



Uw zorg mij'n zorg

Pro Vita Humana, 1997, nr. 5, p 109-114

door prof.dr. W.J. Eijk, is arts-filosoof-theoloog, docent ethiek en moraaltheologie aan de Grootseminaries Rolduc te Kerkrade en het St. Jans-Centrum te 's- Hertogenbosch



De titel 'Uw zorg mij'n zorg' zou, zeker in de gekozen spelling, het tegendeel kunnen suggereren van wat bedoeld is: 'dat zal mij een zorg zijn'. Positief uitgelegd heeft de titel iets van het intrappen van een open deur. Uiteraard mag worden verwacht dat de zorg van de patiënt tevens de zorg is van artsen, verpleegkundigen, ziekenverzorger, paramedici of maatschappelijk werkers. De vraag is echter hoe de 'zorg' waarmee de patiënt worstelt zich verhoudt tot de 'zorg' die medewerkers in de gezondheidszorg verlenen.

1. Mensvisie en zorgvisie

De gezondheidszorg als facilitair bedrijf

In zekere zin veranderen de instellingen voor gezondheidszorg naar het aanvoelen van velen in dienstverlenende bedrijven. Hierbij kan men iets bestellen dat men nodig heeft, ook als men niet ziek is.

Dit heeft alles te maken met de huidige lichaamscultuur, die een merkwaardige innerlijke tegenstrijdigheid impliceert. Enerzijds worden het lichaam en de perfectie daarvan als het hoogste goed ervaren. Anderzijds geldt het lichaam als een manipuleerbaar en maakbaar object, dat in zekere zin tegenover de persoon staat. Op treffende wijze brengt Renate Dorrestein dat tot uiting in het boekenweekgeschenk van dit jaar. Terwijl Cas voor zijn zwangere vrouw Xandra, die jarig is, het ontbijt klaarmaakt loop hij te mijmeren over het kind dat over enige tijd geboren zal worden. Het werd "honderd procent zeker een jongen, dat had de genderkliniek bij aanvang van de peperdure behandeling gegarandeerd. Daarna een meisje, was hun plan, en dan nieuwe borsten voor Xandra ... " (1) Het verjaardagscadeau bestaat uit een nieuwe neus voor Xandra. Terwijl hij, in het besef dat zich weer een lange dag zonder voedsel voor hem uitstrekt, met een niet mis te verstane hunkering in zijn blik toekijkt hoe zij haar croissantjes eet, zegt ze bemoedigend: "'Je mag vanavond zeshonderd calorieën' ... Zijn moeder had hem als kind vetgemest en een veelvraat van hem gemaakt, met haar pannekoeken en puddingen ... In haar naar spekvat ruikende keuken had niets hem erop voorbereid dat het in de echte wereld draait om fysieke perfectie." (2)

De gezondheidszorg is zo een dienstverlenend bedrijf geworden dat niet alleen faciliteiten biedt voor de genezing van ziekten, maar ook een aantal wensen vervult van mensen wier lichaam weliswaar gezond is, maar niet perfect wordt geacht en daarom verbetering behoeft. 'Beter maken' krijgt in plaats van 'genezen' de connotatie van 'perfectioneren'. Naar verwachting zal deze trend zich in de toekomst verder voortzetten. De genetische screening en diagnostiek zullen ertoe leiden dat 'gebreken' al aan het licht kunnen worden gebracht nog lang voordat zij manifest zijn. De toepassing hiervan binnen het kader van de prenatale diagnostiek heeft nu reeds tot gevolg dat 'imperfecte' mensen vaak geen kans krijgen geboren te worden.

De cultuur van de maakbare mens impliceert tevens dat mensen die wel onder een aandoening gebukt gaan, ten aanzien van de gezondheidszorg irreële verwachtingen koesteren. Een 'neen, ik kan niets meer voor u uitrichten' wordt amper geaccepteerd. Zo noemt Job Olson, de grootvader van Cas, die veel last ondervindt van zijn prostaatlijden, zijn kwaal "een regelrechte bespottung van de menselijke waardigheid. Toch had die halfgare baviaan van een specialist ijskoud gezegd, terwijl hij zijn bleke, dunne handen waste: 'U moet er maar mee leren leven' ... Hij had een operatieve ingreep verwacht, iets met laser, of anders tenminste een afdoende pillenkuur. Ze konden Siamese tweelingen scheiden, harten transplanteren, grote borsten kleiner maken en



kleine borsten groter, ze vroren sperma in en brachten eicellen buiten de baarmoeder tot bevruchting. Elke flard en flinter van de mens kon worden gereviseerd, gerepareerd, geperfectioneerd; voor het hele bouwpakket waren nieuwe of sterk verbeterde onderdelen te krijgen, alleen Job Olson viste achter het net.” (3)

Wanneer de gezondheidszorg geen technische mogelijkheden meer in huis heeft om aan de behoeften te voldoen en de ontlustering van het lichaam niet kan tegenhouden, dan grijpt de cultuur van de maakbare mens steeds vaker naar de uiterste technische oplossing voor het lijden die nog rest: door levensbeëindigend handelen ‘maken’ dat de lijdende mens er niet meer is.

De verstrekte zorg als het geleverde product

Binnen de gezondheidszorg opgevat als facilitair bedrijf is de zorg van de hulpverlener tot op zekere hoogte te vergelijken met die van winkelier. Veelzeggend is in dit verband dat de verstrekte zorg wel wordt betiteld als het ‘geleverde product’.

Wie een koelkast koopt bij een winkelier in huishoudelijke apparatuur, vertrouwt zich in zekere zin toe aan diens zorg. Van zijn kant deelt de winkelier tot op zekere hoogte de zorg van de koper voor het behoud van diens voedingswaren. Hij heeft er ook zelf belang bij dat het geleverde product goed functioneert en aan de behoefte van de cliënt tegemoet zal komen, omdat zijn nering ermee gemoeid is.

In de gezondheidszorg, vooral in de psychiatrie, bestaat sinds de jaren zeventig een zekere trend niet meer van ‘patiënt’, maar van ‘cliënt’ te spreken. De zieke wordt daardoor niet zozeer als een ‘lijdend mens’, de per definitie zwakkere partij bestempeld. Op deze wijze wil men de gelijkwaardigheid tussen de zieke en de zorgverlener benadrukken. Er is echter een keerzijde. Het spreken over cliënten bewerkt tegelijkertijd een zekere verzakelijking en objectivering in de verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener: het suggereert onmiskenbaar een bepaalde afstandelijkheid. Binnen de gezondheidszorg als facilitair bedrijf waarin zorg als een product wordt afgeschilderd, hoeven de zorg van de hulpverlener en die van de cliënt elkaar niet echt te raken. De wensen van de cliënt, vergroting van de borsten, verandering van de neus of een geslachtstransformatie zijn voor de zorgverlener in veel gevallen niet zonder meer invoelbaar. Dan is de zorg van de patiënt ten diepste niet de zorg van de hulpverlener. Diens zorg is in zo’n situatie enigszins te vergelijken met die van de leverancier van een product.

Een therapeutische en palliatieve gezondheidszorg

Anders ligt dat wanneer de gezondheidszorg primair wordt gezien als zorg voor de mens die onder lijden gebukt gaat, een patiënt in de echte zin van het woord. Hier bestaat een raakpunt tussen de zorg van de patiënt en die van de hulpverlener. Wie het lichaam niet ziet als een objectificeerbaar en manipuleerbaar object tegenover de persoon, maar als iets dat essentieel tot die persoon behoort, beseft dat hij door het lichaam de persoon zelf ontmoet en behandelt. Het lichaam is daardoor evenals de persoon geen manipuleerbaar object, waar men mee zou kunnen doen wat men wil. Is de gezondheidszorg daarvan doordrongen, dan is zij niet gericht op maakbaarheid en het reviseren en perfectioneren van lichamen, maar krijgt zij een therapeutisch en palliatief karakter.

Dit laatste moet niet worden opgevat als een pleidooi voor een zuiver somatische geneeskunde. Ook patiënten met een psychische problematiek worden primair in hun lichaam ontmoet. Niet zelden presenteren patiënten met psychische problemen zich in eerste instantie ook met lichamelijke klachten. Daar komt nog bij dat sommige psychische klachten ofwel met conversieverschijnselen ofwel met een aantoonbare somatische problematiek gepaard gaan, terwijl omgekeerd somatische ziekten psychische spanningen opwekken. De samenhang tussen psychische en somatische functies vindt haar bevestiging in de medicamenteuze behandeling van depressies en psychosen, doordat psychofarmaca de overdracht van neurotransmitters door de uiteinden van zenuwcellen in de hersenen beïnvloeden.



Wanneer men het lichaam ziet als essentieel onderdeel van de persoon, kan men in de gezondheidszorg trouwens niets anders doen dan de menselijke persoon in zijn totaliteit benaderen.

Binnen de gezondheidszorg als facilitair bedrijf hoeft de wens en dus de zorg van de cliënt helemaal niet dezelfde te zijn als die van de hulpverlener. De zorgen die ziek zijn met zich meebrengen zijn echter – details in de beleving ervan daargelaten – vergelijkbaar. Hier vinden de zorg van de patiënt en die van de hulpverlener een innerlijk raakpunt. Ook al lijdt de hulpverlener zelf niet aan de ziekte van de patiënt, toch kan hij zich diens zorg omtrent diens bedreigde gezondheid – al is het tot op zekere hoogte – invoelen. Binnen een therapeutische en palliatieve gezondheidszorg kan de zorg van de patiënt daadwerkelijk die van de hulpverlener zijn.

2. De ‘gewonde genezer’

Het staat me nog levendig voor de geest hoe ik als pas afgestudeerd arts nog de dag van de eedaflegging een esculaapteken in mijn auto aanbracht, dat ik als co-assistent van een artsbezoeker had gekregen en zorgvuldig bewaard tot ‘het grote moment’. Zoals, denk ik, de meeste artsen was ik echter totaal niet doordrongen van de diepere betekenis ervan.

Aesculapius en de Hippocratische traditie

Het esculaapteken, een staf met een slang erom gekronkeld, was het attribuut van Aesculapius. Volgens een van de mythen rond zijn persoon raakt deze god van de geneeskunde (de zoon van Apollo en Coronis) gewond nog voordat hij geboren is. Omdat Coronis Apollo ontrouw is geweest, schiet Artemis (de tweelingzuster van Apollo en godin van de jacht) een pijl op haar af, terwijl zij nog zwanger is. Uiteindelijk belandt Coronis op de brandstapel waartoe zij veroordeeld is. Apollo haalt echter Aesculapius uit de moederschoot en redt hem uit de vlammen. Daarna wordt hij ter opvoeding toevertrouwd aan Chiron, een centaur (een wezen met het bovenlijf van een mens en het onderlijf van een paard). Deze Chiron, die zelf aan een ongeneeslijke wond lijdt, beoefent de geneeskunde. Zo vindt Aesculapius in Chiron een bijzondere leermeester op dit vakgebied. Deze is zelf een ‘gewonde genezer’, die als geen ander in staat is Aesculapius te helpen met het lijden vertrouwd te raken en daarin uitzicht en genezing te brengen. (4) Aan de mythe van Aesculapius ligt de gedachte ten grondslag dat juist hij de god der geneeskunde is, die zelf het lijden kent.

Conde (gedelegeerde van het aartsbisdom Madrid voor het pastoraat in de gezondheidszorg) noemt enkele teksten uit de Hippocratische traditie, die een vergelijkbare gedachte tot uiting brengen. (5) Een pregnant voorbeeld hiervan is het volgende citaat uit *De flatibus*: “Met andermans pijn oogst de medicus zijn eigen leed.” (6) De arts maakt zich de pijn of zorg van de zieke eigen en zijn zorg voor de zieke doet hem zelf lijden. Een tweede citaat uit *De arte* maakt duidelijk wat het doel daarvan is: “Het doel van de geneeskunde is zieke mensen te bevrijden van lijden, de acute aanvallen van ziekte te verlichten en zich niet in te laten met de behandeling van hen die door ziekte overmand zijn, dat wil zeggen in situaties waarin bekend is dat de wetenschap en de beoefening van de geneeskunde praktisch gezien niets kunnen uitrichten om de patiënt te helpen.” (7)

Dit laatste citaat verraadt het naturalisme van de Hippocratische school. De zorg van de arts strekt zich uit voor zover zijn medisch kunnen effectief is. Is dit niet langer het geval, dan wordt de ziekte niet alleen in medisch-technisch maar ook in religieus opzicht ongeneeslijk geacht. Het instellen van behandeling zou dan ‘tegennatuurlijk’ zijn.

Christendom en persoonsbegrip

Het is pas door de Christelijke Openbaring dat niet alleen theologen, maar ook filosofen het persoonsbegrip hebben leren kennen. De mens, geschapen naar Gods beeld en gelijkenis en daardoor een persoon,



vertegenwoordigt een waarde die ver boven de waarde van elk ander wezen in deze wereld uitgaat. Deze visie op de menselijke persoon leidt al in de eerste eeuwen van het Christendom tot een intensieve aandacht en zorg voor de zieke medemens die zich niet beperkt tot wat medisch-technisch mogelijk is, maar zich tevens uitstrekt tot hen wier aandoening ongeneeslijk is. De inspiratie daartoe vormt de intense wijze waarop de grote 'Gewonde Genezer' Jezus Christus zich met de lijdende mens identificeert. Als Hij de rechtvaardigen in Zijn koninkrijk zal binnenlaten, zal hij daarvoor als reden opgeven dat zij Hem te eten hebben gegeven toen hij honger had en te drinken bij dorst, als vreemdeling opgenomen, bezocht toen hij ziek was of in de gevangenis opgesloten. Op hun vraag wanneer zij dat dan hebben gedaan, zal Hij antwoorden: "Voorwaar, Ik zeg u: al wat gij gedaan hebt voor een dezer geringsten van mijn broeders hebt gij voor Mij gedaan" (Mt.25,40). Hun zorgen waren ook Zijn zorgen, omdat ieder mens in de ogen van zijn Schepper en Verlosser een unieke, onherhaalbare waarde is.

Valse pathetiek?

De grondleggers van de wetenschappelijk gezondheidszorg zagen zichzelf als deelnemers in de pijn en het lijden van hun patiënten. Bij een dergelijke uitspraak kunnen mensen uit het 'no-nonsensetijdperk' de wenkbrauwen fronsen. Klinkt dat niet als een overmoedig ideaal uit de Romantiek of – erger nog – is het geen valse pathetiek?

De directe ervaringen en reacties van de werker in de gezondheidszorg op wat hij in zijn werk tegenkomt, wijzen uit dat dat niet het geval is. Wat gaat door hem of haar heen bij het zien van een oudere patiënt met diepe ulcera tot op de spieren en zelfs tot op het bot aan beide hielen, onder- en bovenbenen en het heiligbeen.

Wanneer wij de aandoeningen van anderen zien, passen we die spontaan toe op ons zelf: 'stel dat ik daar lag en zo iets had'.

Deze spontane reactie kan ertoe leiden dat de arts of verpleegkundige zich iets van het lijden van de patiënt eigen maakt.

Zich voor deze identificatie met de patiënt totaal afsluiten werkt averechts: het is voor de patiënt een uitermate vervelende ervaring, als hij te maken krijgt met een medewerker in de gezondheidszorg die hem niet begrijpt of zich voor hem afsluit. De specialist die tegen Job Olson zegt: "U moet er maar mee leren leven," zegt eigenlijk: 'uw probleem is niet mijn probleem, zoek het maar uit, maar laat mij er alstublieft buiten'. Dit is het grote risico van de gezondheidszorg opgevat als facilitair bedrijf: is iets niet meer 'maakbaar' of 'herstelbaar', is als het ware het gewenste product niet meer leverbaar, dan houdt de interesse voor de cliënt op. Dan is diens zorg niet meer de zorg van de hulpverlener.

Geen taboes meer?

Of de hulpverlener zich in de patiënt kan verplaatsen, hangt voor het grootste deel af van de mate waarin hij zijn eigen lijden onder ogen kan zien. Mensen kunnen er prat op gaan dat alle taboes in onze samenleving sinds de jaren zestig zijn overwonnen. Meestal denken zij dan aan het overboord werpen van taboes op seksueel gebied. Dit is echter een eenzijdige voorstelling van zaken, want er zijn andere taboes voor in de plaats gekomen. Zeker op het gebied van lijden en dood bestaan er hardnekkiger taboes dan ooit. Er oud uitzien vervult menigeen met afgrijzen. Binnen deze taboesfeer speelt het lichaam een centrale rol. Had angst vroeger vaak een geestelijke achtergrond in de vorm van schuldgevoelens, nu wordt de mens vooral beheerst door angst voor de risico's op lichamelijk gebied die niet minder is dan de angst waar mensen in het verleden onder gebukt gingen, aldus de Belgische filosoof Herwig Arts: "Volkspredikanten van vroeger maakten de mensen bang voor de gevaren die de ziel bedreigden. Moderne diëtisten, dokters en populaire gezondheidsprofeten hebben thans de fakkel overgenomen: zij jagen de mensen de schrik op het lijf voor gevaren die het lichaam bedreigen (uiteraard afgezien van waarschuwingen tegen risico's voor de gezondheid als zinvolle preventie, E.),



men denke aan hypertensie, longkanker, pollutie enz., ... de ziel heeft plaatsgemaakt voor het lichaam, de eeuwige toekomst voor het immediate nu en de gewetensangst voor de faalangst inzake sociaal succes.” (8)

In de boven geciteerde roman van Dorrestein komt het lichaam naar voren als het belangrijkste statussymbool van de moderne mens. Ook hierin komt de objectivering van het menselijk lichaam naar voren. Het is zoals de werkkring, de woning, de auto en de vakantie een middel om zich de erkenning van anderen te verwerven. Voor de perfectionering van het lichaam zijn velen tot een aanzienlijke vorm van ascese bereid. Cas Olson krijgt geen ontbijt en geen lunchpauze, maar 's avonds een afgemeten hoeveelheid van 600 kilocalorieën. Als Cas zich daar niet aan houdt, dan kan hij – ofschoon hij een 'coming man' is – niet meer concurreren met de jongemannen van 18 in het bedrijf met hun prachtige lichamen. Bruin zijn, gespierd zijn, slank zijn door fitnessstraining en dieet zijn het ideaal van niet weinigen.

Binnen een zodanig streven naar perfectionering van het lichaam komt elke vorm van verval en veroudering – om de woorden van Job Olson te gebruiken – over als een “regelrechte bespotting van de menselijke waardigheid.” Een arts of verpleegkundige die zelf worstelt met een taboe op lichamelijke onvolmaaktheid, lijden en dood, kan daar met de patiënt niet open over communiceren. Wil de zorg van de laatste ook de zorg van de hulpverlener kunnen zijn, dan zal die hulpverlener de eigen onvolmaaktheid, tegenslag, lijden en dood op een of andere manier in zijn eigen leven een plaats moeten kunnen geven, oftewel bewust integreren in het geheel van zijn leven.

Solidariteit en sympathie

Als dat gebeurt, dan kan er tussen de medewerker in de gezondheidszorg en de patiënt een band van vertrouwen en wederzijds begrip, een vorm van solidariteit ontstaan, die op zich therapeutische waarde heeft. Als het goed is, is voor een medewerker in de gezondheidszorg, aldus het door de Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg uitgegeven Handvest: “de zieke nooit alleen maar een klinisch geval – een anoniem individu, op wie men de vrucht van zijn kennis moet toepassen -, maar te allen tijde een zieke mens ten opzichte van wie men een oprechte houding van sympathie, in de etymologische betekenis van het woord, moet aannemen. En dit vereist liefde: beschikbaar zijn, begrip, deelneming, welwillendheid, geduld, dialoog. Wetenschappelijke en professionele bekwaamheid zijn niet voldoende, een persoonlijke betrokkenheid bij de concrete situatie van elke patiënt is nodig.” (9)

Het woord 'sympathie' betekent etymologisch gezien 'meevoelen'. Het gaat hierbij om de verwantschap of verbondenheid die personen met elkaar hebben en waardoor ze elkaars zorgen delen.

Hierin wordt tevens manifest dat het woord patiënt, letterlijk vertaald 'de lijdende', geen gebrek aan respect hoeft in te houden. Wanneer de hulpverlener ook zichzelf als lijdende mens onder ogen durft te komen, kan een vorm van solidariteit en sympathie groeien die beiden – althans in dit opzicht – op gelijk niveau plaatst.

3. Hoe kan lijden van de patiënt ook dat van de hulpverlener zijn?

Wat moet men zich voorstellen bij dat overgaan van het lijden van de patiënt in dat van de hulpverlener? Ik noem eerst twee manieren waarop dat beslist niet kan. Begrip, sympathie en solidariteit zijn geen zaken die uitdrukkelijk hoeven te worden geuit. Probeert men dat langs de weg van het non-verbale gedrag, bijvoorbeeld door schouderklopjes of het vasthouden van de hand, op onaangepaste wijze – niet iedere patiënt is hetzelfde – dan kan dat overkomen als een trucje of techniek om hem te winnen. Het hoeft geen betoog dat zo iets averechts werkt. Het uiten langs verbale weg kan hetzelfde resultaat opleveren. Wie suggereert dat hij een oudere met hemiplegie en motorische afasie begrijpt, terwijl dat niet het geval is, wekt argwaan of irritatie.

Een andere misvatting wordt mogelijk opgeroepen door het beeld van de 'gewonde genezer' uit de mythe van

Aesculapius en door de uit de Hippocratische traditie geciteerde teksten: iemand zou eerst alles zelf aan de lijve moeten hebben ervaren, wil hij een ander effectief kunnen helpen. 'Als je niet zelf hebt meegemaakt, weet je niet wat het is', zo verzucht een vrouw met multiple sclerose die praktisch al haar spulletjes thuis moet achterlaten en haar privacy voor een groot deel verliest, doordat ze de rest van haar leven in een verpleeghuis moet doorbrengen. Zij heeft in zekere zin gelijk. Wij kunnen nooit helemaal in de huid van een ander kruipen en moeten ook niet de illusie wekken dat we dat zouden kunnen. Helemaal gelijk heeft ze echter niet. Het lijden is onder te verdelen in bepaalde soorten met een gemeenschappelijke noemer. We kennen het lichamelijk lijden (vooral pijn), het psychisch lijden (met als voornaamste vormen angst en vereenzaming) en het sociale lijden (in de vorm van miskenning en verlies aan sociaal prestige). Wie geen chronische pijn heeft, kan zich niet geheel voorstellen wat dat betekent, maar heeft zelf allicht weleens pijn geleden. Tevens zal de vrees niet meer mee te tellen alsook het psychische lijden in de vorm van angst niemand van ons totaal onbekend zijn.

4. Vereisten

In een advertentie waarin mensen worden opgeroepen te solliciteren naar een vacature, worden de noodzakelijke vereisten vermeld. Wat is vereist om de zorg van de patiënt tot je eigen zorg te maken?

Veel geleden hebben betekent niet automatisch een goede hulpverlener zijn. Lijden kan ook een beschadigende invloed op mensen uitoefenen. Wie door het lijden dat hij tegenkomt, totaal dichtklapt, kan die ervaringen met anderen niet delen. Het kan ook zijn dat de innerlijke leegte door het gebrek aan erkenning dat men van anderen ondervindt of meent te ondervinden, iemand ertoe brengt voor anderen te 'zorgen'. Zo iemand maakt zich niet de zorg van de ander eigen, maar is feitelijk bezig voor zichzelf te zorgen. De patiënt wordt dan middel tot bevrediging van de eigen onvervulde behoeften aan affectie en erkenning door anderen, waardoor zorg gemakkelijk een klemmend en claimend karakter krijgt. Tegelijkertijd stelt zich natuurlijk de eis dat men wanneer men zich de zorg van anderen eigen maakt, dat doet met respect voor hun intimiteit.

Karaktereigenschappen

Kortom, ook hier zal het juiste midden tussen te grote afstandelijkheid en te grote intimiteit, tussen een te gesloten en een te weinig discrete benadering, tussen een zich totaal afsluiten voor de zorgen van de patiënt en er als hulpverlener teveel onder gebukt gaan de aangewezen weg zijn. De weg die de klassieke filosofen, Socrates, Plato en Aristoteles en in hun kielzog een groot deel van de westerse filosofen vanuit een schat aan eeuwenlange wijsheid hebben gewezen, is de vorming van het karakter door de verwerving van de kardinale deugden: bezonnenheid, rechtvaardigheid, moed en matigheid. Ook hier moet voor een misvatting worden gewaakt: het gaat hier niet om de karikatuur van de deugden die ethici sinds de achttiende eeuw hebben opgeroepen. Zij degradeerden deugden tot burgermansfatsoen of conformisme. Evenmin gaat het om de mens die door de vorming van deugden 'perfect' zou zijn. De zogenaamd perfecte mens is voor anderen, helemaal voor zieken, niet zelden een tiran. De deugden in klassieke zin zijn morele karaktereigenschappen die de mens een innerlijk evenwicht, een harmonie en ordening in zijn innerlijk, zijn zijn en zijn gevoelsleven geven en daardoor tevens in zijn uiterlijk optreden. Dit is wat de mens nodig heeft om op adequate wijze zijn eigen feilen, zwakheden, tegenslagen en teleurstelling in zijn leven te integreren en deze daardoor voor anderen en zichzelf vruchtbaar te doen worden.

Professionaliteit

Daarmee zijn we er nog niet. Moeder Theresa van Calcutta, die de zorg voor aan hun lot overgelaten stervenden en andere verschoppelingen op zich heeft genomen en daardoor ook in niet-christelijke kringen groot aanzien geniet, zal zeker in hoge mate genoemde deugden hebben ontwikkeld. Zou men haar – afgezien van haar hoge leeftijd en tanende gezondheid – aanstellen tot hoofd van een afdeling van een verpleeghuis ergens in Nederland, dan zou succes niet zonder meer gegarandeerd zijn. Naast de integratie van het eigen lijden en de ontwikkeling tot een innerlijk harmonieuze persoonlijkheid is ook professionaliteit een noodzakelijke vereiste



voor een goede medewerker in de gezondheidszorg.

Uit wat tot nu toe over de cultuur van de maakbare mens is gezegd, mag niet de conclusie worden getrokken dat er met medisch-technisch kunnen op zich iets mis zou zijn. De techniek is een middel waarmee heel veel, zeker lichamelijk lijden tot draagbare proporties kan worden teruggebracht. Waar het om draait is dat het de mens is die de techniek moet beheersen, en niet de techniek de mens. Wordt techniek het doel, dan worden de mens en zijn lichaam geofferd aan elk ideaal dat door technisch kunnen in het vooruitzicht wordt gesteld. Bij therapeutische en palliatieve toepassingen van technieken blijft daarentegen de mens het doel, mits de wijze raad van het derde citaat uit de Hippocratische geschriften opgevolgd wordt. Deze houdt in dat – in hedendaagse terminologie – ongeproportioneerde vormen van medische behandeling niet aan mensen worden opgedrongen en dat zeker van behandeling wordt afgezien, als de verhoudingen tussen de voor- en nadelen ervan disproportioneel zijn.

Besluit

Medewerkers in de gezondheidszorg tonen zich als echte practici soms wars van ‘abstracte ethische verhalen’. Hieruit blijkt dat zij zich onvoldoende realiseren hoe nauw mensvisie, cultuur en zorgvisie met elkaar samenhangen. Zich hiervan bewust worden is de eerste en noodzakelijke stap op weg naar een goede en adequate zorgvisie.

Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden tijdens het symposium (Uw zorg mij'n zorg) georganiseerd door de sectie Young Health Professionals van de stichting SOKA in het conferentieoord Zonnewende te Moergestel op 22 maart 1997.

Noten

1. R. Dorrestein, *Want dit is mijn lichaam*, Uitgeverij Contact/Stichting Collectieve Propaganda van het Nederlandse Boek, 1997, p. 27.
2. Ibid., pp. 29-30.
3. Ibid., pp. 51-52.
4. Reallexikon für Antike und Christentum, s.v. "Asklepios."
5. J. Conde, "Suffering and the Meaning of Life," *Dolentium Hominum* 11 (1996), nr. 1, p. 128.
6. De Flatibus, I, 7-8, in: Hippocrates, transl. WH.S. Jones, London: William Heinemann, 1923, vol. 11, pp. 226/227.
7. De arte, 111, 6-10, in: Hippocrates, op. cit., vol. 11, pp. 192/193.
8. H. Arts, *Waarom moeten mensen lijden?*, Leuven: Davidsfonds, 1993 (2e herziene uitgave), p. 36.
9. Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg, *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg*, Oegstgeest: Colomba, 1995, nr. 2, pp. 12-13 (=Publicaties van de Stichting Medische Ethiek, nr. 3).

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.