

Contextueel denken over professionele zorgverlening

bij sterven en dood met de vraag om orgaandonatie als voorbeeld

Door: drs. Koen Jordens*

De dood betekent niet het einde van zorg. Iemand die overlijdt, blijft patiënt zolang hij of zij aan de zorgprofessional is toevertrouwd. Zo kan ook donorzorg worden gezien als een specifieke vorm van patiëntenzorg. Deze benadering, in dit artikel geduid vanuit het contextuele denken, helpt de zorgverlener om zijn taak hierbij te zien als een manier van passende zorg geven en niet als ongepast vragen of nemen op een moment dat er niets meer te bieden valt omdat alle (medische) perspectief en hoop ontnomen is.

Inleiding

Een cardioloog vertelt: 'Wat ik soms heel moeilijk vind, is de donatievraag te stellen'.¹ Ik leid het in alsof het een vraag is die van overheidswege gesteld dient te worden. Het is een slap excuus waarmee ik deze zaak bespreekbaar kan maken. Ik kan me daarbij voorstellen dat mensen die net te horen hebben gekregen dat hun liefste partner, ouder of kind dood is, helemaal niets meer willen. Ik besef heel goed het maatschappelijke belang van orgaandonatie, ik sta daar ook volledig achter. Maar ik heb geen zin om er een heikel punt van te maken bij mensen die net iemand hebben verloren die al zoveel heeft gegeven. Die zijn best heeft gedaan als partner, voor zijn familie, in de maatschappij. En dan kom ik ook nog vragen om de organen. Dat voelt soms als heel erg ongepast.² Deze uitspraak sluit aan bij een centraal begrip uit het contextuele denken zoals ontwikkeld door de Hongaars-Amerikaans psychiater

Iván Böszörményi-Nagy (1920-2007), namelijk de balans tussen geven en ontvangen. Waar mensen met elkaar in verbinding treden, ontstaat deze dynamiek. Dit geldt op de eerste plaats voor familierelaties, de verticale intergenerationele verhoudingen, maar ook voor horizontale verhoudingen, zoals vriendschappen of collegiale verhoudingen. Wil een relatie duurzaam zijn en een vertrouwensbasis vormen, dan dient de balans tussen geven en ontvangen over het geheel genomen in evenwicht te zijn of moet er redelijkerwijs kunnen worden aangenomen dat deze balans ooit in evenwicht zal komen. Anders gezegd: kent de balans een billijke dynamiek, draagt ieder op een voor zichzelf en de ander gepaste wijze bij? Het gaat in wezen om de fundamentele kwaliteit van de onderlinge relatie en de vraag of deze betrouwbaar en rechtvaardig is. De contextuele benadering, die ook door pastores en geestelijk verzorgers wordt gebruikt, wil dit doel bereiken door

in relaties aan te sturen op een billijke balans tussen geven en ontvangen.

In dit artikel wil ik vanuit de contextuele benadering ten eerste reflecteren op de relatie tussen artsen en verpleegkundigen enerzijds en patiënten anderzijds en deze relatie duiden als een als een betekenisvolle asymmetrische horizontale relatie. Ten tweede wil ik de benadering gebruiken om een cultuurkritische analyse te maken van de wijze waarop we in onze samenleving omgaan met levenseinde en de dood. Daarbij zal duidelijk worden dat door de wijze waarop onze samenleving omgaat met de *condition humaine*, lijden en dood zwaar kunnen wegen op de relationeel ethische balans van de zorgprofessional. Ten derde wil ik, aan de hand van een contextuele analyse van een vraag om orgaandonatie, laten zien dat, en op welke wijze, in een situatie van een naderende dood relationele kernnoties als afscheid nemen, rouwen en doneren een rol spelen. Het levenseinde lijkt op het eerste gezicht ook het einde van de relationele werkelijkheid te betekenen, maar zal bij nadere beschouwing omgeven blijken te zijn door relationele begrippen.

De zorgverlener benadert de dood op twee manieren. Zo is er de professionele benadering, die de dood bekijkt met een klinische blik en vanuit distantie, waardoor professioneel zorgend handelen mogelijk blijft. Daarnaast echter benadert de zorgverlener de dood ook als mens, waardoor die zich soms van zijn intieme kant toont: wanneer de dode ook persoonlijk wordt gezien en het gelaat van de mens – ook wanneer het leven is geweken – appèl doet op respect en zorgzaamheid. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de verpleegkundige die zich geroepen voelt om vanuit persoonlijke betrokkenheid haar patiënt na het overlijden zelf te verzorgen. In welke mate de dood zich ook toont: van zijn afstandelijke of intieme kant, voor de zorgprofessional betekent de dood niet meteen het einde van de zorgverlening.

1. Professionele zorg als een betekenisvolle asymmetrische horizontale relatie

Een chirurg die terugblikt op ontwikkelingen in zijn jarenlange praktijk, beschrijft in een vakblad hoe hij geconfronteerd raakte met eigen apathie en onvrede over de wijze van het uitvoeren van zijn beroep.³ Deze gevoelens kwamen voort uit de toegenomen verzakelijking en protocollering van de behandeling, waarbij de patiënt dreigt te worden herleid tot een ziektebeeld en de arts tot een medische technet. Hij omschrijft dit als een vervreemding van het geneeskunstaspect in de gezondheidszorg. 'Geneeskunde is de wetenschap die zich bezighoudt met de aard en oorzaak van ziekten en middelen om deze te genezen. Geneeskunst is de kunst van het genezen, waarbij de patiënt met al zijn mogelijkheden, psychische, emotionele, intellectuele, spirituele en lichamelijke opbouw als één elkaar ondersteunend geheel wordt gezien – wat men tegenwoordig holistisch noemt. Onderdeel van de geneeskunst is ook de relatie tussen arts en patiënt.' Zijn apathie sloeg om in enthousiaste empathie doordat hij naar eigen zeggen ruimte, tijd en aandacht ging creëren voor de begeleiding van zeer zieke patiënten in existentiële crisis. Dit versterkte niet enkel het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van de patiënten, het bleek ook voor de arts 'een indrukwekkende belevenis, waarbij ik me dan afvroeg wie eigenlijk wie behandelde'.

Gezien vanuit de contextuele benadering, is professionele zorg meer dan het uitvoeren van kant-en-klare handelingsmodellen, methoden en protocollen.⁴ De zorgontvanger is geen defect apparaat waar in witte jassen gehulde technetuten aan sleutelen. De zorgverlener is geen robot die defecten aan andere machines technisch behandelt. Zorgverleners mogen en kunnen niet worden gereduceerd tot onbezielde uitvoerders in een productieketen die gedirigeerd worden door de wetten van de markt.⁵ Vanuit de contextuele benadering is elke relatie, en dus ook de professionele zorgrelatie,

op de eerste plaats een horizontale en betekenisvolle ontmoeting tussen medemensen, waarbij de zorgverlener en de zorgontvanger zich bevinden in een relationele wederkerigheid. De deskundigheid en betrokkenheid van de zorgverlener is te omschrijven als toewijding aan de zorgontvanger. Het beroep dat de zorgontvanger (de patiënt) op de zorgverlener doet betekent dat hij zich toevertrouwt aan de de zorgen van de zorgverlener. Er is dus sprake van een relatie waar dynamiek kan ontstaan tussen geven en ontvangen, al is de zorgrelatie als horizontale relatie niet te vergelijken met de wederkerigheid in een zelf gekozen relatie zoals bij vrienden. Invloeden uit de verticale of familiecontext van de zorgverlener kunnen daarbij een helpende of belemmerende invloed hebben.

Hoe verhoudt zich de betekenisvolle horizontale relatie tot het grote verschil in positie en verantwoordelijkheid tussen de zorgverlener en patiënt, waar de een de kennis en vaardigheden bezit om tegemoet te komen aan de nood van de ander? Wat de horizontale relatie tussen arts of verpleegkundige en de patiënt anders maakt ten opzichte van een relatie tussen vrienden of collega's, is te vergelijken met wat Nagy stelt ten aanzien van de relatie tussen therapeut en cliënt: 'Wat verschillend is, is de asymmetrie van verwachtingen'⁶. Dit wil kortweg zeggen dat de zorgverlener er is voor degene die zorg nodig heeft en niet omgekeerd. De patiënt en zijn naasten vragen om professionele hulpverlening en correcte, menselijke bejegening. De zorgverlener moet hier voor instaan. Het is immers de zorgbehoevende, afhankelijke ander die in zijn kwetsbaarheid het uitgangspunt, het doel en de richting zou moeten bepalen van de zorgrelatie. Dat daar voor de zorgverlener een vergoeding tegenover staat in de vorm van salaris of honorarium, is (tegenwoordig) vanzelfsprekend. Maar de professional ontvangt meer dan dat en zelf heeft zij of hij als mens ook nog iets anders nodig dan de geldelijke beloning. Het gaat dan om zaken als erkenning, dankbaarheid, vertrouwen en de bevestiging

van waarde te zijn voor het welzijn van anderen. Uiteindelijk ligt hier volgens de contextuele benadering, ook de basis, de uitdaging of zo men wil de roeping van de zorgverlener, die niet voor niets dit vak heeft gekozen. Die beroepskeuze, zoals ook Annelies van Heijst betoogt in haar kritische benadering van de verzakelijking van de gezondheidszorg, heeft er mee te maken dat men als verpleegkundige of arts iets voor de ander wil betekenen en dat men daarin ook een deel van de persoonlijke levensvervulling ervaart.⁷

2. Verstoorde balans in confrontatie met sterven en dood

De voortschrijdende ontwikkelingen en mogelijkheden van de medische wetenschap en techniek, maken de acceptatie van eindigheid en vergankelijkheid moeilijk. De vooruitgang in de medische wetenschap heeft geleid tot meer en meer mogelijkheden om ziekten te genezen, pijn te bestrijden en de dood uit te stellen.⁸ Als religie functioneel omschreven kan worden als de weg naar heil, is de gezondheidszorg – eveneens kort door de bocht gezegd – een seculiere religie geworden in onze Westerse samenleving, naast 'religieuze' religies, zoals het christendom. In de gezondheidszorg als religie vertrouwt men zich toe aan de machten en krachten van het medische bedrijf dat in staat lijkt ons ene kostbare lijf en dus ons leven zo lang mogelijk intact te houden. Ziektekostenverzekeraars zijn dan zendelingen die ons wervende en bezwerende teksten voorhouden die beloven dat onze veiligheid en ons geluk bij hen in goede handen is. Het geestelijk perspectief is in de gezondheidszorg als religie immers niet het zielenheil in het hiernamaals, zoals dat in het traditionele christendom het geval is, maar ons lijfsbehoud hier en nu. Vanuit dit denken wensen mensen elkaar op verjaardagen of bij de jaarwisseling geen wijsheid toe of tevredenheid, maar een goede gezondheid. Gelukkig is er dan de medische wetenschap die hierover waakt, althans, die ons waar mogelijk perspectief biedt op uitstel van de dood, op

langer leven. De witte jas van de arts is als het gewaad van de priester die heil kan bemiddelen en die woorden van leven kan spreken. Het geloof in de medische wetenschap maakt de arts groot en machtig. Dit betekent dat er een grote druk op artsen ligt om hoop te bieden op genezing en op uitsstel van de dood.

Algemeen gesproken betekenen de uitgebreide mogelijkheden van de moderne gezondheidszorg een zegen voor huidige en komende generaties. De kwaliteit van leven kan sterk worden verbeterd en wat vroeger soms langdurig en ongeneeslijk lijden betekende, kan nu worden verholpen. Wat uiteindelijk onvermijdelijke realiteit blijft, maar door de medische mogelijkheden en menselijke verwachtingen moeilijker aanvaardbaar en verteerbaar is geworden, is *la condition humaine*: de kwetsbaarheid, broosheid en sterfelijkheid van de mens. Zodoende wordt er, indien de verwachtingen in het kunnen van de gezondheidszorg hoog zijn, zeer veel gevraagd van de zorgverlener. Hij krijgt een enorme last op de schouders, hij draagt een verantwoordelijkheid die soms groter is dan in billijkheid verwacht mag worden. De arts moet namelijk niet alleen het behoud van het hoogste goed, het individuele lijf en leven, weten te verzekeren, hij of zij moet daardoor tegelijk ook zin en geluk waarborgen. Zoals Ter Borg het stelt: 'Van medisch ingrijpen, in welke vorm dan ook, wordt het heil verwacht. Het is hierom dat artsen zo vaak moeite hebben niet iets voor te schrijven.'⁹ Maar wanneer het gaat om een situatie waar het levenseinde onvermijdelijk is, wanneer verder medisch handelen niet meer levensreddend maar lijdensrekend blijkt, zou het voor de arts minder moeilijk moeten zijn om te erkennen dat passende zorg in deze situatie betekent dat moet worden afgezien van verdere behandeling, pijn en ongemak bestreden dienen te worden, dat de eindigheid dient te worden geaccepteerd en dat moet worden voorzien in alle nodige begeleiding van de patiënt en diens naasten.

3. Een contextuele benadering van de donatievraag

Naast de directe, soms medisch zeer complexe patiëntenzorg wordt van artsen en verpleegkundigen heel wat gevraagd op het menselijke vlak van bejegening, begeleiding en communicatie. De drie moeilijkste gesprekken voor zorgverleners, en dan meer bepaald voor artsen, zijn wellicht het slecht-nieuwsgesprek, het overlijdensgesprek en het donatiegesprek. Het brengen van slecht nieuws kan bij de arts gevoelens teweegbrengen van onmacht, falen of schuld, met verdringing of ontwijking tot mogelijk gevolg.¹⁰ Ik wil nader stilstaan bij de eigen innerlijke weerstanden of belemmeringen die artsen terughoudend kunnen maken om de nabestaanden te confronteren met de vraag om donatie. Waar komt deze weerstand dan vandaan en hoe kan deze overwonnen worden? Een antwoord hierop wordt gezocht vanuit de vier dimensies uit het contextuele denken; de feitelijke, psychologische, transactionele en relationele dimensie. In het bijzonder inzichten vanuit de vierde contextuele dimensie, de relationele ethiek, kunnen hierbij helpen.

De weerstand bij zorgverleners om nabestaanden te confronteren met de vraag naar donatie kan contextueel worden verklaard vanuit de *eerste dimensie*, die van de feiten. Feit is dat een donatieprocedure als dusdanig een hogere belasting vormt voor zorgverleners. De weerstand kan dan simpelweg worden verklaard door het willen vermijden van bijkomend werk. Ook specifieke situaties bij zorgverleners of nabestaanden kunnen weerstand oproepen. Bijvoorbeeld een medisch team dat tijdens eenzelfde dienst te maken krijgt met diverse complexe patiënten. De weerstand kan dan worden verklaard uit het simpelweg moeten stellen van prioriteiten. Of als een familie die nog volop in rouw is om het recente verlies van een kind plotseling wordt geconfronteerd met het verlies van een ouder die in aanmerking komt voor donatie. Het ter sprake brengen van donatie kan dan door de zorg-

verlener als ongepast of als teveel worden ervaren voor deze emotioneel overbelaste nabestaanden.

Daarmee is ook meteen de *tweede dimensie* aan de orde, het niveau van de psychologie. De psychische belasting van de zorgverlener die zelf worstelt met het feit van de(ze) dood kan weerstand meebrengen tegen communicatie over donatie met nabestaanden. Ook de vooronderstelling of de reële inschatting van de zorgverlener dat de psychische draagkracht van de nabestaanden in deze situatie ontoereikend is, kan leiden tot het niet ter sprake brengen van donatie. Overigens brengt de huidige wetgeving mee dat juist op het meest onmogelijke moment de meest onmogelijke vraag moet worden gesteld: bij het vaststellen van hersendood moet de arts een door emotie overrompelde familie confronteren met de vraag om toestemming voor donatie. Indien de wet zou voorzien in een verplichte donorregistratie, een zogenaamd actief donorregistratiesysteem, worden nabestaanden niet voor een moeilijke en ingrijpende keuze geplaatst die van hen in deze omstandigheden redelijkerwijze haast niet te verwachten valt. Het bekend zijn met de wil van de patiënt helpt artsen ook in het tijdig treffen van voorzieningen als bijvoorbeeld een bed op de afdeling intensieve zorg, met het oog op het opstarten van de donatieprocedure. Het helpt artsen ook in de communicatie met en de begeleiding van de nabestaanden, want uitgangspunt van gesprek vormt dan de wilsbeschikking van de overledene en niet de beslissingsverantwoordelijkheid van de nabestaanden.

Het aspect begeleiding en communicatie behoort vervolgens tot de *derde dimensie*, die van de transactie tussen zorgverleners en naasten van de overleden patiënt. Moet de donatievraag bijvoorbeeld worden neergelegd bij een familie die boos en verwijtend staat ten opzichte van de behandelaar? Of heeft de arts van doen met een familie die de zorgprofessional als bondgenoot ziet in het uitvoeren van de donorwens, opdat de onverhoopte doch

onvermijdelijke dood toch een zekere zin kan krijgen? In het eerste geval is de weerstand tegen het ter sprake brengen van donatie niet zo verwonderlijk. Een ander voorbeeld: wordt de donatievraag gesteld door een voor de familie onbekende arts of door een zogenaamde *requester*, een speciaal daartoe opgeleide arts die enkel voor de donatiekwestie en met het oog op het verkrijgen van toestemming ten tonele verschijnt, of is het de behandelende arts die donatie ter sprake brengt omdat dat integraal deel uitmaakt van de verantwoordelijke zorg voor zijn patiënt? In het eerste geval kan de schijn worden gewekt dat 'men' uit is op het oogsten van zoveel mogelijk organen, hoe nobel het doel ook dat hiermee wordt gediend. In het geval van de begeleidende arts, zal de donatievraag eerder worden ervaren als een continuering van patiëntenzorg. Ook na overlijden en bij toestemming tot donatie, wil men voor de patiënt doen wat men kan.

De weerstand tegen het ter sprake brengen van donatie kan ook beschouwd worden vanuit de *vierde dimensie*, die van de relationele ethiek. De houding van artsen en verpleegkundigen ten opzichte van een patiënt wordt gekenmerkt door geven. Het gaat om een professionele relatie van de zorgverlener die zorg, begeleiding en behandeling biedt aan de patiënt. Deze zorgontvanger brengt op diverse wijzen de balans tussen geven en ontvangen in evenwicht door de eigen wijze van geven in deze zorgcontext. Vooreerst is er de erkenning van de deskundigheid van de zorgverleners doordat de patiënt zijn lijf en leven aan hen toevertrouwt. Dit is misschien wel de meest fundamentele vorm van geven door de zorgontvanger. Daarnaast is er de dankbaarheid en waardering van de patiënt of zijn naasten die blijkt uit de directe communicatie. En ook indirect kan de zorgverlener erkenning ervaren, wanneer hij de spontane opluchting en blijdschap ziet bij de ontmoeting met een patiënt en zijn familie na een geslaagde risicovolle ingreep. Of wanneer een patiënt met zichtbaar vernieuwde levenskwaliteit het ziekenhuis verlaat.

Wat echter, als dit niet (meer) kan, als de prognoses steeds slechter worden, als ten slotte de behandelingsmogelijkheden ten einde zijn? Dan verzucht de arts tijdens het slechtnieuwsgesprek: 'ik kan u niets meer bieden'. Het door de patiënt geboden vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener kan niet meer worden beantwoord met een geschikte behandeling. De arts heeft uiteraard zelf nog een en ander te bieden op het vlak van begeleiding en symptoombestrijding. Hij kan ook verwijzen naar derden voor psychosociale begeleiding en ondersteuning. Er kan een traject worden voorzien van palliatieve thuiszorg of van verblijf in een hospice. Men kan beroep doen op een pastor voor sterfensbegeleiding of rituele ondersteuning. De eigen begeleiding of de doorverwijzing voor specifieke ondersteuning geeft artsen de mogelijkheid om 'toch nog iets' te kunnen bieden, maar het aanbod vanuit de eigen medische professionaliteit heeft zijn grenzen bereikt.

De zorgverlener die moeite heeft met deze disbalans, komt helemaal in de problemen als de verhouding tussen geven en ontvangen volledig kantelt als iemand donor wordt. Er is dan sprake van een finaal geven waarbij de zorgverlener die al bij het levenseinde met lege handen kwam te staan, nu ook nog wordt geconfronteerd met een niet te beantwoorden unieke en ultieme gift van de donor. De bijdrage die van de zorgverlener wordt gevraagd in het effectueren van de donatieprocedure kan dan worden ervaren als een ongepast en disproportioneel *nemen*.

Donorbeleid dat donorzorg benoemt als patiëntenzorg kan helpen om nieuw licht te laten schijnen op de betreffende balans tussen geven en ontvangen. Deze visie is ontstaan onder impuls van de Commissie Orgaan- en Weefseldonatie (COWD) van het Catharina-ziekenhuis Eindhoven en heeft landelijke weerklank gekregen. Uitgangspunt is dat donorzorg een verantwoordelijkheid betreft die thuishoort bij de primaire patiëntenzorg. Het leveren van de best mogelijke zorg aan de eigen

patiënt, ook als deze na overlijden donor zal zijn, is een aspect van zorg dat op de werkvloer geborgd en vanuit de organisatie gefaciliteerd dient te worden. De motivatie die door medewerkers dient opgebracht te worden, wordt dus primair gezocht bij het leveren van goede zorg en niet bij het scoren van zoveel mogelijk organen. Het serieus nemen en respecteren van iemands registratie als donor c.q. de toestemming tot donatie die nabestaanden geven wanneer de beslissing bij hen ligt, vertaalt zich dan in zorg voor de patiënt die dan donor is geworden. Het ultieme geven van de donor krijgt erkenning door het geven van specifieke zorg. Er is op de eerste plaats het uitvoeren van de noodzakelijke procedures om de donatiewens te kunnen vervullen. Ook is er de zorg voor en begeleiding van de naasten van de donor. Er is de zorg voor het lichaam van de donor na de procedure zodat waardig afscheid nemen mogelijk is. En niet in het minst is er het perspectief van de ontvanger. Zijn of haar toekomst en kwaliteit van leven is de grootste erkenning voor het geven van de donor. De kennisgeving nadien aan nabestaanden (indien zij dit op prijs stellen) en aan de betrokken medewerkers over de bestemming van de organen is daarom ook van groot belang. Ten slotte betekent goede donorzorg ook het ontdekken en respecteren van de wilsbeschikking van een overledene of het accepteren van de beslissing van de nabestaanden om juist *niét* te doneren.

De inzichten vanuit de vierde dimensie van de contextuele benadering, kunnen de zorgverlener helpen om in het kader van gepaste donorzorg meer evenwicht te ervaren in de professionele relationele balans tussen geven en ontvangen. Waar voorheen artsen een schuldgevoel konden hebben bij het stellen van de donatievraag, accentueert de benadering van donorzorg als onderdeel van integrale patiëntenzorg het aspect geven in plaats van ontvangen of nemen. Het gaat er immers om dat de zorg wordt geboden die voor deze patiënt passend en nodig is. Als een overleden patiënt

vervolgens geen donor wordt, is dat ook goed. Deze benadering kan leiden tot vermindering van de genoemde weerstand om donatie ter sprake te brengen en om in te staan voor een zorgvuldige procedure. Er zijn dan meerdere positieve gevolgen te verwachten in de vorm van betere zorg voor de patiënt (c.q. donor) en zijn naasten, meer arbeidsmotivatie voor de zorgverlener en een groter maatschappelijk rendement. Want uiteindelijk staat aan het eind van de donatieketen een ontvanger die – omdat de gave van een donor door goede zorg ook ontvangen kon worden – nieuw leven krijgt.

Tot slot

De dood betekent niet het einde van zorg. Iemand die overlijdt, blijft patiënt zolang hij of zij aan de zorgprofessional is toevertrouwd. Dit vraagt zowel de nodige zorg voor de (overleden) patiënt als begeleiding van de nabestaanden. Deze zorg- en begeleidingstaak vergt veel aandacht en kracht. Zorgprofessionals dienen daarom zorgvuldig met zichzelf, met elkaar en met nabestaanden om te gaan in de confrontatie met het verlies van een patiënt. Inzichten uit het contextuele denken kunnen helpend zijn om een passende balans te vinden tussen wat gegeven en ontvangen wordt in de professionele zorgrelatie. Als zorgprofessional naast de directe zorgtaak ook goede zelfzorg en collegiale zorg betrachten, draagt bij aan een werk- en leefklimaat waar mensen voor elkaar betrouwbaar willen zijn om vaste grond onder de voeten te houden

wanneer het leven zich toont in zijn ultieme kwetsbaarheid en broosheid.

* Drs. K.J.E. Jordens (Hasselt, 1969) studeerde godsdienstwetenschappen en theologie in Leuven, volgde praktische vorming in Tilburg en ontving in Ede (CHE) een opleiding in de contextuele hulpverlening. Sinds 2004 werkt hij als geestelijk verzorger in het Catharina ziekenhuis Eindhoven

Noten

- 1 Dit artikel is gebaseerd op mijn scriptie bij de opleiding tot Master Contextuele Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede, uitgegeven bij Garant: K. JORDENS, *Van de zuster, de dokter en het leven dat voorbij gaat. Zorgprofessionals in confrontatie met sterven, dood en rouw. Contextuele beschouwingen en verhalen uit de praktijk*, Antwerpen, 2008.
- 2 In K. JORDENS, *Van de zuster, de dokter en het leven dat voorbij gaat*, p. 121.
- 3 P. LEGUIT, *Het verdrongen gevoel*, in *Medisch Contact*, 2007 (22), p. 954-957.
- 4 A. BAART, *Klein pleidooi tegen grote distantiëring in de zorg*, [Paul Cremers-lezing 2004], s.l., p. 51.
- 5 A. BAART, *Zorg geven aan armen, de opgave om naderbij te komen*, in L. LAEYENDECKER (e.a.), *Sociale overbodigheid* [KSVG Geestelijke Volksgezondheid 2-52], Nijmegen, 1998, p.71-74.
- 6 I. BOSZORMENYI-NAGY, B.R. KRASNER, *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*, De Toorts, Haarlem, 2005, p. 461.
- 7 A. VAN HEIJST, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, Kampen, 2007 p. 246.
- 8 M. TER BORG, *De dood als het einde. Een cultuur-sociologisch essay*, Ten Have, Baarn, 1993, p. 65-78.
- 9 M. TER BORG (e.a.), *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie* [KSVG Geestelijke Volksgezondheid 2-51], Nijmegen, 1997, p. 21.
- 10 J. MIRANDA, R. BRODY, *Communicating Bad News*, in *Western Journal of Medicine*, 1992 (jan.), p. 85.