

In andermans handen. Diesrede Frits de Lange - Kampen, 6 december 2011

Meneer de rector, geachte voorzitter van het College van Bestuur, geachte voorzitter van de Raad van Toezicht, geachte aanwezigen,

‘Iets met mensen’, antwoordde ik toen mij hier als eerstejaars student in 1973 in Kampen – en u begrijpt: ik sta hier vandaag met weemoed én gepaste trots - gevraagd werd, wat ik met mijn studie wilde. Het kon in de kerk zijn, het onderwijs, het maatschappelijk werk, de zorg, het was nog allemaal open. Als het maar iets ‘met mensen’ zou zijn.

De socioloog François Dubet noemt dit werken met mensen in de wereld van zorg, welzijn of educatie heel plastisch: le travail-sur-autrui, het werken op de ander (Dubet 2002). Ook de predikant of geestelijk verzorger werkt zo op anderen.

Nog nooit eerder deden zoveel mensen ‘iets met mensen’. Driekwart van de banengroei in het afgelopen decennium is toe te schrijven aan de zorgsector, meldt het CBS medio 2011. Crisis of geen crisis, de afgelopen tien jaar steeg de werkgelegenheid er met 38 procent. Een kwart van alle vrouwen werkt, al dan niet parttime, in de zorg. De zorg is, op de handel na, de grootste werkgever met 1,4 miljoen banen. Er werken meer mensen dan in de industrie of in de publieke sector.

Een eeuw geleden vond dit werk-op-mensen nog plaats binnen de Grote Instituties van kerk, ziekenhuis, staat en school. De arts, verpleegkundige, onderwijzer of geestelijke was onderdeel van – wat Dubet noemt – een Institutioneel Programma. We kunnen denken aan de kolonie Veenhuizen – ik woon er dicht in de buurt – waar de gevels van de huizen elke dag aan de bewoners hun beschavingsmissie inprenten. **[dia]** Ziekenhuis, school en kerk hadden een heilige taak. Dat kon niet anders dan door discipline van bovenaf. De zieke moest beter gemaakt, de analfabeet geletterd, de arme (op)gevoed en de zondaar bekeerd worden. Er moest worden genormaliseerd. Zorg- en hulpverleners werkten vanuit roeping op de ander, op de ander in, om deze ontspoorde of zieke mens weer in het gareel te brengen. Men wist wat dit gareel was en had een duidelijk beeld van ’s mensen bestemming.

Er is ondertussen veel veranderd. Maar zorg blijft ook vandaag nog werk-op-de-ander. Wie ‘werkt met mensen’ oefent invloed uit. De zorgontvanger blijft niet wie hij was. Maar – en dat is nieuw – ook de zorgverlener zelf kan steeds minder blijven wie hij was. De zorgbetrekking is meer dan ooit *persoonlijk* geworden, een ontmoeting tussen twee mensen waarbij de één meer of minder zijn leven in andermans handen legt. De samenleving heeft zich ontwikkeld van een verticale, hiërarchische maatschappij naar een egalitaire samenleving, waarin burgers idealiter als gelijken worden bejegend. Zieke of ontregelde burgers worden niet meer gezond en aangepast door zich te onderwerpen aan

een disciplinair regiem, maar door het zélf te willen en er aan te werken. De institutionele rol die zorg- en welzijnsinstellingen spelen in de samenleving is navenant veranderd: van liefdadigheidsinstellingen die letterlijk vanuit de hoogte zich over mensen ontfermden zijn ze maatschappelijke ondernemingen geworden op het grensvlak van privaat en publiek, die diensten verlenen aan cliënten, medeburgers in een democratische samenleving.

Zorg voor autonomie

Men kan zeggen: zodra een kwetsbaar mens zorg behoeft is die burgerlijke gelijkheid een gotspe. En toch, de veronderstelling dat wij gelijken van elkaar zijn, is ook in de zorgbetrekking de uitdrukking van een ethisch ideaal, dat van persoonlijke autonomie.

Draaien we ons daarmee geen rad voor de ogen? In de zorg weten we dat kwetsbaarheid geen ziekte is waarvan je kunt genezen, maar fundamenteel behoort bij de menselijke conditie. Is de autonomie-gedachte dan niet een wereldvreemd liberaal ideaal, dat vloekt met de werkelijkheid van een ziekbed?

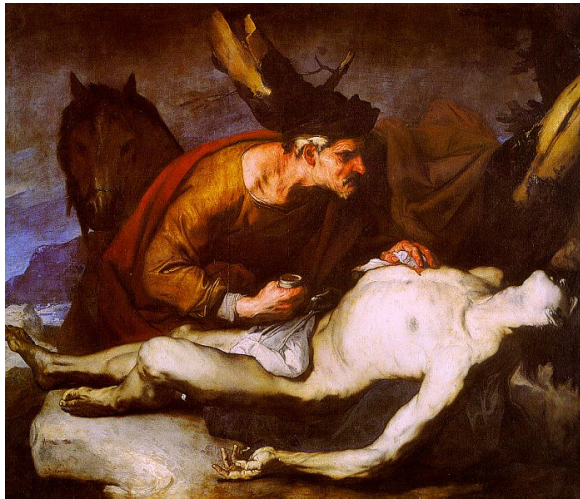
Ik neem het hier op voor autonomie als zorgideaal, maar wil het dan dieper en anders verstaan dan als onafhankelijke zelfredzaamheid. Wat ons tot mens maakt is dit: dat wij in meer of mindere mate het vermogen hebben om te kunnen spreken, handelen, onszelf te blijven in de tijd en niemand anders te zijn dan onszelf. De mens is met Paul Ricoeur te kenschetsen als een *homme capable*, de mens die iets vermag. Vanaf onze geboorte dragen we het verlangen iets te kunnen met ons mee als elementaire levensdrift. Wie ter wereld komt wil zo vitaal mogelijk joyeus als unieke persoon blijven leven. Elk mens is er op uit te duren, te volharden in het bestaan en er vreugdevol ja op te willen zeggen, kunnen we Spinoza beamen. Menselijk is dat wij kunnen willen en dat we willen kunnen.

Vanuit zo'n verstaan van autonomie is een dieper verstaan van menselijk *lijden* mogelijk. Het ideaal van autonomie betekent geen ontkenning van kwetsbaarheid, maar opent juist de ogen ervoor. Mensen lijden wanneer ze worden aangetast in hun vermogen om iets te kunnen, in hun vitale drang om er joyeus te zijn en te blijven. Ze zouden iets willen dat ze nu niet (meer) kunnen. Lijden is meer dan pijn. Wie lijdt wordt teruggeworpen op zichzelf, terwijl hij gericht zou willen zijn op de wereld. Hij voelt zich gescheiden van anderen, terwijl hij met hen wil verkeren. Hij kan niet meer zeggen wat hij wil, maar alleen nog schreeuwen of huilen; hij kan niet meer doen wat hij wil, maar is veroordeeld tot zijn bed of huiskamer. Zijn levensverhaal is gebroken, hij is de regie erover kwijt. Hij had zelfrespect, maar stelt in zijn ogen niets meer voor. 'Wie door het ongeluk getroffen wordt, verliest op zijn minst de helft van zijn ziel', schreef Simone Weil (1966, 101).

Ricoeur's vertrekpunt bij de mens die iets vermag, is verwant met dat van Karl Barth, die in zijn *Kirchliche Dogmatik* spreekt over de 'wil tot gezondheid'. Gezondheid omschrijft Barth niet als de afwezigheid van ziekte, maar als 'kracht tot mens zijn'. Vrij zijn van ziekte is geen doel in zich, maar geeft mensen het vermogen ('Fähigkeit') om de geestelijke en lichamelijke functies uit te oefenen die nodig zijn om gezond mens te zijn. Wie ziek is, is niet noodzakelijkerwijs ongezond, in de zin dat het hem of haar aan de kracht om mens te zijn ontbreekt. Er wordt door ziekte een aanslag gepleegd op functies die iemand daarin ondersteunen. Maar het vermogen om mens te zijn kan ongebroken zijn. Voor iemand die permanent met beperkingen moet leven, betekent kracht tot gezondheid de kracht om een manier te vinden om voluit met zijn beperkingen te leven.

Autonomie, zo verstaan, is een horizon van verlangen voor mensen om de unieke persoon te worden die ze, gegeven hun begrenzingen, verkiesen te zijn. Zorg nu, is mijn stelling, is geen ondermijning of gedwongen alternatief voor, maar leidt tot autonomie. Goede zorg maakt autonomie mogelijk.

Het Bijbelse verhaal van de Barmhartige Samaritaan (Lucas 10: 28-37) is eeuwenlang het paradigma geweest voor de zorg. Het verbeeldt mijns inziens nog steeds treffend de dynamiek van de zorg voor autonomie. De dynamiek in de zorgbetrekking wordt zichtbaar in talrijke verbeeldingen door de eeuwen heen. [dia]



Afb. 1 Giordano Luca Giordano, de barmhartige Samaritaan

Het doek van Giordano Luca Giordano (1685) verbeeldt het eerste moment in de zorgbetrekking. Niet het concrete hulpgedrag, maar de spontane bekommernis waarmee de hulpverlener zich buigt over het slachtoffer staat centraal. Alle accent ligt op de ontfermende bewogenheid van de Samaritaan. Hij toont zijn menselijke grandeur door zich als zorgend mens te betonen, ook al weet hij nog niet wat te doen.

[**dia**] In het schilderij dat Jacopo Bassano (rond 1570) aan het verhaal wijdde, staat een volgend moment in de dynamiek van de zorgbetrekking centraal:



Afb. 2: Jacopo Bassano: de barmhartige Samaritaan

de dramatiek van de hulphandeling zelf. Het draait in de scène om de oprichting van het slachtoffer. De Samaritaan plaatst zich onder het slachtoffer en probeert hem overeind te helpen. Hier gaat het om het herstel, rehabilitatie van menselijke waardigheid.

De dramatiek van de zorgbetrekking wordt daarmee een analogie van het christelijke oerverhaal, waarin de vernedering van Christus uitmondt in zijn verhoging, het kruis in de opstanding. De zorgdynamiek kent ook deze opstanding als horizon, als haar derde moment. [**dia**] De meest bekende verbeelding van de Barmhartige Samaritaan is waarschijnlijk het doek dat Vincent van Gogh (1853-1890) in zijn laatste levensjaar in Saint-Rémy schilderde.



Afb. 3: Vincent van Gogh: De barmhartige Samaritaan

De asymmetrie van de hulpverlening wordt op zijn kop gezet. De evangelist Van Gogh ziet in de vernederde al de verhoogde. De ontfermende reiziger bevindt zich kenotisch onder het slachtoffer, in zijn poging om de ander weer hoog te paard te helpen.

Samenvattend laat zich zorg omschrijven als ‘een georganiseerde activiteit die erop gericht is om aan een kwetsbaar mens vermogens terug te geven waarvan hij op een gegeven moment in zijn leven tijdelijk of definitief min of meer verstoken is geraakt, vermogens die hen in staat stellen om wat ze van waarde vinden handen en voeten te geven.’ (Philippe Svandra).

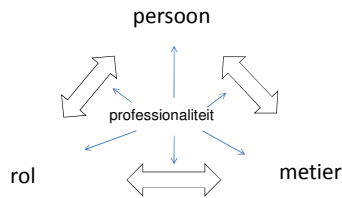
Ik maak een korte balans op, voor ik dieper inga op de ethiek van deze complexe zorgbetrekking, op wat haar gaande houdt en waar zij op grenzen stuit.

1. de zorgbetrekking is meer dan ooit tevoren een ethische relatie geworden. De hulp- en zorgpraktijk is niet meer het verlengstuk van een institutioneel normaliseringsprogramma, maar onderdeel van een begeleidingsrelatie met de autonomie van de cliënt tot inzet.
2. De relatie tussen zorgverlener en -ontvanger heeft een onmiskenbare existentiële dimensie: inzet is de wederzijdse erkenning van de kracht om mens te zijn, ook al moet die soms uit grote diepten worden opgedolven.

De pragmatiek van de zorg: een relatiematrix

Zorg is een georganiseerde activiteit, een vorm van handelen. Ik spreek daarom van de *pragmatiek van de zorg* als een praktijk, die verschillende vormen van handelen omvat. Op professionele hulpverleners wordt niet alleen existentieel een beroep gedaan, maar ze vertegenwoordigen ook het instituut of instantie waarvoor zij werken en beoefenen ambachtelijk een vak als representant van een beroepsgroep. De ander is als behoeftig mens ook medeburger, cliënt of patiënt. Werkers-op-anderen bewegen zich in en tussen de drie werelden van ambacht, persoon en rol, werelden die ze bijeen moeten zien te houden. [dia] Tussen de drie werelden treden fricties op en kunnen conflicten ontstaan,

waaraan professionals kunnen slijten en verslijten.



Afb. 1 De drie werelden van de professional

De verleiding moet worden weerstaan om het ethische in de zorgbetrekking te beperken tot het evenement van de persoonlijke ontmoeting. Ook het vakmatige handelen, ook de institutionele praktijk hebben effect op en dragen bij aan het wel en wee van het bestaansproject van de ander en moeten daarop ethisch beoordeeld worden.

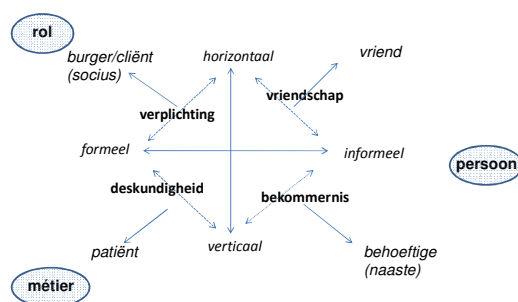
We kunnen in de zorgbetrekking zowel een as van asymmetrie naar symmetrie, als één van formeel naar informeel waarnemen. De complexiteit van de zorgbetrekking is in de volgende matrix in beeld te brengen. [**dia**]

De ene mens bekommert zich om de ander zonder dat er een tegenprestatie tegenover staat. Dat is – nog steeds – het informele, asymmetrische hart van de zorg. De ander is allereerst een behoeftige naaste. Trekken hulpverleners en – ontvangers langer met elkaar op, dan ontstaat er – daarop wijst de presentiebenadering in de zorgethiek – ook iets van vriendschap, een vorm van informele symmetrie. Daarnaast is er de formele verhouding die professionals en cliënten met elkaar hebben. Die kan symmetrisch zijn, als het gaat om het burgerschap dat beiden met elkaar delen of de economische contractrelatie. Zij is asymmetrisch daarentegen als de deskundigheid van de professional wordt ingezet: het is de dokter, die het nog altijd beter weet, de dominee, want hij heeft er voor gestudeerd.

In de zorgbetrekking heerst dus een mix van formele en informele relaties met een en dezelfde zorgontvanger. Dat geldt vervolgens ook voor het asymmetrische en symmetrische aspect; ook zij komen beide als mix binnen één en dezelfde betrekking voor.

In elk van de drie werelden waarin zorgprofessionals zich bewegen en die zij in hun werk integer bijeen proberen te houden – die van rol, metier, persoon – is een relatievorm dominant. Zij ontmoeten de zorgvrager als gelijke burger in hun rol als behandelaar, beoefenen op hem als patiënt met hun ambachtelijke

deskundigheid asymmetrisch hun metier, en bekommeren zich persoonlijk om hem als behoeftig mens door met hem in min of meerdere mate ‘vriendschap’ te sluiten.



Afb. 2. Ethische betrekkingen in een zorgrelatie

Mijn these is dat elke relationele dimensie in de zorgbetrekking een eigensoortig moreel register heeft, met een eigen type vertoog, dat gekoppeld kan worden aan de drie werelden die de zorgprofessional in zich verenigt. In elk van de vertogen hebben zorgverlener en zorgontvanger een eigen rol te vervullen.

Deskundigheid

In de wereld van het *vakmanschap* gaat het om *deskundigheid*, de kwaliteit van de interventie: de dingen goed doen, en de goede dingen doen. Het ethische discours dat hier bij uitstek past is dat van het Aristotelische *praktijk- en deugdbegrip*. De zorgontvanger geeft zich over in de handen van iemand die hem kwaad kan doen – denk aan de operatie waarbij we ‘onder het mes moeten’ –, maar moet erop vertrouwen dat hij dat niet zal doen. Dat kan alleen als hij weet dat hij in vertrouwde handen is. Handen, die een vak verstaan.

Bekommernis

In de *persoonlijke wereld* heerst vooral het morele discours van de bekommernis. De hulp- en zorgverlener is geraakt door de nood van de behoeftige ander en wil hem bijstaan in zijn nood, en waar mogelijk die opheffen of verlichten. Bekommernis vormt niet alleen het warme hart van de zorgbetrekking, maar ook de harde kern.

Vriendschap

Met hoeveel mitsen en maren ook omgeven, ik denk dat ook het vertoog van vriendschap in de zorgbetrekking thuis hoort. Het brengt haar asymmetrie in

balans. Zo ervaren zorgverleners vaak ook hun werk: er wordt veel van hen gevraagd, maar ze worden er ook door verrijkt. Welke pastor kent niet de ervaring dat hij met lood in de schoenen iemand bezoekt die door rampspoed is getroffen, maar er opgetogen en gesterkt weer vandaan komt.

Verantwoordelijkheid

Bij de institutionele rol van de zorgverlener past het discours van de *verantwoordelijkheid*. Wie verantwoordelijk is behoort rekenschap af te leggen aan *derden*. De familie, de beroepsgroep, de instelling, de kerkelijke gemeente, de overheid – zij vragen van zorgverleners om externe verantwoording van wat zij doen binnen de kwetsbare intimiteit van de zorgrelatie.

Het interval van vertrouwen. De ethiek van Knud E. Løgstrup.

De zorgprofessional beweegt zich in en tussen drie werelden, het metier, de persoon en zijn rol. Elk van die relaties kent zijn eigen ethische discours: deskundigheid, bekommernis, vriendschap, verantwoordelijkheid.

Nu de vraag: is er nog een verbindende schakel tussen al deze discoursen te leggen? Worden de verschillende relaties in de complexe zorgbetrekking ethisch nog ergens bijeengehouden, of moeten zorgprofessionals maar elk voor zich integer leren leven met hun meerdere zelden? De zorgverlener is een schaker die op meerdere borden tegelijk aan het spelen is. Heeft hij daarbij nog het gevoel dat hij met hetzelfde spel – zorg – bezig is?

Ik denk dat de ethische eenvoud van de zorgbetrekking opnieuw in beeld komt als we haar weer aarden op de *relationaliteit* die haar constitueert. In de relationaliteit probeer ik de twee aspecten van zorg bijeen te houden die in de zorgethiek de neiging hebben zich van elkaar te vervreemden. Zorg is zowel een elementair gevoel waarmee men zich over iemand ontfermt (*care for, care about*), als een sociale praktijk (*take care, care giving*). Beide elementen worden in een relationele zorgethiek bijeen gehouden.

Ik probeer in mijn visie daarop vooral het werk van de Deense theoloog en filosoof Knud Løgstrup (1905-1981) [**dia**] vruchtbaar te maken. Ik kan vanwege de tijd alleen nu een begin daarmee maken, maar ga in het boek dat na afloop van deze plechtigheid te verkrijgen zal zijn, er verder op in.

In Løgstrups werk vind ik de verwoording voor het fundamentele *interval van vertrouwen* die zich in elke dimensie van de zorgbetrekking, óók in de formele en symmetrische dimensies ervan, doet gelden. Daarin berust mijns inziens de kern van de zorgbetrekking: zij doet een beroep op vertrouwen dat wordt beantwoord – of beschaamd.

Ik neem mijn uitgangspunt in een kerncitaat uit Løgstrup's hoofdwerk, *Die Ethische Forderung*: [dia]

‘Overall waar mensen met elkaar in een relatie staan geldt: de ene mens heeft steeds iets van het leven van de andere mens in zijn hand. Dat kan iets kleins zijn, een voorbijgaande stemming, een goed humeur dat men opwekt of bederft, droefheid die men versterkt of verjaagt. Het kan echter ook verschrikkelijk veel zijn. Het kan van hem of haar afhangen of het leven van de ander gelukt of mislukt.’ (Løgstrup 1959, 15)

Løgstrup neemt het simpele, maar verdrongen fenomeen dat ons lot min of meer in andermans handen ligt, tot uitgangspunt van zijn ethiek. Ik wil hem daarin volgen. Het ‘in andermans handen liggen’ is immers in veel zorgbetrekkingen letterlijk het geval; het kenmerkt – wat ik genoemd heb – de *pragmatiek* van de zorg.

Dit feit fungeert voor Løgstrup als vindplaats van het morele beroep (*Forderung*) dat de ene mens op de andere doet om hem goed te doen. Wat gebeurt er in een ontmoeting? Er wordt een verwachting uitgesproken die de ander heeft te beantwoorden. De verwachting, dat wat er wordt gezegd zo wordt beantwoord, dat er recht aan de ander wordt gedaan. Ik wil dat het *interval van vertrouwen* noemen.

Løgstrup beschrijft de betekenis van een ontmoeting niet zozeer door op de inhoud van de dialoog te letten, maar op haar tempo en ritmiek. Het tweegesprek is te benaderen als een muziekstuk, een duet, of een dans van twee lichamen. De ander is geen bundeltje abstract denken, maar lichaam, gedrag. Wie een gesprek aangaat, nodigt een ander in zekere zin ten dans. In de werveling van een dialoog word ik in zekere zin, net als in een dans, van mijzelf bevrijd. Later, als het gesprek is afgelopen, kom ik pas weer ‘tot mezelf’. Een dialoog is alleen mogelijk als wij ons openen. Maar wie zich opent, kan worden gekwetst.

Vertrouwen: vooruitlopen op tegemoetkoming

‘Met elk gesprek leveren we ons zelf uit’ (‘Das Gespräch als solche ist Selbstausslieferung’) (Løgstrup 1959, 14, 10). Elke zin die ik uitspreek is een open sollicitatie om aangenomen te worden. Ik neem het risico dat ik niet gehoord, misverstaan, ja afgewezen wordt, maar ik kan niet anders dan mij in dit interval van de verwachting begeven.

Ook in de formele en symmetrische dimensies van een relatie, dominant in een ‘zakelijk’ gesprek, ligt deze zelfuitlevering besloten. Communicatief mag zo’n gesprek gelijktijdig en wederkerig lijken, fenomenologisch gesproken is het getrap en eenzijdig.

We moeten nu nog een stap verder zetten in de beschrijving. Want verwachten is meer dan afwachten. In de verwachting wordt het wachten overtroefd, doordat ze op het antwoord vooruitloopt. Ik had me nooit in alle openheid bloot kunnen geven als ik er niet op rékende dat de ander mij welwillend tegemoet komt. Zonder er zeker van te kunnen zijn, reken ik erop dat hij mij geen kwaad zal doen. De verwachting anticipeert op de respons.

Wie zich aan een dialoog overgeeft loopt vooruit op die tegemoetkoming.[In relatie treden impliceert ‘einem Sich-hervorwagen auf ein Entgegenkommen.’ (Løgstrup 1959, 17)] Dit waagstuk van het anticiperen is voor Løgstrup de kern van het vertrouwen, dat elke relatie in beginsel kenmerkt. Ook die waarin het vertrouwen beschaamd zal worden. We merken het zelf aan verhoudingen waarbij we op onze hoede zijn, omdat we er rekening mee houden dat anderen het wellicht op ons voorzien hebben. We schorten dan de vanzelfsprekende spontaniteit op, waarmee we ons in een gesprek gewoonlijk bloot- en overgeven. Op ons qui vive zijn kost ons moeite, negatieve energie. Vertrouwen is makkelijker, natuurlijker. (Løgstrup 1989, 6v.) Ook als we volstrekt vreemden ontmoeten, zijn we geneigd op voorhand te geloven wat zij zeggen, tenzij we redenen hebben hen te wantrouwen. Vertrouwen is primair, ook al wordt het beschaamd.

‘De ene mens heeft steeds iets van het leven van de andere mens in zijn hand.’ Dat kan weinig zijn: een stemming die wordt bedorven of gemaakt. Maar ook veel: soms hangt het van een ander af of mijn leven slaagt of mislukt. Dit elementaire feit levert mensen in meerdere of mindere mate aan elkaar over. Hun onderlinge relaties scheppen *machts*verhoudingen, die ten goede en ten kwade kunnen worden gekeerd. Het interval van de verwachting van de een correspondeert per definitie met een tijdelijk machtsmonopolie van de ander. Zal ik de ander goed doen, laat hij mij onverschillig, of keer ik mij tegen hem? We kunnen elkaar maken en breken.

De ethische eis

De fenomenologie van het gesprek heeft ons inmiddels geleid van ‘verwachting’ via ‘openheid’ naar ‘vertrouwen’. We moeten echter nog één volgende stap zetten. De beslissende, ethisch gezien. In het *feit* van deze afhankelijkheidsrelatie ligt de onuitgesproken eis verborgen, ‘het leven van de ander, dat hij in vertrouwen in onze hand legt, in bescherming te nemen’ (Løgstrup 1959, 18). Het basisvertrouwen waarmee ik mij aan de ander uitlever is tegelijk een kwetsbare eis om deze openheid niet af te straffen maar om mij goed te doen.

Voor Løgstrup is de ethiek niet teleologisch af te leiden uit het doel van het menselijk bestaan, noch deontologisch uit een verplichting die ons wordt opgelegd, maar berust zij in het ontologische gegeven van het interval van de verwachting: het vertrouwen dat de ander in mij stelt, mag ik niet beschamen.

Theologisch gesproken: zij hoort niet thuis in een Divine Command-theorie, maar in de scheppingsleer. De ethische eis komt niet uit de hoogte. Hij komt niet als een streng gebod vanaf het Gelaat van de ander, die zegt: doodt mij niet, doe mij recht. Niet de transcendente Ander is oorsprong van de ethiek, maar de onontkoombare verhouding die ik met hem heb omdat hij mij open tegemoet treedt. Wat goed is voor hem of haar weet ik uiteindelijk niet. Wel weet ik dat ik zijn vertrouwen niet mag beschamen.

Zorg ontspringt aan het niet te beschamen vertrouwen waarmee de ene mens zijn leven in andermans handen legt.

The Flow of Goodness

Waar komt de ‘beslissing’ vandaan om de ander al dan niet goed te doen, zijn vertrouwen niet te beschamen? Waar in of buiten ons wordt zij genomen? Zij wordt, zegt Løgstrup, vóór ons genomen, en het enige dat ons te doen staat, is ons erin te laten opnemen. We zijn ‘van nature’ op zorg gebouwd. Wie zorgt, geeft zich over aan een *flow of goodness*. Dat gebeurt spontaan, datt wil zeggen: zonder dwang of bijgedachten. Het is volledig gericht op het goede van de ander, zonder dat ik bedenk of de handeling ook goed is voor mijzelf of voor derden (Løgstrup 1989, 9). Het vervullen van de ethische eis is, om met een lied van Jan Wit te spreken, niet te hoog, niet te diep, het is niet aan de overzij, het is ook in de hemel niet. Het is ‘een teken in uw hand, een licht dat in uw ogen brandt’, het is ‘in uw eigen mond gelegd, in uw eigen hart geschreven’ (Gezang 7, Liedboek voor de Kerken 1973).

Zijn we dan niet naïef blind voor het kwaad dat ook, zo niet nog machtiger, in de structuur van bestaan lijkt te zijn ingebakken? Er is veel dat tegen het goede spreekt, we weten het. Maar we kunnen met die feitelijke kennis niet de ethische eis opheffen. We kunnen er niet mee voorkomen dat de ander (een deel van) zijn leven in mijn handen legt. We kunnen er evenmin aan ontkomen dat ik zijn vertrouwen moet beantwoorden, hem daarin kan maken of breken. We kunnen met een evenwichtige en consistente toeschouwerstheorie, waarmee we verontschuldigend aan de menselijke zelfzucht een plekje hebben gegeven, niet het existentiële dilemma van een deelnemersethiek ontlopen.

Gelukte zorg ‘gaat vanzelf’

Terug tenslotte naar de zorg. In Zweden werd begin jaren negentig een onderzoek onder achttien verpleegkundigen gehouden, werkzaam in de palliatieve zorg aan terminale kankerpatiënten. (Åström e.a. 1994) Ik sluit er mijn verhaal mee af. Hoe ervaren zij veeleisende zorgsituaties, hoe gaan zij om met te nemen moeilijke beslissingen in de zorg in die laatste levensfase? De onderzoekers probeerden om hun interviews met behulp van kernbegrippen uit Løgstrups ethiek – ethische eis, soevereine bestaansexpressie, onderlinge

afhankelijkheid, vertrouwen, macht – te analyseren. Het beschrijft wat gelukke zorg betekent, maar ook de ervaring wanneer zij tekortschiet.

Doorgaans wordt ingezet bij het falen van de zorg. Zorg moet, maar doet het nooit goed. Wij schieten per definitie tekort. Met Løgstrup kan men echter beter aan de andere kant van de zorgbetrekking beginnen: zorg is primair gelukke, gelukkige zorg. De verhalen van de Zweedse verpleegkundigen bleken vaak eenzelfde structuur te hebben. Voorop stond bij hen de vanzelfsprekende ervaring van gelukkige zorg. Normaal gesproken gaat zorg voor hun gevoel ‘vanzelf’. Zo ondergaan zij wat Løgstrup de ‘soevereine bestaansexpressies’ noemt: vertrouwen, bekommernis, hoop. Verpleegkundigen bevorderen, zonder dat als een moreel gebod te zien, het goede van de ander. Zij interpreteren de zorgsituatie vanuit het welzijn van de patiënt, maar ervaren dat niet als *eis*. Ze doen aan impliciete ethiek, zonder er veel woorden of gedachten aan vuil te maken.

In hun verhalen overheerst de ervaring van een basaal *vertrouwen*. Patiënten vertrouwen hen, en zij vertrouwen hun team, collega’s, leidinggevenden, artsen. Tenminste, als alles goed gaat in de onderlinge afstemming en overdracht. Want gebrek aan vertrouwen is er ook; als artsen op hun afdeling stilzwijgend hun medische competentie betwisten of hen verwijten dat zij alleen maar spreekbuis van de patiënt willen zijn. Dan hebben ze het gevoel alleen te staan of doen er gefrustreerd het zwijgen toe.

Bij de ervaring van gelukke, gelukkige zorg leken deze zorgverleners opgenomen in een soort *flow of goodness*. Met voldoening kijken ze terug op het draaien van hun diensten. Het klikt met collega’s, ze ervaren dankbaarheid van hun patiënten. Ze hebben een helder beeld van wat goed voor hun patiënten is en het gevoel als team al het mogelijke te doen voor hun welzijn. In het verhaal van deze *flow* overheerst taalkundig de eerste persoon meervoud: flow in de zorg is primair een ‘wij’-ervaring. Of er meldt zich in de eerste persoon een geëngageerd, overtuigd ‘ik’ aan het woord, dat moeiteloos tegenover anderen een goede zaak bepleit.

Zorg laat als ‘onderhoudswerk’ meestal geen sporen na, zodat je tegen anderen kunt zeggen: ‘kijk dat heb ik gemaakt’. Het is succesvol als het zichzelf uitwist en onzichtbaar maakt. Maar zorg is ook een metier, dat als men het beheerst, de esthetische ervaring met zich meebrengt van elegantie, harmonie, perfectie, plezier: ‘dat hebben we toch maar mooi gedaan.’

De ervaring tekort te schieten, ook die kenden deze verpleegkundigen natuurlijk. Tegen de achtergrond van de vanzelfsprekendheid van gelukkige zorg tekenen zich de grenzen van zorg af. Ze hadden meer moeten doen, achteraf gezien. Er is gefaald. Maar ja, ‘je doet wat je kan’, of: ‘wat moet je ook’. Let op het persoonlijk voornaamwoord. Het spreken wordt anoniemer. Er wordt dan niet meer in de eerste maar in de tweede persoon gesproken. Alsof

men slachtoffer is geworden van de situatie. Men is een vervreemd ‘men’ geworden, een ‘jij’ dat geen verantwoording meer wil of kan dragen voor wat er gebeurd is. Anderen worden niet meer in een inclusief ‘wij’ opgenomen, zij komen alleen nog als ‘zij’ in het verhaal voor. Collega’s die onverschillig waren, die ‘je’ tegenwerkten. Of ook: het management – ‘zij daarboven’ – dat te veel voeten onder het bureau heeft om te zien dat er meer handen aan het bed nodig zijn. De taal registreert haarfijn de breuken in de flow van het vertrouwen.

Het Zweedse onderzoek geeft aan hoe cruciaal de rol is van vertrouwen in de zorgbetrekking. Ik denk dat het kan staan voor alle zorg- en hulpbetrekkingen waarin mensen hun leven in andermans professionele handen leggen. De sterkte van de informele en formele vertrouwensbanden in een team of instelling lijkt zijn directe weerslag te hebben op de band met de ontvangers van zorg – en vice versa.

Concluderend:

1. De relatie die zorgverleners en zorgontvangers met elkaar hebben is een complexe betrekking.
2. Een betrekking die ethisch gesproken desondanks eenvoudig is: zij berust op vertrouwen.
3. Ook al gaat het soms moeizaam en mis, goede zorg gebeurt, doorgaans terwijl de ethiek nog slaapt.
4. De ethiek wordt pas wakker als er *niet* wordt tegemoet gekomen aan het beroep dat behoefte anderen in vertrouwen op andermans hulp doen.

[dia]

‘Zónder ethiek is het al moeilijk genoeg’, zegt de arts in de cartoon tegen zijn patiënt.

[dia]

Ik waag het om het omgekeerde te beweren. Ethiek bestaat immers voor een groot deel uit de rationalisering van ons morele tekort. Hoe meer ethiek in de zorg nodig blijkt, des te moeilijker is zorg geworden.

[dia]

[dia]!!!!!!