

# VAN ROME NAAR DE WERKVLOER

*Een verklaring in praktijk brengen*

Door: drs. René van Doremalen\*

*Geestelijk verzorgers en ziekenhuispastores uit verschillende landen waren in maart 2010 in Rome bijeen om te confereren over de 'humanisering van de gezondheidszorg in een multiculturele context'. Ze gingen naar Rome om daar op een spirituele manier na te denken over de vermenselijking van hun werk, van hun instellingen en eigenlijk van heel de samenleving. De deelnemers waren leden van de orde der Camillianen en rooms-katholieke geestelijk verzorgers uit Vlaanderen en Nederland. René van Doremalen doet verslag en legt uit hoe hij de uitkomsten van de conferentie in Rome wil vertalen naar de werkvloer in Nederland.*

## Inleiding

De menselijke maat hanteren binnen de gezondheidszorg lijkt vanzelfsprekend, maar is dat niet.<sup>1</sup> Efficiency en productie zijn op organisatieniveau in toenemende mate dwangbegrippen geworden en ten behoeve daarvan eisen logistiek en bureaucratie steeds meer een hoofdrol voor zich op. Op politiek niveau heeft de gedachte postgevat dat marktwerking in de zorg kostenbesparend werkt. Hierbij wordt tenminste de indruk gewekt dat de kostbaarheid van een kwetsbaar mens over het hoofd wordt gezien. De ideologie dat de patiënt, cliënt of bewoner een rationeel kiezende persoon is, speelt daarbij een cruciale rol. In haar boek *De logica van het zorgen*<sup>2</sup> laat Annemarie Mol zien hoe diverse politieke stromingen langs verschillende wegen tot een gemeenschappelijke conclusie komen: het linkse ideaal van afhankelijke mensen die hun eigen baas worden, het christelijke (christendemocratie) ideaal

van eigen verantwoordelijkheid en het liberale ideaal van het vrije marktverkeer. Daar komt bij komt dat de beheersmatige kant van de zorg een zekere telbaarheid vereist, waardoor het ook verleidelijk is zorg meer te zien in termen van eenmalige transacties (begrensd product) in plaats van in termen van voortdurende interactie (open proces). Juist vanuit dit dominerende perspectief is het niet verwonderlijk dat het voor de voorbereiders van de conferentie veel gemakkelijker was voorbeelden van dehumanisering te benoemen dan voorbeelden van humanisering. In zijn toespraak bij aanvang van de conferentie stelde Joost Verhoef<sup>3</sup> dan ook terecht vast dat mensen niet zozeer naar onze zorginstellingen toekomen voor humanisering als wel voor een goede behandeling en adequate verzorging - maar dat zij wel degelijk signalen afgeven als zij ontmenselijkende ervaringen ondergaan. In 2007 (tijdens een eerdere Romereis) bracht

een groep Rooms Katholieke sectorleden een bezoek aan het Camillianum, een officieel instituut van de Camillianen binnen de Rooms Katholieke Kerk, waarin onderzoek in theologie plaatsvindt en praktische voorbereiding op het pastorale werk in de gezondheidszorg. Eén van de grote projecten binnen de orde is de 'humanisering van de zorg'. In Spanje met name hebben de Camillianen ten behoeve hiervan een groot centrum 'Centro de Humanización de la Salud' met een veelheid aan cursussen en opleidingen (erkend door het Spaanse ministerie van Volksgezondheid), o.a. een postacademische opleiding voor zorgmanagers en een master in humanisering en sociale interventie (zie ook [www.humanizar.es](http://www.humanizar.es)). Tijdens deze ontmoeting is het idee ontstaan voor een conferentie over 'humanisering van de zorg'. Hoe kunnen we humanisering op een positieve manier aan het licht brengen binnen de zorgcontext? We dachten dat dit wel eens zou kunnen lukken als we inzichten uit verschillende culturele contexten met elkaar zouden kunnen confronteren. Dit zou kunnen leiden tot een meer praktijkgerichte en scherpere beleving van wat humanisering vermag voor werkers in de zorg, en in het bijzonder voor geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg. Of, preciezer nog: voor rooms-katholieke geestelijk verzorgers.

### Een conferentie met resultaat

Vanaf het begin van de voorbereiding van de conferentie waren we het er over eens dat deze interculturele ontmoeting in Rome geen vrijblijvend karakter diende te hebben. We zouden streven naar een gezamenlijk inzicht, waaraan we verder kunnen werken. Zo werd al snel duidelijk dat we een onderverdeling wilden maken tussen humanisering als moreel project en humanisering als spiritueel project.

Van Nederlandse kant konden we na dit inzicht niet anders dan te rade gaan bij de verworven inzichten van Annelies van Heijst en haar school. Zij immers heeft zich zowel verdiept in de geschie-

denis van de spiritualiteit van ordes en congregaties, als in de verdere uitwerking van het zorgethisch discours<sup>4</sup>. Over humanisering schrijft zij in 'Menslievende zorg' in het licht van de presentietheorie van Baart<sup>5</sup> en de handelingstheorie uit *The human condition* van Arendt<sup>6</sup>: 'Op zoek naar een preciezer invulling van het begrip menswaardigheid heb ik tot dusver, in de lijn van Arendt, humaan ofwel menswaardig, genoemd: wat overeenkomt met de conditie van pluraliteit. De morele lading in haar theorie is mijns inziens het streven dat mensen ten volle conform die conditie van pluraliteit zouden leven. Arendt formuleerde de kenmerken van wat waarlijk menselijk is nauwkeurig, maar tegelijk heel open. Ze schreef niemand voor hoe die zou moeten zijn. Dat achtte ze strijdig met de pluraliteit. (...) Mijn bedenking is alleen dat Arendt te weinig heeft gezien, dat de menswaardigheid en uniekheid van bepaalde mensen meer bedreigd wordt dan die van andere. Toch is dat ook typerend voor de menselijke conditie. Daarom breid ik haar invulling van menswaardigheid uit met hoe ik Baart versta: mensen moeten in ongelijke situaties hoeder van elkaar zijn, wil zoiets als menswaardigheid gestalte krijgen en overeind blijven. Zorgzaamheid is zo'n manier waarop dat hoeder zijn gestalte krijgt'.<sup>7</sup> Uitgangspunt in de gezondheidszorg voor van Heijst is dan ook niet de zorgontvanger, evenmin de zorgverlener en ook niet het zorgproduct of de zorgdienst. Uitgangspunt voor de humanisering is de *zorgbetrekking*. Dit vertrekpunt van Annelies van Heijst kon tijdens de conferentie op brede instemming rekenen en is het vertrekpunt geworden van waaruit de verklaring gelezen kan worden, die tijdens de conferentie geformuleerd en geherformuleerd werd. Daarmee is het ons gelukt een beginnend gezamenlijk inzicht te formuleren.

### Verklaring

Aan het einde van de conferentie zijn we er in geslaagd - in alle voorlopigheid - met die standpuntbepaling naar buiten te komen.

---

Rome, 10 maart 2010

## Verklaring

Wij, de deelnemers aan de conferentie 'Humanisering van Gezondheidszorg in een Multiculturele Context', zijn betrokken als pastor, geestelijk verzorger of adviseur binnen gezondheidszorginstellingen in verschillende landen en verschillende contexten. Wij beschouwen de humanisering van gezondheidszorg als een belangrijke kwestie op zowel het niveau van ons dagelijks werk, als het niveau van de instellingen waarbinnen we werken, en op nationaal en internationaal niveau.

Als resultaat van onze gedachtwisselingen over humanisering van gezondheidszorg willen we de volgende belangrijke notities kort samenvatten als een vertrekpunt voor verdere gedachtwisseling, communicatie en onderzoek op deze drie niveaus.

Binnen de humanisering van de gezondheidszorg concentreren we ons op de *zorgbetrekking*, welke het hart is van zorgen en helen (*caring and curing*). Humanisering is een belangrijke waarde en intentie; zij is niet slechts een middel maar ook een doel in zichzelf. Zorg betreft wederzijdse en kwetsbare betrekkingen tussen mensen, te weten zorgverleners en zorgontvangers. Deze betrekkingen zijn wederkerig, èn tegelijkertijd asymmetrisch. Humanisering van gezondheidszorg is de aanhoudende inspanning het fysieke, psychologische, sociale en spirituele welzijn binnen de zorgbetrekkingen te versterken.

Humanisering is geworteld in een opvatting over *menselijke waardigheid*. Als rooms-katholieken beschouwen we menselijke waardigheid als een intrinsieke waarde, omdat we geschapen zijn naar het beeld van God. Dit kan de ervaring zijn van de persoon zelve en dient te worden bevestigd in de ontmoeting met de ander.

Geïnspireerd door deze *geloofstraditie*, hebben mannen en vrouwen eeuwenlang de noodzaak om te geven om en te zorgen voor hun medemensen verstaan. Wij allen zijn geroepen te zorgen voor vakkundige liefdevolle zorg aan behoeftige personen.

Om dit mogelijk te maken dienen we ons bewust te zijn van onze *eigen spirituele reis*, aangezien de persoon die we zijn even belangrijk is als de vakkundigheid die we ons hebben eigen gemaakt. We werken toe naar het creëren van de rechtvaardige condities die humanisering tot een werkelijkheid maken in onze organisaties.

Wij verbinden onszelf, dit *proces in de toekomst* te continueren in samenwerking met alle mensen en organisaties die het concept van humanisering van de gezondheidszorg steunen. Op die wijze kunnen we zelf sterker worden en anderen sterker maken.

Een verklaring, die nog verder bediscussieerd dient te worden en die in de praktijk handen en voeten zal moeten krijgen.

Deze verklaring bestaat uit een korte inleiding en vervolgens vijf bondig geformuleerde kernpunten.

Die vijf zijn te benoemen als: 1. de zorgbetrekking; 2. de menselijke waardigheid; 3. de geloofstraditie; 4. de eigen spirituele reis; en 5. het proces in de toekomst. In de inleiding wordt gesteld dat deze vijf gezichtspunten kunnen worden beschouwd vanuit drie verschillende niveaus: het niveau van

het dagelijks werk, het niveau van de instellingen, en het nationaal en internationaal niveau. Waarbij het kwetsbare dagelijkse zorgwerk organisatorisch gefaciliteerd en politiek mogelijk gemaakt moet worden. In dit verband werd tijdens de conferentie meerdere malen het werk van Paul Ricoeur geciteerd<sup>8</sup>, waarin hij wijst op het gevaar van stroperigheid, abstracte rechtvaardigheid en bureaucratie en waarin hij probeert liefdevolheid op interpersoonlijk niveau en rechtvaardigheid op instellings- en politiek niveau op elkaar te betrekken. Daarom is het van belang elk van de vijf gezichtspunten concreet en in samenhang op de drie verschillende niveaus te benoemen. Op deze wijze zouden we vijftien gezichtspunten op grond van de verklaring kunnen formuleren. Deze worden wellicht praktisch(er) als we uit elk van de vijf kernpunten drie prioriteiten zouden kunnen destilleren. Ik zal hierna proberen deze prioriteiten uit de verklaring zelf te halen, wat zou kunnen leiden tot niet minder dan vijfenveertig concrete punten van aanpak.

Deze verklaring hebben wij op vrijdag 12 maart overhandigd aan Mgr. José L. Redrado, secretaris van de Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg.

### Concreet maken

Het is echter aan ons de ideeën verder uit te werken of aan te passen en vooral praktisch te maken. Laat ik proberen uit elk van de vijf gezichtspunten drie concrete elementen te halen.

We hebben vastgesteld dat in humane zorg de zorg-

betrekking (1) centraal staat. Deze betrekking zal professioneel, vanuit het management en de politiek mogelijk gemaakt moeten worden en wordt gekenmerkt door *wederkerigheid*, *asymmetrie*<sup>9</sup> en *kwetsbaarheid*. Wij zouden onszelf de vraag kunnen stellen hoe deze kenmerken aan de orde zijn in concrete situaties en op welk van de drie niveaus. Hetzelfde kunnen we doen bij de *menselijke waardigheid* (2). Op welke wijze en wanneer en op welk niveau zijn *intrinsieke waardigheid*, *ervaren waardigheid* en *relationele waardigheid* aan de orde. Tijdens de conferentie was de gelijkenis van de barmhartige Samaritaan behulpzaam bij het ontwaren van deze verschillende aspecten van waardigheid<sup>10</sup>. Zo ook kunnen we ons afvragen wat *vakkundigheid*, *liefdevolheid* en *behoefte* betekenen, bezien vanuit de *katholieke traditie* (3) in de praktijk op alle niveaus. Voorwaarde voor onze inzet is onze *eigen spirituele reis* (4) gekenmerkt door *bewust - zijn*, *persoonsgebondenheid*<sup>11</sup> en *rechtvaardige condities*<sup>12</sup>. Hoe kunnen deze elementen groeien en structureel van betekenis worden? En tenslotte kan dit proces in de toekomst (5) worden geïntensiveerd door *samenwerking*, *bevestiging* en *volharding*<sup>13</sup> op de werkvloer, in de instelling en in de (buiten)wereld. Wellicht zijn de gekozen elementen voor discussie vatbaar en moeten sommige woorden door andere vervangen worden, maar door trefwoorden te kiezen kunnen we het voor onszelf mogelijk maken zicht te krijgen op de functie van deze noties in de praktijk. Met betrekking tot alle vijf gezichtspunten is dan het volgende invulschema mogelijk (voorbeeld van gezichtspunt 5):

<i>proces in de toekomst</i>	samenwerking	bevestiging	volharding
<b>dagelijks werk (individueel)</b>			
<b>instelling (organisatorisch)</b>			
<b>nationaal en internationaal (politiek)</b>			

Een dergelijk schema is te maken voor alle vijf de kernpunten. Dit alles dient ertoe de waarde van de humanisering (als doel in zichzelf) in de praktijk steeds zichtbaarder te laten worden en voor jezelf concreet te maken. Ieder van ons is daarom ook uitgenodigd voor zichzelf invulling te geven aan deze noties. En zijn of haar inzichten met anderen te delen. Dan stopt ons denken hierover niet en kunnen we dieper ingaan op de vragen die dit traject oproept bijvoorbeeld op het forum van VGVZ-website, of via de besloten facebookgroep 'humanization of healthcare in a multicultural context' (toegang via de facebookpagina van ondergetekende <http://www.facebook.com/rene.vandoremalen>), of middels nieuwe conferenties.

\* Drs. René P.M. van Doremalen is geestelijk verzorger Medisch Centrum Leeuwarden en lid van de katholieke sectorraad van de VGVZ

## Noten

- 1 Doremalen, René P.M.van (2010): Een bondiger versie van dit artikel verscheen eerder in *Pastorale Perspectieven* nr. 147. *Humanisering in de zorg*, p.55 e.v. Brussel: Caritas Vlaanderen
- 2 Mol, Annemarie (2006): *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: van Gennep
- 3 Verhoef, Joost (2010): 'Do as God: Become Man' A Word of Welcome. Verslagboek conferentie; in eigen beheer: "The people who come to our health care institutes come because they are looking for cure, or care. They don't come for humanization in the sense that most of them won't reflect on their needs in terms of humanization. On the other hand, they can tell us perfectly where the cure of care they (hopefully) received lacked of humanity, and where their humanity was affected". P.7
- 4 Heijst, Annelies van (2005): *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement. En (2008): *Models of Charitable Care. Catholic Nuns and Children in their Care in Amsterdam, 1952-2002*, Leiden: Brill Publishers
- 5 Baart, Andries (2001 & 2004): *Een theorie van presentie*. Utrecht: Lemma
- 6 Arendt, Hannah (1958 & 1998): *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press
- 7 Heijst, Annelies van (2005): *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement. P.126-127
- 8 Ricoeur, Paul (1965): *The Socius and the Neighbour in History and Truth*. Evanston: Northwestern University Press; en (1995): *Love and Justice in Figuring the Sacred. Religion, Narrative, and Imagination*. Minneapolis: Fortress Press
- 9 Tijdens de conferentie werd gesproken over een meervoudige of dubbele asymmetrie in de zorgbetrekking, immers een zorgverlener weet wellicht meer biologische aspecten van de zorg, de zorgontvanger echter is deskundig ten aanzien van de biografische aspecten van de zorg.
- 10 Zie ook *Menslievende zorg*, pp. 246-256 waarin Annelies van Heijst uitvoerig de visie op waardigheid van Paul Valadier beschrijft, zoals hij die aan de hand van de Barmhartige Samaritaan beschrijft in *Concilium* (2003) *De persoon en zijn onwaardigheid*, pp.53-60.
- 11 Zie Arendt
- 12 Zie Ricoeur.
- 13 Om het vol te houden moet het goede dat gedaan wordt ook worden benoemd als 'goed genoeg' (Annie Dillen).