





Gedeelde ruimte

De ontvankelijkheid van zorgverleners in patiëntencontacten

Eigen ervaringen als geestelijk verzorger waren de aanleiding voor mijn proefschrift *Gedeelde ruimte*. Een geneeskundestudent wilde weten wat patiënten beleven en vroeg mij samen met hem patiënten te bezoeken. In onze nagesprekken viel op hoeveel wij zelf in de contacten hadden gekregen en hoe wij ons verrijkt voelden.

In dezelfde tijd bood zich de mogelijkheid aan voor een promotietraject. Mijn vraagstelling was direct duidelijk. Als zorgverleners steeds 'de patiënt centraal' stellen en als professional vooral actief en gevend zijn, kunnen of willen zij dan ook iets ontvangen? Wat krijgen zij in patiëntencontacten en wat kenmerkt daarbij hun houding? Waarvoor zouden zij überhaupt iets (willen) ontvangen?

Mijn verwachting was dat reflectie over hun persoonlijke ontvankelijkheid bij kon dragen aan een betere balans in de verhouding met patiënten. Patiënten worden immers als mondig omschreven. Zij willen als 'hele persoon' zover mogelijk de regie houden. Meer aandacht voor de andere kant, die van de hele zorgverlener in de zorg- of behandelrelatie, zou meer erkenning kunnen geven aan zorgverleners zelf en de wijze waarop zij hun waarde(n) beleven. Dit zou uit-

eindelijk tegemoet komen aan het streven om beide partijen tot hun recht te laten komen en op die manier menselijke/menswaardige zorg (Van Heijst 2005) te leveren.

Met behulp van een kwalitatief onderzoek analyseerde ik diepte-interviews met verpleegkundigen en artsen. De uitkomsten relateerde ik aan richtlijnen van de gezondheidszorg, aan visies over professionele communicatie, onderzoeken over (on)tevredenheid en welbevinden van zorgprofessionals. Ze werden met elkaar in verbinding gebracht en verdiept met behulp van filosofische literatuur.

Visies op professioneel handelen oriënteren zich voornamelijk aan de principe ethiek (Beauchamp & Childress 2009). Minder nadrukkelijk worden deugd- en zorg-ethische visies gehanteerd (Van Tongeren 2003; Leget 2007). Deze richten zich op de (inter)persoonlijke waarden van zorgverleners zelf. Intrinsieke, ultieme waarden maken impliciet deel uit van professionele visies.

< *Natasja Bennink, 'Afscheidsbeeld voor de beeldhouwer Harro Nikkels', 2013*





Sloterdijks 'leven als oefening'

Omdat in de literatuur vormen van ontvankelijkheid weinig zichtbaar waren, zocht ik een model dat zou kunnen verklaren waarom zorgverleners wel vinden dat zij in contacten iets verkrijgen.

Peter Sloterdijk (2003) werkt in zijn cultuur-filosofisch sferenmodel uit hoe het menseigen is om met elkaar 'gedeelde ruimtes' te creëren. Deze contactruimtes leiden niet tot versmelting, maar versterken ieders eigenheid. Mensen zijn namelijk steeds zowel gever als ontvanger, zeker als zij zich op elkaar afstemmen en opmerken wat zij wel of niet 'binnen' willen laten komen. Daardoor ontwikkelen zij hun innerlijke veerkracht. Als zij in verbinding blijven met zichzelf en vandaaruit de ander waarnemen, ontstaat veerkracht. Mensen ontwikkelen zich verder als zij op deze wijze ontvankelijk zijn en zich door de ander laten raken.

Natuurlijk is ontvankelijk zijn niet zonder gevaren. Toch maken de interviews duidelijk dat zorgverleners dit avontuur aangaan. Wat drijft hen daarbij? Sloterdijk (2011) meent dat mensen hun eigenheid en capaciteiten vorm willen geven. Dit aristotelische streven naar excellentie wordt geactiveerd op momenten waarop zij opmerken: zo ben ik – en tegelijk het ethische appèl ontvangen: het kan anders, 'ik moet mijn leven veranderen' (2011, 68).

Ontvankelijkheid in visies op zorg

Is deze vorm van actieve ontvankelijkheid herkenbaar in de uitspraken van zorgverleners?

Zij zeggen dat zij iets ontvangen, maar zijn tegelijkertijd huiverig om het een plaats te geven binnen hun professionaliteit. Zij spreken eerder over onpersoonlijke transacties. ('*Je krijgt er natuurlijk ook altijd veel voor terug.*') Onbaatzuchtigheid zou geen rol spelen. ('*Ieder ander had dit ook kunnen doen.*')

Tronto (1993) vindt deze houding kenmerkend voor het moderne westerse denken. Persoonlijke ontvankelijkheid verwijst volgens haar naar behoefte-tigheid. Behoeftigheid is verbonden met afhankelijkheid en deze moet worden vermeden. In het publieke domein (Arendt 1994), zoals hier in de zorgverlening, wordt dan ook het persoonlijke als potentieel gevaarlijk beschouwd. Het werkt vooringenomenheid in de hand en benadeelt daarmee de zorgontvanger – of het schaadt de zorgverlener omdat het te kwetsbaar maakt. Men is daarom geneigd neutraliteit na te streven.

Geraakt worden en betrokken zijn

In de praktijkverhalen laten zorgverleners echter zien dat zij zowel persoonlijk aanwezig als betrokken zijn en dat zij in positieve en negatieve zin geraakt worden.

'Als je als arts nooit meer ergens door geraakt wordt, moet je jezelf achter de oren krabben of je nog goed bezig bent.'

Zij verwijzen graag naar het tweede gedeelte van de leerstelling 'maximale betrokkenheid met behoud van distantie' (Rühmke 1954),

*Als mensen in verbinding blijven
met zichzelf en vandaaruit de ander
waarnemen, ontstaat veerkracht*

ontvankelijkheid verwijst
volgens haar naar behoefte-
tigheid. Behoeftigheid is
verbonden met afhankelijk-
heid en deze moet worden



maar vinden in de praktijk betrokken momenten waardevol. Situaties die raken leiden naar initiatieven die hun handelen verbeteren.

‘Ik denk meer: potverdikkie, sommige mensen hebben het al zo zwaar en dan krijgen ze dat ook nog voor de kiezen. Wat kunnen we eraan doen om het voor hen een beetje draaglijk te maken?’

Gevoelens van meevoelen kunnen echter ook moeilijk hanteerbaar zijn.

‘Die jongen hing aan mij. Ik had er slapeloze nachten van, maar deed geen stap terug. Ik kon hem toch niet in de steek laten?’

Leerstellingen zoals ‘Je mag wel meevoelen maar niet meelijden’ proberen dit te voorkomen. Zij verwijzen naar een cultureel bepaalde angst voor vermenging of projectie van gevoelens.

Dit onderzocht ik met behulp van Nietzsches waarschuwing voor hypocrisie (2006) en Schellers beschouwing (1948) over het verschil tussen belastend en stimulerend medelijden. Heldere waarneming van zichzelf en van de ander is daarvoor van belang.

Hedendaagse tegengeluiden ten opzichte van een eenzijdige waardering van objectiviteit (Halpern 2011) wijzen erop dat afstand nemen van je eigen waarnemen en voelen zowel patiënten als zorgverleners tekort doet. Empathie levert immers naast verbondenheid ook relevante kennis op (Van der Hoofdakker 2001).

Kennis en waarde-ervaring

Deze relevante kennis is ervaringskennis. Zij ontstaat door directe, persoonlijke waarneming in een concrete situatie en heeft voor zorgverleners twee voordelen. Enerzijds maakt zij het ervaringsperspectief van de patiënt toegankelijk. Anderzijds is zij betekenisvol voor hun zelf.

‘Oude mensen, die in staat zijn om alle generaties te blijven boeien, die met alle mensen gewoon verbindingen kunnen aangaan. Zo zou ik zelf oud willen worden.’

Hierbij worden de persoonlijke, individuele verschillen zichtbaar.

‘Ja, ja, we hebben allemaal talenten gekregen, en als we die op de juiste plekken gebruiken, dan is de wereld denk ik nog mooier.’

Het waardevolle nemen zij door hun ontvankelijkheid waar (Nussbaum 2001). Het voedt hun motivatie.

‘Dat geeft me dan wel weer kracht, dat ik weet waarvoor ik het doe, dat zij het gewoon prettig vinden dat ik er ben.’

De interviews laten zien dat ervaringskennis ertoe leidt dat zorgverleners zin en verbondenheid ervaren. De contacten stimuleren hen om zichzelf verder te ontwikkelen.

Conclusie en aanbevelingen

In de opleidingsliteratuur en in richtlijnen binnen de gezondheidszorg worden elementen





van ontvankelijkheid, zoals luistervaardigheid, aandacht, empathie gepropageerd. Zij fungeren echter voornamelijk als praktijken die instrumenteel ingezet worden met het oog op betere, meetbare resultaten.

Dit onderzoek laat zien dat de intrinsieke motivatie van zorgverleners voor hun zelf belangrijk is, maar in theorie en praktijk onvoldoende ter sprake wordt gebracht. Hun motivatie wordt juist gevoed door dat wat zij ervaren in de met patiënten 'gedeelde ruimtes'. Hier verkrijgen zij, als professional en als persoon, (levens)kennis en betekenis.

Het is aan te bevelen om meer aandacht te besteden aan deze persoonlijke, ervaringsgerichte kant van zorgverleners, in het bijzonder aan hun ontvankelijkheid en raakbaarheid. Deze wordt door hun zelf soms als lastig, maar vaak als zeer waardevol ervaren. In elk geval is zij van belang voor hun eigenwaarde en – zoals zij zelf zeggen – voor het leveren van menselijke zorg. <

Literatuur

- Arendt, H. (1994 [1958]). *Vita Activa. De mens: bestaan en bestemming*. Amsterdam: Boom.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6e druk). Oxford: Oxford University Press.
- Halpern, J. (2011). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Heijst, J.E.J.M. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Hoofdakker, R.H. van den (2001). Empathie: Betekenis en grenzen. *Humanistiek*, 2(5), 7-15.
- Leget, C.J.W. & Olthuis, G. (2007). Professioneel zorg verlenen, ideaal of deugd? Over de idealen van verpleegkundigen en verzorgenden. In: J. Kole & D.

- de Ruyter e.a. (2007), *Werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit*, 24-36.
- Nietzsche, F. (2006 [1885]). *Aldus sprak Zarathoestra*. Amsterdam: Boom.
- Nussbaum, M.C. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rümke, H.C. (1954). *Psychiatrie I. Inleiding*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Scheler, M. (1948). *Wesen und Formen der Sympathie, 'Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle'* (5e druk). Frankfurt a.M.: Schulte-Bulmke.
- Tongeren, P.J.M. van (2003). *Deugdelijk leven. Een inleiding in de deugdeethiek*. Amsterdam: SuN.
- Sloterdijk, P. (2003). *Sferen. Bellen – Globes*. Amsterdam: Boom.
- Sloterdijk, P. (2011). *Je moet je leven veranderen*. Amsterdam: Boom.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Beate (dr. B.J.C.) Giebner is humanistisch geestelijk verzorger en lid van het palliatief team in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Zij promoveerde in 2015 op Gedeelde ruimte. De ontvankelijkheid van zorgverleners in patiëntencontacten aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Medische ethiek van de Faculteit der Geneeskunde.
E b.j.giebner@amc.uva.nl