
Doodop van de dood

Danai Papadatou,
**In the Face of Death, Professionals Who
Care for the Dying and the Bereaved**

Springer Publishing Company,
New York 2009, ISBN 9780826102560,
330 pag., €47,99

Irene Renzenbrink (ed.),
**Caregiver Stress and Staff Support in
Illness, Dying and Bereavement**

Oxford University Press 2011, ISBN
9780199590407, 224 pag., €50,99

Dineke Havinga

Heeft een medische instelling weleens door-
dacht of de conflicten die zich binnen haar
muren afspeelen ook verlegde conflicten zou-
den kunnen zijn, die eigenlijk te maken heb-
ben met het feit dat het aan het personeel
(artsen, verplegend personeel, geestelijk ver-
zorgers en andere werkers) vreet als men al-
tijd in de buurt van doodzieke en stervende
mensen verkeert? En erotiek op de werk-
vloer (in televisieseries natuurlijk het meest
duidelijk...): heeft een instelling in de ge-
zondheidszorg weleens overwogen om dat
te beschouwen als een mogelijk verlegd con-
flict: al die dreiging die van ziekte en dood
uitgaat die doet hunkeren naar een tegen-
kracht? Welk medisch centrum heeft weleens
onderzocht of de ingrepen die verricht
worden een vorm van *coping* zijn, om uit de
beklemmende nabijheid van ziekte en dood
te komen? Wekelijks laat Bert Keizer in zijn

column in *Trouw* weten dat je in het zieken-
huis geen enkele kans krijgt om te sterven...
En Anna Enquist meldde in een interview
naar aanleiding van haar nieuwste boek *De
verdoers*, dat ontstond uit een project op
de anesthesieafdeling van het VU medisch
centrum, dat er allerlei operaties gebeuren
die eigenlijk geen resultaat hebben, bijvoor-
beeld nieuwe heupen bij stokoude mensen,
waarbij men weet dat het vatenstelsel van
de benen dit niet zal verdragen.

Dit zijn zo de spannende vragen die bij mij
opkwamen naar aanleiding van twee Engels-
talige studies over *care giver stress*. Wat heb-
ben werkers in de gezondheidszorg nodig
om de voortdurende nabijheid van ernstige
ziekte en naderende dood te verdragen, zo-
dat ze hun werk professioneel kunnen vol-
houden en hun cliënten, hun werkomge-
ving of privéleven geen doelwit worden van
care giver stress?

Beide auteurs, Danai Papadatou en Irene
Renzenbrink, hebben hun sporen verdiend
in de internationale beweging voor pallia-
tieve zorg, door wetenschappelijke studies
te doen naar de basisvaardigheden waar
werkers in de gezondheidszorg in getraind
moeten worden. Beide boeken bevatten voor
een groot deel mogelijke modules voor leer-
gangen rond de omgang met ernstig zieken
en stervenden. Misschien wordt er in ande-
re landen meer in ziekenhuizen gestorven,
zodat het daar mogelijk is uitvoerige oplei-
dingen op dit vlak te volgen. Voor zover ik
heb kunnen nagaan komen er in Nederland
in allerlei medische en verpleegkundige op-
leidingen wel modules voor op het gebied

van de omgang met ernstig zieke mensen of stervenden, vaak informatief: van de fassenleer van Kübler-Ross tot de nieuwste sterfstijlenleer. Medische centra schenken aandacht aan hun personeel door incidenteel goede bijeenkomsten te verzorgen met een lezing of een film rond dit thema. Maar diepgaande scholing van de attitude van de medische hulpverleners op dit punt is mij niet bekend. De attitudescholing van vrijwilligers voor hospices lijkt soms uitgebreider dan die van professionals. Uit deze beide studies blijkt dat het van groot belang is dat medisch en paramedisch personeel zorgvuldig de eigen biografie heeft onderzocht op de ervaring en de omgang met ziekte, calamiteiten en dood. Daar alleen al liggen soms bronnen genoeg om te onderzoeken wat ze van doen hebben met de keuze voor het werk in een medisch centrum of zorgcentrum. Iedere werker moet zich hiervan bewust zijn, zeker van de ongezonde redenen die mensen soms kunnen hebben om de hulpverlening in te gaan. Hoe nodig heb je het hulpverlenerschap voor je zelf, je eigen gevoel van waardigheid? Wat ontleen je aan die intieme positie rond de dood? Wat verzorg je daarin wellicht voor jezelf, wat misschien wel beter op een andere manier verzorgd kan worden? Ken jij je eigen tekort, zoveel als maar mogelijk is? Te grote betrokkenheid en te grote distantie, beide posities vereisen zelfonderzoek, als het aan de auteurs ligt. Evenals uitingen die altijd te optimistisch zijn, of geen gevoel kennen. Geestelijk verzorgers en hun collega's in de kerken hebben volgens mij zeker redenen om op hun biografie te reflecteren. Veel geestelijken vinden begrafenissen de mooiste kant van hun werk. Nergens is er een werkzaamheid waar je zo van betekenis kunt zijn en waar het gevoel van eigenwaarde zo wordt gevoed. Het blijft een belangrijke vraag of geestelijk verzorgers een verborgen weg kennen om hun eigen onverzorgde verlangens en gemis te verzorgen, namelijk door betrokken te zijn bij de intense worsteling van zieken en stervenden. In de trainingen Klinische Pastorale Vorming is deze verborgen wijze van het verzorgen van eigen sores,

door pastor te zijn voor de zorgen van een ander, een belangrijk terrein van onderzoek.

Uit beide studies blijkt bovendien dat de impact van de omgang met ernstig zieken en stervenden op het leven van de hulpverleners niet te veronachtzamen is. De existentiële intensiteit op de werkvloer kan werkers als het ware bekleden. Het gewone leven met alle niet diepgaande facetten als boodschappen doen, eten koken en 'lummelen' zijn dan moeilijk te verdragen en kunnen worden afgedaan als niet-kwalitatieve tijd. De gewone contacten met huisgenoten kunnen worden ervaren als inhoudsloos wanneer ze vergeleken worden met de intensiteit van de gesprekken op het scherpst van de snede in de nabijheid van de dood. Secundaire traumatisering kan op de loer liggen: het is als een steen in de vijver. Ook personeel dat verder af staat van de steen die valt, bijvoorbeeld een rampzalige medische uitslag, krijgt te maken met de rimpelingen of schade die de steen veroorzaakt. Ook zij moeten van deze eventuele schade herstellen. Te denken valt aan personeel op de poli's, assistenten van specialisten, laboranten, schoonmaakpersoneel en dergelijke.

Als het aan de auteurs ligt, moeten organisaties in de gezondheidszorg protocollen hebben om te zien of personeel lijdt aan *care giver stress*, en moeten zij een programma hebben hoe mensen daarvan kunnen herstellen. Let wel: schade, dus secundaire traumatisering, is niet een persoonlijk probleem van een eventuele kwetsbare werknemer. Nee, alle werkenden op dit aangrijpende terrein van ziekte en dood komen in een instelling die zich professioneel profileert in aanraking met een *debriefing*-programma. De intensiteit van deze beroepen brengt ook met zich mee, volgens de auteurs, dat uitgerkend deze beroepsgroepen niet de sterkste vernieuwers kunnen zijn van de instellingen waarin zij werken. Als je denkt aan de kerken, met hun terugloop, is het logisch dat al het jeugdwerk is overgedaan aan specifiek daarvoor opgeleide mensen. Je kunt je afvragen of de enorme last die er op veel pas-

tores ligt om de leegloop tegen te gaan, door creatief te vernieuwen, zich wel verdraagt met de intensiteit van ziekte, dood en begrafenis, die een wezenlijk deel van hun baan uitmaken.

Opvallend is in beide boeken de enorme aandacht voor teams. Beroepsgroepen als specialisten, verpleegkundigen en paramedici moeten elkaar voortdurend in teamverband bevragen op hun omgang met ernstig zieke patiënten, hun professionaliteit en de verzorging van eventuele eigen schade. Wat zijn de verborgen codes voor zo'n team? Welke rol speelt perfectie? Hoe wordt er met mislukkingen en fouten omgegaan? Worden die niet te snel geïndividualiseerd? Het is mij niet goed genoeg bekend of instellingen in Nederland daar meer dan incidenteel aandacht aan schenken. Ik weet dat er bij een niet-alledaagse calamiteit (zoals suïcide of grote ongelukken) vaak wel gelegenheid is om stoom af te blazen, maar regulier? De auteurs doen het voorkomen dat men in deze beroepen als het ware aan een dagelijks infuus van leed ligt. En wie verzorgt dat goed, zodat het werk door kan gaan? Wie biedt personeel een adequate vorm van rouw aan? De organisatie moet een holding zijn, een omgeving die veilige ruimte biedt om ingrijpend werk te kunnen verrichten. Zo'n organisatie geeft om het leven van haar werkers, inclusief hun privéleven, aldus de auteurs. Het is in Amerika bijvoorbeeld niet ongewoon dat al het personeel (ook bestuurders en ander niet-medisch personeel) van een medische instelling van tijd tot tijd in vieringen alle doden gedenken die in hun instelling stierven. Dit lijkt enigszins vergelijkbaar met vieringen in zorgcentra in Nederland of in de kinderkliniek van enkele academische medische centra. In sommige Amerikaanse ziekenhuizen wordt elke avond het gebed uitgesproken van de complete van de abdijen: we vertrouwen U toe, wie vannacht zullen sterven. Dat is een vorm waarin de instelling een holding voor haar gasten en personeel kan zijn.

In deze studies is ook aandacht voor de ster-

venden zelf. Wat heeft zo iemand nodig van een hulpverlener, en met het oog waarop? Wat is hoopvolle zorg in die omstandigheden? En wie leidt wie? Een belangrijke vraag is hoe je voorkomt dat de hulpverlener hoop gaat geven die te maken heeft met het bedwingen van de ziekte, in plaats van hoopvol te kunnen leven tot de laatste adem. Dit is te vergelijken met de studie die Anne-Mei The deed onder longkankerpatiënten met een beperkte levensverwachting: veel aandacht van de specialisten en cliënten gaat uit naar de korte termijn, het bestrijden van de ziekte, terwijl de lange termijn met de slechte prognose buiten beeld van beiden blijft. Kostbare tijd om te onderzoeken wat hoofdzaken zijn voor het hoopvol leven in de buurt van de naderende dood, wordt zo gevuld met behandelingen.

Voor de beroepsgroep van dit blad bieden deze beide boeken voldoende mogelijkheden om het eigen team nauwgezet op dit thema te bevragen. Het biedt aanknopingspunten om modules op te zetten die op Nederlandse leest geschoeid zijn. Maar het biedt ook mogelijkheden voor geestelijk verzorgers om via de beleidskanalen van de instelling deze thema's sterker op de kaart te zetten voor alle beroepsgroepen die met ernstig zieken en stervenden te maken hebben.

Ten slotte. De Zuid-Afrikaanse schrijfster Marlene van Niekerk heeft in haar ziekenhuisroman *Memorandum* geschreven over twee mensen die op één kamer liggen te sterven, in bijzijn van een derde patiënt. De kostbare laatste tijd wordt met 'hoop' gevuld: ze lopen nog één keer in gedachten langs alle mooie bouwwerken die ze in hun leven hebben gezien, en benoemen wat ze zien. De derde patiënt gaat, als hij terug komt uit het ziekenhuis, allereerst naar de bibliotheek om al die gebouwen die hij hoorde noemen in beeld te krijgen... Zo'n roman schenkt een vorm van genezing, ook bij *care giver stress!*

Dineke Havinga was supervisor bij het centrum voor Klinische Pastorale Vorming in Amersfoort.

Leo van Erp,
**Op zoek naar een mens.
Verhalen over ouderen en
zorg**

Uitgeverij het Tweede
Gezicht, Den Haag 2011,
ISBN 9789461410030, 135
pag., €10,00

Het maakt wel nieuwsgierig. Een boek over ouderen in de zorg, maar nu eens niet geschreven vanuit pastoraal perspectief. Leo van Erp is voorzitter van de Raad van Bestuur van een Brabantse zorgorganisatie. En het zijn zijn bevindingen die we lezen in de korte, soms heel korte hoofdstukjes die samen dit boek vormen. Ik vermoed tenminste dat Eric Dupré, de directeur van het zorgcentrum die in sommige verhalen wordt opgevoerd, zijn alter ego is. Een aardige man, die uit zijn werkamer kijkt en tevreden ziet dat een oude dame goed wordt opgevangen door zijn personeel. Die blij is dat schoolkinderen komen kennismaken met bewoners, en zich geneert als een van de bewoonsters wat al te openhartig is tegenover een optredende zangeres. Het meest bijzondere is dat hij zijn eigen trots op een mooi nieuw gebouw weet te relativieren als een van de bewoonsters niet van plan is er net zo blij mee te zijn als hij, maar liever hulp krijgt om weer actief te worden in de plaatselijke politiek.

Niet in alle verhalen speelt Eric Dupré een rol. In sommige hoofdstukjes krijgen we een blik in de ziel van iemand die helemaal alleen is, en net te horen heeft gekregen dat ze nog

maar een paar dagen te leven heeft. Of we voelen mee met de angst van een nachtzuster die te maken krijgt met een agressieve bewoner. Want dit boek belicht zowel de positie van de werker in de zorg als die van de cliënt en zijn of haar familieleden.

Er wordt niet altijd geprobeerd iets bijzonders te vertellen. Sommige hoofdstukjes zijn ronduit onspectaculair, om niet te zeggen clouloos. Dat verhoogt het realisme. Op andere momenten vraag je je af of de werknemers die hij beschrijft echt bestaan, zulke doordachte volzinnen rollen er uit hun mond. Maar dat zijn details. Over het algemeen is de toon recht door zee, niet al te subtiel of literair, maar wel uitnodigend om mee te gaan in wat de hoofdpersoon ervaart.

Want dat lijkt toch het doel van dit (via Schrijversmarkt uitgegeven) boek. Je proeft een ideële toon, het is duidelijk de bedoeling om begrip te kweken voor wat er in de zorg omgaat aan verdriet, twijfel, woede, liefde en onmacht. Maar nergens wordt dat expliciet. Geen goede raad, geen troost, geen uitleg – en ook geen religieuze overwegingen.

Werkt dat nu, zo'n verzameling van inkijkjes zonder meer? Ik stel me voor dat de herkenning op zich al heilzaam kan zijn. Door de veelheid van standpunten en de eenvoudige taal is het geschikt voor een breed publiek. Zeker ook voor mensen die voor het eerst om de hoek kijken van wat voor velen van ons al zo'n vertrouwd terrein is: de ouderenzorg. Door de wisse-

ling van perspectief krijg je als lezer niet de kans om op 'de verzorging' te blijven mopperen of de bewoners alleen maar zielig te vinden.

Maar het liefst zou ik dit boekje toch zien in de handen van bestuurders. Dit soort aandacht uit eigen gelederen voor wat ten diepste aan onze controle ontsnapt en toch zorgvuldige besluitvorming behoeft, lijkt me overtuigender dan welk pleidooi uit pastorale hoek dan ook.

Barbara de Beaufort
pastoraal werker in Huizinge en bij
De Weem, praktijk voor geestelijke
gezondheidszorg Middelstum

Kristien Hemmerechts,
Haar bloed

Uitgeverij De Geus, Breda
2012, ISBN 9789044518283,
256 pag., €18,95

Voor het schrijven van de roman *Haar bloed* liep Kristien Hemmerechts een periode mee op de afdeling Hematologie van het VU Medisch Centrum. Dat ze dat heeft gedaan is goed te merken. In de proloog – met de titel *Bijsluiter* – vertelt ze erover, maar ook in het verhaal zelf kunnen we er niet omheen.

Haar bloed vertelt het verhaal van Titus, een jongen die sinds zijn vroegste jeugd in de ban is van het fenomeen bloed. Als kind zag hij – aan de hand van zijn grootvader – het dode lichaam van een afstammeling van Leonardo da Vinci. Wat betekende het om het bloed van zo'n grote voorvader in je ade-

ren te hebben? Bloed en alles wat daarbij hoort laat hem niet meer los. Met zijn moeder oefent hij alle eigenschappen van het bloed, is daarin zeer perfectionistisch en eenzelve. En dat zal hij blijven. Hij heeft maar één vriend, de knappe en veel vlottere Pieter, die veel bij hem over de vloer komt. Naar later blijkt vanwege de aantrekkelijke buurvrouw. Als Titus later studeert en in een studentenhuus samenwoont met Pieter en enkele andere studenten, gaat hij met Pieter de concurrentiestrijd aan om Roos, die ook in het studentenhuus woont. Pas als Roos ziek wordt en leukemie krijgt, bekent zij zich tot Titus en klampt zich aan hem vast. In de verwickelingen rond het ziekbed en de beenmergtransplantatie die Roos ondergaat, blijkt de aantrekkelijke buurvrouw waarmee Pieter eerder het bed deelde, de zus van Roos te zijn. Zij – de verloren zus Edith – is de enige die de rol van donor kan vervullen.

Het verhaal dat Kristien Hemmerechts ons vertelt is boeiend en leest gemakkelijk weg. De karakters van Titus en Pieter zijn zo verschillend dat je je op een goed moment wel afvraagt wat de twee eigenlijk gemeen hebben. Toch is goed invoelbaar wat de spanningen zijn tussen de vlotte en charmante Pieter en de studieuze eenpitter Titus. Ook de gesprekken tussen de studiegenoten en hun stille en uitgesproken karakters verschillen zijn overtuigend. Je hebt het als lezer op de een of andere manier ook meegemaakt toen je jong en op zoek was. Het verhaal lijdt echter ook

onder onwaarschijnlijkheid. Het is nogal vergezocht om de buurvrouw uit het begin van het verhaal de zus van Roos te laten zijn. Het enorme conflict dat zo'n ontdekking normaal gezien teweeg zou brengen, blijft uit. Met zevenmijlslaarzen wordt het verhaal ten einde gebracht: Roos blijft leven dankzij de transplantatie, maar vraag niet hoe. De zus/buurvrouw Edith zou heldin moeten zijn, maar voelt zich niet zo. Einde verhaal. Daarnaast kampt het verhaal met de lange en taaie uitweidingen over bloed en bloedziektes. Deze passages zijn werkelijk niet om door te komen. En ze voegen niet veel toe. Het lijkt er wat op dat de noeste arbeid van Kristien Hemmerechts in het VuMc toch een plaatsje in het verhaal moest hebben. He-las blijft het verhaal onder al die technische kennis maar net in leven.

Het zou aardig kunnen zijn om te tellen hoe vaak het woord bloed – op zichzelf en in allerlei combinaties – voorkomt in het verhaal. Het boek moest gaan over bloed en dat is goed gelukt. Het lijkt zelfs wel of de schrijfster met het woordenboek bij de hand geschreven heeft. Zo bloederig mogelijk. Over de zus/buurvrouw schrijft Hemmerechts: 'Na de scheiding was ze de naam van haar man blijven gebruiken. Dat was wettelijk toegestaan. En handig voor iemand die geen zin had oude banden aan te halen, zelfs al waren het familiebanden. Bloedbanden.'

Haar bloed is een verhaal dat je

vasthoudt, ondanks het licht irritante accent op bloederige woorden en de taaie medische verhandelingen. De karakters komen realistisch over en soms ontroerend in hun verlangens en hun onvermogen om het gedroomde te verwezenlijken. Het schijnt dat Kristien Hemmerechts zich tijdens de voorbereiding van haar boek op de afdeling Hematologie van het VUmc (ongetwijfeld onbedoeld) in de rol van geestelijk verzorger heeft geplaatst. Ze verdiepte zich in het verhaal van de patiënt, had tijd en aandacht. Veel is daarvan niet te merken in het boek. De belangrijkste spelers in het verhaal zijn toch de twee vrienden in wiens huid je als lezer kruipt. Of het je iets brengt om dit verhaal te lezen als je geestelijk verzorger bent? Misschien herkenning: zo gaat het aan het bed. Misschien brengt het wat kennis over leukemie en de behandeling ervan. Maar los daarvan is *Haar bloed* een gewoon verhaal over de vraag hoe mensen zich tot elkaar verhouden in goede en slechte tijden.

Eric Bras
pastor VUmc in Amsterdam

Gemma Blok,
Ziek of zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland

Uitgeverij Nieuwezijds,
Amsterdam 2011, ISBN
9789057123047, 292 pag.,
€ 24,95

De cijfers liegen er niet om. Een op de tien mensen in Nederland heeft een vorm van verslaving.

Binnen deze groep zijn tienduizenden ernstig afhankelijk van hun middelen. Slechts een deel daarvan is voor behandeling in zorg bij reguliere instellingen voor verslavingszorg.

In *Ziek of zwak* schetst Gemma Blok de geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland. Het ontstaan ervan is te danken aan de inzet van politici en burgers in de negentiende eeuw. Niet de overheid was sturend, maar verschillende particuliere initiatieven zorgden voor de eerste vormen van verslavingszorg. Katholieke pastoors, adellijke hervormde dames en socialistische drankbestrijders bouwden klinieken, openden consultatiebureaus en maakten reclame voor koffiehuisen. De drankzuchtigen werden niet langer beschouwd als crimineel, maar gerehabiliteerd als kwetsbare mensen die aangewezen waren op medische zorg en sociale begeleiding. Die betrokken burgers noemt Blok *sympathy entrepreneurs*. Zorgverleners die zich inzetten voor tolerantie van verslaafden en in de samenleving pleitten voor solidariteit en mededogen.

Blok beschrijft beeldend de verschillende stadia van de Nederlandse verslavingszorg. In het begin van de twintigste eeuw draaide het vooral om alcoholverslaving. Sinds de jaren vijftig kwamen er andere drugs op de markt. Vooral heroïne in de jaren tachtig, met de Zeedijk in Amsterdam als nationaal symbool van het harddruggebruik. Juist binnen de zorg voor gebruikers van harddrugs verschoof langzaam het paradigma

van de verslavingszorg. Afkicken bleek lang niet altijd mogelijk. Met het nieuwe medicijn methadon werd de heroïne-epidemie bedwongen, maar bleek ook dat verslavingszorg een ander karakter had gekregen: *harm reduction* – sociaal-economische, medische en psychische ondersteuning om de ergste schade van te verslaving te beperken. Het aanvaardingsmodel uit de alternatieve drugshulpverlening had uiteindelijk ook de reguliere verslavingszorg bereikt. Ondanks de groei van de drugshulpverlening bleef binnen de instellingen de zorg voor alcoholverslaafden de basis. Maar ook en juist daar werd *harm reduction* een leidend principe.

Niet langer zwak, maar ziek. Die gang door de geschiedenis maakten de mensen met verslavingsproblematiek samen met hun hulpverleners. Gemma Blok maakt overigens duidelijk dat die hulpverleners ook zelf bleven kampen met oordelen en gevoelens van weerzin en ergernis ten opzichte van hun klanten. Hoe zal het verder gaan met de verslavingszorg en met de zorgverleners die er werken? De huidige nadruk op de chroniciteit van verslavingszorg vraagt om hulpverleners die net als de pioniers in de negentiende eeuw begaan zijn met het lot van mensen met verslavingsproblematiek. Hoe zij in deze 'tragische' vorm van zorg staande blijven – zonder de steun van een politiek of religieus kader zoals de mensen die hun vooringen – lijkt mij een belangrijke vraag. De verslavingszorg professionaliseert, maar *sym-*

pathy entrepreneurs zullen deze professionals ook een beetje moeten blijven. Of worden. Wellicht kunnen geestelijk verzorgers daar nog een steentje aan bijdragen.

Ben de Boer MA
geestelijk verzorger Arkin (GGz en verslavingszorg Amsterdam)

Eveline Poortvliet, Marije Wiegersma, Martine Versteeg, Jos Hettinga, onder coördinatie van Anton Koolwijk,
Handreiking geestelijk verzorgers. Een steun voor geestelijk verzorgers bij de communicatie met mensen met afasie.

Stichting Afasie Nederland,
34 pag., € 21,95, te bestellen via de website van de SAN:
www.afasie.nl

Dit kleine boekje kwam ik tegen tijdens mijn zoektocht naar literatuur over geestelijke verzorging aan mensen met afasie. Het is mij duidelijk geworden dat er niet veel geschreven is over dit specifieke onderwerp. Deze 'handreiking' vormt, ondanks zijn geringe omvang, een welkome toevoeging op dit gebied, zo lijkt mij.

Taal speelt een belangrijke rol in ons leven. Dat dit zo is, wordt wellicht pas echt duidelijk wanneer de taal wegvalt als primair communicatiemedium. Dit is het geval bij mensen met afasie. Familie, vrienden en hulpverleners staan vaak machteloos wanneer de taal hen niet meer

redden kan in de communicatie met de getroffen. Deze handreiking zegt een steun te willen zijn bij het aangaan van het contact met mensen met afasie. De auteurs proberen dit in drie stappen te bereiken.

Allereerst wordt besproken wat afasie is en welke gevolgen deze taalstoornis heeft voor de communicatie. Wat benadrukt wordt, is dat de cognitie van iemand met afasie meestal onaangetast is. Iemand met afasie is dus niet gek. Des te pijnlijker is het dan ook dat mensen met afasie vaak in een isolement terecht komen doordat mensen in hun omgeving het moeilijk vinden om te communiceren anders dan via de (cognitieve) taal. Hier wordt een appèl gedaan op hulpverleners om dit te voorkomen en het contact met afatici vooral niet uit de weg te gaan.

Vervolgens wordt de rol van taal in communicatie gerelativeerd. Communicatie wordt hierbij niet alleen als middel opgevat om gedachten en gevoelens uit te wisselen, maar vooral, op een diepere laag, als bevestiging van elkaars bestaan. Met betrekking tot het contact met mensen met afasie rijst de vraag of de hulpverlener het durft uit te houden in een situatie waarin hij of zij geconfronteerd wordt met de eigen kwetsbaarheid en gevoelens van onmacht. Het 'stil' kunnen blijven staan bij iemand met afasie is een vorm van 'bestaansbevestigende communicatie', aldus de auteurs. Het gaat erom iemand 'nabij te zijn'. Vanuit deze basishouding is vervolgens van alles mogelijk. 'Soms is wat je doet vanuit

ethisch oogpunt tweede keus. Je gaat niet aan de mens en zijn lijden voorbij. En daar komt het op aan, hoe dan ook' (p. 13). Zodoende wordt de presentietheorie naar voren gebracht als antwoord.

Tenslotte wordt 'symbolische communicatie' naar voren gebracht. Waar rationele taal vaak tekort schiet in het verwoorden van gevoelens zoals onmacht of dankbaarheid, kan de verbeelding een belangrijke rol spelen. Zeker in het contact met mensen met afasie. Als voorbeelden van symbolische communicatie worden onder andere beschreven: de taal van nabijheid en presentie, de lichaamstaal, taal van humor, de taal van muziek en de taal van rituelen. Uitbreider wordt nog stilgestaan bij de taal van afbeeldingen en kunst. Bij het lezen van deze beschrijving wordt duidelijk hoe rijk en levendig de taal van beelden is ten opzichte van de cognitieve taal.

Ondanks de geringe omvang van het boekje (amper 20 pagina's tekst), zal het de lezer zeker kunnen verrijken. Hoewel de titel doet vermoeden dat dit boekje uitsluitend gericht is op geestelijk verzorgers, vormt het in feite een handreiking voor een ieder die te maken krijgt met de grenzen van de taal. Het kan de lezer een zetje in de rug geven om de verbeelding meer te stimuleren en een stap uit het (cognitief) talige te zetten. Tegelijkertijd kan gezegd worden dat het boekje niet meer is dan het pretendeert te zijn: een handreiking. De hulpverlener zal hier geen pasklare antwoor-

den vinden. Hopelijk vormt afasie na het lezen van die boekje niet alleen een beperking, maar ook een bron van inspiratie.

Tobias Karsten
geestelijk verzorger in opleiding aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht

Jan Oegema,
De stille stem. Niet-weten als levenshouding. Een essay over openheid.

Nieuw Amsterdam
Uitgevers, Amsterdam 2011,
ISBN 9789046810149, 160
pag., € 19,95

Ik herinner mij het nog goed. Voor het eerst in mijn werk als geestelijk verzorger ontmoette ik een patiënt met een hersenbloeding. De vrouw lag in bed, zij kon niet spreken. Of mijn woorden haar bereikten kon ik niet peilen. Ik voelde mij machteloos. Hoe krijg ik contact met haar? Op een gegeven moment zweeg ik. Ik wist niet meer wat te zeggen. De stilte voelde in het begin als een zware last, maar veranderde na verloop van tijd van karakter. Wat er precies gebeurde weet ik niet en ook bleef het voor mij onzeker of de vrouw er iets aan had of niet. Toch leek het alsof de stilte sprak, een taal aan gene zijde van de taal.

Als geestelijk verzorger word je vooral getraind in verbale communicatie. Een belangrijk deel van ons werk bestaat erin om de gesprekspartner woorden te laten vinden voor wat hem of haar overkomt. Een ontdekking

voor mij was dat het belangrijkste in een gesprek altijd tussen de woorden plaatsvindt. Het is in ruimte tussen de woorden, de stilte, dat er iets gebeurt. Daarom ben ik mij steeds meer gaan interesseren in het fenomeen van de stilte. Ik ben dan ook blij met het boek van Jan Oegema. Behalve dat het prachtig is geschreven – daar word je al een beetje stil van – neemt het boek je mee in zijn persoonlijke zoektocht naar een ‘stille stem’, een stem die spreekt door te zwijgen. Het boek heeft mijns inziens als doel een verlangen op te wekken bij de lezer, het verlangen naar openheid waardoor je als mens tot je bestemming komt.

Jan Oegema verkent op allerlei manieren het fenomeen van de stilte en het verlangen naar openheid. In twaalf hoofdstukken laat hij diverse mensen aan het woord. Beroemde schrijvers en dichters zoals Lucebert, Imre Kertész en Emily Dickinson. Belangrijke vertegenwoordigers van diverse religieuze stromingen: Meister Eckhart, de quakers, Zhuang Zi en Nico Tydeman. Ook een prachtige meditatie bij de gelijkenis van de verloren zoon is opgenomen. Al deze literaire verkenningen circelen om de vraag hoe je als een mens een stilte kunt horen die je ontvankelijk maakt voor het leed van de ander.

Het lezen van dit boek leverde mij een aantal nieuwe inzichten op. Ik noem er enkele. Zo omschrijft Oegema ‘open religie’ als ‘het leren de ziel in te houden’. Deze term ontleent hij aan de quaker Robert Barclay.

Een mens die niet langer streeft naar verheffing van zijn ziel, maar integendeel zijn ziel laat verschrompelen, ontdekt wellicht dat hij een nieuw begin meemaakt. Het is boeiend deze gedachtegang door te denken naar mensen met dementie. Is dementie wellicht niet louter verlies maar ook nog iets anders? Ook de stelling van Oegema dat de stilte in de afgelopen eeuw stiller is geworden, vind ik het overdenken meer dan waard. Hij bedoelt daarmee dat de stilte in onze tijd steeds meer ontdaan wordt van een religieus kader, van ‘ideologische ruis’. Zonder de religieuze tradities overboord te willen gooien (wij kunnen niet zonder), ziet Oegema in onze tijd een bloei van soloreligieuzen. Een belangrijk inzicht voor de toekomst van ons werk als geestelijk verzorger.

Als laatste punt dat mij geraakt heeft noem ik Oegema’s aandacht voor stilte en mededogen. Stilte is ook je bloot durven stellen aan het lijden van de ander. Dit openen kun je niet zelf regisseren. (Wat betekent dit voor ons vak als geestelijk verzorger?) Om het met de woorden van Simone Weil te zeggen: ‘Het allerbelangrijkste kan niet worden gezocht. Het moet worden afgewacht.’

Het lezen van *De stille Stem* was voor mij een spirituele reis. Ik zou u graag willen uitnodigen ook deze reis te maken. Het is meer dan de moeite waard.

Leddy Karelse
geestelijk verzorger in de verpleeghuizen van Zorgcombinatie Noorderboog, Meppel/Diever

Jeroen Cornelissen,
Operatie zorg. Naar een driedeling in de gezondheidszorg

Koninklijke Van Gorcum
BV, Assen 2011, ISBN
9789023248088, 144 pag.,
€28,75

Op het moment dat ik deze recensie schrijf, onderhandelen CDA, VVD en PVV al sinds enkele weken in besloten kring in het Catshuis over bezuinigingsmaatregelen die nodig zijn nu de staatsschulden met de dag astronomisch groeien. Naar verluidt is het zorgdossier een van de hoofdpijndossiers. Begrijpelijk, want al sinds enige tijd kun je overal lezen dat de zorgkosten de pan uit rijzen en dat de zorgsector in zijn huidige vorm niet meer overeind te houden is. Marktwerking is vaak het toverwoord, omdat het niet anders kan of omdat men in een politiek neoliberal klimaat alle heil van dit mechanisme verwacht. De auteur van dit boek, die ooit maatschappelijk werker was en later technische bedrijfskunde studeerde, denkt over dit probleem na en anders dan vaak het geval is gaat hij daarbij niet kort door de bocht. Terwijl het gegeven van de steeds maar toenemende zorgkosten bij veel beleidsmakers tot regelrechte bezuinigingen leidt en vaak nauwelijks aanzet tot een grondige bestudering van de hierachter schuilgaande problematiek, laat staan tot vernieuwende manieren van denken over zorg, beziet Cornelissen het probleem van deze sector in zijn complexiteit en genuanceerdheid. Die nuance is

onder andere merkbaar als het gaat om marktwerking. Cornelissen laat goed zien dat marktwerking voor een deel van de zorg kan werken, maar voor een ander deel zeker niet. Nu vraagt dat om een differentiatie van het zorgstelsel. Cornelissen stelt voor om de zorg te reorganiseren in 'onderzoekszorg', 'gekende zorg' en 'chronische zorg'. Deze aan een bedrijfskundig model ontleende driedeling zal tot de broodnodige differentiatie van de zorg moeten leiden tussen sectoren die elk hun eigen dynamiek en specialisme hebben en daarom om een eigen soort financiering vragen. Een ander wezenlijk onderdeel van Cornelissens pleidooi gaat over preventie. Ondanks alle prachtige voornemens is de zorgsector nog steeds vooral gericht op het beter maken van mensen en te weinig op het gezond houden. Er zou meer geld moeten gaan naar de eerstelijns gezondheidszorg en naar preventie.

Dit boek biedt al met al een verfrissende kijk op de zorgsector door de genuanceerde, niet een-op-een toepassing van bedrijfsmodellen en manieren van denken op deze sector, waarin het toch minstens ook draait om 'softe' begrippen als solidariteit, intermenselijk contact en vertrouwen. Gelukkig is de auteur geen voorbeeld van die, helaas niet slechts denkbeeldige, managers in de zorg die beweren dat het voor hen geen verschil maakt of men een zorginstelling leidt of willekeurig welk ander bedrijf. Zijn argumenta-

ties geven blijk van affiniteit met en betrokkenheid bij de zorg. Zo vermeldt en verdisconteert hij het feit dat patiënten aangeven het te waarderen wanneer er meer tijd voor hen is en weet hij ook te valideren dat dat het werk voor personeel aantrekkelijker maakt. De waarde van aantrekkelijk werk speelt in zijn argumentaties kortom een rol, zoals ook het besef dat het in de relatie tussen patiënt en hulpverlener om vertrouwen gaat en dat een van de grote belemmeringen voor de introductie van meer domotica (electronica die gebruikt wordt om de zorg te ondersteunen) het ervaren of gevreesde gebrek aan gezelligheid, veiligheid en sociale contacten is (pag. 99).

Ik heb het boek als geestelijk verzorger gelezen en dus als iemand die bij 'zorg' niet alleen denkt aan een activistisch woord als 'operatie', maar ook aan zorg als iets wat bij de menselijke existentie hoort. En zo werd mijn aandacht in dit boek herhaaldelijk getrokken door het mensbeeld dat impliciet op verschillende pagina's van dit boek naar voren komt. Zo richt veel verbazing van de auteur zich op het gegeven dat mensen inzake gezondheid vaak niet doen wat ze zouden moeten doen: iedereen weet bijvoorbeeld dat roken niet gezond is en toch doen velen het. Hoe begrijpelijk het ook is dat iemand die zich focust op het kostenaspect van de zorg probeert die paradox in de greep te krijgen, bijvoorbeeld door na te denken over beloningen voor

goed gedrag of over prikkels die verleiden tot goed gedrag – deze manier van denken heeft ook iets naïefs en laat zien dat het zorgdiscours nu eenmaal niet alleen een beheersmatig discours kan zijn. Nu realiseer ik me dat de auteur niet elke visie op mens en gezondheid in zijn betoog kan betrekken en dat zijn betoog juist ook aan kracht wint door de gekozen bedrijfsmatige focus. Mijn kanttekeningen zijn dus te lezen als een waarschuwing bij de verabsolutering van één bepaalde manier van kijken naar zorg. In dat opzicht biedt dit boek nog wel wat verrassende inzichten, zoals dat ziekte in hoge mate afhankelijk is van geluk. Daarmee krijgt het zorgdenken een verrassende diepte, althans de opening daartoe, want de auteur leidt er vervolgens – merkwaardigerwijs – concreet uit af dat het goed zou zijn als GGZ en Ziekenhuizen nauwer gingen samenwerken. Deze bedrijfsmatige vertaling van een cruciaal inzicht in ziekte laat onmiddellijk ook de beperkingen van deze blik zien. Voorts zijn er nog die op onderzoek gebaseerde tips om gezonder te leven, zoals de tip om dagelijks een of twee glazen wijn te drinken, liefst met 'vrienden'. Ik zie het al helemaal voor me: de zorgverzekeraar die je verplicht minstens twee goede vrienden te hebben, minstens twee flessen wijn per week in huis en erop toe te zien dat ik minstens drie dagen per week gelukkig ben.

Rob Plum
geestelijk verzorger GGZ Oost Brabant