

Op zoek naar zinvolle zorg

Steeds vaker ontmoeten we ouderen in het woonzorgcentrum die 'lijden aan het leven'. Ze geven aan dat ze 'zo' niet verder willen en dat de toekomst hun niets meer te bieden heeft. Willen we voldoende goede zorg bieden, dan is het goed meer zicht te krijgen op het lijden van deze ouderen die doorgaans levensmoe worden genoemd.

'Ik wil niet wachten tot ik in mijn bed lig te plassen. Naar een rusthuis wil ik ook niet. Ik heb aan niemand verantwoording af te leggen. Het is een mooi leven geweest, dus ik ga afscheid nemen.' Het zijn de woorden van Roger Verdonck in een reportage van Koppen uit 2007. Hij is een intelligente man die tot aan zijn pensioen een belangrijke functie binnen de vakbond bekleedde. Roger heeft, ondanks zijn hoge leeftijd, nog geen grote gezondheidsklachten. Hij kan nog behoorlijk goed voor zichzelf zorgen, mits vrij minimale ondersteuning. Hij lijdt ook niet ondraaglijk. Maar de toekomst boezemt hem angst in; angst om volstrekt afhankelijk te worden, angst om geestelijk weg te deemsteren, angst om geen controle meer te hebben over zijn eigen lichaam en zijn eigen leven. Precies om dit te voorkomen, zoekt hij naar een waardige manier om nu al uit het leven te stappen.

Mensen zoals Roger Verdonck komen in de praktijk van de woonzorggroep Groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg (GVO, West-Vlaanderen) – een samenwerkingsverband van acht woonzorgcentra voor ouderen – nauwelijks voor. Steeds vaker ontmoeten we wel ouderen voor wie het 'mooi' geweest is en die zich luidop afvragen of het nu ook 'gedaan' mag zijn.

Zo bijvoorbeeld mevrouw P. Deze mevrouw is 88 jaar en werd na een val opgenomen in het woonzorgcentrum. Ze heeft drie kinderen die ver weg wonen. Ze is visueel gehandicapt en ziet slechts met één oog, en dan nog maar gedeeltelijk. Tijdens haar opnamegesprek vertelt mevrouw dat ze euthanasie wil omdat 'het leven vanaf 80 jaar niets meer waard is'. 'Er valt niets meer te verwachten en er is niets dan last. Euthanasie mag volgen, wanneer ik helemaal



blind ben’, voegt ze eraan toe. Na enige tijd weigert mevrouw nog te eten. Ze wordt achterdochtig en verward. Er volgt overleg met de huisarts en de familie. De zorg wordt op scherp gezet door op zoek te gaan naar wat voor haar nog belangrijk is. Ook antidepressiva worden door de huisarts opgestart. Mevrouw P. spreekt opnieuw over euthanasie. Wanneer de huisarts zegt ‘nu’ niet op haar vraag te willen ingaan, maar wel bereid is om haar ‘dossier’ aan een andere arts door te geven, wil ze dat niet. Haar aankomende verjaardag wil ze ook absoluut nog vieren. Ook na haar verjaardag blijft ze de vraag naar euthanasie herhalen, maar ze voegt er steeds aan toe dat dit ‘nu’ nog niet hoeft, maar wel ‘dan’, bijvoorbeeld als ze zover is afgetakeld dat ze buiten ‘die boom daar’ niet meer kan zien. In de gesprekken met mevrouw P. komt het thema altijd ter sprake, maar ze geeft tegelijk ook aan dat ze ‘bang is van de dood’. Intussen eet mevrouw weer. Ze wordt echter fysiek steeds zwakker en het thema ‘euthanasie’ duikt steeds minder op in de gesprekken met haar. Ze wordt overigens alsnog zwijgzamer en is in zichzelf teruggetrokken.

Voldoende goede zorg?

Twee mensen, twee verschillende verhalen. Ze hebben gemeenschappelijk dat ze hun leven als voltooid beschouwen en dat de toekomst hun niets meer te bieden heeft. Allebei stellen ze hulpverlening in vraag. Hun situatie roept ethische vragen op waar de hulpverlening niet meteen raad mee weet.

Roger Verdonck kiest principieel en duidelijk voor actieve levensbeëindiging. Het is een wens

die pas vier jaar later, in 2011, wordt ingewilligd. In 2007, het ogenblik dat Roger zijn wens openbaar maakt via Koppen, is het wellicht de vraag of zijn lijden voldoende kan worden geobjectiveerd om aan een euthanasieverzoek te voldoen. In de huidige euthanasiewet heeft immers niet het verzoek van de patiënt het grootste morele gewicht bij euthanasie, maar wel het lijden. Dat er ‘nu’ voor Roger zelf nog geen ‘ondraaglijk lijden’ is, maar dat hij euthanasie wil om ondraaglijk lijden straks te vermijden, is problematisch voor het uitvoeren van euthanasie.

Toch laat de Koppen-reportage van 2007 impliciet ook andere ethische vragen opduiken. Bijvoorbeeld komt de dame aan het woord die voor meneer elke middag een maaltijd kookt. Ze heeft het moeilijk met zijn wens en ze zegt dat ze meneer momenteel ‘erdoor trekt’. Wellicht bedoelt de dame dat ze meneer probeert af te houden van zijn visie op een hopeloze toekomst door met hem contact te houden en hem zinvol gezelschap te geven. De vraag is of dit voor meneer voldoende is. Zin of betekenis laat zich immers niet opdringen. Vanuit een breder gezichtspunt gezien, wordt ook de vraag gesteld naar de reikwijdte van zelfbeschikking versus zorg.

In de andere casus liggen de ethische vragen enigszins elders. De ambiguïteit rond haar vraag of wens doet hulpverleners zoeken naar de vraag achter haar vraag, en naar de zorg die ze nog kunnen bieden. Ook al worden antidepressiva opgestart, de hulpverleners stellen zich de vraag of mevrouw wel depressief is. Toch is het ook duidelijk dat mevrouw lijdt,

maar aan wat precies? Ze krijgen moeilijk zicht op de zaak en dat bemoeilijkt ook de hulpverlening: wat kunnen ze betekenen voor mevrouw? Steeds vaker ontmoeten we ouderen in het woonzorgcentrum die aangeven dat ze ‘zo’ niet verder willen en dat de toekomst hun niets meer te bieden heeft. Willen we voldoende goede zorg bieden, dan is het niet onbelangrijk om meer zicht te krijgen op het lijden van deze ouderen die doorgaans levensmoe worden genoemd. We baseren ons op het kwalitatief onderzoek van de Nederlandse antropologe Defesche (2011) om een duidelijker zicht te krijgen op wat zich afspeelt bij deze ouderen.

‘Voltooid leven’: het antropologisch onderzoek van F. Defesche

Kenmerkend voor ouderen zoals mijnheer Verdonck en mevrouw P., is het volgende:

- De levensfasen van werken, van een jongere generatie opvoeden, van zelfontplooiing en vernieuwing zijn voorbij.
- De fase van afbouwen is ver gevorderd. Van de toekomst wordt niet verwacht dat die wezenlijke waardevolle vernieuwingen zal inhouden.

Frederique Defesche stelt in haar onderzoek vast dat nogal wat ouderen aan deze kenmerken beantwoorden. Dat ouderen voldoen aan deze kenmerken van wat Defesche ‘voltooid leven’ noemt, betekent echter nog niet (altijd) dat ze zoals Roger Verdonck kiezen voor actieve levensbeëindiging. Het betekent zelfs niet dat ze worstelen met de euthanasievraag. Zo benadrukt Defesche dat de beleving van een voltooid leven niet altijd negatief wordt ervaren. Dit hangt dikwijls samen met het verleden. Is het verleden

‘goed’ geweest, dan wordt het heden vaak als positief ervaren, ook al zijn er nu problemen. Een leven vol tegenslagen kan de draagkracht van iemand zodanig ondermijnen dat het heden nauwelijks te hanteren valt, maar sommige ouderen putten hier dan weer juist kracht uit om van het leven nu te genieten. Ouderen die hun leven als voltooid beschouwen, lijden daarom niet noodzakelijkerwijs aan het leven.

Defesche maakt een onderscheid tussen vier stadia van ‘voltooid leven’. Deze fasen volgen elkaar niet noodzakelijk op. Het kan dus best zijn dat iemand tot het sterven in een eerder stadium blijft. Dit zijn de vier stadia van ‘voltooid leven’:

- *Stadium 1:* ouderen die tevreden zijn over het voltooid-zijn van het leven, die genieten van wat nog rest. Mogelijke ziektes en aandoeningen zijn goed te hanteren.
- *Stadium 2:* ouderen die het leven als steeds moeilijker ervaren. Er zijn wel positieve aspecten in de huidige levenswaardering, hopen op herstel en terugkeer naar meer levensvreugde.
- *Stadium 3:* ouderen die het leven als zwaar of vol moeilijkheden ervaren. Er zijn nog steeds positieve aspecten in de levenswaardering, geloven niet in herstel, geen doodswens, wel doodsgedachten.
- *Stadium 4:* ouderen die hun leven als doorslaggevend negatief ervaren. Ze zijn overtuigd van de uitzichtloosheid van de eigen situatie. Ze willen liever sterven dan blijven leven en ontwikkelen een aanhoudende doodswens.

In de eerste drie stadia definiëren ouderen hun leven als voltooid, maar zijn er naast de elementen waardoor ze hun leven als negatief gaan

waarderen ook nog steeds positieve aspecten in de levenswaardering aanwezig. Deze positieve elementen nemen echter wel af naar gelang het stadium waarin de ouderen zich bevinden. De ‘ondergesneeuwde’ positieve kanten van het leven kunnen in deze stadia herontdekt worden. Slechts in het vierde stadium, wanneer de ouderen niet meer in staat zijn om een positieve waardering aan het leven te geven, is er sprake van ouderen die ‘lijden aan het leven’. Hun aanhoudende doodswens gaat gepaard met de overtuiging van een structurele uitzichtloosheid van hun leven. Defesche stelt in haar onderzoek dat de meeste ouderen die ‘lijden aan het leven’ dit lijden zo goed mogelijk dragen en wachten op een natuurlijke dood. Slechts een kleine minderheid zoekt naar wegen voor een zelfverkozen dood. Voor veel ouderen die dicht bij het levenseinde staan, geldt dat ze alle wensen laten varen en zich overgeven aan het sterven.

Vanuit deze optiek maakt Defesche in het vierde stadium – het stadium van ouderen die hun leven als doorslaggevend negatief ervaren en een doodswens hebben – nog een onderscheid tussen drie types van ‘lijden aan het leven’:

- *Type 1:* Er is een aanhoudende doodswens die varieert qua intensiteit. Ook al willen deze ouderen liever sterven, ze kiezen voor doorleven. Een zelfverkozen levenseinde past niet binnen hun levensbeschouwing.
- *Type 2:* Er is een aanhoudende doodswens die varieert qua intensiteit. Deze ouderen leven door omdat ze belang hechten aan een natuurlijk stervensproces. Ze willen alleen een zelfverkozen levenseinde als in leven blijven kunstmatig wordt.

- *Type 3:* Er is een aanhoudende doodswens die de vorm aanneemt van een actief besluit. Deze ouderen geloven in het recht op zelfbeschikking bij het levenseinde.

Roger Verdonck kunnen we duidelijk typeren als een man die ‘lijdt aan het leven’ en gelooft in het recht op zelfbeschikking bij het levenseinde (stadium 4, type 3). Hij uit meermaals de wens om te sterven en voegt ook de daad bij het woord door actief op zoek te gaan naar een arts die zijn leven wil beëindigen. Niet elke euthanasievraag van een oudere die ‘lijdt aan het leven’ kan ingewilligd worden. Bijvoorbeeld wordt hun lijden als moeilijk te objectiveren beschouwd, omdat het lijden niet als ondraaglijk wordt gezien (of ervaren door de persoon zelf) of omdat de relatie met een min of meer objectieve ziektebron niet of onvoldoende kan worden gelegd. Deze mensen gaan dan op zoek naar andere mogelijkheden om te sterven. Zogenaamde ‘stille zelfdoding’ (*‘silent suicide’*) is zo’n mogelijkheid, waarbij ouderen de bewuste keuze maken om bijvoorbeeld niet meer te eten of hun medicatie niet meer in te nemen.

Kijken we vanuit het schema van Defesche naar de casus van mevrouw P., dan kunnen we ook hier spreken van ‘lijden aan het leven’. Zo spreekt mevrouw wel van euthanasie. Het telkens voor zich uit schuiven van de actieve uitvoering van deze euthanasiewens kan erop wijzen dat ze enkel een zelfverkozen levenseinde wil als het in leven blijven te kunstmatig wordt of wanneer haar situatie nog slechter wordt (stadium 4, type 2). De situatie waarin ze nu verkeert – zwijgzaam, in zichzelf gedoken, geen letterlijke vraag meer naar euthanasie –, doet ons zelfs vermoeden dat, ook al wil ze liever

sterven, ze er toch voor kiest om door te leven (stadium 4, type 1).

Mogelijke ethische en existentiële oorzaken

Door bovengenoemd onderscheid te maken tussen verschillende stadia van voltooid leven, heeft Defesche getracht een maatschappelijk gegeven vanuit antropologische bril in kaart te brengen. Hierdoor wordt het ‘lijden aan het leven’ vanuit een integrale, holistische visie bekeken waarbij de mens centraal staat en worden oorzaken en ‘oplossingen’ niet louter vanuit een medisch-klinische visie gezocht. Op basis van de vele gesprekken met de ouderen geeft Defesche in haar onderzoek aan dat lijden aan het leven alle aspecten van fysiek, geestelijk en psychosociaal lijden omvat. Lijden aan het leven blijkt in de eerste plaats een ernstige vorm van ‘ethische en existentiële pijn’ te zijn. Al deze dimensies zijn echter onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen een ‘kluwen’ van lijden die niet eenvoudig te ontwarren is (Leget 2003). Volgens Defesche is er bij ouderen die reeds een lang leven achter de rug hebben altijd sprake van mengvormen. Vanuit dit oogpunt lijkt het zinvoller om op zoek te gaan naar de existentiële en ethische oorzaken van dit lijden, eerder dan te focussen op de verschillende vormen van lijden. We noemen drie mogelijke ‘sporen’ die misschien een weg kunnen openen naar een scherper ‘zien’.

‘Klaar met leven’

Voor ouderen zoals Roger Verdonck of mevrouw P. lijkt het erop dat hun leven geen zinnig doel meer dient. Wat hun rest aan leven,

staat in het teken van afhankelijkheid en verval van levenskracht. Daar willen ze niet voor kiezen. Ze kiezen niet voor de zorgafhankelijkheid die bij het ‘langer leven’ komt kijken. Naarmate hun zelfredzame ‘oude’ dag afloopt en de zorgafhankelijke oude dag voor de deur staat, groeit bij die ouderen meer en meer het idee ‘klaar met leven’ te zijn. Het bestaan is vanaf dan immers zinloos (Hertogh 1999).

Wat voor deze beleving een belangrijke grondslag vormt, is de beleving van de waarde van autonomie, opgevat als zelfbeschikking en de vrijheid om het levensplan te volgen dat het best met de eigen smaak of voorkeur overeenstemt. Deze waarde is dé waarde, zelfs het overheersende ideaal van de babyboomers. In de emancipatiegolf van de jaren zestig hebben ze ervoor geijverd en gestreden; ze hebben zich bevrijd uit de kluisters van het paternalisme en van instituties die bepaalden wat zij dienden te doen met en in hun leven. Naarmate de eigen levensloop door lichamelijke – en mogelijk ook geestelijke – aftakeling evolueert in de richting van afhankelijkheid, doemt voor een aantal van die ouderen ook het schrikbeeld van bevoogding en paternalisme (weer) op. Dat speelt zeker een rol bij Roger Verdonck uit de eerste casus.

‘Een plicht tot sterven’

Wat bij meneer Verdonck wellicht ook speelt, en wat voortvloeit uit bovenstaande, is het ervaren van een zekere ‘plicht tot sterven’. Hij wil niemand tot last zijn. Veel mensen die een groot belang hechten aan zelfredzaamheid en zelfbepaling, ervaren het als bijzonder lastig om anderen – en bij uitbreiding de samenleving –

tot last te zijn. Ervoor kiezen om uit het leven te stappen – door actieve levensbeëindiging – is ervoor kiezen om niemand tot last te zijn. Tegelijk bevestigen ze zichzelf op die manier als moreel subject, namelijk als een mens die nog keuzes kan maken en die zo nog een verschil kan maken in het leven van anderen en in de samenleving. Ze bevestigen zichzelf als mensen die nog verantwoordelijkheid dragen.

Verantwoordelijkheid dragen voor iets of iemand buiten zichzelf – en niet alleen voor zichzelf – is hoe dan ook belangrijk in het ervaren van zin. Daar wees Erik Erikson al op in zijn levenslooptheorie. In de rijpe volwassenheid – de zevende fase bij Erikson – vindt een crisis plaats tussen generativiteit en de bezorgdheid voor de volgende generaties enerzijds en stagnering of vastraken in jezelf anderzijds. Wordt de crisis goed beslecht, dan kunnen mensen in de laatste fase van hun leven komen tot ‘ego-integriteit’, waarbij ze zin ervaren omdat ze iets hebben overgeleverd aan de volgende generaties. Ouderen als meneer Verdonck ervaren wel dat ze iets hebben overgelaten. Roger Verdonck heeft echter geen kinderen – of familie – en voor hem is de link met de toekomstige generaties en met wat hij hen heeft achtergelaten, minder voelbaar. Dat kan bijdragen aan de ervaring dat ‘het goed is geweest’ en dat verder leven – waarbij je bovendien ook nog ervaart een last te zijn voor de volgende generaties – weinig zinvol is.

‘Levenskunst – zingeving’

Door de grote aandacht die vandaag wordt gehecht aan het ideaal van autonomie, leeft bij mensen meer en meer het idee dat zin iets is dat het individu zelf moet verwerven. Zin, zo is dan

de opvatting, is iets wat het individu verwerft door het in handen nemen van ‘je-zelf’ en van je eigen levensproject (Desmet & Grommen 2005). Eén van de kernopdrachten waar het individu dan voor staat, is precies om een ‘authentiek’ leven te leiden, namelijk een leven dat overeenkomt met datgene waar ‘je-zelf’ voor staat.

Ouderen die zin vooral zien als iets dat wordt ontleend aan het leiden van een dergelijk ‘authentiek bestaan’, beoordelen hun eigen leven als een project dat ze tot een goed einde moeten brengen. Breekt echter net aan het levenseinde een periode aan waarin ze hun eigen leven niet meer helemaal in handen hebben en waarbij ze integendeel hun eigen leven steeds meer ‘uit handen’ moeten geven, dan verschijnt die laatste levensfase als iets uitermate problematisch. Stond het hele leven in teken van authenticiteit en het ‘volgen van je eigen pad’, dan is die laatste levensfase (van zorgafhankelijkheid) iets wat haaks lijkt te staan op de hele levensloop. Die fase van zorgafhankelijkheid dreigt niet alleen het ‘kunstwerk’ van het leven te verbroddelen, ook wordt die ‘niet-authentieke’ levensfase op zichzelf als weinig zinvol ervaren.

Ankerpunten

Bovenstaande sporen zijn erg schetsmatig en ongetwijfeld valt veel meer te zeggen over ethische en existentiële oorzaken van ouderen die lijden aan het leven. Tegen de achtergrond van (het weinige van) wat is gezegd, verschijnen toch enkele ankerpunten van zorg voor deze ouderen. Opnieuw streven we niet na exhaustief te zijn, en we geven er slechts drie. En dan nog wel – opnieuw – heel schetsmatig.

Zich verbinden

In haar onderzoek merkt Defesche op dat de relatie van het eigen ik met de directe omgeving erg belangrijk is geworden. Voor ouderen die lijden aan het leven zijn de contacten met de samenleving vaak gekrompen tot de maat van de directe omgeving. Voor de belangenafweging die tot een morele overtuiging leidt, is de relatie van de oudere tot die directe omgeving essentieel. Vanuit dit oogpunt wijzen we op het belang van de pastor die ‘er is’ en die zich met de oudere persoon en zijn zoekproces verbindt. De aanwezigheid van de pastor als ‘de eerste gesprekspartner’ in de genoemde belangenafweging kan ook leiden tot een soort (her)verbinding met anderen (Desmet & Grommen 2005). In elk geval heeft de pastor een belangrijke taak in het mee helpen zoeken naar wie of wat nog van betekenis is en welke opdracht de oudere persoon nog (niet) voor zich ziet.

Narratieve zorg

Binnen de opvatting van de levenskunstethiek is het aan het individu om zin te verwerven, namelijk in en door het leven van een ‘eigen’ leven en het vorm geven aan een eigen (narratieve) identiteit. Via ‘narratieve zorg’ – zie het artikel in dit nummer van *Handelingen* van Liselotte Van Ooteghem – kan de pastor ondersteuning bieden bij deze (re)constructie van zin. Dit kan door de oudere te helpen om zoveel als mogelijk de eindredactie te voeren over het eigen levensverhaal, inclusief de fase waarin de oudere zich ‘nu’, aan het einde van zijn leven, bevindt. Een narratief zorgproject zoals het schrijven van een levensboek kan bijvoorbeeld een manier zijn om deze authentieke zelfzorg te stimu-

leren. Het is een manier om het leven, ook in de zorgafhankelijkheid, toe te eigenen als ‘het eigen leven’. De oudere staat hier voor de opdracht om ook wat ‘niet past’ in het eigen verhaal, wat niet mooi is, een plaats te geven in dat verhaal.

Ruimte voor eindigheid

Soms kan de pastor erin slagen om de oudere persoon te laten (in)zien dat het eigen leven niet zomaar kan worden beoordeeld als een taak die we zouden moeten volbrengen of een project dat we tot een goed einde zouden moeten brengen. Het is zien dat zin ook wordt ontleend aan ervaringen die helemaal niet zo spectaculair zijn, waarbij helemaal niets ‘groots’ is gedaan, maar die toch zin hebben verleend aan het leven. Door het vertellen van het levensverhaal komen ouderen soms op zaken die zich hebben voorgedaan, en die ze niet volledig konden beheersen, controleren of feilloos integreren in hun project. Toch kunnen ook die zaken een belangrijke bron van zingeving geweest zijn die de oudere helpen om in te zien dat de huidige levensfase niet per definitie zinloos is. Op die manier kan zinvolle ruimte worden gemaakt voor eindigheid (Van Helden 1999).

De zelfzorg van de pastor

De pastor kan een belangrijke rol vervullen in de zorg voor ouderen die lijden aan het leven. Niettemin is het vaak zo dat de pastor soms niet verder komt dan het eerste ankerpunt en dus niet meer kan doen dan er zomaar zijn, zien en horen of luisteren. In andere bijdragen benadrukten we hoe belangrijk dit is, ook al is het weinig spectaculair en in de beleving van de pastor zelf misschien erg ontoereikend (Vanlaere 2011). ▷

We benadrukken in dat laatste opzicht het belang van zelfzorg, waarin onder andere het omgaan met ‘middelmatigheid’ een belangrijk element vormt. Lijden kan niet zomaar worden weggeregeld. Wanneer zelfs de pastor dit toch probeert, wordt misschien wel de kern van de pastorale hulpverlening geraakt. Ruimte scheppen voor wat de oude Grieken ‘tragedie’ noemden, is misschien de belangrijkste taak die de pastor kan opnemen. Doet de pastor het niet, wie schept in hulpverlening dan wel nog ruimte voor breekbaarheid, kwetsbaarheid, vergankelijkheid, sterfelijkheid en tragiek? <

Literatuur

- Defesche, F. (2011). *Voltooid leven in Nederland. Wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*. Assen: Van Gorcum.
- Leget, C. (2003). *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo.
- Desmet, M. & Grommen, R. (2005). *Moe van het moeten kiezen. Op zoek naar een spiritualiteit van de zelfbeschikking*. Tiel: Lannoo.
- Vanlaere, L. (2011). Zelfdoding bij ouderen. Een zorgethisch perspectief op pastorale zorg. *Pastorale Perspectieven* 150, 16-23.
- Van Helden, H. (1999). Ouder worden: drie ethische perspectieven. In: J. Van Delden, C. Hertogh & M. Manschot (red.), *Morele problemen in de ouderenzorg* (pp. 203-226). Assen: Van Gorcum.

Linus (dr. L.) Vanlaere is coördinator Ouderenethiek voor de Groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg (GVO) en wetenschappelijk medewerker aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de Katholieke Universiteit Leuven, waar hij onderzoek verricht naar het zorgethische aspect in de ouderenzorg. Hij is tevens wetenschappelijk medewerker bij zorgethisch lab sTimul.be. Vanlaere is godsdienstwetenschapper en theoloog en promoveerde binnen de zorgethiek.