend, web.'*

Hoofdstuk 4

De zorg vandaag

Ethiek nu

Dat zorg te maken heeft met sociale en politieke ethiek en met de ethiek van het persoonlijk leven, is duidelijk. Hier ligt en lag een grote spanning.

Heeft nu de christelijke ethiek iets bij te dragen aan inzichten op het gebied van de huidige moraal?

De niet-religieuze moraal in onze leefwereld is ontwikkeld op de fundamenteën van de christelijke geloofstraditie, hoe kan het ook anders; eeuwenlang hebben wij met een door en door christelijke werkelijkheidsbenadering geleefd. Ons mensbeeld is hierdoor gevormd zonder dat wij ons van deze vormingsgeschiedenis bewust hoeven te zijn. Echter, wanneer de groei van morele inzichten door de tijd heen, en daarmee veranderingen en gelding ervan, onderzocht -en erkend- worden, komen we onherroepelijk terecht bij de bodem van onze huidige moraal: de christelijke geloofstraditie. Sabino Frigato*: *'een ideologie, die op voorhand elke vorm van universele fundering van de ethiek verwerpt, ten gunste van de volledige autonomie van het subject, doet tekort aan de ultieme fundering van universeel geachte morele waarheden.'*

Er bestaat invloed van geloofsuitspraken op de morele werkelijkheid van nu. Hoe eenduidig de begrippen binnen onze seculiere morele gedragsbepalingen ook gebruikt worden, zij zijn gerijpt in een leefklimaat waarin de christelijke traditie gedurende eeuwen dominant was.

In zijn reader bij de cursus Fundamentele theologische ethiek, zegt dr. Huub Flohr, verwijzend naar Dieter Witschen**: *Als Witschen stelt dat Emmanuel Kants benadering doorgaans met de christelijke opvatting van ethiek overeenstemt en dit terugbrengt op de werkingsgeschiedenis van het Christendom, duidt hij aan dat wat schijnbaar op eigen kracht filosofisch tot stand wordt gebracht wellicht de vrucht is van een inzicht dat zich door de eeuwen heeft ontwikkeld vanuit een christelijke werkelijkheidsoptiek, (-).*

Hiermee wordt de veronderstelde autonomie van de moraal als het gaat om de eenduidigheid van normbepaling, sterk gerelativeerd.

De schrijfster en ethica Marjolijn Februari zegt het zo in een van haar columns: *'(-) op zoek naar moraal blijven we voortdurend bladeren in het woordenboek. Je vindt hier kruisverbanden tussen deugd, verplichting, rechtvaardigheid, kwaad, goed en prijsenswaardigheid- maar je vindt er geen standaard die je vertelt hoe je die woorden moet gebruiken. Die standaard bevindt zich buiten het woordenboek, en die standaard is God.'*

Het handboek *Ethisch Zorgverlenen*, handboek voor verpleegkundigen, (1998 Gastmans en van der Arend, HB Uitgevers) dat geen levensbeschouwelijke signatuur vermeldt, besteedt zoals ik even verderop zal laten zien, aandacht aan het denken van de Franse filosoof Emmanuel Levinas (1906-1995).

Zorgen wordt gekenmerkt door verbondenheid en verantwoordelijkheid. Er wordt in erkend dat mensen niet alleen vanaf hun geboorte tot hun volwassenheid afhankelijk zijn van verzorging maar ook dat zij, eenmaal volwassen, behoefte hebben aan de

zorgzaamheid van de mensen om hun heen. Zorg dragen voor elkaar is levensnoodzakelijk en voltrekt zich binnen een min of meer uitgebreid netwerk van relaties dat gekozen, soms niet gekozen is. Ieder mens- of hij dit wil of niet, of hij zich ervan bewust is of niet- bevindt zich in een ingewikkeld web van wederzijdse afhankelijkheden en verantwoordelijkheden.

Tot ongeveer de helft van de zeventiger jaren van de vorige eeuw nam de hulpverlener in de gezondheidszorg zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt vanuit zijn deskundigheid op zich, zonder dat degene die de zorg ontving bij het behandelingsproces betrokken werd. Een dergelijke paternalistische houding wordt vandaag de dag niet meer geaccepteerd: de patiënt wil als volwaardige partner in het behandelproces erkend worden. Vertaald naar de verpleegkundige: deze zegt niet langer: ik neem mijn verantwoordelijkheid voor de patiënt, maar: ik word door deze patiënt verantwoordelijk gesteld. Deze veranderde houding wordt ook wel 'ethische aanspreekbaarheid' genoemd.

De wending van een paternalistisch naar een meer wederkerig denken, is in hoge mate beïnvloed geworden door de filosoof Emmanuel Levinas. Men zou zijn filosofie als volgt kunnen samenvatten: de ontmoeting met de ander roept ons op rekening met hem te houden, hem te respecteren in de ontplooiing van zijn leven en actief mee te werken aan deze ontplooiing.

Het gaat erom antwoord te geven op de vraag die de ander mij stelt, om gehoor te geven aan het appel dat op mij gedaan wordt. Dat ik hierop wil reageren, komt voort uit mijn verbondenheid met mijzelf, met anderen en met de dingen.

Deze beknopte schets van Levinas' denken laat zien dat degene die zorg geeft vanuit een behoefte zijn leven zin te geven, in de eerste plaats aandacht moet hebben voor zichzelf, wil de zorg kans van slagen hebben. Dit is het beroep dat hij op zichzelf doet. Ten tweede is daar de ander die een appel op hem doet, hem oproept zich in te zetten, actief rekening met die ander te houden. Deze oproep is duidelijk aanwezig in de relatie tussen hulpverleners en patiënten.

Het appel dat op mij gedaan wordt, mag echter niet verhinderen dat ik mijn verantwoordelijkheid tegenover de vele andere anderen- mijn naasten- uit het oog verlies. Misschien ontmoeten we deze nooit, maar zij zijn er wel degelijk wanneer we vernemen over hen, bijvoorbeeld via de media. Dit is het derde plan waarop een beroep op mij gedaan wordt.

Wij kunnen ons niet afsluiten voor de noden van lijdende mensen elders op de wereld, net zo min als wij ons blind en doof kunnen houden voor ecologische problemen.

Het boek geeft een voorbeeld van de afgewogenheid waarmee een bewoner behandeld wordt. *'Mevrouw Pieters van zeventig is door een bloedtransfusie met het HIV-virus besmet geraakt en is opgenomen in een verzorgingshuis.. Zij smeekt haar verpleegkundige of hij bij de wekelijkse patiëntenbespreking wil verzwijgen dat zij seropositief is. Alleen de artsen en degenen die direct met haar verzorging te maken hebben, zouden ervan op de hoogte moeten zijn. Dit vanwege eerdere nare ervaringen in ziekenhuizen waarbij sommige verplegenden, verzorgenden en medepatiënten met een grote boog om haar bed liepen.*

Mevrouw Pieters is door haar ziekte afhankelijk van artsen, verpleegkundigen en van de medebewoners in het huis. Bovendien heeft zij een geheim, wat haar extra kwetsbaar maakt.

Wanneer er slordig met dit geheim zal worden omgegaan, loopt mevrouw kans geïsoleerd te raken. De hulpverleners zijn dus ook afhankelijk van mevrouw Pieters omdat hun manier van met haar omgaan, de wijze van zorgverlening mede bepaalt.

Wanneer zij aan haar oproep gehoor geven, respecteren en bevorderen ze haar mens-zijn en het zal duidelijk zijn dat dit hun relatie ten goede komt. Ook al kan de verpleegkundige niet volledig aan het verzoek van mevrouw Pieters voldoen omdat de veiligheid van iedereen die met haar te maken heeft gewaarborgd moet zijn, hij zal zo discreet mogelijk met haar geheim omgaan.'

Niet het belang van de verpleegkundige, maar het welbevinden van de patiënt staat voorop. Het lijden verschijnt steeds als een vraag naar hulp, zorg en begeleiding; een vraag die gesteld wordt door steeds weer die ene mens die dit lijden moet ondergaan. Het antwoord dat de verpleegkundige geeft, betreft hem in het lijden van die ander, maakt hem deelgenoot.

Dit lijden door het lijden van de patiënt, is de ethische inspiratie van elk verplegend en verzorgend beroep.

Getroffen door het lijden van de ander kan de verpleegkundige niet anders dan zich verdiepen in de verpleegkunst. In relatie met de zieke, vindt hij zichzelf zoekend en strevend naar zingeving en zal hij zijn kunnen meer en meer verfijnen.

Wat ik beschreven heb, lijkt te mooi om waar te zijn. En inderdaad, de grondhouding die een absolute voorwaarde is voor wederkerigheid in de zorgrelatie tussen hulpverlener en patiënt, zal in de praktijk stuiten op de eigen grenzen van de verpleegkundige.

Worden die niet bewaakt dan ligt een burn-out op de loer. Hoe en waar iemand zijn grenzen trekt, is afhankelijk van de persoonlijkheidsstructuur en het karakter. Het is de bedoeling dat hier tijdens de opleiding en stages aandacht besteed wordt.

Ook nu staan de kranten vol met alarmerende berichten over de gang van zaken in de zorg: duizenden ontslagen bij de thuiszorg omdat gemeenten nu verantwoordelijk zijn voor betaling van geïndiceerde zorg en gekozen hebben voor flexibele verzorgenden die nauwelijks rechten hebben en daarom goedkoper zijn. Ik zie nog het hoog bejaarde echtpaar zitten dat geïnterviewd werd door Netwerk. Hun vaste hulp moest weg, er zou een freelancer komen. 'Als je aan iemand gewend bent, dan hou je dat liever zo,' zei de oude meneer.

In het volgende hoofdstuk laat ik aan de hand van een aantal interviews en krantenberichten wat er zoal leeft in de wereld van de zorg.

Wat zijn de omstandigheden binnen en rondom het werk? Geluiden uit de sector

Iemand die door ziekte of ongeval in een ziekenhuis terecht komt, bevindt zich niet in de positie af te dwingen hoe hij behandeld wil worden. De hulpverlener moet daarom vooral eisen aan zichzelf stellen. Dit wordt de verzorger of verpleger vaak niet makkelijk gemaakt

'Ziekenhuizen functioneren over het algemeen met de beste bedoelingen,' zegt Caroline Raat, bestuurswetenschapper, in een interview in het katholiek nieuwsblad (6-4-2007), naar aanleiding van het verschijnen van haar proefschrift 'Mensen met macht'.

'De meeste medewerkers doen echt wel hun best, maar het blijven mensen met bepaalde voorkeuren en sympathieën. Om rendabel te zijn, moet er geld verdiend worden. Die twee doelstellingen: zorg verlenen en commercieel zijn, kunnen wringen. Bovendien worstelen organisaties met de vele handen die er werkzaam zijn; omdat niemand alleen handelt en beslist, voelt uiteindelijk ook niemand zich verantwoordelijk. De vraag van ieder lid van een organisatie zou voortdurend moeten zijn: waarom zit ik hier eigenlijk? De klant moet zo goed mogelijk geholpen worden.'

De medewerkers van een maatschappelijke organisatie (als een ziekenhuis, E T) hebben de plicht zich bewust te zijn van het feit dat ze met individuen te maken hebben. Vriendjespolitiek en vooroordelen zijn vanzelfsprekend uit den boze. Daarom moeten we er naar toe dat de beginselen van de rechtstaat ook worden toegepast door maatschappelijke organisaties.

Onder Balkenende is gekozen voor een repressief beleid met meer handhaving, meer toezicht en sancties. Het is de vraag of dit helpt. Je kunt je beter afvragen waarom de mensen zich niet aan de regels houden. Met repressie als wapen, maak je op den duur een harde maatschappij waarin burgers zich niet meer verantwoordelijk voelen. Die kant moeten we echt niet op.'

Het volgende interview is door mij gehoord, opgetekend, bewerkt en ingeleid. Het werd uitgezonden op de VPRO radio op 13-4- 2007. De geïnterviewde is Bert Keizer, filosoof en werkzaam als verpleeghuisarts, naar aanleiding van een recent onderzoek gedaan door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. De interviewer is Chris Kijne.

Het onderzoek werd gedaan na vele klachten van familieleden van verpleeghuispatiënten, met name waar het gaat om dementerende ouderen. De klachten zijn dat er te veel kalmerende middelen gegeven worden en dat er te vaak 'gefixeerd' wordt. Fixeren houdt in het vastbinden op bed. De redenen dit te doen zouden geen medisch doel dienen maar uitsluitend toegepast worden om geen last te hebben van de patiënten.

Het onderzoek werd gedaan onder verplegend personeel. Van de ondervraagden zei 71% wel eens te fixeren.

Bert Keizer, te gast bij de VPRO radio, wordt gevraagd te reageren op dit resultaat. Hij zegt dat het klopt, dat fixeren. Hij zegt echter met klem dat hij zijn medewerkers niet wil beschuldigen van onwenselijk gedrag jegens patiënten omdat ze moeten roeien 'met zonder riempjes'. Is de personeelsbezetting overdag al te laag, 's nachts is ze dat helemaal. Bovendien is het dan dienstdoende personeel niet voldoende opgeleid en getraind (want te duur) in het omgaan met groepen. Keizer vertelt dat de grootte van de bezetting misschien niet eens het punt is; het gaat vooral ook om de deskundigheid. Hoe kalmeer ik een onrustige bewoner? Hoe voorkom ik dat deze anderen angstig maakt?

De sederende middelen die verstrekt worden vallen uiteen in twee soorten, namelijk de zwaardere zoals bijvoorbeeld Haldol (een anti-psychoticum) en de mildere, zoals valium en oxazepam. De laatste hebben als bijwerking spierslapte, met als gevolg vallen. Ze worden gegeven om onrustig gedrag zoals nachtelijk ronddwalen te verminderen. Om die reden moeten mensen soms worden vastgebonden of moeten er hekken rond hun bed geplaatst worden.

Wat moet je doen, zo vertelt Keizer, wanneer iemand 's nacht om 2 uur uit bed klimt en de kamers van andere bewoners binnengaat? En bovendien deze mensen met een stoffer op het hoofd slaat? Daarom gaan de bedhekken alle omhoog 's nachts, niet zelden aangevuld met het toedienen van slaap-en kalmeringsmiddelen.

Men moet goed begrijpen, zegt Keizer, dat dit niet alleen uit gemak gebeurt, omdat de mensen 'lastig' zijn, maar vaak ter bescherming van de bewoners.

Het is namelijk zo, dat dementerenden geen boodschap hebben aan beleefdheid. Ze zitten dicht op elkaar; wanneer hen om een bepaalde reden iets dwars zit, delen ze klappen uit, gaan ze schelden of knijpen. Zie zo'n situatie maar eens in banen te leiden in de gegeven omstandigheden.

Keizer is verontwaardigd over de uitspraak van Jet Bussemaker (staatssecretaris van Volksgezondheid, PvdA). Deze heeft verkondigd dat er een cultuurverandering binnen de zorg nodig is. 'Den Haag moet zich bezinnen op wat ze de zorg aandoet,' zegt Keizer boos. 'Onze mensen werken zich kapot, zijn 's nachts alleen met twaalf bewoners. Wij krijgen te weinig geld; de gebouwen en het materiaal zijn verouderd...uit alles zien we minachting voor de oudere dementerende mens...dat straalt Den Haag uit: minachting.'

Er wordt voornamelijk geld besteed aan *cure*, niet aan *care*. Geld besteden aan mensen die oud en dement zijn, is zonde. Ze worden toch niet beter. Keizer vertelt hoe er neer gekeken wordt door vrienden en collega's op het beroep van verpleeghuisarts. 'Wanneer ga je nu iets doen?' wordt hem gevraagd. Daarmee wordt bedoeld: wanneer word je nou es chirurg, wanneer ga je nou es promotieonderzoek doen?

Keizer verwoordt zijn motivatie voor dit werk als volgt: 'dementie is een verschrikkelijk lijden. Ik wil met mijn team iemand met dit lijden op een dusdanig niveau verzorgen dat deze ramp dragelijk wordt.'

Dat dit bijna onmogelijk wordt door gebrek aan adequate middelen, is ernstig. Daarom is het goed, vindt Keizer, dat ons - door klachten van burgers - weer gevraagd wordt wat wij als zorgverleners met deze mensen doen.

Het nu volgende interview met Jet Bussemaker, staatssecretaris van gezondheid, is een reactie op het voorgaande interview. Gehoord, opgetekend, bewerkt en ingeleid door mij op 22-6-2007 op VPRO radio.

Interviewer is weer Chris Kijne.

Het gesprek gaat voornamelijk over de situatie van verzorgings-en verpleeghuizen.

Er is te weinig personeel in de verpleegzorg, er moeten 6000 krachten bij komen, en dan gaat het niet om beleidsmedewerkers en managers, maar om handen aan het bed. Mevrouw Bussemaker: 'het geld dat ik gevraagd heb, accepteer ik alleen wanneer het terecht komt bij de handen aan het bed.'

Er zijn meer zaken die veranderen moeten, zegt zij, willen we het personeelstekort opvangen. De werkgevers moeten de mensen goede contracten aanbieden, geen 3 tot zelfs 4-jarige flexwerk- contracten met onzekere voorwaarden. Verder lijkt het haar verstandig om vrouwen die nu in kleine deeltijd banen werken, twee uur per week langer te laten werken. Dit zouden zij onderling overeen moeten kunnen komen. De verpleegkundigen zouden meer eigen verantwoordelijkheid moeten hebben in het afstemmen van hun werkzaamheden; reflexiemomenten moeten worden ingepland. En dat kan alleen wanneer er minder organisatieperikelen zijn. Zij geeft aan dat 80% van de zaken die stroef lopen, te wijten zijn aan logistiek.

De interviewer haalt zijn interview met Bert Keizer aan, twee maanden geleden in hetzelfde programma. 'De heer Keizer was verontwaardigd over uw uitspraken dat er een cultuuromslag moet komen in verpleeghuizen. Den Haag moet veranderen, zei Keizer, er moet evenveel aandacht en geld komen voor *care* als voor *cure*. Bejaarden zijn niet interessant, die zijn oud en ziek en gaan toch dood.'

Bussemaker geeft toe dat de politiek voornamelijk bezig is met structuur en institutionalisering.

Zij zelf denkt er anders over. 'Het beroep heeft volkomen onterecht een slecht imago,' zegt ze, 'juist hierin komt de kwaliteit van het bestaan aan de orde. De mensen, ook jongeren, die ik spreek uit deze beroepsgroep, vinden het dankbaar en bijzonder

werk. Maar ze klagen erover dat ze op feestjes te horen krijgen: wat vind je daar nou aan? Hoeveel billen heb je vandaag gewassen?’

Zij vervolgt: ‘Er zijn zoveel zaken die op een simpele manier verbeterd kunnen worden.

Ik ken een verhaal van een demente meneer die pas ‘ochtends om vijf uur inslaapt nadat hij de hele nacht onrustig geweest is. Toch wordt hij om zeven uur gewekt omdat het *moet*, want dan is het tijd om te wassen en te ontbijten. De hele dag is zo’n man onrustig; hij beïnvloedt de sfeer op de afdeling en de verzorgers hebben hun handen vol aan hem. Dit moet onderling afgestemd worden door de verzorgers zelf. Die vrijheid moet er komen. Wanneer hier rekening mee gehouden kan worden, hoeven er minder mensen vastgebonden en gesedeerd te worden.’

Zij vertelt dat er regionale projecten op stapel staan die samenwerking tussen verpleeghuizen en opleidingsinstituten stimuleren. ‘Al tijdens de opleiding moet de studenten gewezen worden op het belang en de zin van het werken in verpleeg- en verzorgingshuizen, er moet stage financiering komen en voorlichting. Het plan is dat mensen die een lagere functie in die zorg hebben, bijscholing krijgen en kunnen doorstromen. Dan is weer plaats voor nieuwkomers en zo verder.’

Begin juli hoorde ik dat mevrouw Bussemaker 20 miljoen euro heeft uitgetrokken om 6000 arbeidsplaatsen in de zorg te realiseren.

Nog een geluid uit het veld: een ingezonden brief van de verpleeghuisdirecteur Noor van den Bergh over dezelfde mevrouw Jet Bussemaker in de NRC van zaterdag 14 juli 2007.

‘Dat er bezuinigd moet worden, staat als een paal boven water, maar het is en blijft buitengewoon kwalijk dat deze staatssecretaris (Bussemaker) evenals de vorige, meent de bezuinigingen uit de zorg zelf te moeten schrappen. Laat de staatssecretaris beginnen de hand in eigen boezem te steken en het bureaucratische bolwerk rond de toewijzing en afrekening ervan onder de loupe te nemen: om te beginnen: de Centrale Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet verdwijnen. Het is een betuttelende, volledig overbodige instantie, want indicaties horen door deskundigen gesteld te worden en dat zijn de wijkverpleegkundigen die ervoor opgeleid zijn. Ook de zorgkantoren moeten verdwijnen, net zo’n overbodig bolwerk dat de zorgverleners opscheept met administratieve rompslomp omdat bij elke wijziging in de gezondheid van iemand, hoe klein ook, geherindiceerd moet worden omdat de zorgverlener anders de vergoeding misloopt. Al die energie kan beter toebedeeld worden aan handen aan het bed. Als die bureaucratie verdwijnt, wordt er meteen een half miljard bezuinigd zonder dat de zorg er onder lijdt.’

In de NRC van 16 april 2007 verscheen een verontrustende stuk van de columniste Marjoleine de Vos. Het is een verhaal over verkeerde en verschillende diagnoses, over specialisten die verschijnen en vertrokken omdat ze dachten dat het hun gebied niet betrof. Intussen verging de zieke urenlang van de pijn en werd hij getroost door een verpleegster met twee paracetamoltabletten, terwijl de echtgenote over het hoofd werd gezien. Een gedeelte van de column geef ik hieronder weer.

‘Waarom heeft iemand in een ziekenhuis zo makkelijk het gevoel niet echt gezien te worden? In het bed naast onze vriend (waar de Vos op bezoek was E T) lag een vrouw de hele dag te roepen: "Help mij, help mij!" het moet heel zwaar zijn uit alle bedden die kreet te horen opstijgen maar het is wel waar het om draait. Misschien horen wij, leken, potentiële zieken, vrienden van zieken, vooral verhalen waarin het niet goed gaat. Dat zal best zo zijn. En als het hopeloos misgaat ben je geneigd de

ervaringen uit te vergroten tot nationale proporties. Maar toch. Onze vriend is gestorven aan longkanker met uitzaaiingen in de hersenen. Hij heeft geen tijd meer gehad zich voor te bereiden of afscheid te nemen. Het enige dat zijn familie nog voor hem kon doen was hem mee naar huis nemen zodat hij daar, met uitzicht op zijn eigen tuin, met het gefluit van de dit jaar zo vroege vogels, kon sterven. Natuurlijk wil je graag iemand de schuld geven, maar dat is niet aan de orde, onze vriend zou hoe dan ook gestorven zijn. Maar het hoefde niet zo. Er zou meer tijd geweest kunnen zijn, minder pijn, meer gelegenheid voor hem en zijn allernaasten om enigszins vrede te hebben met het onontkoombare lot. En dat is iets wat de zorg zich wel mag aantrekken. De patiënt centraal. Het klinkt als een totale bespotting.'

De patiënt

Een overzicht van de zorg van de laatste vijftig jaar wordt me in een notendop door mijn ouders gepresenteerd. Mijn moeder is al jaren ziekelijk. Zij heeft reuma en was op het moment van het vraaggesprek net in het ziekenhuis opgenomen geweest vanwege een hartinfarct. Ik had hen gevraagd over hun ervaring met de gezondheidszorg te vertellen, door hun leven heen. Dat deden ze graag. Mijn moeder had een herinnering van toen zij acht jaar was.

'Mijn blindedarm moest eruit. Het gebeurde in een rooms-katholiek ziekenhuis in Groningen. Ik herinner me dat ik op een grote zaal lag met zeker twintig andere bedden. Een nonnetje zat bij me toen ik bijkwam en ze bleef zitten tot ik helder was. Ze was heel lief.'

Mijn vader heeft zelf nooit in het ziekenhuis gelegen. Hij is wel vaak bij zijn vader op bezoek geweest toen die in het academisch ziekenhuis in Groningen lag.

'Het waren enorme zalen. Op de gang zat een zuster aan een tafel, aan haar moest je je bezoekkaart laten zien; als een Cerberus zat zij voor de deur. Meer dan twee mensen mochten niet naar binnen. Had je geen kaart, dan ging het feest niet door. De organisatie was strak en hiërarchisch, doktoren waren onbenaderbaar. Dat is nu heel anders, nu is het zelfs iets te vrij, hele drommen bezoek komen gelijktijdig binnen.'

Mijn moeder vertelt over mijn geboorte, 54 jaar geleden. 'Ook al kon je jezelf wassen, het mocht niet. Er was een hoofdverpleegster, een gereformeerd kreng, waar alle zusters bang voor waren. Ik kreeg eens iets lekkers van het bezoek. Een zuster vertelde, bij het zien van het lekkers, dat zij van de hoofdverpleegster 's ochtends maar twee boterhammen mochten eten en dat ze rammelden van de honger. Dat kun je nu niet meer voorstellen.

Ik kom net uit het ziekenhuis vanwege een hartinfarct. Het is waar dat er problemen zijn in de zorg, maar ik denk dat dat achter de schermen, bij het management, zit. De verpleegkundigen zijn goedwillend, ze staan altijd voor je klaar, snauwen nooit. Het eten is voortreffelijk, je kunt kiezen uit maar liefst vier menu's! Ze komen met een kaart bij je bed en daarop kun je aankruisen waar je zin in hebt. De artsen zijn vriendelijk en benaderbaar. Er zit wel eens een stugge tussen maar dan komt het meer van het karakter dan van kapsones in de zin van: ik ben hier heel belangrijk.

Vooraf de AIO's (assistenten in opleiding E T) zijn aardig. Toen ik voor mijn hart kwam, stond binnen een dag een assistent-reumatoloog bij mijn bed om te zien of de verschillende medicijnen voor de reuma wel samengingen met die voor mijn hart. Vroeger sprak een arts niet met je, je kon hem nog niet eens bellen, nu doen ze heel gewoon.

Wat ook veranderd is: ze laten je zo snel mogelijk zoveel mogelijk zelf doen.

Je zou kunnen denken dat dat komt door tijdgebrek, maar dat is maar gedeeltelijk zo. Het geeft een goed gevoel wanneer je jezelf kan wassen, al is het dan op bed met een waskom.'

Ik bleef nog wat napraten, uiteindelijk kwamen mijn ouders tot de volgende conclusie. 'Vroeger, laten we zeggen, voor de oorlog en de tien jaren erna, moesten de verpleegsters alles doen, werkelijk alles. Buiten de verzorging moesten ze de bloemen in een vaas zetten, de bedden afsoppen, wassen en aankleden, eten rondbrengen. Nonnen deden ook de geestelijke verzorging erbij. Er waren geen vrijwilligers toen en niks was gemechaniseerd.

Nu hoor je veel over schaalvergroting en werkdruk maar daar merk je als patiënt niets van, althans wij hebben dat nooit gemerkt. Eigenlijk heeft een verpleegkundige het nu makkelijker:

je hebt verschillende zorglagen in de dagelijkse patiëntenzorg: er is een hoofdverpleegkundige, dan de 'gewone' verpleegsters, er komt iemand langs om bloed af te nemen, er is iemand voor de bloemen, de koffie, voor het eten, meestal vrijwilligers. Er zijn schoonmakers, er zijn mensen die de boekenuitleen verzorgen. Er is geestelijke verzorging, ook voor moslims. Verder hoeft niemand zwaar tilwerk te doen omdat er apparaten voor zijn. Wat wel speelt is dit: hoe groter een organisatie, hoe meer sturing er nodig is, dat moet behoorlijk complex zijn.'

Een tegengeluid, Cora van der Kooij

Cora van der Kooij is verpleegkundige en historicus. Als directeur Inhoud en Ontwikkeling van het Instituut Maieutische Zorg: IMOZ, maakt zij zich sterk voor de invoering van zingevende zorg. Al jaren verzamelt zij voorbeelden uit de praktijk van verzorgenden. Van der Kooij pleit voor een andere beroepsopvatting: zij wil verzorgenden steunen bij het maken van beslissingen. Zij presenteerde het maieutische zorgconcept; een methode die tijd schept om onderling over de zorg van bewoners en patiënten te praten, en indrukken, ervaringen en gevoelens uit te wisselen. Verzorgende zijn betekent volgens van der Kooij *zelf* beoordelen wat iemand nodig heeft en zich daarover tegenover collega's naderhand kunnen verantwoorden. Dit kan alleen als er een gemeenschappelijke basis is. 'Het is een enorm belangrijk beroep, vertelt zij in een interview aan Opzij (no.2 2004). 'De moeilijkheidsgraad ervan wordt onderschat. Men denkt: verzorgen kan iedereen. In dit land worden verzorgenden niet door de overheid gewaardeerd. Ga maar na: voor het omgaan met moeilijk opvoedbare pubers moet je minstens een hbo-opleiding hebben. Maar voor het verzorgen van dementerende ouderen hoeft dat niet. Dat zegt iets over hoe dit werk wordt ingeschat. Met de titel van mijn proefschrift 'Gewoon lief zijn?' heb ik kunnen aantonen dat je veel kennis en vaardigheden moet hebben om je werk met blijvende betrokkenheid en voldoende deskundigheid te kunnen doen. Mijn methode werd al toegepast in twintig instellingen en bleek effectief. De kern van mijn visie is: werk vanuit je intuïtie, geef daar woorden aan en ontwikkel vervolgens een theorie, voortgekomen uit de ervaringswereld van verzorgenden zelf.'

De ambitie van Van der Kooij is de realisatie van een hbo-opleiding voor verzorgenden.

Vanuit haar eigen ervaring in de zorg weet Van der Kooij dat verzorgenden over het algemeen beschikken over een grote gevoelsmatige en sociale intelligentie. Ze hebben alleen soms hulp nodig om zich bewust te worden van hun eigen creatieve vermogen.

Het komt regelmatig voor dat een verzorgende het op een bepaald moment 'echt even gehad heeft'. Ook wanneer er naar het gevoel genoeg ontspanning is ingebouwd, kan dat toeslaan. Hiervoor worden strategieën ingezet waarvan men hoopt dat de cliënt er niet onder zal lijden. Voorbeelden hiervan zijn weglopen. Hiermee wordt bedoeld het even de kamer van een onhandelbare cliënt verlaten om 'zogenaamd' iets te halen of te zoeken.

Verder het vermijden en verminderen van communicatie wanneer het even teveel wordt.

Hiermee kan bedoeld worden het niet mee koffiedrinken met bewoners, maar van een afstand toekijken.

Schoonmaken, hoe vreemd het ook klinkt misschien. Van der Kooij geeft aan dat dat een fijne manier is om even afstand te nemen. Alleen worden die taken tegenwoordig aan aparte werkkrachten toegewezen zijn waardoor er weinig 'lucht' komt bij het verzorgen.

Opruimen, medicijnen klaarzetten en ook moppen vertellen en gekheid maken horen bij het even loskomen van de cliënten. Als het echt niet meer gaat: ziekmelden.

Dit zijn strategieën die individuele verzorgenden veel gebruiken, maar het kan ook anders.

Dit tegengeluid omgezet: het maieutische zorgconcept

Bijzonder aan Van der Kooij's visie is dat deze ruimte biedt aan 'gewoon doen wat bij je opkomt' bij het verzorgen. Niets simpeler dan dat, zou je zeggen, maar toch is het consequent één lijn trekken binnen een instelling een algemeen aanvaarde opstelling. Waarom eigenlijk? Het blijkt nu juist dat bewoners het leuk vinden dat verzorgenden en verpleegkundigen onderling een verschillende aanpak hebben. Van der Kooij noemt dit 'zoekend reageren'. Daarmee wordt bedoeld dat er geen standaarden zijn voor hoe mensen op elkaar reageren. Wanneer een verzorgende haar intuïtie volgt en denkt: oei, daar krijg ik gedonder mee, dat was helemaal niet volgens het boekje, blijkt vaak dat de bewoner waar het om gaat heel positief reageert.

'Een glimlach in het voorbijgaan' stelt de ervarings- en belevingswereld van verzorgenden centraal. Het boek zet het zingevingmodel en de maieutische methodiek uiteen. De auteur heeft het nadrukkelijk over *care*, niet over *cure*, die in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, de thuiszorg en instellingen voor verstandelijk gehandicapten geboden wordt, dus plaatsen waar meestal sprake is van een langdurige relatie tussen verzorger en cliënt.

Verzorgenden moeten emotioneel zo intelligent zijn dat zij zich in deze relaties kunnen geven, zonder zich uit te putten en in een burn-out te belanden. Bovendien moeten ze over heel wat kennis en vaardigheden beschikken: een gouden hart alleen is niet genoeg.

De grondslag voor de maieutische methode vormt het drieledige zingevingmodel. Maieutisch betekent 'verlossend, bevrijdend' (van gr. *maieuein*: verlossen, van *maia*: vroedvrouw, oorspronkelijk moeder, van *ma*: moeder). Bij dit model gaat het om een nieuwe visie op zorg, waarbij het contact tussen verzorgende en cliënt de kern is. Deze visie wordt toegelicht aan de hand van de begrippen *belevingsgerichte zorg* en *professionaliteit*.

Belevingsgerichte zorg begint met het vragen stellen van de verzorgende aan zichzelf: wie is de bewoner? Wat ervaart hij? Wat voelt hij?

Vervolgens maakt men dan contact met de cliënt of bewoner op zo'n manier dat deze zich begrepen voelt.

Als dat gelukt is, zal hij zich openstellen en meegaan in de verzorging die geboden wordt, anders gezegd, de bewoner of cliënt durft zich aan de verzorger toe te vertrouwen. Uitgangspunt hierbij is

dat zorg altijd veronderstelt dat de verzorgende zich verplaatst in, en verbindt met de mens voor wie hij zorgt.

Dit betekent dat de verzorgende zich bewust moet zijn van de gevoelens die de cliënt oproept, en bijgevolg, van onverwerkte emoties die zich eventueel kunnen doen gelden.

Hierover moet van gedachten gewisseld worden met collega's. Het zal duidelijk zijn dat het feit dat iemand kiest voor het direct met mensen werken in een hulpverlenende situatie zoals de zorg, sterk afhangt van het karakter. Een belangrijke factor voor het slagen van het werk is de zelfkennis van de verzorgende. Daarom moet hier bij reflectiemomenten tijdens cliëntbesprekingen aandacht aan besteed worden.

Voor *professionaliteit* hanteert Van der Kooij drie kernbegrippen: contact, creativiteit en communicatie. Bij contact gaat het om de gevoelsmatige wisselwerking tussen twee mensen en de voldoening die dat met zich meebrengt.

Bij creativiteit gaat het erom dat een verzorgende spontaan kan inspringen op een nieuwe situatie, dus zich niet geheel en al ingeperkt voelt door regels.

Bij communicatie gaat het om het proces van bewustwording, reflectie en methodische uitwisseling met collega's. Uiteindelijk kan professionaliteit als volgt gedefinieerd worden: authentiek en creatief waarnemen, reageren en (zo nodig) handelen, en dit achteraf kunnen ver(ant)woorden.

Omdat zorgbehoevende mensen kwetsbaar zijn, bevatten zorgtheorieën doorgaans een visie op het mens-zijn. Dit is niet nieuw maar wel nieuw is de toenemende afhankelijkheid van zorg bij mensen. Hierbij moet gedacht worden aan het steeds ouder worden en het steeds beter kunnen behandelen van chronische ziekten waardoor mensen wel blijven leven maar niet beter worden. Ook hier is de vraag om zingeving dringend: wanneer je cru gezegd niet beter wordt maar ook niet dood gaat, dan moet het leven toch minstens waardig geleefd worden.

Het mensbeeld in het zingevingmodel kenmerkt zich door kwetsbaarheid. Doordat de verzorgende betrokkenheid voelt bij de mensen voor wie zij zorgt, is zij ook kwetsbaar. Daarom moet een organisatie alles doen om verzorgenden optimaal te ondersteunen. Met de maieutische methode wordt een nieuwe denkwijze ingebracht waarbij doelen worden gezien als algemene intenties die voor elke zorgbehoevende even geldig zijn. Voor elke bewoner geldt dat veiligheid, contact en saamhorigheid ervaren onontbeerlijk zijn, evenals het zinvol bezig zijn en het voelen van eigenwaarde. Deze voorwaarden moeten per bewoner uitgewerkt worden in een goede beschrijving van de zorg. De maieutische methodiek doet een beroep op de professionaliteit van verzorgenden, hun waarnemingsvermogen en hun creativiteit in het contact maken. De kracht van deze methodiek zit in de zogenoemde belevingsgerichte zorgbespreking.

Hierbij wordt eerstens een karakteristiek gegeven van de cliënt als hele mens om daarna, indien mogelijk en gewenst, een omgangsadvies samen te stellen op basis van de door de verzorgenden ingebrachte- positieve!- ervaringen. De algemene

dagelijkse zorg wordt op de kaart gezet en aangevuld met zoveel mogelijk aandachtspunten die voor de cliënt of bewoner van belang zijn.

Als er problemen zijn dan zoeken de verzorgenden zelf naar een oplossing, bijvoorbeeld door middel van observatie. Dan kunnen zij het probleem met de arts bespreken en in het multidisciplinair overleg inbrengen.

De methode richt zich niet- zoals gebruikelijk- op problemen en doelen, maar op de manier waarop de verzorgende de bewoner of cliënt tegemoet komt in diens uniciteit, op het gebied van persoonlijkheid en karakter, levensgeschiedenis en ziektebeeld.

Door middel van observatie en gesprekken zijn de persoonlijke behoeften in kaart gebracht, waarbij de drie kernbegrippen creativiteit, contact en communicatie de rode draad vormen.

Wanneer er dan tijdens een eerste bespreking tot een omgangsadvies gekomen is, kan

in een tweede bespreking dieper worden ingegaan op dit advies. Op de zogenoemde zorgkaart staat immers de persoonlijkheid van de cliënt en het hierop toegepaste advies inmiddels kernachtig weergegeven.

Deze zorgkaart wordt bij het behandelplan gevoegd dat elke cliënt bezit, hierin komen de verschillende disciplines bijeen waarmee deze door zijn handicap of ziekte mee te maken heeft. Vooral in de eerste maanden van het verblijf in een instelling, wordt de zorgkaart veelvuldig vergeleken met de toestand van de cliënt op het moment van binnenkomst, en zo nodig bijgewerkt.

De verzorgenden komen liefst elke week samen voor een zorgbespreking. Tijdens deze bespreking evalueren zij observatielijst, levensgeschiedenis, zorgkaart en zorgplan van de cliënt. Uitgangspunt hierbij is het contact met de cliënt en de positieve momenten tijdens de dagelijkse verzorging. Er wordt expliciet gelet op de goede, of beste, momenten gedurende de dag.

Van der Kooij: 'het kantoor staat tijdens de 'belevingsgerichte zorgbespreking' bol van positieve energie. Verzorgenden voelen zich gehoord, bevestigd en geïnspireerd. Er ontstaat ruimte voor creativiteit en spontaniteit.'

Samenvatting van de maieutische methodiek.

Ten behoeve van de communicatie binnen een team verzorgenden, is de maieutische methodiek ontwikkeld. Deze methodiek doet een beroep op de professionaliteit van verzorgenden, hun vermogen waar te nemen en creatief contact te maken. De kracht ervan zit in de zogenoemde belevingsgerichte zorgbespreking. Tijdens de eerste zorgbespreking over een cliënt of bewoner maken de verzorgenden een karakteristiek van die bewoner als hele mens. Indien mogelijk en gewenst formuleren de verzorgenden een omgangsadvies op basis van de positieve ervaringen die de deelnemers hebben ingebracht. De algemene dagelijkse zorg wordt op een zorgoverzicht in kaart gebracht: de zorgkaart. Hierop moeten zoveel mogelijk aandachtspunten vermeld worden die voor de cliënt van belang zijn. Bij problemen zoeken de verzorgenden zelf naar een oplossing, door bijvoorbeeld observatie. Ook kunnen zij het probleem met de arts bespreken en inbrengen tijdens het multidisciplinair overleg.

Persoonlijke eigenschappen van de verzorgende

De goede, of uitstekende, verzorgende is iemand die geknipt is voor het vak. Wat wordt hier mee bedoeld? Van der Kooij zet een aantal eigenschappen op een rij die belangrijk zijn voor een verzorgende.

Op de eerste plaats vermeldt zij betrokkenheid. Betrokken zijn betekent zich interesseren voor iemand en zich om hem te bekommeren. Zonder betrokkenheid is er geen echt contact mogelijk.

Ook onbaatzuchtigheid is een kenmerk van goede verzorging. Het betekent dat de zorg voortkomt uit een oprechte wil om te zorgen, niet omdat het moet maar omdat het hart uitgaat naar degene die zorg behoeft. Er wordt wel verondersteld dat het een aangeboren eigenschap is, een eigenschap die omgezet wordt in betaalde arbeid, maar dat doet aan de oprechtheid van de intentie niet af.

Aandacht en ontvankelijkheid, ook wel presence of presentie genoemd worden hoog gewaardeerd. Wanneer de verzorgende bezig is met een cliënt, dan is zij er helemaal voor die ander. Ook al is er tijdsdruk, dan nog kan zij, eenmaal oog in oog met een cliënt, er op dat moment volledig zijn.

Als laatste eigenschappen noemt de auteur authenticiteit, of echtheid, en intuïtie. Dit wil in het eerste geval zeggen dat je als verzorgende jezelf bent en blijft. Ook tussen een cliënt en een verzorgende kan het niet klikken.

Beiden zullen elkaars karakterverschillen en gewoonten moeten accepteren.

Intuïtie is een moeilijk te omschrijven begrip, misschien te duiden als: iets op het gevoel doen, voelen of je al dan niet 'goed zit.' Intuïtie groeit door levens- en werkervaring en kan belemmerd worden door routines en automatisen.

Bij al deze van invoeling sprekende eigenschappen, moet wel helder zijn dat het om werk gaat. Met alle betrokkenheid die er kan zijn tussen een verzorgende en de cliënt, blijft het een professionele relatie. Het is een delicaat terrein waar men zich op begeeft: aan de ene kant openheid, aan de andere kant het besef dat de persoon van de cliënt verbonden is aan het beroep. Het is daarom van het grootste belang dat verzorgenden ervaringen onderling uitwisselen en hier de tijd voor te nemen, zodat beslommeringen niet mee naar huis genomen worden.

Dat hier niet te streng en routineus mee omgegaan hoeft te worden, laat het volgende voorbeeld zien.

Een verzorgende in een verpleeghuis in Limburg had een goede band met een mevrouw. Zij kwam steeds meer tot de overtuiging dat het voor mevrouw heel belangrijk was nog een keer naar Amsterdam te gaan. Zij stelde dit aan de orde in haar team, en zei erbij dat ze mevrouw in haar eigen auto en op een vrije dag naar Amsterdam wilde brengen. De collega's zeiden dat ze daar niet aan moest beginnen, want dan zou mevrouw nog een keer willen en nog een keer... maar de verzorgende hield vol dat het echt heel belangrijk was en dat zij dacht dat mevrouw dan tevreden zou zijn. Uiteindelijk kreeg de verzorgende toestemming. Zij mocht met mevrouw en een familielid van mevrouw in diens auto naar Amsterdam, en ze mocht dat in werktijd doen.

De dag is heel goed verlopen en mevrouw was daarna voldaan, ze vroeg er niet meer naar. Voor de verzorgende betekende dit alles een intensieve ervaring en zij heeft na die dag een speciaal gevoel voor mevrouw gehouden. Doordat het team in alles had meegeleefd kon ze het toch als een deel van haar werk blijven beschouwen. Ze bewaart mooie herinneringen aan deze mevrouw.

(verteld aan Cora van der Kooij tijdens een cursus belevingsgerichte zorg)

Betrokkenheid en afstand

Hoe intensiever de verzorgende verzorgt, hoe meer de interesse voor de cliënt zal groeien.

De betrokkenheid die gevoeld wordt is enerzijds nodig voor het contact maar anderzijds moet de verzorgende zichzelf in bescherming nemen. Van der Kooij: 'In 2002 werkte ik een keer met een net gediplomeerde verzorgende van 24 jaar. Zij vertelde me dat zij geleerd had dat het verkeerd was om zich aan teveel bewoners te hechten. Maar wat is teveel? Je hechten aan mensen voor wie je zorgt is naar mijn ervaring heel gewoon. Het kan bijna niet anders. Zelf herinner ik me precies de patiënten met wie ik echt contact had. Maar ik mis ze niet. Ze hebben me wel mede gevormd tot wie ik nu ben.'

Om echt professioneel te zijn, zijn er volgens de auteur minimaal twee voorwaarden vereist. De eerste is je bewust te zijn van je eigen gevoelens in relatie tot de mensen die je verzorgt en hieraan aandacht te geven. De tweede is dat collega's elkaar raden en steunen en indien nodig beschermen tegen een te persoonlijk wordende band. Dit weer tijdens het wekelijkse overleg

Als je je gaat verdiepen in de achtergronden van de bewoners of cliënten, zoals gebeurt bij de maieutische aanpak, betekent dat dat de verzorgende moet handelen, aangepast aan de persoon om wie het gaat. De belevingsgerichte zorgbesprekingen zijn zeer waardevol om verdieping te krijgen wat betreft de bewoner maar ook wat betreft het eigen gevoelsleven met betrekking tot de verzorging. Steeds geldt: de positieve gebeurtenissen eerst vertellen.

Binnen het team dient een open sfeer te zijn, waardoor verzorgenden zich vrij voelen met elkaar en hun leidinggevende openlijk over schokkende gebeurtenissen te spreken.

Verzorging als zingevende arbeid

Het systeem waarin verzorgenden moeten werken, maakt dat de verbinding met hun oorspronkelijke motivatie zoek raakt. Als het voor een verzorgende al moeilijk is zichzelf te blijven binnen een systeem, zegt Van der Kooij, hoe moet het dan zijn voor de cliënt?

Langdurig zieken en behoeftigen hebben door hun afhankelijkheid al veel van zichzelf afgestaan.

Zelfstandigheid zit er niet (meer) in, ze zijn overgeleverd aan de genade van anderen. Maar dat betekent niet dat er ook voor hen gedacht en beslist moet worden: wanneer ze willen gaan slapen, wat ze graag willen eten, moet hun eigen keuze zijn. Ze zijn meer dan alleen mensen die zorg nodig hebben; ze hebben een eigen mening, kunnen wat betekenen in het contact met anderen.

In een zorgsysteem dat op routine draait, waar productie en cijfers de sfeer bepalen kunnen mensen niet werken en leven.

Het zingevingsmodel is ontwikkeld om verzorgenden de weg te wijzen naar zichzelf en hun oorspronkelijk motivatie. Het gaat hierbij om rust, contact, zingevende zorg betekenis hebben voor anderen. Emotionele dilemma's zijn inherent aan het beroep en gaan niet voorbij want elke dag opnieuw doen zich ingrijpende zaken voor. Maar meer betrokkenheid is mogelijk, meer creativiteit en flexibiliteit, vakbekwaamheid en

persoonlijke groei. Met behulp van belevingsgerichte gesprekken worden vaardigheden en inzichten geleerd en eigen gemaakt zodat er meer contact en meer positiviteit in het verzorgen komt. Om dat te bereiken is het nodig dat er veel gelegenheid is om in het team van verzorgenden te praten over ontdekkingen en ingevingen.

Een ander tegengeluid: Paula Lampe

Paula Lampe maakt zich, net als Van der Kooij, ongerust over de huidige situatie in de zorg. Burn-out komt veel voor onder hulpverleners. De onregelmatige werktijden, agressie en ethische dilemma's maken het werk zwaar maar horen er nu eenmaal bij. Er zijn echter ook overbelastende zaken die wel aangepakt kunnen worden: de hoge werklast, onzekerheid over de rolverwachting, gebrek aan ondersteuning, belabberde werkverhoudingen en starre bureaucratie.

Lampe heeft in haar boek 'Het moeder Teresa syndroom' een antwoord gezocht op de vraag: waar komt de drang vandaan anderen te helpen en jezelf op te offeren?

Zij wil, zegt het omslag, het hulpverleningsproces analyseren en onderzoeken hoe hulpgevers tegenover hulpvragers staan. Zij hoopt met haar bevindingen de hulpverlener te steunen in het vinden van een onafhankelijker vorm van hulpverlening, gecombineerd met een gezonde vorm van eigenliefde.

Paula Lampe werkte ruim dertig jaar als verpleegkundige in Nederland, Israel en Canada. Zij schreef voorlichtingsbrochures en tijdschriftartikelen.

N. B. Waar Van der Kooij degenen die in de zorgsector werken verzorgenden noemt, spreekt Lampe van hulpverleners.

Wie zijn de hulpverleners? Hun persoonlijke eigenschappen

Waar komt de drang vandaan om anderen te helpen? vraagt Lampe zich af. Zij start haar analyse met een beschrijving van de persoonlijkheid van de helper.

Het verschil tussen een violiste, een informaticaspecialist, een boetiekhoudster en een hulpverlener, zit hem hierin: iedereen belandt met een eigen pakketje genetisch materiaal in zijn wieg. Vanaf dat moment bepalen omstandigheden naar welke kant het kwartje valt en volgroeit je uiteindelijk tot die ene unieke persoonlijkheid.

Mensen zijn grosso modo in vier typen in te delen: het gedreven, het elitaire, het analytische en het gevoelstype. Ruim de helft van alle typen behoort tot het gevoelstype, hier onder zijn, zegt de auteur, veel hulpverleners te vinden. Wat is er zo aantrekkelijk aan helpen? Hulpverlening heeft specifieke eigenschappen. Zo stel je meteen al wat voor omdat zich tijdens je werk vaak crisissituaties voordoen, waarbij *jij* helpt en in onmiddellijk contact 'goed' kan doen.

Er is meer, volgens Lampe. Tijdens zo'n crisisinterventie waarbij jij hulp biedt- neem een zwaar ongeval of een hartinfarct- stoot je lichaam adrenaline af. Dit vrijkomen van adrenaline kan een high veroorzaken, de zogenoemde '*helpers-high*'. Deze ervaring is even verslavend als een drug.

Een hulpverlener die zijn werk aan kan en zijn grenzen bewaakt, is ook van het gevoelstype, maar dan van het 'nuchtere gevoelstype'.

De auteur geeft een kleine beschrijving van zo'n –gefingeerde- nuchtere hulpverlener. Hij heeft lichtbruine ogen en een charmante glimlach, vroeger bracht hij menig studente het hoofd op hol.

Het had een geestelijk gehandicapt zusje waardoor de zorg voor mensen met een handicap, hem bekend voorkomt. Na zijn hbo-opleiding komt hij in de zorgsector. Hij voert zijn werk met de nodige doeltreffendheid en betrokkenheid uit. Blijft hij in de hulpverlening werkzaam, dan stroomt hij te zijner tijd door naar het hogere management. Deze man laat zijn problemen na een werkdag in de garderobe achter en gaat een biertje drinken met vrienden. Eigenlijk had hij net zo goed beeldhouwer kunnen zijn, maar het toeval leidde hem elders. Dit nuchtere gevoelstype heeft een hekel aan conflicten, hij is doelgericht en resoluut, zonder zich op te dringen.

Nu het hunkerende type. Zij is meestal een vrouw, ook gefingeerd. Zij is broos: heeft piekerig rossig ponyhaar. Zij offert zich graag op. Zij werkt als verpleegkundige op een neurologische afdeling van een ziekenhuis. Haar werk is haar leven, maar ze staat niet erg sterk in haar schoenen. Ze gaat daardoor misschien iets te zorgvuldig te werk bij het nemen van beslissingen, bang als ze is iemand te benadelen. Zij treedt niet gauw op de voorgrond en heeft een zintuig voor onrecht en menselijk leed. Lampe besteedt veel aandacht aan de uitwassen van wat zij het moeder Teresasyndroom noemt. Zij beschrijft het geval Martha U. die vanuit een ontspoorde reddersdwang, negen moorden pleegde in het verpleeghuis waar zij als verzorgende werkte. Een geval dat ik vanwege zijn extremiteit buiten dit onderzoek laat.

Overbelasting in de zorgsector kan een zwaar beroep doen op de beschermingsmechanismen van de hulpverlener. Hierdoor vertrekken gezonde, nuchtere hulpverleners nogal eens naar elders waardoor ongezonde hunkerende hulpverleners de overhand krijgen (en er drama's kunnen gebeuren zoals in de zaak Martha U.)

Wat men in ieder geval moet leren en toepassen is het bewaken van de eigen grenzen.

Betrokkenheid en afstand

Een hulpgever zit altijd in een andere positie dan een hulpvrager. Er is sprake van gelijkwaardigheid, maar niet van gelijkheid. Er is een aanbieder en een ontvanger; de eerste beheerst iets waar de ander gebruik van maakt. Dit heet een asymmetrische relatie.

Deze asymmetrie moet in een professionele setting koste wat het kost gehandhaafd blijven.

Wanneer de hulpverlener behoefte heeft zijn problemen te delen met de hulpvrager, is het grondig mis en is de asymmetrie verdwenen, en daarmee ook de professionele verhouding.

Een goede hulpverlener is evenwichtig en heeft inzicht in zijn functioneren, hij toont geen medelijden maar medemenselijkheid. Hij houdt zich ver van dramatiek en onderzoekt voortdurend de zuiverheid van zijn motivatie.

Iemand is een minder goede, of slechte hulpverlener, wanneer hij meer geeft dan normaal gesproken verwacht mag worden. Lampe geeft hiervan voorbeelden: de leerkracht die een bovengemiddeld aantal uren bijles geeft, de advocaat die dag en nacht bereikbaar is, de priester die veel huisbezoeken aflegt. In het ziekenhuis is het de kno-arts die zes keer vaker amandelen knipt dan zijn collega's en, verder van huis, de ontwikkelingswerker die zijn verlof overslaat.

Burn-out komt het meest voor bij mensen die met mensen werken, is gebleken uit een in 1990 in Nederland gedaan bevolkingsonderzoek. De ziekte ontstaat door een verkeerde manier van reageren op spanningen, gecombineerd met een onevenwichtigheid in het geven en ontvangen van energie. Lampe verduidelijkt dit verschijnsel door een vergelijking te maken met een vogel die zenuwachtig alsmaar wormen aanvoert naar haar jongen om uiteindelijk van uitputting uit het nest te vallen. Burn-out komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Zij die direct, langdurig contact hebben met hulpvragers, lopen meer kans op uitputting. Vooral werkers in instellingen waar mensen lang verblijven, zoals de psychiatrie en verpleeghuizen, scoren hoog. Hier hebben onregelmatige werktijden, agressie door cliënten en een gebrek aan ondersteuning en contact in het team, schuld aan. Lampe refereert aan een onderzoek van W. Schaufeli (Opgebrand, achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen. Donker, 1990, Rotterdam.) Deze vond weinig relatie tussen hulpverleningsopvattingen en burn-out. Wel komt het minder onder gelovigen voor die werkzaam zijn in religieuze instellingen. Gedeelde ideologie zou zwaardere lasten doen dragen. Aan de andere kant ziet Schaufeli wel verband tussen het zogenoemde moeder Teresasyndroom en burn-out. Dit zijn de hunkerende gevoelstypes die te veel van zichzelf eisen, nooit nee zeggen en hun eigen grenzen niet aangeven. Hierdoor raken ze hun toch al wankel balans kwijt. Wat weer resulteert in drank-en medicijngebruik.

Wat te doen om de eigen grenzen af te bakenen?

Ja, wat kan hieraan gedaan worden? Hoe wordt een gezond werkklimaat in de zorg bevorderd?

Zorg dat een hulpverlenercontact niet te lang duurt, zegt de auteur, niet te exclusief wordt en dat de hulpverlener steeds inwisselbaar blijft. Bescherm je privé-leven. Neem nooit je kind mee naar je werk, vertel niet over je leven thuis. Wanneer je bij de eerste ontmoeting antipathie voelt voor de hulpvragers, omdat deze op je schoonmoeder lijkt, draag haar onmiddellijk over aan een collega.

Wanneer je als hulpverlener deze voorzorgsmaatregelen ter bescherming van de asymmetrie niet kunt waarmaken, heb je een probleem. Een probleem dat waarschijnlijk zijn oorsprong vindt in een hapering in je vroegere ouder-kind relatie. Na de geboorte ontstaat er tussen de verzorgende ouder-meestal de moeder- en de baby een symbiose. Deze bestaat uit een tweerichtingsverkeer of wederkerigheid. In ruil voor voeding wordt een glimlach teruggegeven en vloeien ouder en kind als het ware in elkaar over. Deze dynamiek vraagt een evenwicht in aandacht voor beide betrokkenen. Wanneer er hier nu wat mis gaat, leidt dit tot een gecompliceerde hechting tussen ouder en kind, waaraan de laatste een onveilig gevoel overhoudt.

Lampe: 'Gemis aan verbondenheid doet zeer. En om de oneindige zoektocht naar geluk in hemelsnaam nooit te hoeven opgeven, wordt de pijn steeds opnieuw gezocht en het niet herinnerde drama nagespeeld.'

Dit gemis maakt dat de hulpverlener meer geeft dan van hem verwacht wordt. Deze wil helpen om zichzelf tot middelpunt te maken. De zorg is een gebied dat zich goed leent voor het 'naspelen' van oude, niet verwerkte pijn. De helper wil zijn gevoel van kinderlijke verlatenheid vergeten en ontkennen. Door te helpen, lijkt hij zijn oude wonden. Zolang het eigen verdriet niet onderkend wordt, gaat dit gedrag door en kan het een verslaving worden.

Om dit soort verschijnselen te signaleren en te ondervangen, moet onderlinge communicatie als het dagelijkse werkoverleg, de patiëntenbespreking of interdisciplinair overleg, een intercollegiale toetsing, de afdelingsvergadering, tot het sollicitatiegesprek toe, even belangrijk zijn als het uitvoerende werk aan het bed van de patiënt.

Een intercollegiale toetsing moet eenmaal per maand plaatsvinden, met steeds wisselende leiding. Om de beurt brengt men een onbevredigende werkervaring in. Ook degenen die moeite hebben met een inbreng of met kritiek, komen aan de beurt. Het doel is van deze regelmatige reflectie en feedback is openheid en veiligheid te bewerkstelligen. Om niet teveel nadruk te krijgen op negatieve aspecten, noemt elke deelnemer, naast een onbevredigende ervaring, ook een positieve.

De hulpverlener die niet in staat is de professionele, asymmetrische houding te handhaven, moet naar zichzelf kijken en goed nagaan of de zorg wel het juiste arbeidsveld voor hem is.

Valt het besluit in therapie te gaan, dan zal het oude verdriet loskomen en moet er gerouwd worden over vroeger. Lampe: 'samen met haar behandelaar gaat deze hulpverlener op zoek naar de reden van haar klachten en ze zal uitkomen op moeders schoot.'

Wie ondanks verkeerd helpgedrag toch hulpverlener wenst te blijven, moet zich bewust zijn van valkuilen. Ook na therapie blijft er een hang naar de 'helpers high'. De drang grenzeloos te zijn in het helpen, blijft op de loer liggen.

In het algemeen geldt: behandel je zelf als een koningskind, besteed aandacht aan je gezondheid. Houd je draagkracht in de gaten. Ga sporten, wandelen, verwen jezelf en zoek een leuk stel vrienden.

Lampe geeft een voorbeeld uit de praktijk waaruit een volgens haar evenwichtige houding ten opzichte van het werk blijkt.

Het volgende speelt zich af in een ziekenhuis tijdens een afdelingsoverleg.

'Er is een rouwkaart gekomen van kindje Nachtegaal. Gewoonlijk gaan we niet naar begrafenissen. Moet er een uitzondering gemaakt worden omdat Joeri hier zo lang gelegen heeft?

Saskia: Wil per se naar de begrafenis. Andere meningen zijn verdeeld.

Nico: Vindt dat Saskia sowieso al te dicht op de patiënten zit. Ziet liever dat zij over deze behoefte op de volgende vergadering praat, in plaats van naar deze begrafenis te gaan.

Saskia: Protesteert, maar geeft later aan dat ze er over zal proberen te praten. Uiteindelijk lijkt het haar ook beter niet te gaan. De secretaresse zal gevraagd worden een kaart van deelneming namens de afdeling naar de familie te sturen.'

De eindconclusie van Lampe is, dat er maatregelen genomen moeten worden die ervoor zorgen dat hulpverleners met een moeder Teresasyndroom tijdig opgemerkt worden. Deze moeten het beroep verlaten of een grondige psychotherapie ondergaan. De nuchtere gevoelstypes die dan blijven, kunnen als totale beroepsgroep een vuist maken tegen arbeidsverstoringen zoals ze zich tegenwoordig voordoen. Als dat gebeurt, kan de zorgsector evenwichtiger personeel aantrekken.

Opmerkingen bij het boek van Lampe

Een paar zaken hebben me bevreemd bij het lezen van 'Het moeder Teresasyndroom.'

Deze betreffen niet zozeer de inhoud als wel de toon van het boek. Ik heb de passages waar dit heel sterk was, zo min mogelijk gebruikt en geciteerd. Ze stoorden me. Om te begrijpen wat ik bedoel, maakt het lezen van de beschrijving van de twee types hulpverleners, veel duidelijk.

De manier waarop zorgverleners met een tekort aan professionele distantie beschreven worden, is naar mijn mening karikaturaal. Een voorbeeld. Op bladzijde 73 introduceert Lampe een type hunkerende hulpverlener dat zij de 'martelaar' noemt. Zij heet Hedda. *'Hedda hoeft om te boeten*

niet het klooster in te gaan. Want ook in de burgermaatschappij zijn voldoende mogelijkheden waar ze zich met blinde toewijding kan geven. Als een heilige troost ze de verdrietige, voedt de hongerige en sust zo haar verlangen naar een intieme verbondenheid. Als je goed luistert, hoor je haar smekende stem: " Hulp nodig? Wacht, ik ben al op weg. Als ik mij opoffer, willen jullie dan van mij houden? Ik heb echt niets nodig. Voor mij is het genoeg te geven...." '

Op bladzijde 39 maakt de auteur me zelfs aan het schrikken wanneer zij zonder ook maar iets over levensbeschouwing of geloof (of het moet de titel van het boek zijn) naar voren te hebben gebracht, het volgende beweert in verband met anoniem helpen in de tweede wereldoorlog.

'Deze humanisten (curs. van mij) hadden hun betrokkenheid met slachtoffers niet nodig voor de stijging van hun eigenwaarde.'

Nabeschuwing

Het zorgen voor mensen vraagt aanleg, talent en veel inzet. Deze inzet is groot, ongeacht de levensbeschouwing van verzorgenden. Hieruit maak ik op dat het willen zorgen voor anderen te maken heeft met het karakter, of zoals Paula Lampe zegt; vaker voorkomt bij een bepaald type mens, namelijk het gevoelstype. Dit verlangen om te zorgen- te werken in de zorg- is sterk aanwezig en heeft wellicht te maken met ervaringen uit het leven van de verzorgende, waarin deze aandacht en liefde heeft ervaren van de ouders of andere mensen, al dan niet verruimd met dankbaarheid jegens de Grote Gever: God. Het zorgen komt dan voort uit een behoefte deze ondervonden goedheid door te geven aan anderen, vanuit de wetenschap dat aandacht en warmte goed doen. Het kan ook zijn dat iemand die kiest voor werken in de zorg, in een omgeving verkeerd heeft waar zieken of gehandicapten waren, waardoor hier al vroeg bekendheid, misschien gepaard aan een verantwoordelijkheidsgevoel, mee ontstond.

Door ontwikkelingen naar professionaliteit, schaalvergroting en minder geschikte werkomstandigheden, kan de bevrediging die het werken in de zorg geeft, gefnuikt worden. Hierop kan gereageerd worden met een welbewuste zelfbeschermingstrategie die de energie en de privacy van de verzorgende veilig moet stellen. Deze bestaat in het stellen van grenzen om burn-out en overbelasting te voorkomen. Of dit effect heeft, hangt mede af van de persoonlijkheid en het karakter van de verzorgende. Het beste is dan de zorg te beschouwen als een vorm van werk

als elk ander werk, waarbij de werknemer met gepaste afstand en doelgericht moet handelen.

Wanneer het zorgen voor mensen die dat nodig hebben, als arbeid zoals alle arbeid gezien wordt, dreigt de betekenis van zorg – het *extra* wat goede zorg kan bieden – verloren te gaan.

Aan de manier waarop de samenleving omgaat met kwetsbare mensen, kunnen wij, naar mijn mening, nu juist onze beschaving meten.

Wat ik zie ontbreken bij een doelmatige houding zoals Lampe voorstaat, is de beweging die de hulpverlener maakt naar degene die zorg behoeft; niet iedereen is in staat op een bewuste manier hulp te vragen. Juist de kwetsbaarste mensen hebben een extra bemoediging en uitnodiging nodig omdat ze niet voor zichzelf kunnen opkomen. In het boek van Lampe wordt de werkelijkheid van de hulpvrager helemaal buiten beschouwing gelaten.

Dat het anders kan, laat Van der Kooij zien in haar maieutische methodiek. Zij reageert op de moeilijkheden binnen de bestaande zorg met een ruim inzetbare methode, en een begeleidende cursus voor de implementatie hiervan, gerealiseerd door de stichting IMOZ.

Er is kennis, overzicht, daadkracht en een op duurzaamheid gerichte inzet nodig. En: hoop en inspiratie, waardoor zoals Van der Kooij het verwoordt: meer betrokkenheid mogelijk is, meer creativiteit, meer flexibiliteit, meer positiviteit.

De methode van Van der Kooij kan mensen brengen tot daden waarvan ze zeggen: 'ik wist niet dat ik het in me had.' Zij verleggen grenzen, maar hierbij gaan ze niet over hun eigen grenzen heen. Dit is mogelijk omdat ze niet in hun eentje handelen, maar gesteund worden door collega's en een goed in kaart gebracht beeld van de cliënt.

Zusters en broeders uit congregaties zorgden uit liefde, en om niet. Door oorzaken als schaalvergroting, secularisering, professionalisering en de hier mee gepaard gaande juridisering, is deze manier van werken in ons land niet of nauwelijks meer te realiseren.

Religieuzen waren ervan overtuigd dat zij van God een surplus aan liefde mochten ontvangen waardoor ze genoeg te geven hadden, ook aan mensen waar niemand naar omkeek omdat ze te vies, te ziek of te arm waren. Zij gaven omdat zij zelf ontvingen, zonder daar een onmiddellijke beloning voor terug te verwachten. Echter: ook zij hadden te maken met grenzen. Zoals Eijt aangetoond heeft in haar proefschrift, hadden de religieuzen een zwaar leven omdat zij de zorg voor anderen moesten combineren met religieuze plichten; zowel de ene als de andere taak moest optimaal vervuld worden. Zij waren niet bezig met voorzorgsmaatregelen, maar zij rekten hun grenzen op tot aan overspanning toe. Waar zij zich wel bewust tegen beschermden, was een te grote gehechtheid aan degenen voor wie zij zorgden. Een te grote binding met een ander mens zou het contact met God kunnen verminderen.

De boodschap uit de eerste encycleiek van Benedictus XVI: de ervaring van de liefde moet als een geschonken ervaring van binnenuit, aan anderen doorgegeven worden, werd door religieuzen in praktijk gebracht. *Liefde doet liefde groeien*, is een kernachtige samenvatting van deze ervaring.

Ook vandaag is onze moraal – al dan niet bewust of erkend – gefundeerd op de christelijke geloofstraditie en ervaring: de liefde die een mens voor een ander opbrengt, kan niet anders dan hemzelf en anderen verrijken. Passen we dit op de zorg toe, dan kan de liefdadigheid van religieuzen hier tot inspiratie dienen

De mate waarin een mens in staat en bereid is te geven, maakt het verschil in zijn mate van beschaving. Deze beschaving zal, wanneer werkers in de zorg zich samen sterk maken, bijdragen aan het welbevinden van de samenleving

Paula Lampe heeft haar boek geschreven uit bezorgdheid voor hulpverleners die hun grenzen niet in acht nemen. Ook zij raadt overleg, communicatie en zelfreflectie aan. Haar doel is tot een evenwichtige, begrensde, professionele houding te komen die de kans op het ontstaan van burn-out verkleint. Haar visie wordt gedomineerd door de opvatting dat zorg een product is dat geleverd moet worden

Zij pleit voor het stoppen met het werk wanneer er teveel betrokkenheid is, of, wanneer men desondanks wil doorgaan in de zorg, in therapie te gaan.

Haar streven is te komen tot een onafhankelijker vorm van hulpverlening, gecombineerd met een gezonde vorm van eigenliefde.

Conclusie

We kunnen ons afvragen of juridische en politieke ingrepen tot verbetering in de zorgsector, afdoende zijn om tekorten op te lossen. Sociale rechten kunnen bevochten worden, zowel voor de zorgverlener als de zorgvrager, maar brengt dit betrokkenheid en liefde? Zorgen in de diepmenselijke zin van het woord is niet zonder meer te begrijpen als komend uit een geloof of een andere intense beweegreden. Het zorgen zelf -in de praktijk- verdiept zich door ervaring, ervaring die verrijkend is, moreel besef ontwikkelt, en grenzen verlegt. Dit is iets van alle tijden, *behoort* iets van alle tijden te zijn.

Voor de omgang in de hulpverlening moet mijn inziens niet per se aan een protocol vastgehouden worden. Wanneer de zorg toekomst wil hebben, moet er gehandeld worden met het oog op een groeiende gezamenlijke verantwoordelijkheid. Aan de opvatting van zorg voor mensen die dat nodig hebben, is onze mate van beschaving af te lezen. Ook al komt men tijdens zijn loopbaan niet tot het gewenste resultaat, het streven moet gericht zijn op de grootst mogelijke welwillendheid ten aanzien van de meest kwetsbaren, ook voor de toekomst. Hierbij kan de spiritualiteit van religieuzen een inspiratie zijn.

De grenzen die aan het geven gesteld worden, met het doel overbelasting te voorkomen, kunnen met een intensieve ondersteuning en communicatie, versoepeld en opgerekt worden, zodat er zich onverwachte mogelijkheden openbaren. Hier geeft Cora van der Kooij instrumenten voor. Juist het 'meer' wat er tegenwoordig niet meer afkan, en wat nou juist mensen motiveert, inspireert en stimuleert te zorgen, krijgt in haar methode de kans. Dat haar methode vruchten afwerpt, heeft Van der Kooij in haar proefschrift 'Gewoon lief zijn?' aangetoond. In dit opzicht zie ik verwantschap met de liefdadigheid van religieuzen.

Het streven van de zorgverlener om ook zichzelf niet uit het oog te verliezen, is zeer terecht. Maar wanneer er geen sprake is van een breed gedragen zingeving, kan dit ontaarden in een eenvoudig voor zichzelf opkomen, waarbij juist het verlangen om te helpen en niet te vergeten de patiënt, uit beeld dreigen te verdwijnen. Lampe geeft nuttige raad maar komt naar mijn mening niet verder dan ingrijpen in de huidige toestand; een visie op de zin van zorg en uitingen van medemenselijkheid zijn nauwelijks vast te stellen

Zij hecht, net als Van der Kooij, grote waarde aan overleg op het werk, in het klein en in het groot. Alleen heb ik in haar analyse niet meer over zingeving kunnen vinden dan deze zinsnede: 'Hulpverlenen zonder persoonlijke betrokkenheid, is als een fiets zonder pedalen; een vertrouwensrelatie vraagt nu eenmaal om emotionele investering.'

De maieutische methode van Van der Kooij beschouw ik vanwege het zingevingmodel dat de methode draagt, als zeer waardevol en navolgenswaardig. De meerwaarde van haar visie ten opzichte van een meer economisch gerichte visie, die doelmatigheid, zuinigheid en correctheid bovenaan plaatst, is dat het dagelijks werk in de zorg geheel doortrokken is met deze breed gecommuniceerde zingeving die ten dienste staat van de cliënt, op zo'n manier dat de verzorgende zelf beter de eigen talenten kan gebruiken. Deze positieve ontwikkeling zal bijdragen aan de mate van onze beschaving, die af te lezen is aan de wijze waarop er met kwetsbare mensen wordt omgegaan

Elke situatie, elk mens, is elk ogenblik nieuw is en moet dienovereenkomstig benaderd worden. Deze houding probeer ik mezelf altijd bewust te zijn, uit respect voor mezelf en degene tegenover me. Moeilijk vind ik dit niet omdat de uitwisseling die ontstaat in hoge mate verrassend en inspirerend is, voor beide partijen,

Arnhem, 30 juli 2007

Noten

Blz. 3 *Care* gaat terug op het Angel-Saksische *caru* of *caeru*, dat smart en rouw betekende en ook 'angstige bezorgdheid'. Het Nederlands etymologisch woordenboek geeft bij 'zorg' allereerst aan: 'toewijding' en 'ongerust'. Het komt van het Oudnederlandse '*sorga*' en het Middelnederlandse '*sorge*'. Deze woorden staan waarschijnlijk in verband met het Oudindische '*surksati*' dat 'hij bekommert zich om', betekent. Er zijn ook aanwijzingen dat het Ierse '*serg*' (ziekte) en het Litouwse '*serge*' (ik ben ziek) erbij aanknopen.

Care wordt vaak afgezet tegen *cure*; dit is de medische kant van de zorg die gericht is op het genezen van ziekten en afwijkingen, uitgevoerd door medici.

Blz. 4 Er is een stroming op gang gekomen: 'ethics of care' of vertaald: 'ethiek van de zorgzaamheid' genoemd wordt, die hier verandering in wil brengen. (Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen, Lindeboomreeks no.13)

Blz. 8 Vanuit kerkelijk-religieuze visie, waren vrouwen voor hun gezinnen de aangewezen personen om de door God gewilde maatschappelijke orde te redden. Zondige gedachten en het daaruit voortkomend zondig gedrag, konden zij uitbannen door te waken over de godsdienstigheid en zedelijkheid van man en kinderen. Ook in burgerlijke kringen was men deze opvatting toegedaan; vrouwen hadden een hoger zedelijk besef dan mannen en hadden daarom meer morele verantwoordelijkheid.

Dat dit ideaal voor veel vrouwen niet te verwerkelijken viel doordat armoede hen dwong te werken, zal niet verbazen. Er bestond bovendien een grote groep ongehuwde vrouwen die zelf aan de kost moest komen. Hoe dit kwam en wat de gevolgen hiervan waren, legt de historica José Eijt uit in haar boek: 'Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster.'

In de eerste helft van de 19^{de} eeuw bleef ongeveer 14% van de Nederlandse vrouwen ongehuwd.

In de tweede helft steeg dit percentage naar 15,6 om daarna geleidelijk te dalen tot 13,7% aan het eind van die eeuw. Er waren in deze periode meer ongehuwde vrouwen dan mannen, wel 5% meer. Behalve dat er sprake was van een mannenoverschot, was dit niet de enige verklaring voor het hoge percentage ongehuwde vrouwen in die tijd.

Eijt: Uit onderzoek van de Amerikaanse historica Lee Chambers-Schiller blijkt dat er in de eerste helft van de 19^{de} eeuw in de vrouwenliteratuur sprake was van een 'cult of single blessedness'. Deze 'cultus van het gelukkig ongehuwd zijn' gold als tegenhanger van de huiselijkheidcultus waarin het huwelijk uit liefde en de zorgende taak van de vrouw centraal stonden. Een toenemend aantal vrouwen uit de hogere- en middenklassen kon zich hierin niet vinden. Chambers-Schillers onderzoek gaat nader in op de motieven van het ongehuwd blijven van deze vrouwen. Het ging om een combinatie van ambitie en dienstbaar willen zijn in de vorm van het doen van goede daden, het verlangen naar zelfontplooiing en –onderzoek, en naar onafhankelijkheid.

Al bestond er in Nederland geen vergelijkbare 'cultus', zegt Eijt, dat neemt niet weg dat bovengenoemde motieven mede een rol gespeeld kunnen hebben in de invulling die ongehuwde vrouwen in ons land aan hun leven gaven.

Blz. 18 Sabino Frigato. Leven in Christus en moreel handelen, Damon, Budel 2002
Idem Dieter Witschen, Kant und die Idee einer christlichen Ethik, Patmos, Düsseldorf
1984

Geraadpleegde literatuur en bronnen

Paus Benedictus XVI: encycliek 'Deus caritas est' 2006, uitgave van Pers en
Communicatie RKK

Dr José Eijt: Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster. Geschiedenis van twee
Nederlandse zustercongregaties, 1820-1940. 1994. Uitgeverij Verloren. De auteur is
wetenschappelijk onderzoeker van congregaties voor religieuzen

Dr Huub Flohr: reader bij de cursus Fundamentele Theologische Ethiek, 2004-2005,
aan de Fontys Hogeschool, Keizersgracht te Amsterdam.

Dr Annelies van Heijst :Liefdewerk, geschiedenis van een congregatie, 2000. De
auteur is docent ethiek aan de Theologische Faculteit Tilburg

Van der Arend en Gastmans: Ethisch zorgverlenen, handboek voor verpleegkundigen
1997, HB uitgevers

Dr, E J Goudszwaard: Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst, 2002,
Erasmus

Cora van der Kooij: Een glimlach in het voorbijgaan, 2004. Uitgave IMOZ in de reeks:
Voor het hart in de zorg. De auteur is directeur Inhoud en Ontwikkeling van IMOZ.

Paula Lampe: Het moeder Teresasyndroom, het persoonlijke motief in de
hulpverlening, 2002 Nelissen B V, Soest

Verdere bronnen: de NRC, Opzij , Bazuin, Reliëf, Katholiek Nieuwsblad, radio 1,
Netwerk, passanten, kennissen en vrienden, werkzaam in de zorg.
José Eijt, Joos van Vugt, mijn ouders