

Naar een christelijke visie op zorg

**Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 11
Ede, 1994**

Dit rapport is geschreven door P. Blokhuis (hfdst. 1), B.S. Cusveller (Inleiding, hfdst. 1, hfdst. 3, bijlage), D. Duijzer (hfdst. 2), G.H. Hunink (bijlage hfdst. 3) en H. Jochemsen (Inleiding).

Behulpzame opmerkingen op één of meer concepten zijn, naast de leden van de werkgroep 'Christelijke visie op zorg' (zie: Over de werkgroep), geleverd door mw. A. van Vliet, drs. C.P. Kleingeld, ds. M. van der Linden, drs. J.H. Meissner, dr.ir. S. Strijbos, G. van Brenk, drs. D. Kroon en G. van den Berg, alsmede (op een seminar dd. 6 april 1993) door drs. Th.A. Boer en dr. A. Bult.

De redactie van het geheel werd gevoerd door B.S. Cusveller

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Quasi

Quasi Dominus : naar een christelijke visie op zorg / [geschreven door P. Blokhuis ... et al. ; red. door B. Cusveller]. - Ede : Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. - (Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, ISSN 0922-6923 ; nr. 11). - Met lit. opg.

ISBN 90-72659-10-4 in spiraalband

Trefw.: gezondheidszorg ; christelijke visie / verpleegkunde ; christelijke visie.

INHOUD

SUMMARY IN ENGLISH	5
---------------------------	---

INLEIDING: Quasi Dominus

Drs. B.S Cusveller en dr. H. Jochemsen

Samenvatting	9
1. Aanleiding	9
2. Christelijke visie op zorg	11
3. Werkgroep Christelijke visie op zorg	13
Noten	14

HOOFDSTUK I: Mens en zorg

Drs. B.S. Cusveller en dr. P. Blokhuis

Samenvatting	16
1. Inleiding	17
2. Zorg	18
3. Zorg als persoonlijke aandacht	19
4. Zorg als geheel van praktische vaardigheden	20
5. Zorg als verantwoordelijkheid	21
5.1 Antropologische overwegingen	22
5.2 Theologische overwegingen	23
5.3 Ethische overwegingen	26
6. Zorg en de praktijk van het hulpverleners	28
6.1 Hulpverleners	28
6.2 Hulp en nood	29
6.3 Nood in relatie	30
7. Besluit: patiënt en verantwoordelijkheid	31
Noten	32

HOOFDSTUK II: De patiënt, een kwetsbaar mens

Ing. D. Duijzer

Samenvatting	36
1. Inleiding	36
2. Patiënt zijn	37
3. Worsteling van de patiënt	38
4. De eerste opvang	39
5. De omgeving	40
6. Aandacht voor de identiteit?	40
7. De patiënt als consument	41
8. Verwachtingen die de patiënt heeft	42
9. Appèl op de verantwoordelijkheid	43
10. Realisme in de zorgverlening	44
11. Gasten en bewoners	45
12. Besluit	45
Noten	46

HOOFDSTUK III: Christelijk geloof en verpleegkundige zorg

Drs. B.S. Cusveller

Samenvatting	48
1. Inleiding	49
1.1 Doel en opzet	49
1.2 Probleemstelling	49
2. De relatie tussen geloof en zorg: een kwestie van afwegen	50
2.1 Twee richtingen: expliciteren en impliceren	50
2.2 Enkele opmerkingen over het afwegen	51
3. Regulerende overtuigingen	53
3.1 Functies en inhoud van overtuigingen	53
3.2 Bijbels mensbeeld	54
3.3 Wetenschappelijke kennis als regulerende overtuigingen	55
3.4 Professionele verantwoordelijkheid van de verpleegkundige	56
4. 'Aangrijpingspunten'	58
4.1 Inleiding	58
4.2 Verpleegkundige relatie	58
4.3 Interdisciplinaire samenwerking	59
4.4 Rentmeesterschap	60
5. Tot besluit een bezwaar	61
Noten	61

Bijlage hoofdstuk III: Evaluatie van verpleegkundige theorieën

Drs. G.H. Hunink, drs. B.S. Cusveller

1. Inleiding	64
2. Evaluatiepunten	65
2.1 Algemeen	65
2.2 Structuur/inhoud	66
2.3 Praktijk	67
Noten	68
Overige literatuur	68

OVER DE AUTEURS 70

OVER DE WERKGROEP 71

PUBLIKATIES VAN HET PROF.DR. G.A. LINDEBOOM INSTITUUT 72

SUMMARY

Quasi Dominus (as unto the Lord) - Towards a Christian perspective on care

In our day, at least three cultural tendencies call for a reflection on care. First, the bearing of Christian principles on the health care system is decreasing rapidly. Subsequently one may ask whether Christians can still practice their health care *as Christians*, and whether something important to health care is lost with this development. Secondly, the recent focus on the importance of norms and values and their religious or philosophical basis and, thirdly, current changes in the organisational and financial structure of health care challenge Christians to express a Christian perspective on care.

A Christian view on care should be biblically justified, giving clues for the critical assessment of current practice, and introducing constructive proposals for positive alternatives. It must be relevant and appealing to the different parties involved, the different specialties, and the different Christians in the health care system. Hoping to have met these desiderata, the studygroup 'Christian perspective on care' offers the following reflections.

(I) In the literature we find a distinction between care as interpersonal attention and care in the sense of practical skills; i.e. 'care for' and 'care about'. Speaking, however, about the true meaning of care requires insight in the relationship between these two aspects of care. In other words, good care includes a certain normative orientation which encompasses the proper relationship between those two elements of care. We label this orientation in care 'responsibility'.

First, then, we briefly reflect on care as personal attention. With an increasing emphasis on the technical aspects of health care, this attention runs the risk of being pushed into the margin. The newly emerging 'ethics of care' rightly focuses on this aspect of care.

Secondly, care is identified in the sense of practical competences. This does not mean however, an absence of ethical concern. After all, our focus is on bringing about good care. Besides, care in the sense of skills also has to do justice to the object concerned, as well as to the means used.

Our reflections on the third element, care as responsibility, are distinguished in anthropological, philosophical and ethical considerations. Under the anthropological considerations, it is pointed out how care as responsibility is inherently interwoven with human existence. Not to care out of indifference must be valued negatively, because it denies this human trait of responsibility. Giving care and receiving care belongs to the nature of human existence.

Convictions concerning the nature of man are ultimately rooted in the realm of world and life view, or religion. The Christian sees life as created by God, and the essential attitude of God towards man as one of loving care. God has created man in His image. As a result, human life has a high moral status, man has certain abilities commensurate with his responsibilities, and human life will always be life in relationships. Man, however, no longer lives according to his creation or destination, but he has turned away from God, thus causing much evil and suffering. For a Christian, human responsibilities, also in health care, are directed towards restoring the effects of the brokenness in our human condition and must be seen in the perspective of a future destination of wellbeing.

Regarding ethical considerations we distinguish between responsibilities 'afterwards' and those 'beforehand'. One can be held accountable for some action and its consequences afterwards. But responsibility also refers to an obligation ahead of any decision, since one ought to act a certain way and not in some others.

Attention, skills and responsibility become concrete in the practice of giving help. Giving help directly concerns the need of people. Need is a potential or actual deviation of normal human functioning, experienced as unacceptable suffering or inability. Need can always be seen in relation to the environment. That is why there are two approaches for attempting to alleviate a need; either by changing one's way of functioning or by changing the environment.

Care comes to its full potential when practical professional competence coincides with the realization of a moral responsibility within an interpersonal relationship. This also points out the responsibility of the patient. The patient should cooperate with the care given and should indicate if the care is justified and adequate. Besides, one might ask for a patient's trust and honesty.

(II) A patient is a person in want of care because of a certain need. A patient is a particularly vulnerable human being. Becoming ill, as well as always having been handicapped, or being admitted to a health care institution, may cause alienating experiences to the patient. In order to well assist the patient, then, it is necessary to pay attention to this alienation, to the patient's relationships, to give adequate information, and to provide one contactperson in the institute.

Patients with a Christian identity may experience various problems in the health care system. The type of health problem, the support of the family practitioner or having been referred to a particular institution for the specialized care which is required, may all make it difficult or even impossible to choose a physician or hospital of one's own religious identity. Nonetheless, it may still be possible to have some influence from a Christian perspective on the choice of a physician or hospital, or else at least on the agreements to be made. Sometimes in relationships with individual health care workers, room might be given for Christian commitment.

Health care providers sometimes resist the patients' strive for emancipation, asking for more trust. Though this may be justified at times, certain characteristics and events in health care necessitate a patient's critical attitude. The first reason why patients often refrain from this, is the fear of losing the cooperation of the health care provider. Secondly, information is not always clear or available. Thirdly, the complaints of patients are sometimes 'argued away' or not taken seriously some other way.

Sometimes, a Christian patient not only encounters lack of understanding, but also downright criticism. The comfort which faith ought to offer in times of distress, illness and suffering, does not always seem to be present in practice, according to bystanders. This criticism can be justified, when Christians cling to life as people without hope. The unwarranted presumption of this criticism, however, is that the Christian comfort would take away immediately the experience of suffering, where in fact Christians as normal human being may struggle with suffering just as much.

Patients also bear their own responsibility while in the health care system. For instance, they remain connected with their immediate environment, even though their own situation is less than desirable. In turn, family members and representatives of patients carry their responsibility for the patient, albeit this is not always recognized in practice nor allowed to be exercised. Furthermore the patient can be asked to exert himself towards his own recovery. Although a patient delegates responsibilities to health care providers, he always remains responsible for the delegation itself.

A Christian view on 'being a patient' must also respect the limits connected with the practical context. Within this context it is of great importance to be mutually approachable at all times. A Christian perspective on 'being a patient' may very well mean modesty with regard to financial and technical resources. In dealing with patients they deal with valuable people. And ultimately, their value cannot be expressed in financial or technical terms.

(III) The search for a Christian philosophy of nursing is especially concerned with the way in which nurses can integrate their Christian faith with their nursing care. Basic assumption here is the conviction that faith not only motivates the life of a Christian, but that it should also govern it,

as much in providing health care as in anything else.

From this conviction the question arises which beliefs can be relevant and which issues in nursing care could be regulated by these beliefs. One might either try to make the existing, underlying philosophical presuppositions of nurses explicit, or try to formulate the implications of a Christian worldview for nursing practice.

The issue with regard to the latter, is how Christian commitment can have a regulating function within nursing. Several biblical notions are being examined, in addition to the significance of scientific knowledge for nursing care and the significance of the professional character of nursing care.

Subsequently, attention is given to the issues in nursing care on which Christian commitment could have a regulating function. Such issues on which the world and life view could have a bearing include the spiritual needs of the patient as well as the ethical limits of the care given. The nurse's world and life view, however, may also be of importance for the way she enters into a nursing relationship with patients, the manner in which she cooperates with other health care workers, as well as the way she handles scarce resources, materials and human resources.

Finally, Christian care is care which is biblically justifiable. This does not imply striving for a distinguished or different kind of care per se. It is rather to strive for that kind of care which is faithful to authentic Christian commitment.

Inleiding

Quasi Dominus

INLEIDING: Quasi Dominus

Samenvatting

Sinds de opkomst van het west-europese ziekhuiswezen uit christelijke beginselen is het beslag van het christendom op de samenleving en van een christelijke zorgvisie op de gezondheidszorg sterk verminderd. Dit leidt tot de vraag of een christen hiermee in de gezondheidszorg nog de mogelijkheid heeft christen te zijn. En dit leidt tot de vraag of hiermee in de gezondheidszorg niet iets belangrijks verloren gaat. Beide vragen geven aanleiding tot bezinning op een christelijke zorgvisie. In onze samenleving zien we de laatste jaren voorts een nieuwe aandacht ontstaan voor het belang van normen en waarden en hun levensbeschouwelijke basis. Dit vormt een uitdaging om de betekenis van de christelijke levensbeschouwing voor de gezondheidszorg te verwoorden. Nog een andere aanleiding tot bezinning op een christelijke visie op zorg zijn de fundamentele veranderingen in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Zorgvragers, -aanbieders en verzekeraars, alsmede de overheid, doen er in deze situatie goed aan zich te bezinnen op de vraag wat voor soort zorg men zou wensen. Zo ook christenen.

Een christelijke visie dient in onze ogen aan enkele voorwaarden te voldoen. Zo dient zij bijbels verantwoord te zijn, praktisch uitgewerkt te kunnen worden, aanknopingspunten te geven om ontwikkelingen kritisch te kunnen toetsen en constructieve voorstellen te kunnen doen voor alternatieven. Tevens dient de visie een zekere flexibiliteit te hebben in de zin dat zij relevant en aansprekend moet zijn voor de verschillende partijen, de verschillende velden en de verschillende christenen in de gezondheidszorg. Dit overigens zonder aan de centrale bijbelse uitgangspunten af te doen. Met de hoop aan deze voorwaarden te voldoen is de Werkgroep christelijke visie op zorg ingesteld. Zij heeft zich achtereenvolgens gebogen over de betekenis van zorg voor het menszijn, over het patiënt-zijn en over de verpleegkundige zorg.

1. Aanleiding

In zijn *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* besteedt G.A. Lindeboom onder meer aandacht aan de opkomst van het ziekenhuiswezen.¹ Hij schrijft: "Het concilie van Nicea dat in 325 bijeenkwam besloot aan de bisschoppen het oprichten van [...] hospitalen en weeshuizen aan te bevelen. Dit besluit is het uitgangspunt geworden van de ontwikkeling van het christelijke ziekenhuiswezen". En even verder: "Bij de oprichting van dergelijke ziekenhuizen speelde geen enkel wetenschappelijk nevendoeel een rol, het was de charitatieve bewogenheid die de stichter dreef: de liefde van Christus dringt ons". Een aantal pagina's verder schrijft Lindeboom dat in West-Europa niet zozeer speciale ziekenhuizen, maar vooral de kloosterorden zich bezig hielden met de verzorging van zieken. De belangrijkste orde in dit verband was wel die van Benedictus. In de kloosterregels der Benedictijnen wordt de zorg voor de zieke broeder aanbevolen als een zorg aan Christus, die immers heeft gezegd: "Ik was ziek en gij hebt mij bezocht" (Matt. 25:36). Oorspronkelijk moest dan ook de zieke bij opneming biechten en ter communie gaan en hij moest voorts worden behandeld *quasi Dominus*, dat wil zeggen, *als ware hij de Heer zelf*. We zouden dit kunnen zien als de kern van de 'zorgvisie' van de monniken uit de Middeleeuwen.

Het is opmerkelijk en interessant, dat we ons zo'n 1400 à 1600 jaar na dit begin - misschien

kunnen we zeggen, na dit *beginsel* - van christelijke zorg opnieuw afvragen wat een christelijke visie op zorg nu inhoudt. Enkele overwegingen die tot deze vraag aanleiding hebben gegeven zijn de volgende.

(I) Sinds dat begin van een christelijke zorgvisie in onze Europese cultuur, is er het één en ander veranderd. Teveel om zelfs maar in hoofdpunten te noemen. Laten wij hier nu alleen constateren, dat het beslag van het christendom en van een christelijke levensovertuiging op de samenleving en op het denken en het levensgevoel van de mensen nu sterk is verminderd. De opvattingen en de houding ten aanzien van de mens, leven en dood, ziekte en gezondheid e.d. zijn zozeer veranderd, dat zelfs voor degenen die vanuit dat zelfde beginsel zorg zouden willen bieden, het nog niet zo eenvoudig is dat principe te vertalen in een uitgewerkte christelijke visie op zorg. Een christelijke zorgvisie en christelijke zorgverlening zijn zelfs voor degenen die tot het christendom gerekend kunnen worden niet meer vanzelfsprekend. In een artikel in het dagblad *Trouw* (9.7.92), met als titel 'Signatuur niet meer bepalend', schreef een directeur van een verpleeghuis dat "niet de religieuze signatuur van belang is, maar de kwaliteit van de zorgverlening". Er hebben zich in onze samenleving veranderingen voorgedaan op godsdienstig, levensbeschouwelijk en ethisch gebied en in samenhang daarmee veranderingen in de gezondheidszorg en in het denken daarover.² Begrippen en opvattingen die van oudsher van belang waren voor de gezondheidszorg, zoals 'barmhartigheid' en 'respect voor het leven', lijken nu anders ingevuld te worden. Veel van die noties zijn afkomstig uit christelijk gedachtengoed. Dit christelijke gedachtengoed lijkt echter niet alleen in z'n algemeenheid, maar ook in het bijzonder in de gezondheidszorg, aan relevantie in te moeten.³

Dit levert twee belangrijke vragen op. (a) Verliest een christen de mogelijkheid om in de gezondheidszorg nog *als christen* zijn of haar beroep uit te oefenen? En (b) gaat er met bovengenoemde ontwikkeling in de gezondheidszorg zelf niet iets belangrijks verloren? Als de zorgverlening in de huidige gezondheidszorg goeddeels is ontsproten aan de christelijke opdracht van dienst aan God en de naaste, wat gebeurt er dan met de gezondheidszorg wanneer zij losgesneden wordt van deze wortel? Wordt de plaats van wezenlijke waarden in de zorg dan niet ingenomen door andere waarden, die soms allesbehalve overeenkomstig de oorspronkelijke christelijke wortel zijn? Beide punten vragen van christenen een visie op zorg, willen zij inspiratie vinden om in de huidige gezondheidszorg te werken en om een christelijke zorgpraktijk constructief gestalte te geven. Maar dit geldt ook, willen zij kritisch kunnen staan ten opzichte van ontwikkelingen in de huidige gezondheidszorg, bijv. waar het gaat om het verlies of behoud van voor de zorg wezenlijke waarden (n.a.v. bijv. verwetenschappelijking, professionalisering, invoering van zorg- en beroepsconcepten, etc.). Dit alles maakt een nieuwe bezinning op de betekenis van het christelijke geloof en een christelijke levensovertuiging voor een visie op zorg noodzakelijk.⁴

(II) Er is de laatste paar jaar een nieuwe aandacht voor het belang van normen en waarden in onze samenleving en voor de levensbeschouwelijke basis daarvan. In een ander artikel in *Trouw* (23.7.92), waarin wordt gereageerd op het eerder genoemde artikel, wordt dat zo verwoord: "In de jaren '90 is duidelijk merkbaar dat godsdienst en levensbeschouwing een steeds belangrijker rol spelen... Er groeit iets anders. We ontdekken steeds meer dat we het niet redden met de techniek, wetenschap en rationaliteit... Steeds sterker wordt de bezinning op de waarden en normen in onze cultuur". Deze nieuwe belangstelling voor normen en waarden en hun levensbeschouwelijke of religieuze fundering stelt ons voor een uitdaging. Hoe wordt de bestaande of dreigende verschuiving op dit punt ingevuld? Voor wie meent dat iemand met een christelijke levensovertuiging behoort te leven in gehoorzaamheid aan al Gods geboden, stelt deze situatie een uitdaging; namelijk om de betekenis van de christelijke levensovertuiging voor de gezondheidszorg zo te verwoorden, dat christenen, maar hopelijk ook vele anderen in onze samenleving, dit

zullen beleven als een bevredigende wijze van omgaan met hun vragen.

(III) Een meer concrete en directe aanleiding tot een bezinning op een christelijke visie op zorg is de volgende. We bevinden ons momenteel midden in een proces van veranderingen in onze gezondheidszorg. Dit betreft niet alleen nieuwe technische mogelijkheden en andere ethische opvattingen. We beleven momenteel ook een verandering van de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg.⁵ Al is het moeilijk te voorspellen waar deze reorganisatie precies op uit zal lopen, zoveel is wel duidelijk dat grotere verantwoordelijkheden en keuzemogelijkheden gelegd gaan worden bij, wat genoemd wordt, de partijen in het veld. Hierbij gaat het om degenen die zorg *verlenen* (instellingen, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden), van zorg *gebruik maken* (de patiënten) en de zorg *financieren* (de verzekeraars). De overheid komt meer op een afstand te staan en zal minder een besturende en uitvoerende en meer een controlerende rol vervullen. In de situatie die gaat ontstaan zal het er op aankomen dat de zorgvragers of de potentiële zorgvragers duidelijk maken wat voor soort zorg men zou wensen, en dat de zorgaanbieders en -financiers duidelijk maken wat men te bieden heeft. Hierbij gaat het niet alleen om de technische en praktische inhoud van de zorg, maar ook om de ethische en levensbeschouwelijke kwaliteit die de gevraagde of geboden zorg heeft.

Zo stelt niet alleen (I) het afnemend beslag van het christendom op de samenleving en (II) de niettemin terugkerende belangstelling voor levensbeschouwing, maar ook (III) de reorganisatie van de zorg, zowel degenen die vragen om christelijke zorg, als degenen die dit aanbieden, voor de uitdaging een christelijke visie op zorg te formuleren.

2. Christelijke visie op zorg

Deze uitdagingen mogen christenen in de gezondheidszorg niet laten liggen. Christenen zijn mensen voor wie de Bijbel gezaghebbend is. Natuurlijk zijn christenen ook mensen die tot een bepaalde geloofsgemeenschap behoren, tot een bepaalde geloofstraditie horen, religieuze gebruiken hebben, en dergelijke. Maar de Bijbel, die ons leert hoe een christen te zijn, staat centraal. De beoogde christelijke visie op zorg zal daarom in de eerste plaats *Bijbels verantwoord* moeten zijn. De theologische uiteenzetting van het waarom van de zorg voor de medemens, de praktische normen voor het inrichten en toetsen van de zorg, het toetsen van andere visies op en modellen van zorg, etc., dienen op z'n minst verenigbaar te zijn met relevante Bijbelse aanwijzingen.

Een christelijke visie op zorg zal nooit levenskrachtig zijn, wanneer ze niet *praktisch uitgewerkt* kan worden. Dat is in feite de kern van de vraag naar een christelijke visie op zorg. Zowel voor patiënten, opleidingen, beroepsgroepen, als instellingen, zal duidelijk moeten zijn aan welke normen de zorg in de praktijk behoort te voldoen. Daarvoor is een christelijke visie op zorg nodig. Men moet van daaruit zogezegd 'kwaliteitseisen' (bijv. beroepsinhoudelijk) aan een zorgpraktijk kunnen stellen. Wellicht kan men hierbij ook denken aan richtlijnen voor een model volgens welke zorg georganiseerd kan worden op afdelings-, instellings-, en landelijk nivo (denk aan keuzen in de zorg).

Bij toepassing kan men aan twee dingen denken, die beide essentieel zijn. In de eerste plaats zal een christelijke visie in staat moeten zijn om bestaande zorgvisies en -praktijken *kritisch* te kunnen toetsen. Een dergelijke visie stelt eisen, kwaliteitseisen, aan de hand van normen. Ze heeft een bestemming van de zorg voor ogen, waaraan handelingen in meer of mindere mate moeten bijdragen. Maar bij kritiek zullen we het niet kunnen laten. In de tweede plaats zal een christelijke visie op zorg het mogelijk moeten maken om handelingsalternatieven te ontwikkelen voor die onderdelen van op zorgvisies en -praktijken, die moeten worden verworpen. Door het ontwikkelen

van handelingsalternatieven kan wellicht zoiets ontstaan als een zorgpraktijk die zich als christelijk onderscheid van andere zorgpraktijken. Waar het om gaat is, dat de beoogde visie op zorg bij de praktijk moet aansluiten, aanwijzingen moet geven voor de praktische uitvoering van dagelijkse activiteiten.

Dit vraagt ook een zekere '*flexibiliteit*' van de beoogde visie. Dat wil zeggen, ze moet zowel kunnen voldoen aan de eisen die bijvoorbeeld een patiëntenorganisatie aan de uitwerking ervan stelt, als aan die van bijvoorbeeld een opleidingsinstituut voor verpleegkundigen. Maar dat mag aan de andere kant weer niet afdoen aan de uitgangspunten van de visie (hoewel voor verschillende velden verschillende normen van die uitgangspunten afgeleid zullen moeten worden). Zo lijken de problemen van de keuzen in de zorg misschien op het eerste gezicht niet zoveel te maken te hebben met de opleiding van verzorgenden, maar toch spelen in beide voorbeelden de waarden een rol die afkomstig zijn uit de christelijke visie op het waarom en waartoe van zorg.

Verder zal de bedoelde visie op zorg nog in een andere betekenis een zekere '*flexibiliteit*' moeten kunnen opbrengen, zonder aan de centrale uitgangspunten tekort te doen. Het ware mooi, indien de op te stellen visie op zorg voor veel christenen als een nieuwe stimulans voor het werken in de gezondheidszorg aanvaardbaar zou zijn. Het zou goed zijn als christenen elkaar daarin zouden kunnen vinden, als zij hun maatschappelijk draagvlak en dus de betekenis van hun geloof voor de maatschappij daardoor zouden kunnen vergroten. Als we met een christelijke visie op zorg deze betekenis ook maar in geringe mate kunnen door geven, dan moeten we dat niet nalaten.

3. Werkgroep Christelijke visie op zorg

Men kan zich als individu bezig houden met de bezinning op al deze kwesties. Men doet er echter goed aan daarbij gebruik te maken van kennis, inzichten en ervaring van anderen, met name van mensen die in de zorg werkzaam zijn. Daarom heeft een aantal organisaties van verpleegkundigen, van artsen en van zorg- en onderwijsinstellingen contact gezocht met elkaar en met het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, teneinde te komen tot een gezamenlijke studie over dit onderwerp. Er is een werkgroep gevormd, die in januari 1992 voor het eerst bijeenkwam. In deze werkgroep zijn vertegenwoordigd: de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV), het Gereformeerd Maatschappelijk Verbond (GMV), de Reformatorische Maatschappelijke Unie (RMU), Febe, Het Richtsnoer, CFO - CNV-bond voor overheid, zorgsector en verzelfstandigde overheidsinstellingen (als waarnemer), de Vereniging van Gereformeerde Artsen, de Protestants-Christelijke Artsen Organisatie (PCAO), Christelijke Hogeschool De Vijverberg-Felua te Ede, de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle, het Studiecentrum Welzijn en Levensbeschouwing van Christelijke Hogeschool Windesheim, de Federatie van Protestants-Christelijke Thuiszorginstellingen (FPCTI), de Protestantse Vereniging van Instellingen voor Bejaardenzorg (PVIB) en de Christelijke Vereniging van Zorginstellingen (CVZ). (Zie voor de personen die deze organisaties in de werkgroep vertegenwoordigden achterin dit rapport: Over de werkgroep.)

Het gaat in dit rapport primair om een grondige bezinning op de uitgangspunten van de zorg. De aandacht ging bij het opstellen en schrijven in eerste instantie uit naar het micro-nivo, naar de mensen in de zorg. De bedoeling van de werkgroep was niet om met beleidsaanbevelingen te komen, hoewel deze uit het resultaat afgeleid zouden kunnen worden. Zoals alle rapporten van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut is het onderhavige een poging tot een wetenschappelijke verantwoording van de verrichte studie. De doelgroep van dit rapport is dan ook met name het publiek dat zich met wetenschappelijke bezinning op de zorg bezig houdt - besturen en kaders van organisaties, beleidsmakers, bestuurders, wetenschappers, onderwijsgeevenden, geïnteresseerden.

Wat betreft de opzet van dit rapport, het gaat hier om een *christelijke visie op zorg*.⁶ Het uitgangspunt is de Schrift. Voor een visie op zorg is een visie nodig op de plaats van zorg in het menselijk bestaan, bij leven en sterven, ziekte en gezondheid. Het eerste hoofdstuk zal dan ook gaan over de vraag wat in het licht van de Schrift hierover gezegd kan worden en wat dit betekent voor de zorgverlening. In het tweede hoofdstuk komt het patiëntenperspectief aan de orde, met als vraag wat in een christelijke visie door de patiënt van zorg mag worden verwacht. In het derde hoofdstuk komt de zorgverlener aan de orde, in de persoon van de verpleegkundige. Daarin wordt de vraag gesteld naar de relatie tussen christelijk geloof en verpleegkundige zorgverlening. Later hopen we beschouwingen toe te voegen inzake enkele andere aspecten van de zorg (instellingsbeleid, onderwijs, beroepsvertegenwoordiging) en in een ander verband hopen we nader in te gaan op de geneeskunde.

Noten

1. G.A. Lindeboom, *Inleiding tot de geschiedenis van de geneeskunde*, Amsterdam: Rodopi, 1985⁵, p. 77.
2. Zie ook H. van den Herik, *Secularisatie en gezondheidszorg. Over de invloed van de kerk op de ziekenverpleging*, Zicht-katern 29, Den Haag: Stichting Studiecentrum SGP, 1988.
3. Zo ook M.A.M. Pijnenburg, Levensbeschouwing en verpleegkundige zorg, in *Metamedica* 64 (1985), p. 270f.
4. Zie voor een analyse van de betekenis van deze ontwikkelingen voor de geestelijke gezondheidszorg S.J. Vellenga, *Zin, ziel, zorg. Levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg*, Kampen: Kok, 1993. Voor de gezondheidszorg in het algemeen o.a. Th.A. Boer, *Zorgen met visie*, Kampen: Kok, 1992.
5. Zie Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen bereikt? Over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn; en idem, *De grenzen gewaardeerd. Keuzen in de gezondheidszorg na 'Dunning'*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1994.
6. Een opmerking over het verschil tussen het gebruik van de termen 'christelijke zorgvisie' en 'christelijke visie op zorg'. De eerstgenoemde term suggereert naar ons inzicht dat de christen, naast visies op andere zaken, een min of meer omvattende, afgeronde visie op een min of meer omvattend, afgerond zorgterrein heeft. De laatstgenoemde term suggereert naar ons inzicht eerder dat de christen onderdelen van een visie op onderdelen van zorg heeft. Beide opvattingen hoeven elkaar niet uit te sluiten als men bedenkt dat de christen zich in werkelijkheid in laatstgenoemde situatie *bevindt*, maar idealiter naar eerstgenoemde situatie *streeft*. Om bescheiden in te zetten vindt dit project zijn uitgangspunt in het laatstgenoemde en is dienovereenkomstig, hoewel niet altijd even consequent, gekozen voor de term 'christelijke visie op zorg'.

Hoofdstuk I

Mens en zorg

HOOFDSTUK I:

Mens en zorg

Samenvatting

Het begrip 'zorg' wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Het wordt ook op vele verschillende wijzen bestudeerd. Hier willen we vooral ingaan op de vraag "Wat doen mensen wanneer zij zorg verlenen en ontvangen?". In de literatuur wordt wel onderscheiden tussen zorg als tussenmenselijke betrokkenheid en zorg als een bepaalde vorm van handelen; resp. 'zorg om' en 'zorg voor'. In de zorgverlening zullen beide vormen van zorg voorkomen. Maar wie spreekt over **echte, of goede zorg** heeft daarbij tevens een idee van de verhouding waarin die beide vormen van de zorg in de zorgverlening behoren voor te komen. Wat we dan goede zorg noemen behelst niet alleen een bepaalde betrokkenheid en een bepaalde reeks vaardigheden, maar ook een bepaalde normatieve oriëntatie die aangeeft in welke verhouding beide vormen echte zorg vormen. We kunnen deze normatieve visie op zorg als integratie van de twee genoemde vormen 'zorg als verantwoordelijkheid' noemen.

Deze drie betekenissen van zorg worden in dit hoofdstuk apart behandeld. Eerst wordt kort stilgestaan bij zorg als persoonlijke aandacht, of betrokkenheid. Deze vorm van zorg kan soms met recht plaats maken voor meer technische en onpersoonlijke handelingen, om het doel te bereiken dat zorg als verantwoordelijkheid voorschrijft. Maar de vertechnering van de zorgverlening kan ook een ongerechtvaardigde verdringing van zorg als aandacht betekenen. De momenteel opkomende 'ethiek van de zorgzaamheid' vestigt terecht de aandacht op deze laatste vorm van zorg.

Ten tweede is zorg op te vatten als geheel van praktische vaardigheden. Het handelingsaspect van zorgverlening krijgt hier de nadruk. Dat betekent echter niet dat bij deze vorm van zorg het ethische afwezig zou zijn. Het gaat immers steeds om het tot stand brengen van goede zorg. Bovendien moet zorg in de zin van vaardigheden eveneens recht doen aan het object waarop het betrekking heeft en aan de middelen waarmee gewerkt wordt. Vaardigheden kunnen zowel tot zorg van hoge kwaliteit leiden, als tot een geweldpleging.

Bij de derde vorm, zorg als verantwoordelijkheid, wordt onderscheiden tussen antropologische, levensbeschouwelijke, en ethische overwegingen.

Wat de antropologische overwegingen betreft, zorg als verantwoordelijkheid is onlosmakelijk verbonden met het bestaan als mens. De mens is als mens zowel subject als object van zorg. Het zorgen en verzorgd worden zit in de aard van het mens-zijn. De mens is zogezegd aangelegd op situaties die hem tot zorg aanzetten. Het niet zorgen uit onverschilligheid kan negatief gewaardeerd worden vanwege het ingaan tegen deze menselijke karaktertrek van verantwoordelijkheid.

Wie vraagt wat mens-zijn is, komt op het terrein van de levensbeschouwing. In dit verband worden christelijke theologische overwegingen naar voren gebracht die betrekking hebben op het zorgen en verzorgd worden. De christen ziet de werkelijkheid als schepping van God en de fundamentele houding van God jegens mensen als één van zorg, als vorm van liefde. God heeft de mens geschapen naar Zijn beeld, wat o.a. meebrengt dat het menselijk leven als lichamenlijk bestaan een hoge morele status heeft, dat de mens bepaalde vermogens heeft met het oog op een bepaalde taak in de schepping, namelijk die van 'beheerder', en dat het menselijk bestaan altijd een bestaan is in relaties. Als schepsel naar Gods beeld functioneert de mens echter niet meer zoals hij geschapen en bestemd is, maar hij heeft zich van God afgekeerd en zo veel kwaad aange-

richt. Het leven is zodoende doortrokken van lijden, ziekte en de dood. God heeft in Jezus Christus een weg van verzoening en herstel geopend. Voor een christen staan de menselijke verantwoordelijkheden, ook in de zorg, in dienst van de navolging van Christus en in het perspectief van de bestemming die ons vanuit de toekomst wenkt.

Voor wat betreft de ethische overwegingen kan verantwoordelijkheid onderscheiden worden in een verantwoordelijkheid achteraf en een verantwoordelijkheid vooraf. Iemand die iets doet kan achteraf verantwoordelijk worden gesteld voor wat hij deed en de gevolgen ervan. Maar verantwoordelijkheid wil ook zeggen, dat reeds vooraf is vastgesteld dat ik iets behoor te doen. De verantwoordelijkheid achteraf wordt bepaald door wat iemand weet en wil, de verantwoordelijkheid vooraf wordt bepaald door wat iemand kan en mag. Hij heeft niet de verantwoordelijk iemands bestaan tot stand te brengen of te beëindigen.

De zorg die we andere mensen verschuldigd zijn, kan uiteraard van levensfase tot levensfase variëren en op verschillende wijzen van menselijk functioneren zijn gericht, d.w.z. op de manier waarop het geschapen zijn naar Gods beeld in de betreffende situatie meer of minder tot uitdrukking komt. Door de mens het ideaal van de vitale mens voor te houden, wordt het ziek of gehandicapt zijn eerder ervaren als een onverdraaglijke beperking.

De bovengenoemde vormen van zorg - de aandacht, de vaardigheden en de verantwoordelijkheid - komen tezamen en krijgen concrete gestalte in de praktijk van het hulpverleners. Hulpverlening is de praktijk van zorg die direct betrokken is op nood aan mensen. Nood is een dreigende of reële afwijking van het normale menselijk functioneren die ervaren wordt als een onaanvaardbaar lijden of niet kunnen. Deze nood is altijd te zien in relatie tot de omgeving. Vandaar dat men nood van twee kanten kan proberen op te heffen. Men kan zowel proberen het functioneren als de situatie te veranderen.

Zorg komt tot zijn recht, wanneer het praktische beroepsmatige handelen samenvalt met het realiseren van een morele verantwoordelijkheid in een relatie van persoon tot persoon. Zorg behelst niet alleen verantwoordelijkheden voor de zorgverlener, maar ook voor de verzorgde. Ook de patiënt dient mee te werken aan de zorg, en dient aan te geven of de zorgverlening de patiënt recht doet. Daarnaast kan van de patiënt bijv. vertrouwen en eerlijkheid worden gevraagd. Zo wordt ook aan de positie van patiënten duidelijk dat zorg een normatieve onderneming is die onlosmakelijk verbonden is met het menselijk bestaan.

1. Inleiding

Naar het verschijnsel en het begrip 'zorg' is inmiddels veel studie gedaan. Een voorbeeld is het werk van de Amerikaanse verpleegkundige Madeleine Leininger die verschillen en overeenkomsten tussen de verschijningsvormen van zorg in verschillende culturen heeft onderzocht.ⁱ Een ander voorbeeld is het begrip 'zorg' als centrale notie voor een opvatting van ethiek die in oppositie staat tot de opvatting van ethiek die uitgaat van rechten, principes en regels.ⁱⁱ Vanuit beide benaderingen is wel de vraag gesteld of die notie een wezenlijk onderdeel is van hulp- en zorgverlening en, met name, van de (ethiek van de) verpleging.ⁱⁱⁱ

Hier willen we primair uitgaan van de vraag, 'Wat doen mensen wanneer er sprake is van zorg?' en zo het menselijk handelen met betrekking tot zorg centraal stellen. We zullen eerst kijken naar de betekenis van 'zorg' voor het menselijk bestaan. Onvermijdelijk komt daarbij naast het begrip 'zorg' dan ook een mensvisie aan de orde. Betoogd zal worden dat we in de zorgverlening - wellicht eerder globaal dan scherp - drie betekenissen van 'zorg' kunnen onderscheiden. Deze drie betekenissen komen samen in de praktijk van de zorgverlening die, zo zal betoogd worden, uiteenvalt in 'zorgfuncties' en 'zorginhouden', aan de hand waarvan de praktijk van de hulpverle-

ning gestalte gegeven kan worden. Hierbij worden begrippen als zorg, hulp, zorgverlening en hulpverlening nader onderscheiden.

2. Zorg

Het woord 'zorg' is van toepassing op een grote verscheidenheid van menselijke handelingen. De Duitse filosoof Martin Heidegger typeert zelfs het hele menselijke bestaan met dit woord.^{iv} In ons handelen gaat het ons altijd ergens om: we staan voor een opgave, de opgave ons eigen bestaan vorm te geven vanuit de situatie waarin we ons bevinden. Dat duidt Heidegger aan met het woord 'Sorge'. De Nederlandse auteur J. Hattinga Verschure gaat in zijn boek *Het verschijnsel zorg* eveneens uit van een brede betekenis van het woord.^v Hij geeft de volgende omschrijving: "Het verschijnsel zorg komt ons voor ogen als een voortdurend bezig zijn van dieren en mensen om negatieve ervaringen of verwachtingen om te zetten in positieve effecten: honger in verzadiging, wanorde in orde, onbeschuttheid in geborgenheid, angst en bedreiging in veiligheid, eenzaamheid in gezelligheid, verdriet in berusting, knop in bloesem, bloesem in vrucht".^{vi} Vergeleken met Heideggers opvatting lijkt Hattinga Verschure een zekere beperking aan te brengen: zorg wordt beperkt tot het tot stand brengen van iets. Met deze beperking komen we dichterbij de betekenis van 'zorgen' in de omgangstaal.

In die betekenis kunnen we zagezegd een meer inwendige en een meer uitwendige activiteit onderscheiden. In verschillende publicaties over zorg komen we deze analyse in twee componenten tegen.^{vii} 'Zorg' duidt dan enerzijds primair op het feit dat men om iets of iemand kan geven, in de zin van zorg *om* (bewogenheid, zo men wil). Anderzijds kan 'zorg' primair duiden op een geheel van intentionele verrichtingen of vaardigheden, d.w.z. de zorg die op iets of iemand gericht is, in de zin van zorg *voor*. In de menselijke zorgverlening, waartoe wij ons hier beperken, komen we beide soorten gedrag tegen (aandacht is dan inwendig, mentaal gedrag). In de omgangstaal lijken beide betekenissen vaak in meer of mindere mate samen te vallen.

In de genoemde literatuur wordt soms geconstateerd dat 'zorg voor' en 'zorg om' elkaar niet veronderstellen: ze kunnen los van elkaar voorkomen.^{viii} Zorgverleners kunnen voor een patiënt zorgen zonder er zorg om te hebben en kunnen zorg om een patiënt hebben zonder er voor te zorgen. Maar spreken we dan wel van echte zorg? Is de vraag niet veeleer hoe beide vormen van zorg zich tot elkaar verhouden? Nu laat de juiste verhouding tussen beide zich echter niet afleiden uit de aard van één van de beide componenten zelf. Integendeel, nadruk op het één leidt tot verminderde nadruk op het ander. Dit kan op zich terecht zijn: soms moet men persoonlijke aandacht opofferen voor expertise, soms moet men vaardigheden achterwege laten ten faveure van betrokkenheid. Dat betekent echter, dat degene die zorgt dan niet alleen besef van beide componenten heeft, maar ook van de vereiste verhouding tussen beide. Een analyse van zorg in de twee losse componenten van aandacht en vaardigheid heeft de betekenis van zorg dus nog niet voldoende diep gepeild.

Wat aan deze analyse ontsnapt is dat zorg tevens onontkoombaar een bepaalde oriëntatie op de waarde of zin van zorg behelst, die bepaalt in welke verhouding aandacht en vaardigheid in de zorgverlening behoren te staan. Anders gezegd, zorg bestaat ook in een besef van de wijze waarop in een gegeven situatie gehandeld behoort te worden. Dat besef bepaalt wanneer en in welke mate men de nadruk moet leggen op aandacht of vaardigheid. Het begrip 'zorg' in deze betekenis omvat m.a.w. de notie van *verantwoordelijkheid*. Zo zeggen we ook "Ik zorg voor de koffie" in de betekenis "Ik neem de verantwoordelijkheid voor de koffie op mij". Zo'n uitspraak behelst niet slechts het constateren van een voorgenomen handeling, maar vooral het innemen van een normatieve positie tegenover andere mensen - wat blijkt wanneer ik de voorgenomen handeling achterwege

laat. De vereiste aandacht en vaardigheden komen pas aan de orde binnen een kader van verantwoordelijkheden en verwachtingen. We kunnen aangesproken worden op het nalaten van (de juiste wijze van) zorg en de gevolgen van die nalatigheid. We kunnen niet worden aangesproken op het achterwege laten van aandacht of bepaalde handelingen op zich. Die zijn afhankelijk van de verantwoordelijkheid die aan beide voorafgaat.

In de literatuur is deze onontkoombare derde component toch veelal impliciet aanwezig, bijv. in de component van de persoonlijke betrokkenheid. Zo zeggen N. Jecker & D. Self over 'zorg om': "Caring about requires keeping the patient's best interest in the forefront of mind *and heart*" [onze curs.].^{ix} Maar ethische betrokkenheid (*heart*) kan onderscheiden worden van persoonlijke betrokkenheid (*mind*). Dat is bijv. te zien aan beider tegendeel: onverschilligheid is niet hetzelfde als onachtzaamheid. Mede hierom kan een ethiek van de zorgzaamheid evenmin als een ethiek van de techniek voldoende zijn als ethiek van de zorg (zie par. 3). Ze moeten aangevuld worden met een verantwoordelijkheidsethiek, die beide vormen van ethiek integreert.^x

3. Zorg als persoonlijke aandacht

In de hulpverlening zoals wij die in onze gezondheidszorg kennen komt het aspect van de persoonlijke aandacht vaak onder druk te staan. Verschijnselen als bezuinigingen en reorganisaties zijn daar ongetwijfeld debet aan. Maar het heeft ook te maken met de mentaliteit van de mensen in de zorg, zowel de zorgverleners als de verzorgden. Daarbij is ook de vertechnisering van de gezondheidszorg van invloed. In deze pragraaf willen kort stilstaan bij beide aandachtspunten.

Voor wat betreft de mentaliteit in de gezondheidszorg kan gewezen worden op de opkomst van een 'ethiek van de zorgzaamheid'.^{xi} Deze vestigt onze aandacht op het gevaar dat de gangbare moraal in de zorgverlening de aandacht die patiënten toekomt te zeer inkadert in het volgen van regels en principes, en zo de aandacht afleidt van de individuele persoon met zijn unieke kenmerken en leefwerelden. Het volgen van een principe als rechtvaardigheid laat op zichzelf nog niet de hele mens in de zorgrelatie tot zijn recht komen. De ethiek van de zorgzaamheid bepleit een mentaliteit waarin de aandacht uitgaat naar de persoonlijke kenmerken, relaties, emoties en naar de unieke situaties waarin ethische problemen opkomen en verwerkt moeten worden. We kunnen haar wellicht karakteriseren als een personalistische situatie-ethiek. Hoe dit ook zij, het lijkt ons terecht dat een dergelijke ethiek van de zorgzaamheid een plaats krijgt in het denken over zorg, met name in het kader van de zorg opgevat als aandacht en betrokkenheid.

Het tweede aandachtspunt is dat persoonlijke betrokkenheid in de zorg te lijden kan hebben van een eenzijdige nadruk op praktische vaardigheden. Dat kan gebeuren onder druk van de vertechnisering van de gezondheidszorg. Daarover is reeds veel gezegd en geschreven.^{xii} Het gaat ons hier om het signaleren van de eenzijdige mentaliteit of ethos van het technicisme: de neiging alles te doen wat technisch mogelijk is en problemen te reduceren tot wat technisch oplosbaar is. Gezegd is niet dat techniek op zichzelf zorgzaamheid uitsluit. Techniek biedt waardevolle mogelijkheden. Echter, "Meer techniek blijkt in de praktijk minder tijd voor persoonlijke zorg te betekenen, terwijl er dan juist een grotere behoefte aan blijkt te bestaan. Gevolg is dat de genezing van de patiënt bemoeilijkt kan worden".^{xiii} Techniek in de zorg moet altijd gecombineerd worden met een aanvaarding van de beperktheid daarvan en moet zijn ingebed in een van eerbied getuigende omgang met de patiënt.

In de zorgverlening mag men nooit *de band tussen nood en noodlijdende* uit het oog verliezen. Dit betekent dat men de verantwoordelijkheid heeft patiënten met *respect* te bejegenen. Altijd zullen mensen met een nood 'uit hun doen' zijn. En een principiële of technische benadering zal niet alleen (kwantitatief) tekort schieten in de volledige beheersing van alle noden, maar ook

(kwalitatief) in de zorgverlening die boven die nood uitgaat en betrekking hebben op de persoon als mens (het 'uit hun doen zijn', zorg om de toekomst, etc.). Wanneer mensen uit hun doen zijn hebben ze *echte* aandacht, echt respect nodig. En deze gemeente, 'spontane' houding komt alleen aan deze behoefte tegemoet wanneer ze 'uit het hart' komt en niet uit een principiële of instrumentele methode.^{xiv}

4. Zorg als geheel van praktische vaardigheden

Zorg bestaat eveneens in een aantal handelingen, vaardigheden, kundigheden. In de literatuur spreekt men wel van *skills, competences*.^{xv} In het zorgen richt de mens zich op zichzelf, of op iets in de werkelijkheid buiten hem, teneinde daar iets mee te doen. Met de term 'zorgen' geven we aan dat de handelende mens in zijn activiteit iets-doet-voor of iets tot stand brengt. Hij zorgt voor iets dat reeds bestaat zodat hij een verandering bewerkt (of instandhoudt wat anders verloren ging) of hij zorgt ervoor dat iets dat nog niet bestaat tot stand komt. Daarmee zijn twee aspecten van het zorgend handelen aangegeven die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: een onderhoudende en een productieve kant. Wanneer ik voor iets of iemand zorg, bijv. voor een ander mens, zorg ik immers tegelijk voor iets nieuws. Ik bewerk namelijk een verandering aan die mens. Anders hebben die handelingen geen zin.

Zorgen heeft altijd een bepaalde *kwaliteit*. Dat wil zeggen dat aan de activiteit en het resultaat een bepaalde waarde toekomt. De kwaliteit is afhankelijk van kennis en kunde. Dat vaardigheid bepalend is voor de kwaliteit ligt voor de hand. Om goed te kunnen zorgen moet men over een zekere kundigheid beschikken, anders bereikt men niet wat men wil bereiken. Kennis is inzicht in de aard van het doel en in de aard van de werkelijkheid waarmee men omgaat. Wie zorgt moet een duidelijk beeld hebben van wat tot stand gebracht moet worden. En hij moet inzicht hebben in de structuur van de dingen die hij een verandering doet ondergaan. Dit praktische inzicht is niet alleen nodig om te weten wat mogelijk is, maar ook om te weten wat goed is.

Daarmee stuiten we weer op de ethische of morele dimensie van de zorg. Goede zorg houdt in dat recht gedaan wordt aan het object in zijn geheel. Wie voor een mens zorgt, moet recht doen aan diens mens-zijn en zich niet alleen afvragen wat hij met die mens kan doen. Recht doen aan het mens-zijn in zijn geheel vereist inzicht in de structuur van dat mens-zijn. En daarvoor is niet alleen inzicht in de structuur van het menselijk bestaan in het algemeen nodig, maar ook in dat van de unieke persoon voor wie men te zorgen heeft in het bijzonder. Dat wil zeggen dat men inzicht heeft in de levensfase van de persoon, dat men weet welke capaciteiten hij heeft, hoe zijn gezondheidstoestand is en welke levensovertuiging hij is toegedaan.

Kennis en kunde liggen ingebed in de totale houding van de mens ten opzichte van de werkelijkheid. Die houding omvat zowel een antwoord op de vraag waar het in het zorgen ten diepste om gaat, als een principiële bereidheid overeenkomstig dat antwoord te handelen: wat aan de orde komt binnen de zorg als verantwoordelijkheid. De vraag wat goede zorg is kan niet afdoende beantwoord worden als we de antwoorden op de fundamentele levensvragen, de zinragen er niet bij betrekken. Waar plaatst degene die zorgt zich ten opzichte van het vele waarvoor gezorgd kan worden? Begint de zin bij hem, de zorgende mens? Bij zijn behoeftebevrediging en zelfontplooiing? Of wordt de zin van meetaf betrokken op de werkelijkheid waarin en waarmee hij leeft, inclusief de werkelijkheid die hijzelf is? Recht doen aan de werkelijkheid vereist dat men zichzelf niet tot maatstaf maakt. Vaardigheden kunnen dus tot zorg van hoge kwaliteit leiden, maar ook tot een geweldpleging. Dat hangt af van het besef van de zin van zorg.

5. Zorg als verantwoordelijkheid

We zagen dat zorg twee componenten bevat, aandacht en vaardigheid, maar dat beide componenten zonder de juiste verhouding niet tot echte zorg worden. De belangrijkste vragen zijn dan immers nog niet beantwoord. Waarom gaat het ten diepste in de zorg? Wat is goede zorg? Wat is de betrekking met de fundamentele levensvragen, de zinvragen? Hierover willen we achtereenvolgens enkele antropologische, theologische en ethische noties bespreken.

5.1 Antropologische overwegingen

Het menselijk bestaan is een kwetsbaar bestaan. Het wordt bedreigd door ziekte, chaos, kwaad, dood, vijandigheid. Als mens te leven gaat niet vanzelf. Zorgeloosheid is uit den boze. Dat wil niet alleen zeggen dat zorg nodig is om te overleven, maar ook om *als mens* te leven. Het menselijk bestaan houdt meer in dan overleven. Het menselijk bestaan moet gestalte gegeven worden. Daarvoor moet gezorgd worden. Eén ding moet direct opgemerkt worden: leven *als* mensen betekent leven *met* mensen. Het leven van een mens komt niet tot bloei indien hij niet zichzelf en anderen in staat stelt in gemeenschap te leven. We hoeven alleen maar aan onze kinderen, zieken en ouderen te denken, zonder wie ons leven niet is wat het moet zijn en aan wie we heel natuurlijk onze zorg geven. Daar is ook zorg voor nodig, zorg dat de ander als mens kan leven. Overbezorgdheid is daarbij eveneens uit den boze. Goede zorg ligt ergens tussen zorgeloosheid en overbezorgdheid in.^{xvi}

'Zorgverlening' wordt vaak verbonden met het begrip 'zelfzorg', m.n. in de verpleging. Dit kan terecht zijn, want in eerste instantie heeft iedereen verantwoordelijkheid voor de zorg voor het eigen bestaan. Onder zelfzorg wordt hier de zorg verstaan van een mens die *direct* is gericht op zichzelf. Bijv. eten is een vorm van zelfzorg, geld verdienen is dat niet. Iets doen met als eerste doel je gezondheid te verbeteren of te handhaven is zelfzorg. De richting is bepalend: het object van zorg is degene die zorgt. In de zelfzorg hebben we dus te maken met een dubbel 'zelf': zowel het object als het subject van de zorg.^{xvii}

Naast de zorg van een persoon voor zichzelf kennen we de zorg van anderen voor hem in opvoeding, onderwijs, hulpverlening, etc. Er is tussen zelfzorg en zorg van anderen, een vloeiende overgang. Zorg van artsen, verpleegkundigen e.a. kan de persoon zelf soms overnemen en de hulpverleners kunnen tijdelijk iets van de zelfzorg overnemen. Maar de persoon kan niet alle medische en verpleegkundige zorg overnemen en niet alle hulpverlening is te beschouwen als overname of ondersteuning van zelfzorg (vgl. hfdst. II, par. 8). Wat de geneeskunde doet is vaak vreemd aan het dagelijks leven van zijn patiënt. De zelfzorg daarentegen behoort tot het vertrouwde, het dagelijks terugkerende. Zorgverlening betreft nood aan mensen. Die nood kan ontstaan doordat de normale zelfzorg niet (meer) mogelijk is. Maar zorgverlening is meer dan ondersteuning van zelfzorg.

Zorg is dus een alledaags menselijk gegeven, het zit zozeggd in onze aard.^{xviii} Uiteraard kunnen de concrete verschijningsvormen van zorg van cultuur tot cultuur, van tijd tot tijd en van persoon tot persoon verschillen. Dat laat onverlet dat de mens, waar het handelen betreft, een 'aanleg' tot zorgen heeft - de mens zal in bepaalde omstandigheden tot zorg komen of daartoe genegen zijn - en, waar het de waarneming van nood betreft, een 'zorg-intutie' heeft - iedereen kan zien dat er voor een pasgeboren kind gezorgd zal moeten worden. Om te kunnen zeggen wat zorg is en wanneer zorg aangewezen is, zal men moeten aangeven welke omstandigheden de mens tot zorg brengen. Men zou deze omstandigheden ook kunnen aanduiden als 'een zorg', in de zin van een 'bekommernis' (kommer, nood, behoefte, vraag).^{xix} En één van de omstandigheden die deze 'zorg-dispositie' in werking brengt, is de aanblik van de persoon die zorg nodig heeft (vgl. Levinas).

Als het nu zo is, dat de mens een dispositie heeft, die hem onder bepaalde omstandigheden tot zorg aanzet, dan kunnen we ook zeggen dat voor het menselijk functioneren op dit punt blijkbaar een bepaalde *orde* geldt. Het menselijk functioneren kan zagezegd gezien worden als 'onderworpen' aan een 'wet', als een antwoord op een aanspraak door de werkelijkheid. De mens behoort te antwoorden op bepaalde omstandigheden, anders functioneert de mens niet overeenkomstig zijn aard. Daarom kan gezegd worden dat culturele verschijnselen die de mens ongevoelig maken voor zorg-oproepende omstandigheden (zoals media die ons bombarderen met nieuws over oorlogen, honger en armoede) op gespannen voet staan met de aard van het menselijk bestaan. In die zin, zeiden we reeds, is het tegendeel van zorg als verantwoordelijkheid onverschilligheid.

5.2 Theologische overwegingen

Wat goede zorg is heeft dus te maken met wat het is goed te leven als mens. Maar wat is dat, leven als mens? Met een beschouwing van het menselijk leven komen we per definitie op het terrein van het levensbeschouwelijke. Wij zullen de plaats van zorg in het menselijk bestaan hieronder weergeven vanuit een christelijke levensbeschouwing. Christenen verstaan heel de werkelijkheid als *schepping* van God. Dit houdt verschillende dingen in die van belang zijn voor ons onderwerp.

(I) De schepping is allereerst bedoeld tot eer van God, een toestand waar God en mens volop vreugde aan beleven, van genieten.^{xx} Voorts heeft God de werkelijkheid een bepaalde ordening gegeven. Het is niet allerwege chaos, toeval, willekeur. Men zou kunnen zeggen dat God het geschapene een bepaalde orde voorschrijft. Er geldt een bevel, een wet voor het geschapene, zowel voor de natuur in natuurwetten als voor de cultuur in cultuurwetten of normen. De werkelijkheid is voortgekomen uit een bepaalde zin, Gods scheppende Woord, en verwijst daar ook naar. Het geschapene bestaat zagezegd als antwoord op Gods roep tot aanzijn.^{xxi} Deze opvatting houdt in dat het menselijk leven niet door lot, toeval of noodzakelijkheid geregeerd wordt, maar is gebaseerd op regelmatigheden en structuren. Gods wet en voorzienigheid bieden de mens vrijheid. Deze vrijheid is niet bedoeld voor een willekeurige invulling. Vrijheid maakt het de mens mogelijk verantwoordelijkheid te dragen en te kiezen voor trouw aan God en zijn wet, zodat het menselijk bestaan tot zijn bestemming kan komen.^{xxii}

Gods scheppende handelen kan gekarakteriseerd worden als een manifestatie van Zijn liefde. De oorspronkelijke schepping was dan ook zeer goed. Gods wet voor het geschapene is niet deterministisch of willekeurig, maar een uiting van zijn betrouwbaarheid en betrokkenheid bij het geschapene. Men kan ook zeggen, God heeft de werkelijkheid met zorg geschapen. En Hij draagt er nog altijd zorg voor, als manifestatie van Zijn trouw. De in de schepping gelegen structuren bieden nog altijd tal van goede mogelijkheden - die ontsloten kunnen, mogen en soms moeten worden.^{xxiii}

Deze normatieve scheppingsstructuren behelzen een oproep aan de menselijke verantwoordelijkheid; de mens moet er in zijn handelen recht aan doen. De verantwoordelijkheden van de mens en zijn zorgend handelen zijn in deze oorspronkelijke situatie vooral gericht op onderhouden en tot bloei brengen. We kunnen ook zeggen dat de schepping de mens voor een opdracht stelt (die tevens een belofte inhoudt) die om een antwoord vraagt, het een norm die om positivering vraagt. Nog weer anders gezegd kan de mens in zijn handelen jegens de structuren van de schepping een bepaalde richting innemen en de mogelijkheden van de schepping in verschillende richtingen ontwikkelen. "We ontdekken overal dingen die we wel en die we niet mogen, voorschriften en criteria; op elk gebied van menselijke activiteit zijn er goede en verkeerde manieren waarop men iets kan doen. Er is niets in het menselijke leven dat niet tot de geschapen orde behoort. Alles wat we doen en zijn is door en door *deel van het geschapene*".^{xxiv}

(II) Een wezenlijke trek van het menselijk bestaan is dat de mens niet alleen geschapen is tot Gods eer, maar ook naar Gods beeld en gelijkenis.^{xxv} Wat houdt dit voor de zorgverlening in?

Ten eerste, het feit dat de mens als geheel werd geschapen naar Gods beeld, geeft het menselijk leven als lichamenlijk bestaan zijn hoge morele status. Vandaar Gods verbod om een ander mensenleven te doden, te vervloeken of te onderdrukken (te instrumentaliseren). Positief gezegd, het menselijk bestaan brengt mee dat men het leven van mensen dient te respecteren, tot zegen te zijn, tot bloei te brengen. Volgens de christen heeft de mens een verantwoordelijkheid het menselijk leven te eren (niet te vereren) en er zorg voor te dragen.

Een tweede punt is dat God de mens heeft geschapen met het oog op een bepaalde taak in de schepping, namelijk die van 'beheerder' ('rentmeester'). Ten behoeve van het zorgen dat hieruit voortvloeit werd de mens voor deze taak dan ook uitgerust met geschikte vermogens, waaruit het geschapen zijn naar Gods beeld tot uitdrukking kon komen. Te noemen valt het dragen van gezag, het besef van goed en kwaad, de vrijheid om in verantwoordelijkheid creatieve mogelijkheden te zoeken, het vermogen zichzelf bewust te wezen van het eigen doen, denken en zijn, en zo verder. Merk op dat zo'n vermogen van de mens niet geldt als bijzonder kenmerk van het mens-zijn of als de hoogste waarde ervan, maar geheel ingekaderd is en tot haar bestemming komt in de verantwoordelijkheid die de mens draagt voor de schepping. We zouden kunnen zeggen: de mens die geschapen is naar het beeld van een zorgzame God dient zich zelf eveneens zorgzaam te tonen.

Een derde punt is dat wij, geschapen naar het beeld Gods, leven en beheerder zijn in relatie met andere mensen, in gemeenschap, als man en vrouw, geschapen zijn in en voortbestaan door de menselijke gemeenschap. Ons belichaamd bestaan is altijd een bestaan in relaties, een sociaal bestaan waarin we voor elkaar te waken hebben.

Uit het voorgaande kunnen we afleiden dat mensen altijd in een viervoudige relatie staan, namelijk met God als Zijn schepsels, met de schepping als Zijn beheerders, met elkaar als gemeenschap en met zichzelf als lichamenlijke en reflectieve wezens. En deze relaties kunnen niet los van elkaar gezien worden. Het vormgeven van het tot zijn bestemming komen van het mens-zijn geschiedt altijd in al deze relaties. Het geschapen karakter van de mens en het geschapen zijn naar Gods beeld heeft consequenties voor het besteden van zorg aan elkaar en aan ons zelf, consequenties die voornamelijk voortvloeien uit het oorspronkelijke karakter van Gods schepping.

(III) Wij leven nu echter in een *geschonden* schepping, als gevolg van de zonde van de mens. In de geschapen werkelijkheid zelf is kwaad aangericht door de zonde. Maar ook worden de geschapen gegevenheden van het mens-zijn niet of verkeerd gebruikt. We zouden kunnen zeggen dat God de normatieve structuur van de schepping nog wel draagt, maar dat de mens de verkeerde richting kiest (van God af); of op de er in vervatte oproep verkeerd antwoordt. Het leven is zodoende doortrokken van kwaad, lijden, ziekte en zelfs de dood.

Men kan het voorgaande zo verstaan, dat het juiste functioneren van de mens als mens (geschapen naar het beeld Gods) een ontwerp (schepping) van dat functioneren vooronderstelt dat naar een Ontwerper (Schepper) verwijst (vgl. par. 5.1). Dat betekent dat bijv. een culturele ontwikkeling, die de werking van bepaalde vermogens frustreert, zondigt tegen de bedoeling waarmee de mens geschapen is. De mens blijft dan het antwoord schuldig op de bestemming die God in het mens-zijn heeft gelegd. Vandaar dat God de mens in zijn zondige bestaan aanwijzingen heeft gegeven om binnen de grenzen van het goede leven te blijven, d.w.z. geboden die de aard en structuur van de scheppingsordeningen bevestigen en zo heenwijzen naar de bestemming van het mens-zijn. Met dit kader van orde en bestemming dat geldt voor het menselijk bestaan hebben we tevens een aanzet in handen om te spreken over wat *gezondheid* inhoudt.^{xxvi}

De zonde heeft een ingrijpende wijziging tot gevolg voor de verantwoordelijkheden van de mens, met name op het gebied van de zorg. Nu wordt hij geroepen c.q. geboden (om een antwoord te geven door) mede zorgzaam te staan in de gebroken schepping en zich naar vermogen voor herstel van verstoringen te laten inzetten - hoewel hij zelf de wortel van de verstoring niet kan wegnemen.

(IV) God heeft echter opnieuw zijn zorg voor de mens getoond door het initiatief te nemen om in het leven, de dood en de opstanding van zijn Zoon Jezus Christus de mogelijkheid te openen van volledig herstel van de verstoorde band tussen God en de mens. De menselijke verantwoordelijkheden staan dientengevolge mede in het perspectief van de bestemming, die Jezus predikte en bewerkte. Christenen worden opgeroepen te waken voor - en tekenen op te richten van - Gods komende herstel van de schepping.^{xxvii} Mensen zijn niet alleen geschapen en gevallen beeld dragers van God, maar ook kan in hen soms een begin van de verlossing zichtbaar worden en doorwerken; nooit vanzelf, maar als geschenk van God.

In de Bijbel wordt de bestemming zowel voor volken als voor personen (onder andere) weergegeven als *vrede*. Hiermee wordt niet alleen een vrede bedoeld waarin geweld afwezig is (hetgeen door onderdrukking kan worden afgedwongen), maar waarin ook *rechtvaardigheid* heerst. En in die vrede heerst niet alleen rechtvaardigheid (die soms hard kan zijn), maar ook *vreugde*. Het is deze bestemming van vrede die ons hele doen en laten een doel en *zin* geeft, hoe gebrekkig onze inspanningen ook zijn. Het is mede hierop dat we ons dienen te richten in onze handel en wandel. *Vanuit christelijk perspectief moet de zorg ten aanzien van de gevolgen van ziekte en lijden worden geplaatst in het teken van de op- en neergaande strijd tussen de krachten die de komst van Gods vrede bevorderen of tegenwerken, teneinde iets van de bestemming van het mens-zijn te kunnen laten zien.*^{xxviii} Sterker nog, deze bestemming is altijd verweven met zorg als verantwoordelijkheid voor medemensen, die immers wezenlijk tot het geschapene en de bestemming van het mens-zijn behoren.

5.3 Ethische overwegingen

Hierboven werd de mens o.m. getekend als een 'antwoord-wezen'. Leven betekent reageren op wat wordt aangeboden, gegeven door de Schepper. De mens heeft niet het eerste woord over de werkelijkheid. Hij wordt aangesproken. In zijn handelen moet hij antwoorden op een manier die recht doet aan het gegevene. Dat betekent dat hij de structuur van dat gegevene respecteert.^{xxix}

Een christelijke ethiek kan een verantwoordelijkheidsethiek worden genoemd, omdat zij berust op het aanvaarden van de verantwoordelijkheidsrelaties zoals hiervoor aangegeven.^{xxx} Uitgaan van deze relatie in de praktijk is een fundamentele houding, een gezindheid die onlosmakelijk verbonden is met een mensbeschouwing. Maar ook wanneer iemand een dergelijke mensbeschouwing heeft, handelt hij er niet als vanzelf naar. Het is een houding die hij vanuit zijn mensbeschouwing nastreeft en waarop hij aangesproken kan en wil worden.

Een mens moet antwoorden als dat van hem gevraagd wordt. En als hij niet of niet op de goede wijze antwoordt, kan hij op basis daarvan ter verantwoording geroepen worden. Handelen kan dus ethisch niet gerechtvaardigd worden met alleen een beroep op vrije keuzen, op zelfontplooiing of op bestaande regels. Het gaat erom recht te doen aan degene met wie men te maken heeft en de relatie die men met hem heeft. Het gaat erom te beantwoorden aan de oproep die zijn leven en de vraag naar de vervulling van zijn bestemming aan hem doet. Maar hoever strekt de verantwoordelijkheid van een mens? Om dat duidelijk te kunnen maken moeten we onderscheiden tussen twee soorten verantwoordelijkheid: achteraf en vooraf.

(I) Wanneer we zeggen dat iemand verantwoordelijk is voor een ongeluk dan bedoelen we dat er wel allerlei factoren mede een rol speelden, maar dat het ongeluk plaatsvond doordat de dader iets deed of naliet. Voor de natuurlijke dood van een terminale patiënt is geen dader aan te wijzen, maar voor de dood door levensbeëindiging wel. Als alleen gebeurtenissen een rol speelden en geen enkele daad, dan zou er geen verantwoordelijke dader zijn. Verantwoordelijkheid houdt dan vrijheid van handelen in. In het verlengde ervan ligt aansprakelijkheid. Deze verantwoordelijkheid is een verantwoordelijkheid die *achteraf* wordt vastgesteld: jij deed het. Dit begrip is in moreel opzicht nog vrij leeg, formeel. Het zegt alleen dat iets van iemand uitgaat en verder onherleidbaar

is.

Iemands verantwoordelijkheid achteraf gaat verder dan wat hij concreet deed. We stellen hem ook aansprakelijk voor de directe en te voorziene gevolgen. De mate waarin we iemand aansprakelijk stellen is afhankelijk van wat de dader wilde en wist. Wie het directe resultaat van zijn handeling onmogelijk kon voorzien en iets heel anders beoogde, is niet verantwoordelijk. Wie door het onnadenkend wegwerpen van een brandende sigaret een bosbrand veroorzaakt, wilde dat gevolg weliswaar niet, maar had moeten weten dat dit het gevolg kon zijn. Toch lijkt hij minder verantwoordelijk dan degene die het bos doelbewust in brand steekt. Wie zelf niets anders doet dan een ander de opdracht geven om een derde schade te berokkenen, is verantwoordelijk voor de gevolgen. Maar ook degene die de opdracht uitvoerde is verantwoordelijk, tenzij hij niet kon vermoeden dat hij daarmee een ander schade toebrengt. Een verpleegkundige die in opdracht van een arts een patiënt een injectie geeft, weet vaak maar in beperkte mate wat daarvan de zin is. Voorzover ze dat niet weet of behoort te weten, is zij niet mede verantwoordelijk (zo ook de Wet BIG).

(II) Meer inhoudelijk is verantwoordelijkheid een normatief begrip. Normatief gezien wil verantwoordelijkheid zeggen dat ik iets moet doen. Deze verantwoordelijkheid wordt *vooraf* vastgesteld. Het gaat om handelingen die nog voor mij liggen. Uiteraard is daarbij voorondersteld dat ik ook *kan* doen wat ik *moet* doen. Verantwoordelijkheid in de inhoudelijke, normatieve betekenis heeft een positieve lading: je bent verantwoordelijk voor het goede dat gedaan moet worden. Wie het goede antwoord niet geeft, is onverantwoord, onverantwoordelijk bezig. Achteraf ter verantwoording geroepen, wordt niet alleen gezegd dat jij het hebt gedaan, maar wordt het resultaat van het handelen ook getoetst aan een maatstaf. Deze verantwoordelijkheid is *ethisch* als ze niet beperkt is tot een bepaald aspect van datgene of diegene waarmee we omgaan, bijv. een verantwoordelijkheid voor een louter technische handeling, maar als we het andere/de ander in zijn totaliteit recht moeten doen.

Wordt de mate van verantwoordelijkheid *achteraf* bepaald door het weten en het willen, de mate van de verantwoordelijkheid *vooraf* wordt bepaald door het kunnen en het mogen. Iemand is niet verantwoordelijk voor wat hij niet kan, uitgezonderd gevallen waarin hij het had moeten kunnen. Wat buiten de grenzen van mijn deskundigheid of positie valt, kan in redelijkheid niet van mij gevraagd worden. Dat betekent anderzijds dat naarmate de deskundigheid van bepaalde beroepsbeoefenaars, bijv. verpleegkundigen, toeneemt, ook hun verantwoordelijkheid toeneemt (vgl. hfdst. III, par. 4.4). De verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaars wordt echter ook bepaald door regels van de instelling waarbinnen ze werkzaam zijn. In de praktijk ontstaat er een spanning als de verantwoordelijkheid vooraf op grond van het kunnen sterk afwijkt van die op grond van het mogen. Als een verpleegkundige heel goed kan oordelen over zaken waarover het oordeel aan artsen is voorbehouden, dan zal zij in bepaalde gevallen waarin zij het oordeel van de arts niet deelt geneigd zijn niet de opdracht van de arts uit te voeren, maar haar eigen inzicht te volgen. De 'contrastervaring' van deze spanning tussen kunnen en mogen vereist minstens een goed overleg.

(III) De verantwoordelijkheid van een mens gaat niet zover dat hij verantwoordelijk is voor het bestaan van een ander, voor diens leven of dood. Doden neemt de basis van verantwoordelijkheid weg. Een mens is ethisch verantwoordelijk om voor iemand het goede te doen dat binnen zijn vermogen ligt. En dat is altijd beperkt. Wanneer hij niet zeker weet iets goeds te kunnen doen, moet hij mogelijk niets doen. Deze beperkte opvatting van verantwoordelijkheid brengt onder andere een bescheiden opstelling bij het menselijk sterven mee.^{xxxii}

Gezondheid, het floreren van het menselijk bestaan, het functioneren van de mens naar het beeld van God in zijn veelvuldige relaties, houdt een dynamische wisselwerking in met een wereld die gevallen is en nog niet vernieuwd.^{xxxiii} Deze wisselwerking varieert van levensfase tot

levensfase. Ook in zwakte en kwetsbaarheid zijn we volledig mens, zodat de vraag niet alleen is wat we verliezen, bijv. als we ouder worden, maar ook welke aspecten van het geschapen zijn naar Gods beeld in die levensfase meer in ons functioneren tot uitdrukking komt dan in andere; denk bijv. aan mildheid. Het is dan ook natuurlijk, dat de zorgverlening, die we ten opzichte van ieder mens verschuldigd zijn, ook van levensfase tot levensfase kan variëren en op verschillende manifestaties van het menselijk functioneren is gericht.

Zorg mag anders gezegd niet louter gericht zijn op de kenmerken van het menselijk functioneren in de jongere en vitalere levensfasen. De vraag is niet *of* we voor zwakke en kwetsbare medemensen zorgen, maar *hoe* we voor hen zorgen. Het gaat hierbij zowel om de vraag hoe in het bestaan van de verzorgde tot uitdrukking komt dat hij geschapen is naar het beeld Gods, als ook hoe dit bij de zorgverleners tot uitdrukking komt (beide zijn object van zorg en liefde, beide zijn deel van een relatie, e.d.). Het gehele bestaan is doortrokken van gebrokenheid, o.a. in ziekte en lijden, dus ook dat van zorgverleners. We moeten niet te snel onderscheid maken tussen mensen op grond van schijnbare gezondheid, ziekte of handicap (en zorgverleners en patiënten zo tegenover elkaar plaatsen). Dat betekent altijd mee delen in het lijden, het meelijden, het weigeren de ander in de steek te laten, en juist verantwoordelijkheid op te nemen (vgl. hfdst. II, par. 1). Dat brengt een werkelijke betrokkenheid mee waardoor we in iemands geschonden bestaan wellicht andere aspecten van het geschapen zijn naar het beeld Gods gaan zien, hetgeen in die situatie toch van bijzondere waarde kan zijn.^{xxxiii}

6. Zorg en de praktijk van het hulpverleners

De elementen van de zorg - aandacht, vaardigheid en de verhouding tussen beide - komen voort uit en worden gereguleerd door zorg als verantwoordelijkheid. Zorg als aandacht, vaardigheid en verantwoordelijkheid komen samen, krijgen concrete gestalte in de praktijk, hier 'hulpverlening' genoemd.

In deze praktijk kunnen we onderscheiden naar 'zorgfunctie' en 'zorginhoud'.^{xxxiv} Zorgfunctie slaat op 'het hoe', de vorm die zorg krijgt, de manier waarop die verricht wordt, de persoon door wie deze verricht wordt. Daarbij is primair de zelfzorg en de mantelzorg, en voorts de professionele zorg, zoals geneeskunde, verpleegkunde, pastorale zorg en wat dies meer zij. Op deze functies zullen we hier niet nader ingaan (zie bijv. hfdst. III voor verpleegkunde). Zorginhoud slaat op 'het wat', de zorgbehoefte (het hebben van een zorg, een bekommernis), zoals lichamelijke verzorging, de 'psychische hygiëne', het geestelijke leven en het sociale functioneren. Daarop zullen we in de volgende in par. 6.2 en 6.3 ingaan.

6.1 Hulpverleners

Zorg en hulpverlening zijn woorden die in de praktijk vaak door elkaar gebruikt worden. Soms lijken ze bijna synoniem te zijn, bijv. wanneer men spreekt van 'de zorgsector'. Zorg wordt ook wel opgevat als een bepaalde vorm van hulpverlening: bijv. geneeskunde is geen zorg, zegt men dan, verpleegkunde wel. In het engels gebruikt men dan voor dit laatste onderscheid wel eens - onterecht - de woorden *cure* en *care*.^{xxxv} Een derde mogelijkheid is dat zorg een brede betekenis heeft (verantwoordelijkheid) en hulpverlening een beperkte (praktijk). Hier is steeds uitgegaan van deze laatste verhouding: hulpverlening is een vorm van zorg. We beperken ons hier tot hulpverlening, daar bijv. opvoeden als zorg, maar niet als hulpverlening opgevat worden.

Bij het begrip 'hulpverlening' moet men hier niet zozeer denken aan sociale, psychologische en/of pedagogische hulpverlening, hoewel dat er toe kan behoren. Maar men moet denken aan hulpverlening zoals in de uitdrukking: "Na de ramp kwam de hulpverlening op gang". Zorgver-

lening is dan een vorm van hulpverlening.

Wat gebeurt er in de hulpverlening? Hulpverlening is een vorm van zorg die direct op mensen betrokken is. Zorg die indirect op mensen is betrokken, is geen hulpverlening. Wie graan verbouwt is geen hulpverlener, ook al is het graan onmisbaar voor mensen. De zorg van de boer is direct gericht op het graan. De kok in het ziekenhuis is onmisbaar, maar zijn zorg is niet direct op patiënten betrokken maar op voedsel. Daarom is ook hij geen hulpverlener.

Hulpverlening valt dan ook niet samen met iemand helpen. Buren die elkaar helpen bij het maken van een schutting tussen hun tuinen, kunnen niet beschouwd worden als hulpverleners, omdat hun hulp geen mens betreft. Ook wanneer de heer A zijn buurman B helpt bij iets dat niet in zijn belang is, bijv. bij de aanleg van de tuin van B, treedt A niet op als hulpverlener. Helpt A zijn buurman bij de verzorging van B's zieke vrouw, dan is hij in de eerste plaats hulpverlener voor de vrouw van B, niet voor B zelf.

6.2 Hulp en nood

Hulpverlening is het tot taak hebben de ander te helpen. Meer nog, hulpverlening betreft *nood* aan mensen, helpen niet. Dat maakt de relatie tussen de hulpverlener en degene die hulp krijgt tot een dubbele relatie: de relatie is tegelijk sociaal en technisch (praktisch). Er moet iets aan de lijdende mens gebeuren, een verandering teweeg gebracht worden, iets waarvoor de hulpvrager moet zorgen, en dat kan alleen in een sociale relatie. Zelfs bij patiënten in coma en bij patiënten die onder narcose geopereerd worden, blijft het sociale een rol spelen (vgl. par. 5.3).

Nood is een (dreigende) afwijking van het normale menselijke functioneren die ervaren wordt als een onaanvaardbaar lijden of niet-kunnen. Met sommige kwalen kan men leven, maar als het te erg wordt ontstaat nood en gaan mensen met een klacht naar de hulpverlener. Die zet de klacht om in zijn eigen terminologie, waarmee hij het menselijk functioneren duidt, en gaat na hoe hij de klacht kan wegnemen.

We zeiden hierboven dat hulpverlening een vorm van zorg is. Hieruit volgt, dat niet alle zorg aan mensen hulpverlening is. Onderwijs, kinderverzorging en opvoeding bijv. vallen er buiten. Alle drie zijn ze normaal in een bepaalde levensfase. Het nog-niet-opgevoed-zijn is in een vroege levensfase niet ab-normaal. Leveren opvoeding en onderwijs problemen op, dan kan er een moment komen dat hulpverlening nodig is. Pas dan is er nood: een onaanvaardbare achterstand, verwaarlozing, mishandeling, etc.

Vanuit het christelijk geloof bezien betekent 'nood' een (dreigende) afwijking van het leven naar Gods bedoeling; zo bezien is iedereen in zekere zin in nood. De *hulpverlener* moet hierbij echter onderscheiden tussen het volmaakte, het normale en het feitelijke.^{xxxvi} Het leven naar Gods bedoeling kan men volmaakt noemen. Dat kan de hulpverlener in de praktijk van deze gebroken wereld echter niet als concreet doel stellen, hoewel er soms tekenen van het komende Koninkrijk van God ervaren kunnen worden. Hij mag het ook niet. Het zou het hulpverleners de illusie van totale levensbeheersing geven. Zo kan de dood niet tot het volmaakte gerekend worden, integendeel. Toch moet de zorgverlener de dood (uiteindelijk) accepteren als iets dat - in de huidige bedeling - normaal gesproken bij het leven hoort.^{xxxvii} Anders loopt hij gevaar een stervende patiënt te lang lastig te vallen met zijn gedoe.

In de praktijk staat de hulpverlener in de kloof tussen het feitelijke en het normale. Elke hulpverlener heeft besef van het normale. Daar hoeft hij geen christen voor te zijn. Een gebroken been is een gebroken been. Wat mensen normaal vinden, wordt in sommige gevallen echter mede bepaald door hun levensovertuiging. Het wordt ook bepaald door de gegeven omstandigheden, de aanwezige menselijke mogelijkheden en de sociale omgeving waarin men verkeert. Wat in de ene situatie een normale, acceptabele wijze van leven genoemd wordt, kan in een andere situatie onaanvaardbare nood zijn. In een rijke samenleving houdt armoede iets in dat in een arme

samenleving als normaal kan worden aanvaard. Het voorgaande houdt niet in dat het normale gelijk is aan wat door mensen veranderd kan worden. Er is feitelijke nood die door hulpverleners niet gelenigd kan worden maar die toch niet normaal genoemd mag worden, zoals ongeneeslijke ziekten.

Hulpverlening vooronderstelt dat de hulpverlener en degene die hulp nodig heeft in hun visie op wat normaal is, niet veel verschillen. Waar die visies sterk uiteenlopen, loopt de hulp gevaar tot dwang te worden. En omgekeerd kan de hulpverlener worden geconfronteerd met een vraag waarop hij meent niet te kunnen ingaan, omdat de gevraagde hulp niet past bij wat hij als normaal ziet. In de praktijk vertrouwt de patiënt zich meestal toe aan de hulpverlener: hij weet zelf niet precies wat in zijn situatie goed voor hem is en gaat er vanuit dat de hulpverlener het goede voor hem zal zoeken.

6.3 Nood in relatie

Men kan de mens in nood - patiënt, gehandicapte, cliënt - niet los zien van zijn omgeving (zowel in de zin van natuur en milieu, als in de zin van sociale relaties). Bij ziekte en pijn ligt de directe bron van de nood bij de mens zelf, maar ook ziekte en pijn kunnen niet los gezien worden van oorzaken buiten hem: vervuiling, mishandeling, etc. In andere gevallen ligt de directe bron van de nood buiten de persoon in nood: eenzaamheid door het overlijden van verwanten, armoede door ontslag. De nood wordt niet gevormd door deze omstandigheden zelf. De nood bestaat in relatie tot de mens die eraan lijdt, er onderdoor gaat, er niets leefbaars van weet te maken. Nood is nood van de mens in relatie tot zijn omgeving.

Vanwege dit relationele karakter van de nood, kan men deze van twee kanten proberen op te heffen. Bij armoede of schulden kan men proberen de mensen te leren beter met hun schaarse middelen om te gaan, maar vaak zal dat geen oplossing bieden. Alleen verandering van de omgeving, dat wil zeggen toename van de beschikbare middelen kan dan de nood opheffen. Dit laat onverlet dat hulpverlening de mens betreft en niet de omgeving. De hulpverlener merkt (dreigende) nood aan een mens op en zal proberen die weg te nemen (of te voorkomen). Ook al richt hij zich daarbij op de omstandigheden en zorgt hij voor voedsel, een uitkering, onderdak, etc., zijn eerste doel, waarop hij direct gericht is, blijft het wegnemen van de nood aan de mens die niet normaal kan functioneren. Een hulpverlener is geen deskundige op het terrein van huisvesting, geneesmiddelenproductie of voedselvoorziening. Hij bemiddelt veeleer tussen die terreinen en de mens in nood door dingen bereikbaar te maken of door erop te wijzen dat de omstandigheden moeten veranderen. Tegelijk tracht hij de hulpbehoevende mens zo te veranderen dat die met de omstandigheden normaal kan leven (zie ook hfdst. II).

7. Besluit: patiënt en verantwoordelijkheid

In het bovenstaande is het *verlenen* van zorg in een belangrijk opzicht weergegeven als een morele onderneming. Dit wordt bevestigd door de beleving van verpleegkundigen dat hun werk als verpleegkundigen het meest tot zijn recht komt, wanneer hun praktische beroepsmatige handelen in een relatie van persoon tot persoon samenvalt met het realiseren van de morele verantwoordelijkheid van de zorgverlening om te bevorderen dat de patiënt als mens kan functioneren.^{xxxviii} Filosofisch gezegd: wanneer het technische en het sociale gekwalificeerd worden door het ethische. Het blijkt dan ook, dat verpleegkundigen sterk ervaren dat hun verpleegkundige werk als zodanig eerst tot zijn recht komt, wanneer dit bevestigd en gewaardeerd wordt door de patiënt (of door diens ouders of familie). Wil zorgverlening tot zijn recht komen, dan heeft de patiënt niet alleen de verantwoordelijkheid om mee te werken aan de bevordering van zijn functioneren, maar

ook om aan te geven of het praktische verzorgende handelen daaraan daadwerkelijk bijdraagt.^{xxxix} Zorg is alleen zorg als het voor de patiënt zorg is, inderdaad. Maar dat vraagt ook wat van de patiënt. Ook het ontvangen van zorg heeft ethische betekenis.

Men is wellicht niet gewend de patiënt te zien als een persoon met een morele betrokkenheid bij de zorgverlening. Toch zijn patiënten krachtens het morele karakter van de zorgverlening er mede verantwoordelijk voor dat hun zorgrelaties met artsen en verpleegkundigen tot hun recht komen. Naast medewerking en zelfwerkzaamheid kan in de zorg van hen bijv. vertrouwen en eerlijkheid gevraagd worden (zie ook hfdst. II, par. 8). Soms laten patiënten zien dat zij in de zorgverlening te maken hebben met een moreel geladen activiteit, bijv. wanneer zij andere patiënten troosten. Soms manifesteren patiënten hun lotsverbondenheid door het deelnemen aan hulpgroepen, en soms ziet men zelfs dat bijv. terminale patiënten de zorgverleners troosten in plaats van andersom. Ook ex-patiënten laten vaak het morele karakter van het patiënt-zijn zien, door bijv. uit dankbaarheid voor genezing deel te nemen aan lotgenotencontacten of patiëntengroepen. Tot slot ziet men dit morele karakter ook in de manier waarop mensen zich met een handicap of chronische ziekte opstellen jegens hun omgeving en het leven van alledag. Het positief of negatief omgaan met de eigen handicap of aandoening heeft immers altijd betekenis voor de anderen waarmee men in relatie staat. Soms kan het morele karakter van de verantwoordelijkheid van de patiënt zo sterk zijn, dat we wellicht moeten zeggen dat het patiënt-zijn *verplichtingen* mee kan brengen.^{xl}

Noten

-
- i... Zie bijv. M. Leininger (ed.), *Caring: an essential human need*, Thorofare: Slack, 1981.
- ii... Zie De zorgzaamheidsethiek van Carol Gilligan en Nell Noddings, hfdst. 14 in F. Mortier en K. Raes, *Een kwestie van behoren. Stromingen in de hedendaagse ethiek*, Gent: Mys en Breesch, 1992, p. 217-228.
- iii... Zie over de geneeskunde, verpleegkunde, en gezondheidszorgprofessionals i.h.a., resp. S. Hauerwas, Care, in W.T. Reich (ed.), *The encyclopedia of bioethics*, New York: The free press, 1987, p. 145-150; J. Harbison, Gilligan: a voice for nursing?, *Journal of medical ethics* 18 (1992) p. 202-205; H. Curzer, Is care a virtue for health care professionals?, *Journal of medicine and philosophy* 18 (1993) p. 51-69. I.v.m. ethiek in de verpleegkunde S. Fry, The ethic of caring: can it survive in nursing?, *Nursing outlook* 36 (1988) 1, p. 48 en The role of caring in a theory of nursing ethics, *Hypatia* 4 (1989) 2, p. 88-103. In Nederland zie R. Houtepen en M.-J. Smits, Ontwikkelingen in de verpleegkundige ethiek: van regelethiek naar zorgethiek?, in *Wijsgerig perspectief* 34 (1994) 5, p. 162-167.
- iv... Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen: Niemeyer, 1993¹⁷, p. 193. Zie ook A.P. Griffin, A philosophical analysis of caring in nursing, *Journal of advanced nursing* 8 (1983), p. 289-295.
- v... J.C.M. Hattinga Verschure, *Het verschijnsel zorg*, Lochem: De Tijdstroom, 1981².
- vi... Hattinga Verschure a.w., p. 33.
- vii... Over geneeskunde, verpleegkunde, en gezondheidszorgprofessionals i.h.a., zie resp. Hauerwas a.w. noot 3, Griffin a.w. noot 4, en N.S. Jecker & D.J. Self, Separating care and cure, *The journal of medicine and philosophy* 16 (1991), p. 285-306.
- viii... Jecker & Self a.w. noot 7, p. 296.
- ix... Jecker & Self a.w. noot 7, p. 295.
- x... Deze ethiek zal er op wijzen dat onze verantwoordelijkheden in de zorg onder meer samenhangen met onze verantwoordelijkheden in het algemeen (daarom is de verantwoordelijkheid van een gezondheidszorgprofessional *qua gezondheidszorgprofessional* niet onbegrensd).
- xi... Een goed overzicht hiervan geeft A.L. Carse, The 'voice of care': implications for bioethical education, *The journal of medicine and philosophy* 16 (1991) p. 5-28.
- xii... Zie verder H. Jochemsen, Medische technologie en verpleegkundige zorg, *TVZ* 100 (1990) 8, 237-238; H. de Dijn, Integrale kwaliteitszorg: een waanidee?, *Streven* 1991, p. 780; B. Cusveller, Zorg voor wilsonbekwame patiënten, in H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1994, m.n. p. 78-82.
- xiii... Jochemsen a.w. 1990 noot 11, p. 237.
- xiv... De Dijn a.w. noot 11, p. 783.
- xv... Over zorg als vaardigheden in geneeskunde, verpleegkunde, en zorgverlening i.h.a., zie resp. Hauerwas, a.w. noot 3; P. Benner, *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park: Addison-Wesley, 1984; Hattinga Verschure, a.w. noot 5.
- xvi... P. Bakker, Zorgen als verantwoordelijkheid, in P.A. de Ruyter e.a., *'n Andere helper*, Utrecht: Prot.Chr. ver. Soc. Ped. Zorg, 1976, p. 25-26.
- xvii... Het woord 'zelfzorg' wordt echter niet altijd in een duidelijk afgebakende betekenis gebruikt. Bij sommige auteurs over verpleging omvat zelfzorg alle activiteiten van een persoon die belangrijk voor hem zijn of als zinvol worden ervaren. Dan zijn sport, religieuze handelingen en sociale contacten eveneens als zelfzorgactiviteiten op te vatten. Maar dan is niet duidelijk meer waarom sommige activiteiten zelfzorgactiviteiten zijn en andere niet.
- xviii... Hattinga Verschure a.w. noot 5, p. 26.
- xix... Vgl. Hattinga Verschure a.w. noot 5, p. 26-31.
- xx... A.M. Wolters, *Schepping zonder grens*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1988, p. 48-49, 55.
- xxi... Vgl. Wolters, a.w. noot 20, o.a. p. 24, 29; H.G. Geertsema, *Geloof voor het leven*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1988, p. 24-25.
- xxii... H. Bouma et al., *Christian faith, health, and medical practice*, Grand Rapids MI: Eerdmans, 1989, p. 13-14.
- xxiii... Vgl. Bouma a.w. noot 22, Ch. I; R. van Woudenberg, *Gelovend denken*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1993, hfdst. 1.
- xxiv... Wolters a.w. noot 20, p. 33.
- xxv... Bouma a.w. noot 22, o.a. p. 30-35; vgl. W.H. Velema, Het bijbelse mensbeeld in de zorgverlening, in *In perspectief* 6 (1993) nr. 7, katern 'Lindeblad'; J. Douma, *Plaats en taak van de medische ethiek in christelijk perspectief*, Kampen: Van den Berg, 1994, p. 14-17; G. Segers, H. Jochemsen, Wie is de mens?, in H. Jochemsen (red.) a.w. 1994 noot 12; hfdst. III, par. 5.4 van dit rapport.
- xxvi... Bouma a.w. noot 22, p. 52.
- xxvii... Aan de gegevens dat de mens als sociaal wezen geroepen is voor de ander te waken en dat hij als gevallen wezen geroepen is dienstbaar te wezen aan het herstel van de schepping onleent Velema de gedachte dat zorgverlening iets heeft van het hoeden, het herder zijn
-

en van het helende, het helen (*a.w.* noot 23, p. 3). Douma wijst in het rentmeesterschap vier vergelijkbare elementen aan: bewerken, helen, beschermen en bewaren (*a.w.* noot 25, p. 16-17).

xxviii... Vgl. K. Veling, Verpleegkundigen kijken verder, in J. de Mey (red.), *Het verpleegkundig beroep in beeld. Mensbeelden in de verpleegkunde*, Zwolle: Ger. HBO, 1991, p. 27-28.

xxix... Vgl. H.G. Geertsema, *Het menselijk karakter van ons kennen*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1992, m.n. p. 131 e.v..

xxx... Verantwoordelijkheid is ook het uitgangspunt in het ethisch denken van filosofen als H. Jonas en E. Levinas. In de Integrerende Verpleegkunde baseert men zich op wat Levinas schrijft over verantwoordelijkheid. Zie M. Grypdonck, 'Integrerende verpleegkunde: theorie of praktijk?', in *Verpleegkundig onderwijs* 4 (1993) nr. 2, p. 30-44.

xxxi... Zie ook H. Jochemsen en A.A. Teeuw, Geneeskunst als dienst: geneeskundige zorg voor wilsonbekwame patiënten, in H. Jochemsen (red.) *a.w.* 1994 noot 12.

xxxii... Zie Bouma *a.w.* noot 22, p. 53-57.

xxxiii... Aldus Bouma et al.: "Relevant here is the psychological fact that how we respond to others will affect how we perceive them [...] so that compassion and respect become lenses through which we see aspects of other people we would otherwise not see", *a.w.* noot 22, p. 55.

xxxiv... Men zou deze functies en inhouden kunnen uitzetten op een x- en een y-as, die een matrix vormen voor de praktijk van de zorg.

xxxv... Stanley Hauerwas heeft het echter over de "identification of medicine with care". Zorg en hulpverlening vallen dan ongeveer samen, hoewel Hauerwas over de "caring professions" spreekt als "health-related activities", wat de mogelijkheid open laat dat niet alle hulpverlening als "care" wordt gezien. Zie S. Hauerwas *a.w.* noot 3.

xxxvi... Vgl. onze zintuiglijke vermogens: volmaakt zou zijn als iemand bijv. een nummerbord op elke willekeurige afstand scherp kan zien, normaal is dat men het op, zeg, 50 meter scherp kan zien en feitelijk dat ik het op 10 meter scherp kan zien.

xxxvii... De dood is vanuit tenminste drie gezichtspunten te verstaan: als eindigheid van het leven, als oordeel over en gevolg van de zonde, en als doorgang naar de eeuwigheid. Zie Segers en Jochemsen, *a.w.* noot 12, p. 35.

xxxviii... A.H. Bishop & J.R. Scudder, *The practical, moral and personal sense of nursing. A phenomenological philosophy of practice*, Albany: State University of New York Press, 1990, p. 90-91.

xxxix... Bishop & Scudder *a.w.* noot 38, p. 93, 97-98.

xl... Bishop & Scudder *a.w.* noot 38, p. 104-109.

Hoofdstuk II

De patiënt: een kwetsbaar mens

HOOFDSTUK II: De patiënt: een kwetsbaar mens

Samenvatting

Een patiënt is een mens die zorgbehoefstig is vanwege een bepaalde nood; een patiënt is een extra kwetsbaar mens. Het patiënt-zijn kan tal van vervreemdende ervaringen meebrengen. Zowel het ziek worden, het altijd al gehandicapt geweest zijn, als opname in de gezondheidszorg, kunnen de patiënt in meer of mindere mate schokkende ervaringen bezorgen. Een goede opvang van de patiënt dient daarom aan een aantal voorwaarden te voldoen. Ten eerste is, naast inventarisatie van de behoeften van de patiënt, begrip vereist voor de vervreemdende gevolgen van het patiënt-zijn. Ten tweede is aandacht nodig voor de relaties waarin de patiënt staat. Ten derde heeft de patiënt belang bij goede informatie, een vaste contactpersoon bij behandeling in c.q. door een instelling, en goede afspraken daaromtrent.

Patiënten met een christelijke levensbeschouwing kunnen in de zorg om verschillende redenen op moeilijkheden stuiten. De soort aandoening die men heeft, de rol van de huisarts, of het reeds verwezen zijn naar een bepaalde instelling met de vereiste specialistische zorg, maken het soms moeilijk of zelfs onmogelijk te kiezen voor een arts of ziekenhuis in overeenstemming met de eigen levensbeschouwing. Niettemin kan men vanuit christelijk perspectief soms toch invloed hebben op de keus van een arts of ziekenhuis, en anders in elk geval op de afspraken die worden gemaakt. Ook in de individuele relaties met gezondheidszorgwerkers kan soms ruimte gegeven worden voor de christelijke levensbeschouwing.

Soms verzetten zorgverleners zich tegen het emancipatiestreven van patiënten en vragen van de patiënt meer vertrouwen. Hoe terecht dit soms ook kan zijn, de situatie in de gezondheidszorg blijkt regelmatig aanleiding te geven voor een kritische opstelling van patiënten. Dit laten zij vaak na, onder meer uit vrees voor het verlies van medewerking van de zorgverlener. Ook is informatie niet altijd duidelijk of verkrijgbaar. Van de eventuele bemiddelende positie van verpleegkundigen wordt in dit opzicht door artsen niet altijd gebruik gemaakt. Ook worden klachten van patiënten nog wel eens 'weggepsychologiseerd' of op andere wijze niet serieus genomen.

Een christelijke patiënt kan soms op onbegrip stuiten, maar ook op kritiek. De steun die het geloof volgens buitenstaanders in theorie zou moeten bieden in crisissituaties als ziekte en lijden, wordt niet altijd in de praktijk gezien. De kritiek kan terecht zijn, wanneer christenen aan het leven hechten als mensen die geen hoop hebben. De onterechte vooronderstelling van deze kritiek is, dat de christelijke troost direct de ervaring van lijden zou wegnemen, terwijl christenen met het lijden evengoed kunnen worstelen.

Vanuit een christelijk perspectief op zorg kan ook gesteld worden dat patiënten in de zorgverlening een eigen verantwoordelijkheid dragen. Zij blijven bijv. verbonden met hun directe omgeving, ook wanneer hun eigen omstandigheden minder dan ideaal zijn. Omgekeerd hebben de familieleden en vertegenwoordigers van patiënten hun verantwoordelijkheid voor de patiënt, al wordt deze in de praktijk niet altijd onderkend en wordt in de praktijk niet altijd toegelaten dat deze ook daadwerkelijk ingevuld wordt. Van de patiënt wordt voorts gevraagd zich in te zetten voor eigen herstel en/of zinvolle invoeging van de nood in het eigen bestaan. Ook kan gesteld worden dat de patiënt weliswaar verantwoordelijkheden delegeert aan zorgverleners, maar dat hij altijd zelf verantwoordelijkheid behoudt voor het delegeren op zich.

Ook een christelijke visie op patiënt-zijn moet rekenschap geven van de beperkingen in de

praktische context. Daarbinnen staat te allen tijde het belang van onderlinge aanspreekbaarheid voorop. Een christelijk perspectief op patiënt-zijn kan juist bescheidenheid betekenen in het inzetten van financiële en technische middelen. De uiteindelijke waarde van zorg is immers niet in guldens uit te drukken.

Afrondend kan men stellen dat de zorgverleners zich moeten realiseren als het ware de gasten te zijn in de leefwereld van de patiënt, en dat zij in de patiënten te maken hebben met kwetsbare en kostbare mensen.

1. Inleiding

Waar het in het menselijk bestaan om gaat wanneer er sprake is van zorg, werd in het vorige hoofdstuk op een systematische wijze behandeld. In dit tweede hoofdstuk wordt een aanvulling gegeven vanuit het perspectief van de ervaringen die de patiënt in de zorg kan hebben. Hierbij zal in mindere mate de aandacht uitgaan naar de systematische of beleidsmatige benadering van het patiëntenperspectief, ook al kunnen daarvoor wel aandachtspunten aan dit hoofdstuk ontleend worden. Aandacht wordt onder meer besteed aan de ervaringen betreffende het patiënt-zijn, de zingevingsvragen, het gezondheidszorgsysteem, de eigen levensbeschouwelijke overtuigingen, de relaties met het gezondheidszorgpersoneel, de eigen verwachtingen en verantwoordelijkheden en de beperkingen in de gegeven context.

2. Patiënt-zijn

Volgens de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) leven in Nederland 1,5 miljoen mensen met een chronische ziekte. Chronische ziekte wordt door de NCCZ gedefinieerd als een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur. Chronisch zieken worden niet meer beter en moeten jarenlang lijden onder de vaak steeds erger wordende gevolgen van hun ziekte.¹ Het gevaar van deze definitie is echter, dat veel mensen tot patiënt gemaakt worden en dat noodgedwongen blijven. In dit hoofdstuk wordt een mens daarom alleen dan patiënt genoemd, wanneer hij of zij daadwerkelijk zorgbehoefstig is.

In het boekje *Psychologie van het ziekbed* van J.H. van den Berg,² is beeldend omschreven hoe een mens zich kan voelen, wanneer hij of zij ziek wordt. Vervreemding, onmacht, hulpeloosheid, het gevoel gemist te kunnen worden, en tal van andere en nieuwe ervaringen spelen dan een rol. Mensen zijn geneigd om gezondheid (in de zin van vitaliteit) als norm te veronderstellen. Iedere afwijking van deze norm wordt ervaren als een probleem, door de mens zelf, de directe omgeving en de maatschappij.³ Zeker wanneer er sprake is van een ernstig ongeval, een chronische of levensbedreigende ziekte en/of blijvende handicaps, wordt de patiënt bestormd door nieuwe ervaringen en emoties. Zijn of haar wereld stort ineens in. Oude zekerheden vervallen en soms ontbreekt een toekomstperspectief. In eerste instantie is de patiënt door de ziekte zelf reeds minder weerbaar geworden.

Wanneer iemand geboren is met een blijvende (al dan niet erfelijke) aandoening of handicap geldt soms dat hij of zij nooit eerst de ervaring van gezond-zijn heeft gehad en dus moeilijk kan spreken over 'andere en nieuwe' ervaringen. Hij of zij is altijd patiënt! Of

men wordt het steeds opnieuw, omdat zich telkens andere gezondheidsproblemen en complicaties voordoen ten gevolge van de aangeboren aandoening.⁴ Sommige mensen met een aangeboren aandoening, zoals bepaalde erfelijke, hebben geen enkele kans op genezing.

Bij de opname, behandeling en verzorging wordt de patiënt in een nieuwe omgeving geplaatst, met nieuwe mensen, nieuwe gewoonten en een nieuw taalgebruik. De lichamelijke integriteit wordt aangetast door ziekte en behandeling. Soms maakt de omgeving van de patiënt op dezelfde wijze deze schok mee; zeker wanneer de patiënt een kind is. Op dat moment worden ook de ouders geconfronteerd met nieuwe problemen: het zieke kind, de behandeling, gesprekken met zorgverleners, papieren rompslomp, reisafstanden, de eigen werkring, familie, andere gezinsleden, enz. Het is belangrijk te beseffen, dat een volledig gezond en ontspannen mens, door het effect van een opname in een vreemde omgeving, met het 'ondergaan' van vreemde onderzoeken, spanning en onrust, op zichzelf al patiënt kan worden.

Met het voorgaande is aangegeven, dat een patiënt kwetsbaar is, meer dan anderen. Deze kwetsbaarheid kan gemakkelijk leiden tot een noodsituatie. Deze noodsituatie kan niet objectief worden vastgesteld en hangt voor een deel af van de ervaringen van de patiënt zelf. Naarmate het besef van kwetsbaarheid toeneemt, kan de nood meer existentieel beleefd worden. Een patiënt is zorgbehoefstig en per definitie in een kwetsbare positie.

Vanuit de christelijke levensbeschouwing wordt beleden, dat de mensheid als geheel in een noodsituatie verkeert. Het is nodig dat 'gezonde mensen' (met name wanneer zij christenen zijn) zich de noodsituatie, waarin de schepping verkeert na de zondeval meer bewust worden of zijn. In tegenstelling tot het maken van onderscheid tussen 'gezonde' en zieke mensen, moet allereerst de solidariteit benadrukt worden. Wie durft zich, vanuit de christelijke levensvisie bezien, 'gezond' te noemen en heeft de Geneesheer niet nodig? Dan zou er ook meer solidariteitsbesef zijn met (chronisch) zieken en mensen met een handicap.⁵

3. Worsteling van de patiënt

Na een eerste schok komen bij de patiënt ook de vragen boven. Welke diagnose wordt gesteld? Welke behandelingsmogelijkheden zijn er? Hoe ziet het perspectief eruit? Hoe wordt de behandeling en verzorging ervaren? Patiënten met een christelijke achtergrond zullen niet minder vragen hebben dan anderen. Hier kan zelfs de bestaande relatie met God hevig op de proef worden gesteld: 'Waarom is er zoveel pijn en lijden in deze wereld?' of, wellicht beter, 'Waarom moet dit mij overkomen?'.⁶ Godsdienstige patiënten en/of hun vertegenwoordigers blijken met vragen over de zin van het kwaad en de wil van God te worstelen.⁷ Veel patiënten en naasten van patiënten ervaren de antwoorden, die voorheen algemeen aanvaard werden, nu als onheus en te gemakkelijk. Sterke mensen, persoonlijkheden, zelfstandige mensen, creatieve mensen, rustige mensen, vrolijke mensen: allemaal voelen zij bij ernstige ziekte 'aan den lijve' iets van ontluistering, pijn, vervreemding.

Dezelfde worsteling komt voor bij mensen die als kind geboren werden met een

blijvende aandoening of handicap en zich gaandeweg realiseren dat zij anders zijn dan 'gezonde' mensen en niet aan alle activiteiten kunnen deelnemen. De acceptatie van het patiënt-zijn kan moeilijk zijn voor de patiënt zelf, maar ook voor de omgeving en de familie. Een beschermende houding van de omgeving kan de hulpbehoefte van patiënten extra benadrukken.

4. De eerste opvang

Voor een goede opvang van de patiënt is, naast een inventarisatie van zijn wensen en behoeften, begrip voor de positie van de patiënt een eerste voorwaarde. Zorgverleners - zoals medisch specialisten - die werkzaam zijn binnen de muren van een gezondheidszorginstelling, hebben in de praktijk als regel weinig begrip voor de 'cultuurschok' die de patiënt doormaakt in deze nieuwe omgeving. Daarnaast hebben die zorgverleners weinig zicht op de problemen die na opname in de thuissituatie ontstaan. Vrijwel al het onderzoek naar de psycho-sociale en maatschappelijke omstandigheden van patiënten is tot op dit moment nog verricht door zorgverleners die verbonden zijn aan intramurale gezondheidszorginstellingen, m.n. ziekenhuizen, en de daar ervaren problematiek als eerste invalshoek hebben gekozen.

Een tweede voorwaarde is aandacht voor de patiënt en zijn sociale omgeving: de echtgenote, levensgezel, de ouders, de kinderen. Het *eenzijdig* benadrukken van de mens als waardevol en uniek individu, kan leiden tot het aanbrengen van een scheiding tussen de patiënt en zijn omgeving. Een mens is geschapen in een relatie tot God en de medemens en kan alleen begrepen worden vanuit deze relationele verbanden (hfdst. I, par 5.2). Eenzijdige nadruk op het unieke van ieder mens moet leiden tot een inspanning begrip op te brengen voor ieder mens, in het totaal van zijn of haar functioneren en niet in een geïsoleerde positie. De opvatting, dat de mens autonoom is, kan leiden tot een verabsolutering van de unieke mens. Dit kan leiden tot vereenzaming van deze mens. De claim van zelfbeschikkingsrecht is gebaseerd op het uitgangspunt van autonomie en kan leiden tot de ervaring 'van God en alle mensen verlaten te zijn'. De NCCZ "streeft ernaar zaken die het streven naar zelfstandigheid en autonomie belemmeren weg te nemen en wil stimuleren dat mensen zo lang mogelijk de regie over hun eigen leven kunnen voeren".⁸ Op zichzelf is het handhaven en bevorderen van zelfredzaamheid positief te waarderen. Maar dit streven brengt soms mee dat ouders, familieleden en andere betrokkenen op een zijspoor worden gezet bij de behandeling van kinderen en gezinsleden.⁹

Bij de eerste opvang van de patiënt behoort, ten derde, voorlichting en het maken van goede afspraken over bezoek, verzorging, maaltijden enz. Gelet op de positie van de patiënt heeft het de voorkeur deze informatie te herhalen, of in een brochure op te nemen. Zowel van de kant van de behandelaar als van de kant van de verpleegkundigen, zal tijd en aandacht moeten worden gegeven aan het eerste contact met de patiënt, wanneer tenminste het opbouwen van een vertrouwensband wordt nagestreefd.

5. De omgeving

Van de organisatie in een gezondheidszorginstelling zoals de patiënt die zal ontmoeten is geen algemeen beeld te schetsen. Wel zijn belangrijke aandachtspunten te noemen.

Vrijwel alle patiënten hebben behoefte aan een vaste kontaktpersoon, zowel voor de medische behandeling als de verzorging. Voortdurend wisselende personen leiden gemakkelijk tot onrust en misverstanden. Goede afspraken en vaste kontaktpersonen kunnen voorkomen dat ingewikkelde protocollen voor psycho-sociale begeleiding, informatie-voorziening, enz., gebruikt worden waar zij niet noodzakelijk zijn. De vaste kontaktpersonen vanuit de verzorging en de behandeling dienen beide tenminste te behoren tot het multidisciplinair team van waaruit de behandeling wordt gecoördineerd.

6. Aandacht voor de identiteit?

In de gezondheidszorg wordt uitgegaan van diverse mens- en zorgvisies. Vanuit de NPV is het belang aangegeven van meer bekendheid met deze visies bij de verpleging. Dat is noodzakelijk in verband met de door de patiënt en/of vertegenwoordigers (zoals ouders) gewenste behandeling, bijv. wanneer het gaat om de terminale zorgverlening.¹⁰ In de curatieve zorg echter is het voor de patiënt en zijn omgeving in de praktijk niet altijd mogelijk een keus te maken voor een behandeling in een instelling waarvan de identiteit aansluit bij de behoefte van de patiënt zelf.

In de eerste plaats kan in veel gevallen kan een behandeling *alleen* plaatsvinden in een gespecialiseerd centrum, zoals een academisch ziekenhuis. Wie ziekte X heeft kan in Nederland dan alleen terecht bij dokter Y in een ziekehuis te Z. De mogelijkheden van gehandicapte mensen om te kiezen voor woonvoorzieningen die aansluiten bij de eigen levensbeschouwing zijn eveneens beperkt.

In de tweede plaats zal de keus beperkt zijn door reisafstanden en onbekendheid met de mogelijkheden. In de derde plaats heeft een huisarts veelal een doorslaggevende stem bij de verwijzing. Door de emoties, de onverwachte verwijzing of de onbekendheid met de ziekenhuisorganisatie, wordt bij de verwijzing door de patiënt en/of zijn omgeving vrijwel uitsluitend gevraagd naar de kwaliteit in medisch-technische zin. Pas later komen andere vragen op, maar dan is doorgaans reeds een nieuwe barrière gegroeid, namelijk de angst om de zorgverleners voor het hoofd te stoten bij het uiten van de wens om te verhuizen naar een andere instelling en zelfs bij het verzoeken om een 'second opinion'. Het valt dan veel moeilijker om onbevangen en vrijblijvend een reactie te geven.¹¹

Vanuit patiëntenperspectief wordt het van groot belang geacht, om niet alleen aandacht te hebben voor een verantwoorde keus van een arts of instelling waarin de patiënt vertrouwen stelt. Ook dient de patiënt te worden bijgestaan met standaard-informatie en brochures, bij opname elders. Hierin dient opgenomen te worden welke afspraken worden gemaakt, waarom, met wie en hoe ze vastgelegd dienen te worden.

De patiënt en de eventuele vertegenwoordigers kunnen regelmatig worden geconfronteerd met zorgverleners die voor de christelijke levensbeschouwing van de patiënt en de nadruk hierin op de relationele verbanden rondom de patiënt weinig begrip hebben. In een groot academisch ziekenhuis in ons land wordt op de kinderafdeling openlijk aangegeven, dat de artsen eerst belang hebben bij de mening van het kind zelf. Zo worden ook bij heel jonge kinderen de ouders soms genegeerd, zelfs wanneer zij aanwezig zijn en wordt bijv. afgeweken van gemaakte afspraken op momenten wanneer de ouders of verzorgers

van jonge patiënten niet aanwezig zijn.¹²

De ruimte die verpleegkundigen hebben voor het uitdragen van een eigen zorgvisie kan nadrukkelijk worden beperkt door het gehanteerde zorg-concept en de handelwijze van de collega's. Toch blijft de individuele relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt met diens omgeving, zoals de ouders, gezinsleden en goede kennissen van de patiënt van wezenlijk belang (hfdst. III, par. 5.2). Voorwaarde is, dat deze individuele relatie niet wordt beknot door voorschriften en door protocollen, die kunnen leiden tot het inperken van het geven van informatie, het aanhoren van ervaringen, of zelfs het 'verplicht' registreren en doorgeven van verhalen van de patiënt aan andere zorgverleners. De zorg voor de patiënt moet verder reiken dan een 'kookboek'-behandeling, gezien de nood van de patiënt (hfdst. I, par. 3).

7. De patiënt als consument

Van de kant van de zorgverleners wordt regelmatig met enige bezorgdheid gesproken over de houding van patiënten en vertegenwoordigende organisaties. Het inzien van dossiers, het in rechte aanspreken van falende behandelaars, het deponeren van klachten bij tuchtcolleges en klachtencommissies, alsmede het kenschetsen van de patiënt als een consument van zorg, waarbij de klant koning dient te zijn, leidt volgens hen tot onwerkbaar situaties. De voornaamste voorwaarde, namelijk het hebben van vertrouwen in de behandelaar, wordt daarmee immers miskend. Met name door de christelijke organisaties wordt enerzijds aandacht gevraagd voor de eigen identiteit van de instelling en ook van de patiënt, maar anderzijds ook het standpunt ingenomen, dat de geëmancipeerde, mondige en autonome mens meer vertrouwen zal moeten hebben in relatie met de zorgverleners.

De vraag mag hier echter tenminste gesteld worden, of van de kant van de zorgverleners wordt begrepen, waar hier de kern van het probleem ligt. Vertrouwen kan niet worden geëist. Wanneer de patiënt *moet* vertrouwen, mag gevraagd worden of de zorgverlener vertrouwd *kan worden*. Ook al is de kritiek volledig terecht, dan nog zijn veel patiënten en hun gezinsleden bereid het nodige te accepteren, omdat anders de verhouding met de zorgverlener onder spanning kan komen te staan - bijv. uit vrees voor een slechtere behandeling. In de praktijk komen nog wel eens talrijke frustraties boven, wanneer de relatie met de medisch specialist is verbroken. Het meest duidelijke beeld hieromtrent ontstaat bij het doorlezen van ervaringen van ouders van een overleden kind.¹³ Nog steeds worden patiënten niet voldoende geïnformeerd. Nog steeds wordt niet iedere patiënt standaard de weg gewezen naar de plaats waar informatie verkrijgbaar is. Het hanteren van 'geheimtaal' door zorgverleners, het belemmeren van vrije informatie en het verwaarlozen van het contact met de patiënt,¹⁴ leidt onvermijdelijk tot een verdere juridisering van de verhouding tussen patiënt en zorgverlener.

Het is opvallend, dat de kloof die kan groeien tussen patiënt en behandelaar door de verpleging kan worden verkleind. Tegelijk is het opvallend, dat weinig zorgverleners (i.c. medici) dat onderkennen of daarvan gebruik maken. De unieke dagelijkse relatie tussen patiënt en verpleegkundige wordt niet altijd gezien door medici, wanneer deze zichzelf als het middelpunt van de instelling zien. Hier kan sprake zijn van verabsolutering van het

medisch-technische model. Dat is temeer gevaarlijk, daar de medische deskundigen als regel meer zeggenschap (macht) hebben binnen de instellingen dan andere hulpverleners (vgl. hfdst. III, par. 5.4).

Het bestuderen van de bij klacht- en tuchtcolleges gedeponeerde klachten geeft inzage in een topje van de ijsberg. Ervaringsverhalen van patiënten en hun naasten zijn beschikbaar, maar worden vaak ingekaderd in psycho-sociale beschouwingen, die niet gericht zijn op het serieus nemen van situaties en personen. Zo wordt een serieuze vraag soms verstaan als 'informatie-zoekgedrag' en wordt de vraag om een gesprek geïnterpreteerd als een 'beheersings-strategie' van de patiënt. Binnen deze kaders is geen communicatie van mens tot mens meer mogelijk.

De geneeskunst is een menselijke activiteit en elke menselijke activiteit die niet van buitenaf kan worden aangesproken loopt het gevaar aan normvervaging te gaan lijden. De geneeskunst of medische praktijk is daarvan niet gevrijwaard.¹⁵

8. Verwachtingen die de patiënt heeft

In onze samenleving wordt gezondheid veelal als 'normaal' beschouwd. De schok is dan ook groot, wanneer sprake is van ziekte, ongeval en handicaps. Dit geldt ook voor christenen. In christelijke kring bestaat veel aandacht voor alternatieve behandelingen, wanneer de reguliere geneeskunde geen mogelijkheden meer biedt. Hulpverleners reageren wel eens kritisch op de angst en wanhoop van christenen. Waar is nu de steun van het geloof? Zo wordt ook kritisch gereageerd op het standpunt van christenen, dat euthanasie of levensbeëindiging niet toelaatbaar is. Is de hang naar het leven zo groot?

Een christen heeft wel degelijk banden met het aardse leven (vgl. bijv. hfdst. I, par. 5.2). Het is te eenvoudig om als troost te verwijzen naar het leven na de dood. G.C. van Niftrik heeft over deze verhouding gezegd: "Het is met de dood niet uit, maar het gaat ook niet door".¹⁶ Je hoeft niet eerst een theologisch antwoord te hebben op het probleem van het kwaad, voordat je kunt gaan troosten. Een theoretische doordenking kan ons helpen troosten, doordat we in ieder geval niet meer de verkeerde dingen zeggen. Dit was ook de kritiek van God op de antwoorden van de vrienden van Job. Je mag klagen tegen God over het kwaad. Dat deed Job ook en God vond dat goed. Een mens mag zijn klachten bij God brengen. Maar wanneer je een schuldige wilt aanwijzen ben je bij God aan het verkeerde adres. Dat was ook de ontdekking van Job.¹⁷

Het vraagt veel aandacht én levenswijsheid van zorgverleners om in dit proces, tussen geloof en ongeloof, tussen hoop en wanhoop een patiënt te begrijpen en te begeleiden. Voor niet-christenen is het daarbij ook niet eenvoudig om het christendom te verstaan, daar het christendom - waar het gaat om de beleving van gezondheid en ziekte - op vele punten verdeeld is. De hoop op Gods vrede in Christus wordt soms ook door andere christenen wel genoemd: 'Met een kluitje in het riet sturen'.¹⁸

Wanneer de patiënt niet zelf kan of mag beslissen over de behandeling, door ernstige ziekte, coma, of jeugdige leeftijd, kan het tot een uitbarsting komen op grond van verschillen in levensvisie. Zo gaan ouders van kinderen als regel zeer ver in het toestaan van behandelingen. De ziekte en een mogelijk verlies van een kind staan in een zo schrille tegenstelling tot het verzorgen en opvoeden van kinderen, dat acceptatie vaak erg moeilijk

is. Het komt regelmatig voor, dat bijv. ouders van kinderen vergaand aandringen op experimentele behandelingen voor hun kind, wanneer reguliere mogelijkheden zijn uitgeput.¹⁹ In de praktijk ontkomen ook christenen er bij een afweging van behandelingen niet aan te kiezen tussen ingrijpen (met als gevolg een mogelijke levensverlenging) en de bijdrage hiervan aan de kwaliteit van het leven.

Wanneer de patiënt gericht is op zichzelf, op de eigen gezondheidstoestand, kan het levensdoel uit het oog worden verloren: dat blijft, onafhankelijk van de lichamelijke toestand, te leven tot Gods eer: 'ad maioram gloriam Deo' (zie hfdst. I, par. 5.1).

9. Appèl op de verantwoordelijkheid

Met alle begrip voor de positie van de patiënt, hoeft deze door familie, verpleegkundigen en andere betrokkenen toch niet in alles te worden ontzien. Een houding die gekenschetst wordt door openheid, eerlijkheid en duidelijkheid brengt eerder mee, dat ook de patiënt gewezen moet en kan worden op zijn verantwoordelijkheden (vgl. hfdst. I, par. 7). Onvoldoende voorlichting, ook wanneer deze voorlichting confronterend zou zijn, kan bij het overlijden van een patiënt leiden tot onverwerkt verdriet en agressie bij de nabestaanden.²⁰ Een christelijke levenshouding brengt mee, dat een christen zich blijft inspannen voor zijn omgeving, ook wanneer de eigen omstandigheden als patiënt minder dan ideaal zijn. Door de zorgverleners mag een patiënt daarop worden aangesproken. Dat kan gevolgen hebben voor de wijze van omgaan met elkaar, de inspanningen van alle partijen, de sfeer en de uitstraling. Confrontaties en meningsverschillen hoeven niet te worden doorgeschoven naar de psycho-sociale dienstverleners.

Familie van patiënten, ouders van kinderen blijven een verantwoordelijkheid houden voor de patiënt, ook al wordt de patiënt verzorgd in een instelling. Familie en ouders hebben er soms de grootste moeite mee, wanneer deze verantwoordelijkheid niet wordt onderkend, of niet daadwerkelijk mag worden ingevuld.²¹ Ouders kunnen zich schuldig voelen, wanneer hun jonge kind in een inrichting wordt geplaatst. Kinderen voelen zich schuldig, wanneer ze de verzorging van hun bejaarde ouders niet langer op zich kunnen nemen. De patiënt kan zich schuldig voelen, wanneer hij of zij voor 'het minste of geringste' de verpleegkundigen moet lastig vallen. De overheid gebruikt, helaas, met name budgettaire argumenten om aan te geven dat betrokkenheid van familie van wezenlijke betekenis is: "Wij hechten hieraan grote waarde want de betrokkenheid van de familie werkt ten opzichte van patiënten/cliënten preventief en voorkomt (her)opnames".²² Los van het budgettaire element kan dit overheidsbeleid van echter van grote betekenis zijn voor de patiënt.

De patiënt en zijn vertegenwoordigers (ook wanneer er sprake is van handelingsonbekwaamheid van de patiënt) blijven een eigen verantwoordelijkheid houden. Vanuit christelijk perspectief is het ondenkbaar dat mensen hun verantwoordelijkheden zomaar overdragen aan derden (zie hfdst. I, par. 5.1). Zo heeft de christelijke patiënt en zijn vertegenwoordigers in de eerste plaats een inspanningsverplichting om te komen tot een goede en verantwoordelijke behandeling, in een omgeving waar aandacht is voor christelijke waarden en normen. In de tweede plaats is eigen inzet nodig. Pas wanneer dat zelf niet meer kan worden opgebracht: lichamenlijk, financieel, materieel, of de patiënt is

aangewezen op een zekere zelfstandigheid gelet op de eigen leeftijd of de leeftijd van de verzorgers binnen de familiekring, moet een beroep worden gedaan op externe verzorging en behandeling. In de derde plaats betekent een opname in een instelling voor gezondheidszorg hooguit een delegatie van verantwoordelijkheden aan derden, dat wil zeggen professionele zorgverleners. Voor het delegeren zelf behouden de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger(s) de verantwoordelijkheid. Daar hoort de inspanning bij, om uiteindelijk op belangrijke onderdelen goed geïnformeerd te blijven en zelf besluiten te kunnen nemen over de behandeling die wordt voorgesteld. Voorwaarde daarvoor zijn betrokkenheid en regelmatige aanwezigheid. Van zorgverleners mag verwacht worden, dat zij de patiënt en zijn of haar vertegenwoordigers wijzen op deze verantwoordelijkheden, maar ook begeleiden. Zorgverleners kunnen zich dus niet beperken tot het afschermen van (veronderstelde) verantwoordelijkheden door zich achter behandelingsprotocollen en schriftelijke verklaringen te verschuilen. Deze openheid en bereidheid zich te verantwoorden jegens patiënten en/of familieleden laat onverlet dat de zorgverleners voor de zorg die zij verlenen ook een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben, waarin zij deskundig zijn.

10. Realisme in de zorgverlening

Wanneer over zorgverlening wordt gesproken vanuit een christelijke optiek, dienen geen pretenties te worden gevoerd die uitstijgen boven de reële mogelijkheden. Christelijke instellingen hebben geen betere budgettaire mogelijkheden dan andere, terwijl christenen in openbare instellingen ook te maken hebben met werkdruk en organisatorische en juridische kaders.

Patiënten ervaren het echter in veel gevallen als bevrijdend, wanneer er een zekere openheid en ruimte is voor het uitwisselen van persoonlijke ervaringen en gezichtspunten. Wanneer achter en in het uniform een mens wordt ontdekt met eigen ideeën en capaciteiten, met eigen boosheid en vreugde, met eigen levenswijsheid, kan er een vertrouwensband groeien, ook tussen gelovige zorgverleners en niet-christelijke patiënten en vice versa.

De patiënt is er bij gebaat, dat de verpleegkunde als zelfstandige discipline ook een eigen verantwoordelijkheid in de richting van de patiënt kan en mag waarmaken (zie hfdst. III, par. 4.4). Niet binnen iedere instelling heeft dat nog voldoende vorm gekregen. Daarbij is, nogmaals, een vast aanspreekpunt voor de patiënt van belang.

Christelijke zorgverlening kan ook inhouden, dat juist niet wordt gestreefd naar meer techniek en meer luxe. Het is van belang om aan te geven, dat de kwaliteit van de christelijke zorgverlening niet altijd in guldens is te vertalen.

11. Gasten en bewoners

Er is een grote verscheidenheid aan patiënten. Oude mensen en jonge kinderen. Chronisch zieken en jonge mensen met een sportblessure. Geestelijke gehandicapten en patiënten in comateuze toestand. Zij verkeren soms in situaties die niet of nauwelijks met elkaar

vergeleken kunnen worden. Wel zullen zorgverleners binnen een gezondheidszorginstelling zich in alle gevallen moeten afvragen, of het besef nog aanwezig is, dat iedere patiënt eerst schepsel van God is en pas daarna cliënt, een geval, of... Is de bereidheid aanwezig om alle patiënten met respect tegemoet te treden en te zien als gasten? Weet men bijv. wat het betekent, wanneer ouders hun kind of kinderen hun ouders toevertrouwen aan het ziekenhuis?

Een andere situatie kan ontstaan, wanneer er sprake is van een meer langdurig verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis. Op dat moment dienen de zorgverleners, zowel de geneeskundigen als de verpleegkundigen, zich af te vragen, of zij niet zelf te gast zijn. Welke rechten heeft de bewoner; dat betekent: welk respect heb ik voor een kwetsbaar mens? Wordt er binnen gelopen zonder eerst op de deur te kloppen? Wordt een patiënte aangesproken als 'moedertje'? Hoe lang moet iemand in nood wachten op hulp? Een schrijnende indruk van de problematiek, hoe oudere mensen verzorging en behandeling ervaren krijgt men in het boekje *Als je goed luistert, hoor je ze huilen*.²³ Horen is niet voldoende en een voorwaarde voor luisteren is, dat het hart ervoor open staat. J.B. Brantschen zegt het zo: "De mens die lijdt heeft onze betweterij niet nodig, maar wel de fantasie en de bescheidenheid van ons hart".²⁴

12. Besluit

Alle patiënten zijn kwetsbare mensen, maar ook kostbare mensen. Achter de strijd om bevoegdheden van verpleegkundigen en artsen, de strijd om een hoger budget voor de instellingen, de kwaliteit van de zorg, om de grenzen van de mogelijkheden, zal een christen verder kunnen zien dan het 'hier en nu'. Dat relativeert de tijd tussen schepping en herschepping. Deze beperkte 'tussen'-periode vormt het kader van de zorgverlening, maar ziet deze tevens in eeuwigheidsperspectief. Dit onderstreept de waarde van de mens, maar betekent tegelijkertijd een zekere relativering van de gezondheid.

Noten

- 1.G. Hendriks, Chronisch Ziekenbeleid, *Nieuwsbrief 2000* 20 (1991) juni.
- 2.J.H. van den Berg, *Het Ziekbed. Een hoofdstuk uit de medische psychologie*, 30e druk, Nijkerk: Callenbach, 1952.
- 3.In toenemende mate wordt het perspectief van chronisch zieke mensen verslechterd, door medische keuringen, bonus/malus-regelingen bij de WAO, algemene werkloosheid enz. Juist overheidsinstanties keuren standaard gezonde jonge mensen af, wanneer er enig risico zou kunnen zijn; zo volgt bijv. afkeuring bij politie en leger voor gezonde jongens die op zeer jonge leeftijd leukemie hebben gehad enz.
- 4.Notities van ds. M. v.d. Linde te Lage Vuursche.
- 5.Zie noot 3.
- 6.A.H. van Veluw, *God en de zinloosheid van het kwaad*, Nijkerk: Intro, 1991.
- 7.Zie onder meer H.S. Kushner, *Als 't kwaad goede mensen treft*, Baarn: Ten Have, 1983; en ds. Y. Voorhaar, *Meisje, sta op!*, Baarn: Ten Have, 1990.
- 8.'Zelfzorg en autonomie', in *Jaarverslag 1991/1992* van de NCCZ, Utrecht.
- 9.Ook kon het gebeuren dat leidende artsen als prof.dr. P.A. Voûte openlijk zeggen, dat buiten toestemming van de ouders op verzoek van zeer jonge kinderen een 'euthanasie-pil' kan worden verstrekt.

-
10. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en Management Adviesbureau Gezondheidszorg Antenor bv, *Kwaliteitstoetsing van terminale zorgverlening, vanuit het perspectief van de NPV*, Veenendaal: Nederlandse Patiënten Vereniging, 1993.
 11. Zie onder meer D. Post (red.), *Als ik alles had geweten...*, Delft: Meinema, 1988; H. van Aalderen e.a., *Hebben patiënten wat te zeggen?*, Delft: Meinema, 1985. Beide reeks Ter Sprake.
 12. N. Warnars-Kleverlaan en C. Molenkamp, *Mam, wordt het ooit nog eens als vroeger?*, Utrecht/Antwerpen: Kosmos-Z&K Uitgevers, 1993.
 13. Relatief veel ouders die een kind verliezen schrijven een boek waarin zij hun ervaringen weergeven. Deze boeken hebben een functie in het verwerkingsproces, maar zijn ook een soort herinnering, of zelfs monument aan of voor het overleden kind. In deze boeken, waarvan er de afgelopen 10 jaar meer dan 100 zijn verschenen, wordt met ontvullende openhartigheid verslag gedaan van de ervaringen.
 14. H.B. van Aller (red.), *Schadevergoeding na medische fout*, Lelystad: Koninklijke Vermande, 1989.
 15. H. Berkhout, *Van patiënt tot klant*, Haarlem: De Toorts, 1991.
 16. G.C. van Niftrik, *Waar zijn onze doden*, Den Haag: J.N. Voorhoeve, z.j.
 17. Zie noot 6, p. 127-128.
 18. R. Groen, *Rouw en geloof*, 's-Gravenhage: Boekencentrum, 1990.
 19. 'Medische experimenten', in *Attent 7*, nr 2., blad van de Vereniging 'Ouders, Kinderen en Kanker'.
 20. Uit verschillende ervaringsverhalen van nabestaanden blijkt, dat bij onverwerkt verdriet, de 'schuldvraag' voor allerlei fouten in behandeling en verzorging als uitweg wordt gesteld. Deze 'schuldvraag' wordt nagenoeg nooit op het eigen functioneren betrokken en kan na verloop van jaren verworden tot een traumatische ervaring.
 21. In allerlei boeken geven nabestaanden aan, dat het 'brengen naar' bijv. het ziekenhuis wordt ervaren als het afstaan van het familielid aan derden en, met name bij ouders van kleine kinderen, als het 'in de steek laten van het kind'. Zie M.J. de Koog, *Leven, als je kind moet sterven*, Kampen: J.H. Kok, 1989.
 22. 'Familieliden en partners', in *Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector*, nota aangeboden aan de Tweede Kamer door de staatssecretaris van WVC op 14 juli 1992.
 23. M. Duijnstee, *Als je goed luistert hoor je ze huilen; geschreven portretten van verpleeghuisbewoners*, Nijkerk: Intro, 1984.
 24. J.B. Brantschen, *Laat God ons lijden?*, Boxtel/Brugge: Woord en Wereld, 1986.

Hoofdstuk III

Christelijk geloof en verpleegkundige zorg

plus bijlage

Evaluatie van verpleegkundige theorieën

HOOFDSTUK III: Christelijk geloof en verpleegkundige zorg

Samenvatting

De vraag naar een christelijke visie op verpleegkunde heeft met name betrekking op de manier waarop verpleegkundigen hun christelijk geloof en hun verpleegkundige zorg kunnen integreren. Uitgegaan wordt van de overtuiging dat het geloof het leven van een christen niet alleen motiveert, maar eveneens dient te normeren en te reguleren, ook in zijn zorgverlening.

Vanuit deze overtuiging komt de vraag op welke geloofsovertuigingen relevant kunnen zijn en welke aangrijpingspunten in de zorgverlening door die geloofsovertuigingen gereguleerd kunnen worden. Men kan daarbij zowel proberen te expliciteren welke levensbeschouwelijke keuzen reeds ten grondslag liggen aan de bestaande vormen van zorgverlening, als proberen te vertalen wat levensbeschouwelijke overtuigingen impliceren voor het handelen in de praktijk. Idealiter zal de verpleegkundige een dergelijke afweging maken alvorens zij overgaat tot verpleegkundig handelen.

Men kan in dit verband onderscheiden tussen verschillende soorten overtuigingen, zoals de overtuigingen over de praktische feiten, antropologische overtuigingen en levensbeschouwelijke overtuigingen. Overtuigingen kunnen hierbij ook op verschillende wijzen functioneren in de zorgverlening. Van belang is hier hun regulerende functie.

Bij dit laatste is de vraag welke geloofsovertuigingen in de verpleegkunde een regulerende functie kunnen hebben. Met name het bijbelse beeld van de mens waarover gesproken wordt in hfdst. I is van belang. Tevens moet rekenschap gegeven worden van de betekenis van wetenschappelijke kennis voor verpleegkundige zorg en over de aard van de verantwoordelijkheid die het professionele karakter van de verpleegkundige zorg meebrengt. Wetenschap en professionalisering kunnen van belang zijn voor de verpleegkundige zorg, maar moeten ten doel hebben verpleegkundigen beter in staat te stellen voor patiënten te zorgen. Positieve verbetering en statusverhoging op zich dragen niet bij aan een kwalitatief waardevolle zorgverlening.

Op welke 'aangrijpingspunten' in de zorgverlening kunnen geloofsovertuigingen een regulerende werking hebben? Terreinen van de verpleegkunde waarop levensbeschouwelijke overtuigingen van invloed zijn betreffen de zorg voor het levensbeschouwelijk functioneren van de patiënt en de ethische grenzen van de zorgverlening. Dat de invloed van geloof op zorg veel verder kan strekken dan alleen deze gebieden wordt duidelijk wanneer we zien dat de professionaliteitsgedachte in de verpleegkunde slechts één bepaalde selectie van regulerende overtuigingen is en dat levensbeschouwing evengoed een regulerende werking kan hebben in de zorg. Zo is de levensbeschouwing van de verpleegkundige ook van belang voor de manier waarop zij verpleegkundige relaties met een patiënt aangaat, de manier waarop zij een samenwerkingsrelatie met andere gezondheidszorgwerkers onderhoudt, en de manier waarop zij schaarse middelen, materialen en menskracht hanteert.

Christelijke zorg is zorg die christelijk verantwoord kan worden. Dit betekent geen streven naar een onderscheiden soort zorg, maar naar een zorg die trouw is aan wat de christen behoort te geloven.

1. Inleiding

1.1 Doel en opzet

In zijn bekende overzicht van Nederlandse verpleegvisies, *De delta van de nederlandse verpleging*, stelt Harry van der Bruggen de vraag: "Bestaan ze, verpleegkundigen [...] met fundamentalistisch-christelijke opvattingen omtrent mens en maatschappij, die vanuit die stellingname verpleegkundige visies ontwikkelen?"¹ Afgezien van de vraag of de uitdrukking 'fundamentalistisch-christelijk' nu zo gelukkig is, stelt Van der Bruggen hier terecht een gemis vast. Het is de bedoeling in dit hoofdstuk vanuit christelijke opvattingen (omtrent de mens) op de verpleegkundige zorgverlening in te gaan - althans, in grote trekken. Door een aanzet tot christelijk denken over de verpleging 'op de kaart te plaatsen', willen we net als andere stromingen in 'de delta van de nederlandse verpleging' bijdragen aan de professionele verpleegkundige zorgverlening.

Teneinde dat te doen zal de verhouding tussen christelijk geloof en verpleegkundige zorg aan de orde komen, waarbij vooral gelet wordt op de regulerende of normatieve functie van dit geloof (par. 2 en 3; zie hfdst. I over de eigen aard en structuren van zorgverlening). Om deze regulerende functie te verduidelijken worden vervolgens enkele christelijke overtuigingen ter sprake gebracht die regulerend zouden kunnen werken in de verpleegkundige zorgverlening (par. 4). Voorts wordt ingegaan op de verpleegkundige zorg zelf en enkele aangrijpingspunten waarop de bedoelde regulerende overtuigingen invloed kunnen uitoefenen (par. 5).

1.2 Probleemstelling

In de nederlandse taal verscheen eerder verpleegkundige literatuur op het terrein van ons onderwerp. Veel literatuur behandelt slechts een deelaspect hiervan, bijv. op het gebied van de pastorale aspecten van verpleegkundige zorg (d.w.z. verpleegkundige aandacht voor het levensbeschouwelijke functioneren van de patiënt). Maar een meer systematische behandeling komt men toch niet veel tegen. Wellicht doen we mw. J.A. van den Brink-Tjebbes geen onrecht als we haar *Verpleging naar de maat* beschouwen als een systematische verhandeling over het verband tussen levensbeschouwing en verpleegkundige zorg. Ook is M.A.M. Pijnenburgs artikel 'Levensbeschouwing en verpleegkundige zorg' te vermelden.² Daarbuiten bestaat echter niet zoveel systematische aandacht voor het onderhavige onderwerp. Laten we dan ook eerst proberen dit onderwerp wat beter in beeld te krijgen.

Wanneer we vragen naar een christelijke visie op verpleegkunde, dan vragen we met name naar de integratie van christelijk geloof en verpleegkundige zorg. Of, beter, het gaat om personen die zowel verpleegkundige als christen zijn en zich afvragen hoe hun geloof zich verhoudt tot hun beroepsuitoefening. Iemand die zowel verpleegkundige als christen is, heeft immers enerzijds opvattingen over wat het is een goed verpleegkundige te zijn, m.a.w. over de opvattingen en activiteiten die daar al dan niet bij passen. Anderzijds heeft zij ook opvattingen over wat het is een goed christen te zijn, m.a.w. over de opvattingen en activiteiten die daarbij al dan niet passen. Wanneer zij in haar leven naar eenheid (integriteit, samenhang) of alleen al naar zelfinzicht streeft, ontkomt zij er niet aan zichzelf de vraag te stellen, hoe beide soorten opvattingen en activiteiten zich tot elkaar verhouden. Deze vraag zal hieronder aan de orde zijn.³

Het is een diep in de christelijke traditie gewortelde overtuiging, dat het *gehele* geloof (hier opgevat als de overtuigingen die er de inhoud van vormen) een normerende of 'regulerende' functie heeft met betrekking tot het leven van de mens. De stelling die in het onderstaande uitgewerkt wordt luidt dienovereenkomstig als volgt. De christen-verpleegkundige behoort de keuzes en handelingen met betrekking tot haar zorgverlening te laten reguleren door de overtuigingen die haar leven behoren te reguleren, d.w.z. de overtuigingen die tot haar christelijke geloof behoren.⁴

Teneinde deze gedachten verder te kunnen uitwerken, moeten we een verantwoording geven van de 'afwegingsrelatie' tussen geloofsovertuigingen en zorgverlening (par. 2), van enkele geloofsovertuigingen en hun regulerende werking (par. 3), en van de zorgverlening en de 'aangrijpingspunten' voor regulerende overtuigingen daarin (par. 4).⁵ In de aangegeven paragrafen zal op elk van deze zaken nader worden ingegaan.

2. De relatie tussen geloof en zorg: een kwestie van afwegen

2.1 Twee richtingen: expliciteren en impliceren

Men kan de verpleegkundige praktijk opvatten als een geheel van keuzen uit verschillende zorgmogelijkheden. Elke verpleegkundige moet steeds weer keuzes maken uit deze mogelijkheden. Deze worden gemaakt op basis van waarden, normatieve oriëntaties, c.q. regulerende overtuigingen over de soort mogelijkheden die acceptabel zijn. Maar wanneer zij de bestaande praktijk van de verpleegkunde binnentreedt, zijn daarin ook altijd reeds eerdere keuzes vervat. Vandaar dat men het afwegen van opties in de zorg als het ware vanuit twee 'richtingen' kan benaderen: het expliciteren van de aanwezige geloofskeuzes in de zorgpraktijk (van zorg naar geloof) en het maken van keuzes in de zorgpraktijk op grond van het geloof (van geloof naar zorg). Wanneer men de gemeenschappelijke grond van de zorg die men met gelijken en andersdenkenden tezamen verleent als het ware als het midden denkt en de levensbeschouwing als een omvattende sfeer, dan zou men kunnen zeggen dat deze richtingen resp. van binnen naar buiten en van buiten naar binnen kijken.⁶

Men kan dus beginnen bij de zorg en de reflectie daarop, d.w.z. bij de verpleegproblemen en verpleegkundige handelingen, of bij verpleegkundige methoden, theorieën, begrippen e.d. en proberen te *expliciteren* welke elementen daarin reeds aan de hand van levensbeschouwelijke overtuigingen geaccepteerd of verworpen werden en bezien of deze elementen van de zorg te verenigen zijn met het geloof waarvan men uitgaat. Zo zou het kunnen zijn dat de keuze voor een bepaalde handeling sterk gebaseerd is op overwegingen over het nut van verpleegkundige handelingen of de kwaliteit van het leven van patiënten. Het zou kunnen zijn dat de keuze voor een bepaalde benaderingswijze sterk de nadruk legt op de autonomie en zelfredzaamheid van de individuele patiënt. Of misschien zijn de handelingen juist gebaseerd op overwegingen aangaande de bezorgdheid en het lijden, de existentiële en geestelijke dimensie van het ziekzijn (zie par. 5).

Ten tweede kan men proberen na te gaan welke geloofsovertuigingen relevant zijn en welke relevantie die geloofsovertuigingen hebben voor het verpleegkundig handelen. Men probeert dan naar de zorg toe te 'vertalen' wat deze overtuigingen *impliceren* voor het handelen in de praktijk. Zo kan men zich afvragen wat het voor de directe patiëntenzorg betekent een volgeling van Christus te zijn, wat het voor het verzorgen van terminale patiënten betekent in God als Schepper van het leven te geloven, wat het voor bepaalde handelingen betekent te geloven in de vrede die God voor Zijn schepselen bestemd heeft.⁷ Dit vraagt van christen-verpleegkundigen een levend geloof en verbeeldingskracht om de relevantie ervan voor de praktijk in te zien. Daaraan zou zowel de werk-, geloofs- als opleidingsgemeenschap van de verpleegkundige kunnen bijdragen.⁸

2.2 Enkele opmerkingen over het afwegen

(I) De vraag welke overtuigingen in welke situaties een bepaalde soort handelingen aanvaardbaar maken, zal zich veelal niet op één algemene wijze laten beantwoorden, maar grotendeels situatiegebonden zijn. In het ene geval is sondevoeding een routine, in het andere een geweldpleging.⁹ Het kan van patiënt tot patiënt, of van tijdstip tot tijdstip verschillen of een bepaald soort

handelingen verenigd kan worden met uiteindelijk levensbeschouwelijk bepaalde overtuigingen. Voorts kunnen geloofsovertuigingen in hun regulerende functie meerdere alternatieve handelingsopties openlaten. Dat betekent, dat verpleegkundigen zich moeten bezinnen op hun regulerende overtuigingen, handelingen en op hun situatie. Zij moeten *afwegen* welke soorten handelingen zij zullen verrichten en welke niet, op grond van de vraag welke soorten handelingen zich wel en niet met hun levensbeschouwelijke overtuigingen laten verenigen.

Er zijn verpleegkundige handelingen waarop geloofsovertuigingen geen betrekking hebben of met betrekking waartoe zij, indien meerdere alternatieven toelaatbaar zijn, op zichzelf geen doorslaggevende reden zijn voor een keuze. Of het ijsen en föhnen een betere methode is tegen decubitus dan het toepassen van wisselgitting kan niet bepaald worden op grond van één of andere christelijke overtuiging. Ook christen-verpleegkundigen zullen daarom voortdurend een beroep moeten doen op andere bronnen van inzicht, zoals praktijkervaring en wetenschappelijk onderzoek. Verder heeft de christen-verpleegkundige doorgaans tal van geloofsovertuigingen die geen relevantie hebben voor de verpleegkundige praktijk. Zo zullen bepaalde overtuigingen over de vraag, of de betekenis van het Heilig Avondmaal al dan niet opgevat moet worden volgens de transsubstantiatieleer, nauwelijks of geen invloed hebben op verpleegkundige handelingen.

(II) De vraag doet zich voor, *wanneer* verpleegkundigen zich hiermee zouden moeten bezighouden. J.A. Shelly merkt t.a.v. het nemen van ethische beslissingen op, dat de verpleegkundige zich *vooraf* moet voorbereiden op het handelen en zich daarom dan bewust moet maken van de eigen overtuigingen en keuzes.¹⁰ Het moment in de verpleegkundige praxis waarop dit zou moeten gebeuren (gebeurt), lijkt dan ook vooral de *diagnostische en planningsfase* in het verpleegkundig proces. Hierin vraagt de verpleegkundige zich immers af, wat er aan de hand is, wat er ontbreekt, wat wel en wat niet te doen, welke doelen te stellen en welke niet, wat belangrijk is en wat niet. Natuurlijk, regulerende overtuigingen (al of niet christelijke) zijn ook van invloed op het verzamelen en duiden van gegevens, alsmede op het uitvoeren en evalueren van handelingen. Maar het is vooral in het vaststellen van het verpleegprobleem, als de verpleegkundige bepaalt wat er moet gebeuren, wanneer, door wie, hoe en waarom het moet gebeuren, dat zij zich afvraagt of bepaalde handelingsopties zich verdragen met de overtuigingen waaraan die handelingen geacht worden te voldoen.

Herkenbare situaties waarin de bedoelde afwegingen gemaakt moeten worden zijn situaties van schaarste: tekort aan personeel, tekort aan tijd, tekort aan materiaal, tekort aan geld, e.d.. Wellicht moeten we ook noemen een tekort aan kritische en verpleegkundige vaardigheden op het eerste deskundigheidsniveau (een taak voor het gezondheidzorgonderwijs.¹¹ In het stellen van *prioriteiten* wordt duidelijk welke soorten doelen en handelingen voor verpleegkundigen op een gegeven moment het belangrijkste zijn. Handelen zij volgens aloude gewoonten en regels (bijv. routine-controles)? Welke patiënten helpen zij eerst? Welke patiënten geven zij de meeste aandacht? Durven zij eigen beslissingen te nemen om toch op tijd klaar te zijn? In het bepalen van de relatieve waarden van bepaalde handelingen blijkt wat verpleegkundigen belangrijk vinden en nastreven. Wellicht is dit een vruchtbare ingang om het afwegen van geloof en zorg onder hen aan de orde te stellen (zie daarover par. 5).¹²

Het is in dit verband opmerkelijk, dat veel inleidende verpleegkundige literatuur weinig aandacht besteedt aan de planningsfase van het verpleegkundig proces en de regulerende overtuigingen daarin, laat staan dat daarin verbindingen worden gelegd naar de levensbeschouwelijke overtuigingen van de verpleegkundige.¹³ De visies van mw. Van den Brink-Tjebbes en Integreerend Verpleegkunde zijn in dit opzicht een uitzondering. In recente vakliteratuur bestaat wel aandacht voor verpleegkundige besluitvorming, maar hierbij gaat de aandacht toch meestentijds uit naar de procedure en de resultaten van besluitvorming en niet

zozeer naar de overtuigingen die in het besluitvormingsproces worden ingebracht.¹⁴ De doelen van het verplegen die dan als voorbeeld worden aangehaald worden meestal als vanzelfsprekend beschouwd. Ook lijkt dit in de praktijk het geval. Verpleegkundigen besteden in de praktijk weinig tijd aan het afwegen van de verschillende doelen die zij met het verplegen hebben en de daarbij behorende handelingen.¹⁵ Er kan dan bijv. één of ander niet-verpleegkundig, of geheel ongewenst doel regulerend optreden, of men handelt naar een slechte gewoonte, of omdat men het nu eenmaal zo geleerd heeft. Verpleegkundigen moeten dergelijke afwegingen wel (leren) maken, willen ze werkelijk over de kwaliteit van hun verpleegkundige zorg kunnen spreken.

(III) Deze of gene zou geneigd kunnen zijn tegen te werpen, dat de zorgverlening op te vatten is als een levensbeschouwelijk *neutraal* terrein, bijv. omdat zowel christen- als niet-christen-verpleegkundigen het eens kunnen zijn over de vast te stellen problemen, te verrichten handelingen, te nemen keuzes, te hanteren methoden en theorieën e.d. Veel van wat in onze cultuur 'professioneel' wordt genoemd, wordt gebaseerd op wetenschappelijke kennis (die verkregen wordt door een methode die zich o.a. kenmerkt door het methodisch athesme). De levensbeschouwelijke lading van zorgverlening te willen aanwijzen zou dan neerkomen op een ideologische bevestiging van onprofessionele, vooropgestelde vooroordelen. Dit bezwaar vooronderstelt tevens de opvatting dat ook wetenschapsbeoefening een van morele en levensbeschouwelijke normativiteit gezuiverde activiteit is (kan zijn, moet zijn). Daarom, zo zegt deze opvatting, zijn deze professionele overtuigingen levensbeschouwelijk neutraal en is de gedachte van een inherente normativiteit in de zorgverlening taboe.¹⁶

Zowel in de wetenschapsfilosofie als in empirisch onderzoek in de hulpverlening is het failliet van dit uitgangspunt echter allang aangetoond.¹⁷ "De beleden neutraliteit bestaat natuurlijk niet", zegt Van der Wal terecht. "[De] hulpverlening is een 'waardevol' proces. Met een variant op de bekende stelling dat we niet in staat zijn niet te communiceren, valt te concluderen dat het niet mogelijk is niet-normatief te zijn".¹⁸ We zouden dan ook kunnen zeggen dat deze opvatting van professionele zorgverlening zelf een ideologisch karakter heeft. Ze geeft een eigen moraal en levensbeschouwing weer, die alles behalve 'neutraal' is.

3. Regulerende overtuigingen

Tot zover hebben we ons voornamelijk beperkt tot het algemene patroon van de *verhouding* tussen de geloofsovertuigingen van een verpleegkundige, haar werkzaamheden, en het afwegingsproces waarin die verhouding tot uitdrukking komt. In het vervolg zullen we de twee elementen binnen dat patroon nader behandelen. In par. 4 zullen we de aard van regulerende overtuigingen nagaan, om te zien waarop zij betrekking kunnen hebben, en enkele algemene soorten overtuigingen, namelijk die te maken hebben met bijbels-antropologische noties, de wetenschap en professionaliteit. In par. 5 komen de zorgverleningsactiviteiten aan de orde waarop die regulerende overtuigingen betrekking hebben.

3.1 Functies en inhoud van overtuigingen

Kunnen we de overtuigingen die bij het afwegen van de aanvaardbaarheid van een handelingsoptie een rol spelen verder ordenen? We kunnen in ieder geval zeggen dat ze verschillende *functies* kunnen hebben. Sommige overtuigingen fungeren bij het afwegen als *gegevens*; ze worden aanvaard als feiten (bijv. 'deze patiënt heeft decubitus'). En wat men aanvaardt als feiten en welk gewicht er aan gehecht moet worden, wordt mede bepaald door vooronderstellingen, overtuigingen waarvan men reeds uitgaat (bijv. 'de omstandigheden waaronder de waarnemingen

worden gedaan waren gunstig genoeg om de diagnose te stellen'). Voorts fungeren veel van onze overtuigingen aldus als *achtergrond* of interpretatiekader van wat wij als gegevens aanvaarden.¹⁹ In de derde plaats heeft een verpleegkundige overtuigingen over de soort handelingen zij meent te mogen verrichten en welke niet; een situatie leidt immers zelden automatisch of eenduidig tot uitsluitend één handelingsoptie (men kan bijv. niets doen in geval van decubitus maar dat zal doorgaans niet aanvaardbaar zijn). Het is deze *regulerende* functie van de overtuigingen van een verpleegkundige die hier steeds centraal staat.²⁰

Een overtuiging kan overigens in de ene situatie een andere functie hebben dan in een andere. Verpleegkundigen dienen bijv. uit te gaan van de noodzaak decubitusverschijnselen bij de patiënt te voorkomen of te verhelpen. Dit behoort tot de regels die zij dienen te volgen, bijv. gebaseerd op het principe lijden te voorkomen (dat men patiënten bijv. zoveel mogelijk in staat moet stellen in bed een comfortabele houding aan te nemen). Er zijn echter situaties denkbaar, bijv. de terminale fase van een ziekte, waarin die overtuiging zelf aan een afweging onderworpen wordt en vervolgens naar de achtergrond geschoven wordt, bijv. op basis van het principe dat men terminale patiënten niet moet lastigvallen met intensieve behandelingen, gericht op lange termijn effecten. Ook levensbeschouwelijke overtuigingen kunnen nu eens fungeren als gegevens, dan weer als achtergrond-gegevens en in weer andere gevallen als regulerende overtuigingen.

Overtuigingen met betrekking tot het afwegen van handelingsopties kunnen we niet alleen ordenen naar *functies*, maar ook globaal naar *inhoud*. In de eerste plaats heeft de verpleegkundige overtuigingen die een inschatting vormen van de *situatie* waarin ze een beslissing moeten nemen (bijv. 'deze patiënt is stervende'). Ook heeft de verpleegkundige overtuigingen die we *ethisch* noemen (bijv. 'niets doen bij decubitus is ethisch onaanvaardbaar'). Van belang zijn voorts de overtuigingen die haar *mensbeeld* vormen, d.w.z. de overtuigingen over het menselijk bestaan, hoe het geleefd dient te worden, wat voor wezens mensen zijn, etc. (bijv. 'menszijn is meer dan lichamenlijk welzijn'). Voor de behandeling van ethische en antropologische overtuigingen zij verwezen naar hfdst. I, par. 5.

De vraag dient zich nu aan *welke* geloofsovertuigingen een regulerende functie kunnen hebben in de verpleegkundige praktijk. We zullen hierna kort ingaan op de regulerende betekenis van enkele bijbelse noties (par. 4.2), wetenschappelijke kennis (4.3) en het professionele karakter van de verpleegkundige zorg (par. 4.4).²¹

3.2 Bijbels mensbeeld

Aangezien verplegen een activiteit is die zich altijd afspeelt tussen mensen, veronderstelt een visie op verpleegkundige zorgverlening altijd een visie op de mens en op de plaats van zorg in het leven van de mens. Er zijn daarbij dus altijd levensbeschouwelijke overtuigingen in het geding (zie ook hfdst. I).

(I) Volgens de christelijke levensbeschouwing is de mens door God opgenomen in Zijn Schepping en geschapen naar Zijn beeld en gelijkenis, zowel patiënt als hulpverlener.²² God heeft de mens hierbij in structuren en relaties geplaatst en verantwoordelijkheden toebedeeld. Voor de zorg belangrijke regulerende betekenissen van dit gegeven zijn o.m. gelegen in het morele karakter van het lichamenlijke menselijk leven (zijn onschendbaarheid), in de oproep tot zorg voor (beheer over) de schepping en in de relationele structuur van het mens-zijn.

(II) De mens heeft zich echter van God afgekeerd en hiermee van zijn verantwoordelijkheden. Kwaad was en is hiervan het gevolg. Dit veranderde het karakter van een deel van de menselijke verantwoordelijkheden: hij wordt alom geconfronteerd met de gebrokenheid van het bestaan en wordt geroepen om mede zorgzaam te zijn, d.w.z. de gevolgen van de gebrokenheid te helpen beperken en tegen te gaan. Hierbij heeft de mens verantwoordelijkheden m.b.t. zijn eigen leven.

Maar wanneer iemand bepaalde verantwoordelijkheden voor zichzelf of zijn omgeving niet (meer) zelf kan dragen of inzien, neemt de verantwoordelijkheid van medemensen om die verantwoordelijkheden te helpen dragen 'omgekeerd evenredig' toe. In deze context kunnen ook medische en verpleegkundige zorg worden gezien.

De fundamentele gebrokenheid van de schepping is niet door medische of verpleegkundige inzet op te lossen. In de zorg moet men daarom vermijden in een overdaad aan activiteit te vervallen. Ook betekent dit voor de zorg dat men niet verantwoordelijk kan zijn voor alle gevolgen van het handelen (namelijk niet voor de niet te voorziene gevolgen van verantwoord handelen). Na een mislukte behandeling of verzorging is de zorgverlener niet verantwoordelijk voor het bestaan zelf zoals zich dat dan presenteert, en nog minder voor het bekorten ervan door staken of nalaten van zorg.

(III) Vervolgens heeft God in het leven, de dood en de opstanding van Zijn Zoon Jezus Christus opnieuw Zijn zorg voor de mens getoond en het initiatief genomen om de gebroken band met de mensheid weer te herstellen. Christus' liefdegebod en voorbeeld van barmhartigheid en dienstbaarheid zijn van belang voor verpleegkundige zorg, o.a. als een *inspirerend motief* voor het verlenen van verpleegkundige zorg.²³ Tevens wijst dit op het belang van de erkenning van de religieuze dimensie van het bestaan die in de zorg gehonoreerd dient te worden. Volledig herstel van het menselijk bestaan, de volledige overwinning op ziekte, lijden en dood zijn alleen mogelijk in Christus en in Zijn toekomst.

(IV) In hfdst. I is ook reeds gewezen op deze Bijbelse visie op de uiteindelijke toekomst van het menselijk bestaan, die wordt gekenmerkt door een leven in vrede, rechtvaardigheid en vreugde. In dat perspectief kan ook verpleegkundige zorg gezien worden. De verpleegkundige zorg is een activiteit die preventief, curatief en palliatief betrokken is op de gevolgen die ziekte, lijden en medische zorg hebben voor het 'gewone', dagelijkse functioneren - voeden, kleden, bewegen, werken, e.d. - van een mens.²⁴ (De geneeskunde houdt zich primair bezig met de behandeling van ziekte en lijden zelf, d.w.z. met de verstoring van het somatisch-psychische functioneren). De waarde van verpleegkundige handelingen wordt dan ten diepste afgemeten aan de bijdrage van die activiteit aan het benaderen van de bestemming van het mens-zijn (vrede), niet aan iets als de adaptatie (overleven), autonomie (vrijheid) of economische productiviteit van mensen.²⁵ De verpleegkundige behoort haar zorg t.a.v. de gevolgen van ziekte en lijden (en medische zorg) te plaatsen in het teken van de op- en neer gaande strijd tussen de krachten die de komst van Gods vrede bevorderen of tegenwerken. En zij zal in praktijksituaties een adequate, gepaste werkwijze moeten kiezen om iets van de bestemming van het mens-zijn te kunnen laten zien.²⁶

3.3 Wetenschappelijke kennis als regulerende overtuigingen

Regelmatig dienen in de verpleegpraktijk beslissingen genomen te worden waarover het geloof niets zegt, bijv. of heparine-injecties onder een hoek van 45 of van 90 graden moeten worden toegediend. Om een beslissing te nemen, indien mogelijk, moet dan een beroep worden gedaan op overtuigingen uit een andere bron die in zulke gevallen betrouwbaar of relevant geacht worden. In onze cultuur is dat vaak de wetenschap. Wetenschappelijke kennis kan dan van betekenis zijn voor de zorgverlening als bron van regulerende overtuigingen.

Voorbeelden van nuttige wetenschapsresultaten zijn de verbetering van verpleegkundige handelwijzen en methoden door verplegingswetenschappelijk onderzoek, de verbetering van verpleegmaterialen door technische wetenschappen, de verbetering van de organisatie van de zorg door arbeidspychologisch onderzoek en de verbetering van benaderingswijze jegens patiënten door bijv. psychologisch of sociologisch onderzoek. Ook zal een verpleegkundige nuttig gebruik

kunnen maken van de resultaten van de medische wetenschappen (en zelfs van ontwikkelingen in de filosofie of theologie). De verbeteringen waarop hier wordt gewezen vormen echter geen doel op zich. Er kunnen waarden in het spel zijn die het minder belangrijk maken om op een wetenschappelijk verantwoorde manier te handelen of om bepaalde zaken wetenschappelijk te verbeteren. Maar dat de wetenschap een belangrijke bijdrage kan leveren staat buiten kijf.

Zowel de beoefening van de wetenschap, als de toepassing van haar resultaten in de verpleegkundige praktijk, vindt ook weer plaats onder controle van de regulerende overtuigingen van de wetenschapper (bij het eerste) of de verpleegkundige (bij het tweede). Wetenschappelijke kennis mag nooit onkritisch gebruikt worden. Er zijn bijv. gedragswetenschappen die uitgaan van mensbeelden die niet verenigbaar zijn met of slecht passen bij wat een christen over het mens-zijn gelooft. De gedragswijzen die deze wetenschappen aandragen als benaderingswijzen jegens patiënten kunnen daarom niet zonder meer geaccepteerd worden. Ook hier dient soms weer een afweging plaats te vinden ten opzichte van de levensbeschouwelijke overtuigingen (zie ook de bijlage). Om met P. Blokhuis te spreken, "Wetenschap is er niet om zonder meer toegepast te worden, ze moet ingepast worden".²⁷

3.4 Professionele verantwoordelijkheid van de verpleegkundige

Er zijn ook andere overtuigingen die het handelen en beslissen van verpleegkundigen behoren te sturen, o.a. de overtuigingen die voortvloeien uit het professionele karakter van verpleegkundige zorgverlening. Enerzijds is verplegen een algemeen menselijke activiteit die doorgaans door iedereen en overal verricht kan worden. We kunnen zeggen, dat dergelijke activiteiten een 'alledaagse', 'huislijke' oorsprong hebben.²⁸ Zolang de benodigde activiteiten een 'dagelijks' en ongecompliceerd karakter hebben levert het doorgaans geen probleem op om ze te verrichten. Anderzijds mag men zich in onze huidige samenleving slechts 'verpleegkundige' of 'verzorgende' noemen, wanneer men daartoe een opleiding heeft voltooid, waarop vaardigheden en kennis zijn bijgebracht over het verrichten van meer complexe en belastende handelingen. Weliswaar blijft ook bij beroepsmatige en complexe verpleegkundige handelingen het 'alledaagse' van de zorgbehoefte aanwezig. Maar het punt is dat verpleegkundige zorg meestal plaatsvindt in een context met een professioneel karakter, hetgeen overtuigingen meebrengt die in de praktijk een regulerende functie kunnen hebben.

Naast - en misschien wel meer dan - de geneeskunde lijkt de verpleegkunde in staat om betrokken te zijn op wat deze ziekte, dit lijden (of de medische zorg) betekent voor het dagelijks functioneren van de patiënt. In zekere zin is zorg voor de persoon en de plaats van ziekte en lijden in diens alledaagse bestaan een fundamentele en omvattender goed voor mensen dan de behandeling van de ziekte en het lijden van de persoon. Het moet uiteindelijk immers gaan om de persoon die ziek is en niet om de ziekte van een persoon. Deze benaderingswijze is zelfs wezenlijk voor een goed herstel en voor het pogen ziekte of lijden (of medische zorg) op zinvolle wijze in het leven te integreren. We moeten dan ook eigenlijk de medische behandeling en de inzet van medische technieken zien als een middel in de zorgzame relatie die medemensen ten opzichte van elkaar innemen, als een onderdeel van de totale zorg voor de totale mens. De verpleegkundige zorg moeten we niet zien als verlengstuk van medische zorg, maar eveneens als een onderdeel van de totale zorg. In deze zin zijn de verpleegkunde en de geneeskunde in principe nevensgeschikt en complementair.²⁹ En dit kan mede de beslissingen reguleren in de intercollegiale verhoudingen.

Gezien het bovenstaande behoort tot de verpleegkundige verantwoordelijkheid in de samenwerkingsrelaties een coördinerende functie. Het hart van de zorg ligt volgens onze benadering immers uiteindelijk niet in de medische behandeling, maar in de zorg die de gewone alledaagse levensverrichtingen betreft. Wanneer de arts preventief, curatief of palliatief werk moet

verrichten, is dit een onderdeel van de algehele zorg voor de patiënt als mens. Hij zal zijn medisch handelen afstemmen op het leven van de patiënt. Maar hij zal zich niet primair bezig houden met het invoegen van zijn medische zorg en de belasting hiervan voor het leven van de patiënt als mens. De verpleegkundige daarentegen dient zich wel primair bezig te houden met de gevolgen van hetgeen de stoornis en de benodigde medische zorg veroorzaakt voor het dagelijks functioneren van de patiënt. Zij neemt daardoor een centrale plaats in tussen de betrokkenen. Dat maakt haar geschikt voor de coördinerende taak. Dit reguleert dan ook mede beslissingen in zowel intercollegiale als verpleegkundige/patiënt-verhoudingen.³⁰

Dit vraagt wel een zekere professionalisering. Professionalisering kan van belang zijn voor een goede verpleegkundige zorg. Maar de centrale vraag is natuurlijk wat verpleegkundigen met professionalisering beogen en bereiken. Wil professionalisering werkelijk betekenis hebben voor de verpleging, dan zal zij betrekking moeten hebben op de kwaliteit waarmee verpleegkundige zorg verleent wordt. In concrete bewoordingen, het verbeteren van de maatschappelijke waardering van het beroep, bijv. in de vorm van salarisverhoging, is alleen wezenlijk voor de verpleging, indien dit verpleegkundigen in staat stelt beter voor patiënten te zorgen. Professionalisering moet professionaliteit tot doel hebben, niet status (tenzij status bevorderlijk is voor de zorgverlening). Dit reguleert mede de beslissingen in de opstelling - ten opzichte van de instelling, de samenleving - omtrent scholing, belangenbehartiging, eigen verantwoordelijkheid, werktijden, maar ook de vergoeding voor verantwoordelijke en zware arbeid. Ook het gebruik van wetenschappelijk onderzoek en theorievorming die met de professionalisering samengaat moet eveneens op deze wijze afgewogen worden (vgl. de bijlage).

Kortom, de professionele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen brengt overtuigingen mee die hen, uit hoofde van hun beroep, in bepaalde verbanden tot bepaalde keuzes kunnen leiden. Op enkele van deze verbanden gaan we hieronder nader in.

4. 'Aangrijpingspunten'

4.1 Inleiding

We stelden dat het geloof van christen-verpleegkundigen een regulerende functie dient te hebben bij hun afwegen van de soorten verpleegkundige handelingen die hen in een gegeven situatie ter beschikking staan (par. 2). We hebben daarna aandacht besteed aan het afwegen zelf (par. 3) en aan de regulerende geloofsovertuigingen in dit proces (par. 4). Nu gaan we na waarop die regulerende geloofsovertuigingen betrekking hebben.

In verpleegkundige literatuur wordt bij de vraag naar de handelingen in de verpleegkundige zorgverlening waarop regulerende geloofsovertuigingen van invloed zijn, vaak gedacht aan de aandacht voor het levensbeschouwelijk functioneren van de patiënt, zogeheten *spiritual care*.³¹ Dit is beslist belangrijk, maar bij lange na niet het enige in de literatuur. Te denken valt ook aan de persoonlijke motivatie van de verpleegkundige. Een ander punt waarbij geloofsovertuigingen reguleren welke beslissing men binnen de verpleegkunde neemt, is bij het gebruik van theorieën, modellen of beroepsconcepten in praktijk en onderzoek.³² Verder valt te denken aan de keuzen in vertegenwoordiging van verzorgenden in instellingen en in de samenleving en aan de opzet van onderwijs voor de verzorgende beroepen. Tenslotte zal het duidelijk zijn, dat geloofsovertuigingen invloed hebben op het totstandkomen van ethische posities in de verpleegkunde, al dan niet vastgelegd in een beroepsethiek of beroepscodes.³³

Maar er zijn ook aangrijpingspunten die men niet vaak tegenkomt in de verpleegkundige literatuur en ook in de praktijk niet altijd opmerkt. Men dient hierbij niet alleen te denken aan de

methoden waarmee de verpleegkundige werkt, maar ook aan de technieken die de verpleegkundige gebruikt. Het gebruik van verpleegkundige middelen is immers ingebed in overtuigingen over verpleegkundige doelen. Zelfs als de verpleegkundigen het allemaal eens zijn over de verdiensten van zeer gebruikelijke verpleegkundige zorgmogelijkheden, moge duidelijk zijn dat zij in de praktijk acht dienen te slaan op de manier waarop, de momenten waarop, de redenen waarom, de volgorde waarin, de houding waarmee zij die toepassen. En zij dienen dus na te gaan of deze aspecten van zorgverlening zich verdragen met hun normatieve geloofsovertuigingen. Hiervan volgen enkele illustraties.

4.2 Verpleegkundige relatie

De wijze waarop de verpleegkundige omgaat met patiënten wordt mede bepaald door haar levensbeschouwelijke overtuigingen en de overtuigingen die het beroep als zodanig meebrengt. Met name het mensbeeld, de visie op de zin van de zorg en de betekenis van het lijden (en dood) zullen daarin een rol spelen. Ook voor een christen-verpleegkundige geldt dat zij overtuigingen heeft over de manier waarop zij als verpleegkundige met patiënten dient om te gaan. Ook voor haar geldt dat zij overtuigingen heeft over de plaats van menselijke relaties, van gezondheid, en van zorg in het bestaan waarvan sommige haar handelen in de zorg dienen te reguleren. Te denken valt aan de overtuiging, dat een christen niet blind zal zijn voor ziekte en dood, noch het ingrijpende karakter ervan zal loochenen. Maar ook zal degene, die gelooft in Christus' verlossend werk, het leven beschermen en zijn werk in het teken stellen van de uiteindelijke bestemming van het menselijk leven. Hij zal zich aan de zijde van Christus opstellen in afwachting van een opstanding als die van Hem en weigeren het lijden en de dood het laatste woord te laten hebben in ons leven en in Gods wereld. De betekenis van de lichamelijke opstanding is ook dat de patiënt niet zomaar een lichaam met een mankement is, maar een persoon met een identiteit, wiens lichamelijke bestaan behoort tot zijn mens-zijn in volle zin (vgl. hfdst. II).³⁴

De verpleegkundige relatie met de patiënt en diens naasten vraagt dus, algemeen gesproken, dat men patiënten bejegent met *respect*, omdat ook zij geschapen zijn naar Gods beeld en hiervan ook iets in hun situatie tot uitdrukking kunnen brengen.³⁵ De zorg voor patiënten, verricht op de manier waarop het perspectief van de shalom ons vraagt recht te doen aan deze patiënt, kan zich nooit beperken tot technische beheersing van de concrete nood. Mensen met een nood zullen altijd 'uit hun normale doen' zijn. En de technisch-wetenschappelijke benadering zal niet alleen tekort schieten in de volledige beheersing van alle noden, maar ook in de zorg die boven die nood uitgaat ('uit hun doen zijn', zorg om de toekomst, etc.) en zich op de hele persoon richt. Want wanneer mensen uit hun doen zijn hebben ze *persoonlijke* aandacht nodig (vgl. hfdst. I). In de zorgverlening mag men nooit *de band tussen nood en noodlijdende* uit het oog verliezen.³⁶

4.3 Interdisciplinaire samenwerking

Vergelijkbare opmerkingen kunnen gemaakt worden over de relaties met verpleegkundigen en andere gezondheidszorgwerkers. Ook hier geldt dat er overtuigingen zullen zijn, die aangeven welk soort gedrag in relatie tot collega's aangewezen is. In dit verband zal uiteindelijk van belang zijn hoe men in het algemeen tegen de mens aankijkt, tegen zijn geschapen zijn, d.w.z. zijn eindigheid, wederzijdse afhankelijkheid en verantwoordelijkheid, de waarde van het leven. Verhey merkt in een vergelijkbaar verband op, dat een christelijke visie zal vermijden het perspectief van slechts één van de betrokkenen, bijv. van de arts of de patiënt, te verheffen tot het meest (of enige) belangrijke perspectief. De verzorgenden, artsen en patiënten hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg, maar ook hun beperktheden. Daarom hebben ze elkaars steun en de steun van de bredere (christelijke) gemeenschap nodig. Daarin dient steeds

bezinning plaats te vinden op de meest relevante bijdrage aan de zorg voor het leven van de mens, waarbij het zicht op de uiteindelijke bloei van het bestaan en de zin van zorg van belang is. Ook hier zij weer gewezen op het besef dat de verwetenschappelijkte en vertechniseerde gezondheidszorg op zichzelf niet de uiteindelijke zin van het bestaan of van de zorg kan bewerkstelligen en dat ieder de verantwoordelijkheid heeft overdreven verwachtingen en invloed van de techniek te temperen zonder, aan de andere kant, mensen nodeloos te laten lijden of aan hun lot over te laten (zie par. 4.4).³⁷

Tenslotte, samenwerking tussen de verschillende gezondheidszorg-disciplines rondom de patiënt is met name van belang, omdat deze niet altijd kan aangeven wat zijn of haar verwachtingen van hen zijn en hierover toch weloverwogen en verantwoorde besluiten genomen moeten worden. Hier speelt bijv. het eindige karakter van de menselijke mogelijkheden mee, maar ook de verantwoordelijkheid het bijdragen aan de uiteindelijke bestemming van de mens te optimaliseren. De patiënt behoort tot talrijke leefwerelden. Ook de zorgverlener behoort tot verschillende leefwerelden. Zelfs één zo'n leefwereld vormt al een netwerk van relaties. Met name de arbeidsgemeenschap waartoe hij behoort is van wezenlijk belang voor de kwaliteit van de zorg die hij levert aan patiënten. De zorg voor patiënten wordt mede bepaald door de zorg voor medegezondheidswerkers. Een actieve samenwerking met collega's behoort evenzeer tot de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen als de concrete zorg voor de individuele patiënt. (Overigens heeft het instellingsbeleid hierin ook een taak.)³⁸

4.4 Rentmeesterschap

Een aangrijpingspunt dat in de vakliteratuur weinig voorkomt is rentmeesterschap.³⁹ Dat is echter een normatieve notie die - zeker in tijd van schaarste, maar ook in de dagelijkse prioritering van zorgactiviteiten - altijd meekomt in de verpleegkundige zorg. Het is een bijbels begrip dat dan ook juist de aandacht verdient. Bij oud-testamentische principes die hierbij van belang kunnen zijn, kunnen we o.m. denken aan verantwoordelijk omgaan met het land en zijn bewoners, het vermijden van extremen in armoede en rijkdom, het gebruik van God-gegeven mogelijkheden om mee te werken aan Zijn bedoelingen, en aan het afwisselen van werk en rust.⁴⁰ Toepassingen in de verpleegkundige zorg kunnen in dit verband ook ontleend worden aan nieuw-testamentische principes als het niet hangen aan wereldse goederen of het negeren van armen, maar het tonen van bewogenheid met de armen, van vergevingsgezindheid en vrede in relaties en het verantwoord gebruik van hetgeen ons gegeven is. Meer in het algemeen zijn hier de principes van rechtvaardigheid, vrede, vergeving en verzoening van belang.⁴¹

Om dit concreter aan te duiden is het goed er op te wijzen, dat elke verpleegkundige als zodanig in aanraking komt met milieuvervuiling en uitputting van de natuur, bijv. als oorzaak van bepaalde ziekten, de vraag naar het gebruik van duurzame tegenover wegwerp-materialen en het juiste gebruik van schaarse middelen, personeel en tijd. Een ander voorbeeld van zaken waarin verpleegkundigen met betrekking tot rentmeesterschap prioriteiten kunnen stellen, is het omgaan met armoede. Te denken valt aan het zich inzetten voor het verdelen van beschikbare gezondheidszorgmiddelen over kwetsbare en autochtone bevolkingsgroepen, bijv. door een desbetreffend veld van de zorg als werkterrein te kiezen. Kwetsbare groepen zijn bijv. onverzekerde mensen, thuislozen, vluchtelingen, minderheden, slachtoffers van geweld (sexueel, in het gezin) en soms ook bejaarden en gehandicapten. Dergelijke problemen doen zich voor op wereldschaal en sommige verpleegkundigen beslissen in ontwikkelingslanden te gaan werken. Verpleegkundigen kunnen ook in hun situatie in aanraking komen met de verantwoordelijkheid voor armen en zullen mede op grond van hun christelijke overtuigingen keuzes moeten maken bij de invulling van hun beroep.⁴²

5. Tot besluit een bezwaar

We hebben hierboven de stelling uitgewerkt, dat het geloof van de christen-verpleegkundige van betekenis is voor haar gehele leven, en daardoor ook voor de invulling van haar verpleegkundige zorg. We hebben gezien, dat dit meebrengt, dat de christen-verpleegkundige haar keuzen voor verschillende soorten verpleegkundige handelingen niet kan laten reguleren door zomaar elke overtuiging, maar dat zij haar geloofsovertuigingen ook hier een regulerende functie dient te laten hebben. Dit betekent dat zij zal moeten afwegen of bepaalde soorten handelingen die zij als verpleegkundige kan verrichten zich wel verdragen met haar geloofsovertuigingen. Dit afwegen zal doorgaans voorafgaan aan de situatie waarin zij moet handelen, maar kan ook in andere omstandigheden plaatsvinden, zoals tijdens de opleiding.

In onze hedendaagse cultuur wordt het niet gemeengoed en soms zelfs ondenkbaar geacht voorstellen te doen voor een christelijke visie op zorg. Er bestaan toch geen christelijke spuiten, pillen of bedden, zoals er - zo lijkt gedacht te worden - ook geen christelijke loodgieters zijn omdat er toch geen christelijke waterleidingen en tangen bestaan? Nu zijn er evenmin christelijke muzieknoden, letters of verfsorten, maar er bestaat toch zoiets als christelijke muziek, literatuur, poëzie en beeldende kunst. Wil het genoemde bezwaar aannemelijk gemaakt worden, dan zal duidelijk gemaakt moeten worden dat zorg geen parallellen vertoont met kunst en wel met loodgieterswerk.

Op dit bezwaar kunnen we in het licht van het voorafgaande echter ook het volgende, meer fundamentele antwoord geven. Een praktijk bestaat uit meer dan alleen het gebruik van gereedschappen. Dat zorg en de verschillende zorgmogelijkheden niet altijd typisch christelijk genoemd hoeven te worden is het gevolg van het gegeven dat zorg zowel kan overeenstemmen met de regulerende overtuigingen van een christen-verpleegkundige, als met die van een niet-christen-verpleegkundige. *Iets kan christelijke zorg heten als het met christelijke overtuigingen kan overeenstemmen.* Pillen, spuiten en bedden kunnen dus tenminste een geïntegreerd onderdeel vormen van typisch christelijke zorg!

Bovendien lijkt dit bezwaar uit te gaan van de aanname dat zorg alleen christelijk mag heten als het zich *onderscheidt* van niet-christelijke zorg. Maar waarom zou dit zo zijn? Waarom mag zorg niet christelijk heten als het voortvloeit uit, of te verenigen is met, overtuigingen die tot het christenzijn behoren? Als zulke zorg overeenstemt met niet-christelijke zorg, waarom zou dat op zichzelf iemand dwarszitten? Dat is juist verheugend. Onderscheid is geen doel op zich. In de christelijke zorg gaat het om zorg die *trouw* is aan wat de christen behoort te geloven; hoewel er niet aan getwijfeld hoeft te worden dat onderscheid van de afwegingen van christen-verpleegkundigen vaak een *gevolg* zal zijn.

Noten

- 1.H. van der Bruggen (red.), *De delta van de nederlandse verpleging*, Lochem: De Tijdstroom, 1992³, p. 220.
- 2.J.A. van den Brink-Tjebbes, *Verpleging naar de maat*, Lochem: De Tijdstroom, 1987; M.A.M. Pijnenburg, Levensbeschouwing en verpleegkundige zorg, in *Metamedica* 64 (1985), p. 270f.
- 3.Bij de ontwikkeling van de gedachten in deze paragraaf heeft de auteur dezes veel te danken aan Nicholas Wolterstorff en o.a. zijn *De rede binnen de grenzen van de religie. Geloof, wetenschap en praktijk*, Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 1993.
- 4.Uiteraard omvat geloof in God meer dan alleen het aanhangen van bepaalde *overtuigingen* (het *quae creditur*). Het omvat ook de toepassing van die overtuigingen op het eigen bestaan: op God vertrouwen, Hem gehoorzamen en danken, e.d. Toch omvat geloof in God *tenminste* zulke overtuigingen. Men kan hem niet vertrouwen,

-
- gehoorzamen, danken, etc., zonder te geloven dat Hij bestaat, zonder te geloven wat Hij zegt, dingen geeft om voor te danken, etc. Vgl. R. van Woudenberg, *Filosofische gedachten over Godsgeloof*, Kampen: Kok, 1993, p. 95.
5. Het afwegen gebeurt *binnen* de verpleegkundige zorgpraxis en geeft daarom een inwendig verband aan tussen geloof en zorg. Dat dit verband inwendig is blijkt tevens hieruit dat het van belang is *welk* geloof daarbij werd vooronderstelt. Immers, de eisen van integriteit en zorgzaamheid maken onderdeel uit van het *quae creditur* van deze visie. Voor een ander geloof zullen deze deugden wellicht niet wijzen op verplicht maar op toegestaan gedrag. Vgl. G. Glas, Psychotherapie in het spanningsveld van professionaliteit en normativiteit, in *Psyche en geloof* 4 (1993), p. 8.
 6. Vgl. S. Griffioen, Vooroordeel in de wetenschap, in *Radix* 8 (1982) nr. 2, p.59-60; ook in Glas *a.w.* noot 5, p. 9.
 7. Vgl. J. van der Wal, De mens in de christelijke hulpverlening, in *Poortnieuws* nr. 18, 1991, p. 13.
 8. Onterecht is de suggestie dat alle keuzes in de verpleegkundige praktijk langs deze laatste weg geheel op 'dogmatische' of 'deductivistische' wijze uit het geloof of uit de Bijbel kan worden afgeleid. Ten eerste, een enkele geloofs-overtuiging zou heel wel meerdere keuzemogelijkheden kunnen toelaten. Ten tweede, geloofsovertuigingen doen niet over alle praktijksituaties relevante uitspraken. Ten derde garanderen christelijke principes nog geen toepassing die uiteindelijk beantwoord aan die principes.
 9. Zie bijv. A.A. Teeuw, *Zorg voor demente bejaarden*, in H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1994.
 10. J.A. Shelly, *Dilemma. A nurse's guide for making ethical decisions*, Downers Grove (IL): InterVarsity Press, 1980, p. 33, 95.
 11. Zo M. Grypdonck, Verpleegkundige theorieën kiezen vanuit christelijk perspectief, in J. de Mey (red.), *Het verpleegkundig beroep in beeld. Mensbeelden in de verpleegkunde*, Zwolle: Ger. HBO, 1991, p. 30-52.
 12. Vgl. M. Grypdonck, Integrerende Verpleegkunde: praktijk of theorie?, in *Verpleegkundig onderwijs* 4 (1993) nr. 2, p. 36-39.
 13. Vgl. A. Marriner, *Verplegen volgens plan*, Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981, p. 115-119; B. Fransen, *Een totaal verpleegkundig proces*, Lochem: De Tijdstroom, 1976, p. 49-50; R. van der Peet, *Inleiding in de verpleegkunde*, Lochem: De Tijdstroom, 1990, p. 124-125; B. Du Gas, *Basisboek Verpleegkunde*, Groningen: Wolters Noordhoff, 1985, p. 159-163; J.H.J. de Jong, J.A.M. Kerstens en C. Salentijn, *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde*, Utrecht 1989, p. 213-214. Ook in G.K. McFarland, E.A. McFarlane (eds.), *Nursing diagnosis and intervention*, St. Louis: Mosby, 1989, wordt meer gekeken naar procedures en uitkomsten dan naar de overtuigingen die een rol spelen bij het tot stand komen van diagnoses.
 14. Zie bijv. J.P.H. Hamers et al., Besluitvorming in de verpleegkunde, in *Verpleegkunde* 8 (1993) nr. 2, p. 67-79; de hedendaagse aandacht voor verpleegkundig diagnostiseren brengt wel mee dat er meer nagedacht gaat worden over de overtuigingen die in het diagnostiseren worden ingebracht. Zie bijv. A. Eliëns, Het kan nog heel wat beter!, in *Verpleegkundig onderwijs* 4 (1993) nr. 4, p. 74-78.
 15. Vgl. H. Giebing, *Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen*, Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1987, p. 57.
 16. Vgl. Van der Wal, *a.w.* noot 7, p. 13.
 17. Bijv. Griffioen *a.w.* noot 6, p. 58, en Wolterstorff *a.w.* noot 6, hfdst. 5 en 6; resp. Van der Wal, Zoeken naar harmonie tussen confessie en professie in de geestelijke gezondheidszorg, in *Zin in welzijn* 3 (1992) nr. 3, p. 78 en Glas *a.w.* noot 5, p. 7.
 18. Van der Wal *a.w.* noot 7, p. 13; resp. *a.w.* noot 17, p. 78-79.
 19. Th.A. Boer et al., *Zorgen met visie. Zorgverlening vanuit christelijk perspectief*, Kampen: Kok, 1992, p. 37
 20. Zie hierover verder Wolterstorff *a.w.* noot 3, p. 49-51.
 21. De inhoud van deze overtuigingen kan geordend worden naar abstractienivo, namelijk theoretisch verwoord in bijv. theologische of filosofische opvattingen, principes en regels voor de praktijk, en individuele beslissingen in een situatie. Vgl. J.F. Childress, Survey of bioethical systems, in R.J. Miller & B.H. Brubaker (eds.), *Bioethics and the beginning of life*, Scottsdale, Penns.: Herald Press, 1990, p. 99.
 22. H. Bouma III et al., *Christian faith, health and medical practice*, Grand Rapids: Eerdmans, 1989, stellen dit op het terrein van de *geneeskunde*.
 23. Ook al geeft het liefdegebod op zichzelf niet altijd een concrete oplossing voor een specifiek probleem in een specifieke situatie. Zie A. Holmes, *Ethics. Approaching moral decisions*, Downers Grove (IL): InterVarsity Press, 1984, p. 13.

-
- 24.Vgl. J. Bakker en J. le Grand, *Verpleegkundig beroepsprofiel*, Zoetermeer: NRV, 1988, p. 19.
- 25.Vgl. Pijnenburg *a.w.* noot 2, p. 276 en 280f.
- 26.Zo ook K. Veling, Verpleegkundigen kijken verder, in De Mey (red.) *a.w.* noot 11, p. 27-28.
- 27.P. Blokhuis, Lopen, kijken en denken. Over de zin van wetenschappelijk onderzoek, in *Radix* 19 (1993) nr. 1, p. 56.
Zie hierover ook de appendix bij dit hoofdstuk.
- 28.V. van Gemert en T. Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, Lochem: De Tijdstroom, 1990, p. 11, 128; ook N.S. Jecker, D.J. Self, Separating Care and Cure, in *The journal of medicine and philosophy* 16 (1991), p. 191; P. O'Brien, All a Woman's Life Can Bring, in *Nursing research* 36 (1987), p. 12-17.
- 29.Sommige verpleegkundige specialisaties bijv. brengen veel medische techniek mee. Maar de 'medicalisering' van de verpleegkundige brengt ook een andere benadering mee, waardoor juist het eigen goed van de verpleegkunde over het hoofd dreigt te worden gezien. De eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige valt niet samen met die van de arts. Vgl. H. Jochemsen, Medische technologie en verpleegkundige zorg, in *Tijdschrift voor ziekenverpleging* 100 (1990) nr. 8, p. 237-238.
- 30.Men moet daarom de professionele verantwoordelijkheid van de verpleging kunnen onderscheiden van die van andere zorgverleners. Om deze in het vizier te krijgen, zouden we het verlenen van verpleegkundige zorg in onze samenleving ook kunnen omschrijven als een 'praktijk'. Hiermee wordt bedoeld op in de samenleving gedeelde menselijke bezigheden, die eigen *doelen* (het 'goed') hebben en eigen *maatstaven van 'uitmuntendheid' (kwaliteit)*. Het doel of goed wordt verworven in en door het streven naar uitmuntende *beoefening* van die praktijk. Merk op dat zowel bepaalde doelen, als bepaalde maatstaven van uitmuntendheid *eigen* zijn aan een praktijk en andere niet. (Naar Alisdair MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, London: Duckworth, 1985², p. 187.)
- We kunnen het verlenen van verpleegkundige zorg in bovengenoemde zin een 'praktijk' noemen. Het eigen karakteristieke *goed* van de zorg die verpleegkundigen leveren zal wezenlijk te maken hebben het (doen) zorgen voor de meest vreedzaam mogelijke verhouding tussen de gevolgen van ziekte en lijden (en medische zorg) van een mens en diens dagelijkse functioneren. En *uitmuntend* is in dezen een verpleegkundige die een niet-vreedzame verhouding tussen de gevolgen van ziekte en lijden (en medische zorg) en het functioneren van een patiënt weet te (doen) voorkomen, verhelpen of verlichten.
- 31.Zie bijv. S. Fish, J.A. Shelly, *Spiritual care: the nurse's role*, Downers Grove (IL): InterVarsity Press, 1979⁴; M.A.M. Pijnenburg (red.), *De ouderdom welbeschouwd. Levensbeschouwing en ouderenzorg in het algemeen ziekenhuis*, Zeist: Kerkebosch, 1991.
- 32.Zie de bijlage. Ook bijv. Veling en Grypdonck in De Mey (red.), *a.w.* noot 11; ook B.S. Cusveller, Verpleegkundige zorg voor wilsonbekwame patiënten, hfdst. 4 in Jochemsen (red.) *a.w.* noot 9.
- 33.Zie bijv. Shelly *a.w.* noot 10; C. Gastmans, *Dossier verpleegkunde en ethiek*, Leuven: Centrum voor Biomedische ethiek, 1991 en de literatuur daarin vermeld.
- 34.A.D. Verhey, Christian community and identity: what difference should they make to patients and physicians finally?, in *The Linacre quarterly* 52 (mei 1985), p. 162.
- 35.Griffin onderscheidt zorg als 'zorg voor' (een activiteit) en 'zorg om' (een attitude). Zij constateert dat beide betekenissen kunnen conflicteren (en dat ook vaak doen). Maar de verwante betekenis van zorg als 'zorgvuldigheid', 'achting', of 'respect' zou beide betekenissen kunnen verbinden. A.P. Griffin, A philosophical analysis of caring in nursing, in *Journal of advanced nursing* 8 (1983), p. 290.
- 36.H. de Dijn, Integrale kwaliteitszorg: een waanidee?, in *Streven*, juni 1991, p. 783f.; zie ook Grypdonck in De Mey (red.) *a.w.* noot 11, p. 46-47.
- 37.Verhey *a.w.* noot 34, p. 157-159, 160-163 en 165-169.
- 38.P. Schotsmans, *En de mens schiep de mens*, Kapellen: Pelckmans, 1988, p. 106; J.L. Storch, Division of labour in health care: pragmatics and ethics, *Humane medicine* 10 (1994) 4, p. 266.
- 39.R. Christopher, Stewardship and nursing, in R. Stoll (ed.), *Concepts in nursing. A christian perspective*, Downers Grove (IL): InterVarsity Press, 1990, p. 123f; A. Boudewijn et al., *Notitie Naleving van het achtste gebod in de gezondheidszorg*, z.p.: Febe, 1991; Bouma *a.w.* noot 22, p. 31-32.
- 40.Zie bijv. Boudewijn *a.w.* noot 39.
- 41.Christopher *a.w.* noot 39, p. 131.
- 42.Christopher *a.w.* noot 39, p. 135-141.

BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3: Evaluatie van verpleegkundige theorieën

1. Inleiding

Zoals in het voorafgaande hoofdstuk is opgemerkt, dienen ook verpleegkundige theorieën door christenen op hun aanvaardbaarheid en bruikbaarheid getoetst te worden.¹ Meestal doelen we hiermee op de meer algemene verpleegkundige visies of modellen, maar het kan het ook van belang zijn om verplegingswetenschappelijk onderzoek kritisch te benaderen. Theorieën kunnen op vele punten geëvalueerd worden. Theorieën kunnen geëvalueerd worden ten aanzien van al dan niet expliciete uitgangspunten en aannames, ten aanzien van de inhoud en structuur van de theorie en ten aanzien van de uitwerking van de theorie in de praktijk. Op deze punten kan bezien worden of een specifieke theorie ook vanuit de levensbeschouwelijke identiteit van een verpleegkundige, opleidingsinstituut of gezondheidszorginstelling onderschreven kan worden. Een dergelijke evaluatie kan zelfs leiden tot de constatering dat men bepaalde theorieën zal moeten aanpassen of zelfs een alternatieve theorie zal moeten ontwikkelen.

Weliswaar bestaat (bestond?) een tendens binnen onze samenleving, en daarmee ook in wetenschapsbeoefening en beroepsuitoefening, om religie en wetenschap, geloof en werk te scheiden. Geloven is dan alleen iets persoonlijks, slechts voor de 'binnenkamer'. Geloof en wetenschap zijn dan elkaars tegenpolen. Gesteld kan zelfs worden dat wetenschap veelal de rol van het geloof in de gesecculariseerde samenleving heeft overgenomen. Toch lijkt in die tegenstelling langzaam een kentering te komen, bijv. door ontwikkelingen in de kwantumfysica.² Deze kunnen een verandering op andere wetenschapsterreinen veroorzaken, zodat er een geheel andere kijk ontstaat op de verhouding tussen wetenschap en religieuze overtuigingen, spiritualiteit, en dergelijke. Ook op het gebied van theorievorming zal, vanuit de gedachte van *pluralisme* in theorievorming ruimte aan deze ontwikkeling in de wetenschapsfilosofie besteed kunnen worden.³

Het is een misvatting dat een levensbeschouwelijk '*neutraal*' geformuleerde theorie, zoals die van Orem, niet levensbeschouwelijk gekleurd zou zijn. Aan begrippen als zelfontplooiing en autonomie ligt evenzeer een levensbeschouwelijke visie ten grondslag. Het is tevens een misvatting dat een christelijke levensbeschouwing intellectueel minder betamelijk zou zijn in verhouding tot andere, al dan niet welomschreven visies. Een evaluatie van theorieën evenals een eventuele eigen bijdrage aan theorievorming vanuit christelijk perspectief, is daarom alleszins gelegitimeerd. Daarbij is het een eis om grondig en systematisch te evalueren en de theorie c.q. theoreticus geen onrecht aan te doen. Een doordenking van dit alles vanuit christelijk perspectief is een belangrijke uitdaging.

In enkele recente (aanzetten tot) verpleegkundige theorieën blijkt wat nadrukkelijker aandacht te zijn voor normatieve, ethische en/of levensbeschouwelijke elementen. Theorieën met een wat algemener, 'neutraler' oogmerk kunnen plaats gaan maken voor theorieën die op meer zichtbare wijze levensbeschouwelijk ingekleurd worden. Dit heeft ongetwijfeld een effect op het kijken naar verplegen, ziekte, enz, en daarmee ook op het handelen. In zijn algemeenheid kan dan tevens ruimte komen voor belangrijke vragen rond zingeving van de patiënt en dergelijke.⁴ Dit alles heeft consequenties voor de dagelijkse praktijk. Wanneer ziekte en problemen gezien worden als 'gekozen' door een patiënt, zoals Kuypers het ziet, betekent dat dat de patiënt beslist met die keuze geconfronteerd moet worden, wil er herstel mogelijk zijn.⁵

2. Evaluatiepunten

Om meer inzicht te verkrijgen in de verschillende theorieën en daarbij tevens recht te doen aan de bedoelingen van de desbetreffende theoretici is het van belang een theorie adequaat te evalueren of met andere te vergelijken. Een theorie kan op verschillende wijzen en op vele punten geëvalueerd worden. Evaluatie door middel van empirische toetsing laten wij achterwege, omdat dit meer op verplegings-wetenschappelijk terrein ligt. Aangezien binnen de verplegingswetenschap reeds enkele analyse-instrumenten gebruikt worden, was het niet nodig om het wiel opnieuw uit te vinden. Onderstaande punten werden gekozen omdat zij met name zinvol leken voor evaluatie voor gebruik binnen het onderwijs. Meer voor het overzicht dan voor een systematische typering is er een globale indeling gegeven in de rubrieken algemeen, structuur/inhoud en praktijk. Steeds zal een korte toelichting op de evaluatiepunten gegeven worden.

2.1 Algemeen

1. Enige kennis over de *theoreticus* (of theoretici) is nuttig voor een beter begrip. Welke opleidingen heeft zij/hij gevolgd, in welke velden werd ervaring opgedaan en welke ontwikkelingen zijn doorgemaakt? Dit geeft een idee van het referentiekader van de theoreticus en daarmee een beeld van de persoon of personen achter een theorie.

Informatie hierover is vaak in de primaire literatuur (van de auteur(s) zelf) te vinden. Ook een aantal meta-theoretici geven deze informatie, soms zelfs met een foto en het adres van de theoreticus (o.a. Marriner-Tomey). Nuttig om te weten in verband met de adaptatietheorie van Roy is, dat zij werkzaam is geweest in de kinderverpleegkunde en daaraan haar gedachten over adaptatie heeft verleend.

2. Een verschil tussen theorieën betreft vaak de wijze waarop theorieën zich *ontwikkeld* hebben. Is het een eenmalige presentatie geweest, of heeft de theorie structurele wijzigingen of verdere verfijning doorgemaakt in de loop der jaren?

Wanneer sprake is van een gewijzigde uitgave kan bij dit punt de jaren van verschijning nagegaan worden en een eventuele toelichting in het voorwoord. Het kan zijn dat bijv. door onderzoek, praktische ervaring, of kritiek de theorie een bijstelling heeft ondergaan. Zo is het niet meer passend om in verband met de optiek van Van den Brink-Tjebbes te spreken over 'zelfzorg', daar zij later gekozen heeft voor 'bestaanszorg'. Informatief is te onderzoeken waarom zij dit doet. King heeft in haar laatste boek een aantal concepten aan haar theorie toegevoegd. Leininger heeft haar 'Sunrise Model' op elementen aangepast.⁶ Inhoudelijk heeft Leininger overigens weinig veranderd (en willen veranderen) aan haar opvattingen over 'care', ondanks de hoeveelheid onderzoek die vanuit haar theorie werd uitgevoerd.

3. Welke opvattingen heeft de theoreticus over *verpleegkundige theorieën* in het algemeen, en wat betreft de ontwikkeling, de toepassing en toetsing ervan? Kan haar/zijn theorie zelf hieraan bijdragen of aan de eigen verwachtingen voldoen?

Kuypers is zeer expliciet in zijn standpunt over 'theorieën'. Het is de vraag of Kuypers eigen visie zijn eigen kritiek kan doorstaan. Leiningers opvattingen over theorieën verschilt op hoofdlijnen van die van haar Amerikaanse 'collega's' en sluit wetenschapstheoretisch meer aan bij Europese opvattingen.

4. Het *doel* van en/of de aanleiding tot het formuleren van de theorie. Waarom werd de theorie ontwikkeld? Hiermee wordt meer inzicht verkregen in de achtergronden, de context en reikwijdte van de theorie.

Voor sommige theoretici was het niet de opzet geweest om een theorie (in engere zin) te formuleren.⁷ Bij een aantal was het bijv. de bedoeling om een leerplan voor het verpleegkundig onderwijs op te stellen.

2.2 Structuur/inhoud

5. De *aannames of veronderstellingen* waarvan de theoreticus uitgaat dienen verhelderd te worden. Te denken valt aan aannames van ethische, culturele, sociale, juridische, filosofische of ideologische aard. Deze veronderstellingen kunnen door een theoreticus expliciet geformuleerd zijn, maar kunnen op een theorie ook impliciet van invloed zijn geweest. Om een theorie te kunnen gebruiken zal ook bekend moeten zijn wat de implicaties van de betreffende vooronderstellingen zijn voor de praktijk.

Van der Bruggens 'antropologische verpleegkunde' is expliciet over de filosofische uitgangspunten van de theorie.⁸ Ook de uitgangspunten van de antroposofische verpleegkunde zijn duidelijk.⁹ Van den Brink-Tjebbes heeft zich voor *Verplegen naar de Maat* laten inspireren door oud-testamenteisch gedachtegoed en de interpretaties daarvan door de filosoof Levinas.¹⁰ Orems theorie is in deze minder expliciet.¹¹ Hiermee kan de indruk gewekt worden dat haar theorie levensbeschouwelijk 'neutraal' of 'algemeen menselijk' is. Impliciet stoelt zij haar opvattingen op het idee (of ideaal) van de zichzelf-verwerkeliijkende mens, de individuele autonome mens.¹² Dit heeft ook aantoonbare consequenties voor het gebruik van haar theorie.

6. Wat voor *soort* theorie is het? De theorie kan tot doel hebben om slechts de bestaande werkelijkheid te beschrijven, maar kan ook gebruikt worden om verschijnselen te verklaren, te voorspellen of om gewenste situaties te bewerkstelligen.

De opvatting van de theoreticus over haar/zijn eigen theorie kan hier inzicht in geven. Voorts kan gekeken worden naar wat andere auteurs hier over opmerkten, of welke indruk men zelf verkrijgt. Op dit punt is Integreernde Verpleegkunde helder: zij wil een situatie-scheppende theorie zijn.¹³

7. Een ander, reeds eerder genoemd onderscheid betreft het *niveau* van een theorie. Hoe groot is de uitsnede uit de werkelijkheid ('scope' of 'reikwijdte') van de theorie? Men spreekt wel van micro-, meso-, macro- en meta-niveau. Is de theorie bijv. van het abstracter *grand-theory*-niveau?

Bijv.: is Van der Bruggens antropologische verpleegkunde-theorie van een abstracter niveau dan zijn (verplegingswetenschappelijke) theorie van het stoelgang-patroon van patiënten?

8. In verpleegkundige theorieën worden doorgaans vier centrale begrippen, of essentiële concepten onderscheiden: de vier '*meta-paradigmata*'.¹⁴ Bij dit evaluatiepunt gaat het erom hoe deze begrippen beschreven worden en hoe ze zich tot elkaar verhouden.

Bijv.: hoe staat, volgens de theoreticus, de patiënt in relatie tot zijn ziekte en wat is hierin de rol van de verpleging. Op welk moment is er sprake van verpleging, wanneer is verpleging wenselijk of noodzakelijk? Wat is volgens de auteur(s) het doel van verplegen? Hoe wordt een persoon gezien ten opzichte van haar/zijn omgeving, welke invloed wordt wederzijds uitgeoefend, en wat is de plaats van de verpleegkundige hierbinnen? De onderlinge relaties tussen deze elementen worden soms in het midden gelaten. De opvattingen kunnen belangrijke impliciete of expliciete consequenties hebben voor de praktijk. De auteur hoeft zich niet bewust te zijn van deze consequenties. Een voorbeeld is de in Oosterse levensbeschouwing voorkomende reïncarnatie-gedachte, die kan betekenen dat de dood, en soms ook het leven, als een illusie (*Maya*) gezien wordt. Dit zal tot een heel andere omgang met het sterven van patiënten kunnen leiden dan de opvatting dat er na de dood niets is of een Hiernamaals.

9. Wat de inhoud van een theorie betreft zijn de door de theoreticus gehanteerde *concepten* van groot belang. Het is vooral op dit punt dat theoretici inhoudelijk kunnen verschillen. Worden ze duidelijk omschreven en hoe verhouden ze zich tot verwante begrippen? Ook de onderlinge relaties tussen de concepten is van belang wil men inzicht te krijgen in de theorie.

Vaak worden de belangrijkste concepten door de theoreticus nadrukkelijk vermeld. Soms is er sprake van onduidelijkheid en is discussie mogelijk. Wat wordt bijv. bedoeld met 'welzijn van de patiënt'? In de meta-theoretische literatuur worden keuzen gemaakt door de auteurs voor de belangrijkste concepten.

10. Een vervolg op het vorige is een beschrijving en analyse van de *stellingen/beweringen* binnen de theorie.

De beweringen geven verband aan tussen concepten. Zijn de verbanden aannemelijk? Zijn de beweringen toetsbaar? In

hoeverre zijn zij gebaseerd op empirische gegevens, of andere aannemelijke uitgangspunten?

11. Wordt het *verpleegkundig proces* beschreven? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, wat blijkt daaruit? Houdt dat kritiek in op het verpleegkundig proces?

Andere benamingen zijn 'systematisch verpleegkundig handelen' (SVH), 'procesmatig werken' en 'methodisch handelen'.

Het verpleegkundig proces is een tamelijk algemeen aanvaarde ordening van het verpleegkundig handelen, al worden door diverse auteurs verschillende aantallen en soorten fasen gehanteerd. Geeft de theoreticus duidelijk aan hoe dit verpleegkundig proces gehanteerd kan/moet worden? Een auteur als Van den Brink-Tjebbes heeft ook kritiek op het verpleegkundig proces. Belangrijk is te weten waarom.

2.3 Praktijk

12. Het is eveneens nuttig om te onderzoeken welke *kritiek of ondersteuning* de theorie heeft gekregen en welke argumentatie of motieven daarbij een rol speelden. Deze kritiek kan onder bovenstaande punten ondergebracht worden. Wanneer dit niet mogelijk is, kunnen kanttekeningen ook in een afzonderlijke rubriek geplaatst worden, met vermelding van de bron.

Wanneer de theorie al langere tijd bekend is en de theorie bijgesteld werd, kan het zijn dat in de primaire literatuur hiervan melding wordt gemaakt. Informatie hierover is voornamelijk in de vakbladen te vinden. Men moet overigens zeer bedacht zijn op beïnvloedende factoren in de praktijk die ten zeerste bepalend kunnen zijn of een theorie 'werkt' of niet. Of een theorie al dan niet 'werkt' in de praktijk kan bijv. bepaald worden door een positieve of juist negatieve attitude op de werkvloer. Maar ook wanneer nog niet met een theorie in de praktijk gewerkt wordt, kan een idee verkregen worden van de potentiële toepasbaarheid van de theorie.

13. Hoe algemeen is de bruikbaarheid van de theorie? Dit wordt ook wel het niveau van de algemene *toepasbaarheid* ('generality') van de theorie genoemd.

In welke *werkvelden* van de verpleging is de theorie bijv. toepasbaar? Is ze bijv. alleen toepasbaar binnen de algemene gezondheidszorg? Of alleen, of met name, bij bepaalde patiënten? Is ze mogelijk beperkt tot bepaalde leeftijdscategorieën van patiënten, of alleen tot een bepaalde cultuur, zoals onze Westerse?

14. Om inzicht te krijgen in de *bruikbaarheid* van een theorie zal ook aandacht besteed dienen te worden aan wat de theorie zegt over:

- (1) De verpleegkundige beroepsgroep;
- (2) Het verpleegkundig onderwijs;
- (3) Het verpleegkundig management;
- (4) Verpleegkundig onderzoek.

Allereerst dient bezien te worden of er aan deze onderwerpen aandacht besteed wordt en in welke mate. Is dit het geval dan kan naar de volgende vragen gekeken worden: welke opvattingen huldigt de theoreticus over deze onderwerpen? Welke knelpunten worden gesignaleerd? Welke ontwikkeling wordt verwacht? Welke verandering wordt voorgesteld? Worden er richtlijnen gegeven? Bij de toepassing van een theorie kunnen bijv. veranderingen nodig zijn in het management.

15. Om de *praktische bruikbaarheid* van een theorie te kunnen inschatten is het belangrijk te weten wat bekend is over het gebruik van (gedeelten van) de theorie binnen de verschillende terreinen.

Zie de toelichting bij punt 12.

Bovenstaande punten voor evaluatie kunnen in *vraagvorm* geplaatst worden waardoor ze als een 'Evaluatie-instrument' gebruikt kan worden. Daarbij is onderscheid te maken in een beschrijvend deel en een analyserend c.q. beoordelend deel. In totaal zijn dit dan dertig vragen. Exacte beantwoording of inpassing in categorieën, zoals voor het niveau van een theorie, is niet altijd mogelijk. Soms geeft een theoreticus dit zelf aan of hebben metatheoretici daar inzicht in. De opvattingen kunnen echter nogal uiteenlopen. Belangrijk is dat men een beargumenteerde (voorlopige) beoordeling of vergelijking leert geven. Voorkomen dient te worden dat men in de veronder-

stelling verkeert dat het laatste woord over een theorie is gezegd.¹⁵

Noten

1. Zie voor een aanzet B.S. Cusveller, Verpleegkundige zorg voor wilsonbekwame patinten, in H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patinten*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1994, p. 67-78.
2. Zie bijv. A. van den Beukel, *De dingen hebben hun geheim*, Baarn: Ten Have, 1990.
3. M. Grypdonck, De betekenis van het theoretisch pluralisme voor de verpleegkunde, *Gezondheid en samenleving* 1981, 1, p. 2-10; N. Wolterstorff, *De rede binnen grenzen van de religie. Geloof, wetenschap en praktijk*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1993.
4. Zie ook H. van der Bruggen (red.), *De delta van de nederlandse verpleging*, Lochem: Tijdstroom, 1992³. p. 216.
5. W.B. Kuypers, *Hoe verpleegkundigen genezen*, Baarn: Nelissen, 1988.
6. M. Leininger (ed.), *Cultural care diversity & universality*, New York: NLN, 1991, p. 43.
7. A. Marriner-Tomey, *Nursing theorists and their work*. St.Louis: Mosby, 1989, p. xi.
8. H. v.d. Bruggen, *Naar een antropologische verpleegkunde*, Lochem: De Tijdstroom, 1987.
9. Van der Bruggen (red.), a.w. noot 4.
10. J.A. van den Brink-Tjebbes, *Verpleging naar de maat*, Lochem: De Tijdstroom, 1989.
11. D.E. Orem, *Nursing: concepts of Practice*, St. Louis: Mosby.
12. M. Grypdonck, Verpleegkundige theorieën kiezen vanuit christelijk perspectief?, in J. de Mey (red.), *Het verpleegkundig beroep in beeld - mensbeelden in de verpleegkunde*, Zwolle: Gereformeerde Hogeschool, 1991, p. 42.
13. G. Koene et al., *Integrerende Verpleegkunde*, Lochem: De Tijdstroom, 1987.
14. Van der Bruggen, a.w. noot 4, p. 35.
15. Deze tekst is een verkorte bewerking van P. Blokhuis, W. Doornebal en G.H. Hunink, *Nota Evaluatie van verpleegkundige theorieën*, Ede: interne publicatie Christelijke Hogeschool De Vijverberg-Felua, 1994, en wordt nader uitgewerkt in *Verpleegkundige theorieën, ... wat doen we ermee?*, Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1994.

Overige literatuur

- Aggleton, P., Chalmers, H. *Theorieën en modellen in de verpleegkunde - Zeven buitenlandse theorieën in perspectief*, Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.
- Aukes, L., Hellema, F., Walenkamp, M., *Verpleegkundige zorgvernieuwing - Integrerende Verpleegkunde in de praktijk*, Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992.
- Bakker, J.H., le Grand-van den Bogaard, M.J.M. (red.), *Verpleegkundig beroepsprofiel*, Zoetermeer: NRV, 1989.
- Blokhuis, P., Bij de grenzen van verplegingswetenschap, *Vijverberg bulletin* 1993, 3, 9-12.
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K., *Theory and nursing: a systematic approach*, St. Louis: Mosby, 1991.
- Evers, G.C.M., *Theorieën en principes van verpleegkunde*, Assen: Van Gorcum, 1991.
- Fawcett, J., *Analyses and evaluation of conceptual models of nursing*, Philadelphia: F.A. Davis, 1989.
- , *Analyses and evaluation of nursing theories*, Philadelphia: F.A. Davis, 1993.
- Halfens, R, Smeets, H., Verplegingswetenschap, wat heb je eraan?, *TvZ* 1990, 22, 736-9.
- Huijter Abu-Saad, H., Verplegingswetenschap en de verpleegkundige praktijk; een onderlinge relatie, *Verpleegkunde* 1990, 4, 181-90.
- Hunink, G.H., Meijer, M. (red.), *Symposium verplegingswetenschap - verplegingswetenschap in relatie tot management, praktijk en onderwijs*, Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1992.
- , Orakel van Delphi of pseudo-intellectualisme? *Vijverberg bulletin* 1993, 3, 31-36.

-
- , New Age en zorg, *Het richtsnoer* 1992, 6, 198-216.
- Jong, J. de, Salentijn, C. (red.), *Verpleegkunde in perspectief- theorievorming, modellen, theorieën, praktische toepassingen*, Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1993.
- King, I., *A theory for nursing*, New York: Wiley, 1981.
- Leeuwen, R., HBO-verpleegkundige: Zeg maar dag met de handjes!?, *Vijverberg bulletin* 1993, 3, 37-39.
- Linneman, E., *Wetenschap of vooroordeel?*, Kampen: Kok, 1987.
- Loor-Netjes, W.A., Theorie over praktijk, *Vijverberg bulletin* 1993, 3, 27-30.
- Meleis, A.I., *Theoretical nursing - development & progress*, Philadelphia: Lippincot, 1991.
- Ministerie van WVC, *In hoger beroep*, Rijswijk: WVC, 1991.
- National League for Nursing, *Theory development*, New York: National League for Nursing, 1978.
- Nicoll, L.H. (ed.), *Perspectives on nursing theory*, New York: Lippincott, 1992².
- Parse, R.R., *Nursing science - major paradigms, theories and critiques*, Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.
- Pepper, S. & Leddy, J.M., *Conceptual bases of professional nursing*, Philadelphia W.B. Saunders, 1989.
- Powers, B.A., Knapp, T.R., *A dictionary of nursing theory and research*, Newbury Park: Sage, 1990.
- Reuling, A., *Methodologieën - een inleiding in onderzoeksstrategieën*, Baarn: Nelissen, 1986.
- Riehl, J.P., Roy, C. (eds.), *Conceptual models for nursing practice*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Riehl-Sisca, J.P. (ed.), *Conceptual models for nursing practice*, Norwalk: Appleton & Lange, 1989.
- Stevens, B.J., *Nursing theory: analysis, application, evaluation*, Boston: Little Brown, 1984.
- Stoll, R. (ed.), *Concepts in nursing: a christian perspective*, Downers Grove IL: InterVarsity Press, 1990.
- Stouw, G. van der (red.), *Holisme: alles of niets?*, Kampen: Kok, 1990.
- Strien, P.J. van, *Praktijk als wetenschap*, Assen: Van Gorcum, 1985.
- Walker, L.O., Avant, K.C., *Strategies for theory construction in nursing*, Norwalk: Appleton & Lange, 1988.
- Walsh, M., Ford, P., *Nursing rituals: research and rational actions*, Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
- Wesley, R.L., *Nursing theories and models*, Springhouse: Springhouse, 1992.

OVER DE AUTEURS

Dr. P. Blokhuis (1947), filosoof, is docent wijsbegeerte en ethiek, alsmede sectordirecteur HGZO, op Christelijke Hogeschool De Vijverberg-Felua, te Ede.

Drs. B.S. Cusveller (1964), filosoof en verpleegkundige, is wetenschappelijk medewerker van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, te Ede.

Ing. D. Duijzer (1958), algemeen secretaris/directeur beheer van de CBTB, is voorzitter van de Vereniging voor Ouders van Kinderen met Kanker.

Drs. G.H. Hunink (1961), IC/CC-verpleegkundige en verplegingswetenschapper, is docent verpleegkunde op Christelijke Hogeschool De Vijverberg-Felua, te Ede, en tutor verplegingswetenschap aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Dr.ir. H. Jochemsen (1952), gezondheidsethicus, is directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, te Ede.

OVER DE WERKGROEP

Leden:

- Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV): mw. A. Tanis-van de Weele, dhr. C.D. Innemee
- Gereformeerd Maatschappelijk Verbond (GMV): mw. J. Foekens
- Reformatorische Maatschappelijke Unie (RMU): mw. C. Corbijn, M.H. Sonnenberg
- Febe, vereniging van werkers in de gezondheidszorg op gereformeerde grondslag: mw. T. Gunter
- Het Richtsnoer, prot.chr. vereniging van verpleegkundigen e.a. werkers in de gezondheidszorg: dhr. A.J. van Bezooijen
- CFO, CNV-bond voor overheid, zorgsector en verzelfstandigde overheidsinstellingen (waarnemer): mw. B. Eerland-Van Vliet
- Vereniging van Gereformeerde Artsen: dhr. J. Kiewiet
- Protestants-Christelijke Artsen Organisatie (PCAO): mw. I. van Iwaarden
- Christelijke Hogeschool De Vijverberg-Felua te Ede: dhr. G.H. Hunink
- Gereformeerde Hogeschool te Zwolle: mw. E. Drewes-Wentink
- Studiecentrum Welzijn en Levensbeschouwing van christelijke Hogeschool Windesheim: mw. G.M. Broeder-Schaap
- Protestantse Vereniging van Instellingen voor Bejaardenzorg (PVIB): dhr. W. Huizing (na dhr. M.-P. van Mansum)
- Protestants-Christelijke Federatie van Thuiszorg Instellingen (FPCTI): mw. M.H. Sonnenberg
- Christelijke Vereniging van Zorginstellingen (CVZ): dhr. H.L. van Aller
- Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut: dhr. H. Jochemsen, dhr. B.S. Cusveller

Uit haar midden heeft de brede werkgroep een kerncommissie in het leven geroepen, waarin zitting hadden mw. A. Tanis-Van de Weele, mw. E. Drewes-Wentink, mw. T. Gunter en dhr. B.S. Cusveller, met toevoeging van dhr. W.A. Kirpestein, oud-geneesheer-directeur Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam.

De algehele coördinatie van het zorgvisieproject, zowel binnen de brede werkgroep als de kerncommissie, was in handen van dhr. B.S. Cusveller, met ondersteuning van dhr. H. Jochemsen.

PUBLICATIES PROF.DR. G.A. LINDEBOOM INSTITUUT

Wetenschappelijke rapporten:

1. H. Jochemsen, W.G.M. Witkam, P. Blokhuis, G. Glas, E. Schuurman, *De status van het menselijk embryo*, 1988.
4. J.A. Spaan en H. Jochemsen, *Prenatale diagnostiek. Ontwikkeling van het indicatiebeleid en opname in het ziekenfondspakket*, 1989.
5. H. Jochemsen en N. Wolswinkel, *HIV-test versus genetische test*, 1989.
6. M. Daverschot en E.P. van Dijk, *De HIV-test: verplicht stellen of niet?*, 1989.
7. H. Jochemsen, *Geregeld levensbeëindigend handelen?*, 1992.
8. H. Jochemsen, B.S. Cusveller, D.J. Bakker, *Proeven en regelen. Over de Wet medische experimenten*, 1993.
9. H. Jochemsen (red.), *Transplantatie van foetaal weefsel. Een medische en een ethische beschouwing*, 1993.
10. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Levensbeëindiging bij ernstig demente en psychiatrische patiënten*, 1994.
11. B.S. Cusveller (red.), *Quasi Dominus. Naar een christelijke visie op zorg*, 1994.
12. J. Hoogland, J.J. Polder, S. Strijbos, H. Jochemsen, *Professioneel beheerst. Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*, 1995.

Lindeboomreeks (i.s.m. uitgeverij Buijten & Schipperheijn):

1. S. Strijbos (red.), *De medische ethiek in de branding. Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, 1992.
2. W.G.M. Witkam, W.H. Velema, A.P. van der Linden, *Reageerbuisbevruchting - verantwoord?*, 1990.
3. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen bereikt? Over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*, 1991.
4. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De mens en zijn erfgoed. Ethische en maatschappelijke aspecten van de moderne gentechnologie*, 1992.
5. H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, 1994.
6. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen gewaardeerd. Keuzen in de gezondheidszorg na 'Dunning'*, 1994.

Overige uitgaven:

- .J. Douma, *Plaats en taak van de medische ethiek in christelijk perspectief*. Rede bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar op de Lindeboomleerstoel voor medische ethiek (Kampen: Van den Berg), 1994.
- .Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, *Vaccinatie: een handreiking tot het gesprek*, 1994.
- .E. van Balen, H. Jochemsen, J. Koppelaar, R. Matzken en C. Steijn, *Mag ik alternatief behandeld worden?* (Leiden: J.J. Groen), 1993.
- .Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en Management Adviesbureau Antenor bv, *Kwaliteit van terminale zorgverlening*, Veenendaal: Nederlandse Patiënten Vereniging, 1993.
- .Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen* (Amsterdam: Buijten & Schipperheijn), 1992.
- .G. van Bruggen, *Zorgen vóór de geboorte. Over aangeboren en erfelijke afwijkingen* (Buijten &

Schipperheijn), 1989.