

ANNELIES VAN HEIJST

## Naar een moreel-levensbeschouwelijke visie op zorg

De zorgsector kampt met een structureel gebrek aan arbeidskrachten. Dat is intussen zo publiekelijk bekend, dat gerust gesproken kan worden van een maatschappelijk besef van dit maatschappelijke probleem. Vanuit verschillende hoeken van de samenleving worden oplossingen aangedragen. Zo suggereerde Paul Schnabel, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, onlangs om vrouwen uit de Filippijnen te halen voor het werken in de zorg.

Een goed plan? Niet als we het tegen het licht houden van Joan Tronto's politieke analyse van zorg.<sup>1</sup> Volgens deze filosofe weerspiegelt de organisatie van de zorg exact de rangordes in de samenleving: naarmate (groepen) mensen hoger in die hiërarchie staan, kunnen ze meer voor zich laten zorgen. En omgekeerd, naarmate mensen directere zorgarbeid verrichten, staan ze onderaan de maatschappelijke ladder. Mensen in de zogeheten 'derde wereld', en die vrouwen uit die landen nog eens extra, bungelen op wereldschaal helemaal onderaan in de sociale rangorde. Nu in eigen land geen onderkant van de arbeidsmarkt meer bereid is om in de zorg te werken, moeten de Filippijnse vrouwen maar opdraven. Dat is een kwetsend voorstel voor die vrouwen die, door hoge nood gedwongen, hun land en familie, hun gehele Aziatische cultuur en leefwereld, achterlaten om hier de kost te verdienen. Niemand doet dat voor haar plezier. Ze doen het hooguit bij gebrek aan een alternatief en omdat ze niet in de positie zijn om eisen te stellen.<sup>2</sup> Draagt een dergelijke 'oplossing' bij aan een rechtvaardige orde in de wereld? En welk nu nog niet te overzien intercultureel probleem haalt de Nederlandse

samenleving op langere termijn binnen als we dat pad inslaan?

Bovendien is Schnabels suggestie grievend richting zorgbehoevenden. Hij is immers niet de eerste de beste maar spreekt als directeur van een toonaangevende maatschappelijke organisatie. Zijn woorden zijn meer dan een individuele opinie en hebben een verder strekkend belang. Met zijn suggestie installeert hij een idee, draagt hij een boodschap uit. Hij bevestigt het idee dat in Nederland niemand meer voor deze mensen wil zorgen. Dit zorgen wordt impliciet afgeschilderd als zulk vervelend en vies werk dat een nieuwe generatie gastarbeiders nodig is. De parallel met de jaren zestig, toen mannelijke gastarbeiders uit Zuid-Europa en Noord-Afrika gehaald werden om hier het vuile werk op te knappen, dringt zich op. Decodeer ik Schnabels suggestie dan schuilt daarin deze boodschap voor de zorgbehoevenden: wij als samenleving hebben geen tijd of geen zin meer om voor jullie te zorgen, wij hebben belangrijker zaken aan het hoofd maar misschien kunnen we vrouwen van elders zo ver krijgen. Hoe komt zo'n suggestie aan bij de zorgvragers zelf en hun naasten? Hoe voelen zij zich als er zo over hen wordt gesproken? Wat doet dat met hun zelfrespect? En hoe beïnvloedt het hun gevoel deel uit te maken van de samenleving? Deze zorgvragers komen, in sociaal-cultureel perspectief, op één lijn te staan met het vuile en zware werk dat in de jaren zestig geen Nederlander meer wilde opknappen. Dat is een aantasting van hun waardigheid.

Vanwege de gezaghebbende positie die Schnabel vervult, had van hem mijns inziens een andere interventie verwacht mogen worden, een interventie van een heel andere orde. Nu reproduceert hij met zijn suggestie het puur economisch denken over zorg. Hij schetst het tekort aan arbeidskrachten in de zorg als een probleem dat vraagt om een economische oplossing. Zeker, zorg is een vorm van arbeid. Maar tegelijk en daarnaast is zorg ook nog iets anders, iets minstens zo belangrijks, omdat zorg een

immateriële waarde vertegenwoordigt die wij als samenleving hoog moeten houden omwille van ons áller waardigheid en menselijkheid. Een samenleving die dat vergeet degradeert burgers tot geldwolven.

Wat Schnabel naar mijn mening had moeten doen is de dominant economische manier van het probleem stellen zelf kritiseren, en wel vanuit een moreel-levensbeschouwelijke optiek. De hamvraag luidt dan: wat is er met onze samenleving aan de hand als we enerzijds de weelde niet op kunnen en tegelijk niet in staat of bereid blijken goed voor onze zorgbehoevende medemensen te zorgen? Wat zegt het over onze moraliteit en humaniteit, ofwel onze beschaving, dat we voor een oplossing onze toevlucht tot Filippijnse vrouwen nemen? Mijn bijdrage is geschreven vanuit deze principieel moreel-levensbeschouwelijke optiek.

De vraag wat chronische zorg – op verzoek van de redactie is dat de invalshoek van deze beschouwing – betekent in relatie tot de samenleving interpreteer ik als een vraag naar de *verantwoordelijkheid* van de samenleving voor die chronische zorg. Als de samenleving een verantwoordelijkheid heeft, wie is dan daarop aanspreekbaar? En wat is de aard van die verantwoordelijkheid? In de rest van deze beschouwing werk ik de volgende stappen uit. Eerst bepleit ik in een historische verkenning een zeker eerherstel van de caritas. Ik leg de caritas uit als de toenmalige expressie van een maatschappelijke zorgverantwoordelijkheid, die naast een materiële ook een duidelijk moreel en levensbeschouwelijke kant had. Het is jammer dat die moreel-levensbeschouwelijke invalshoek tegenwoordig zo is geërodeerd.

Vervolgens presenteer ik aan de hand van een actueel debat over de zorg ‘Nederland is ziek’ twee gedachten over hoe de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg al of niet kan worden vergroot en verdiept. Twee sprekers in dat debat laat ik aan het woord. Dat zijn achtereen-

volgens Koos van der Velden, die bepleit dat een publiek forum wordt opgericht waar in brede kring gedachtevorming kan plaatsvinden over opzet en inrichting van de zorg. En Bert Keizer die juist weinig heil ziet in grootschalig geleide ontwikkelingen en benadrukt dat in de zorg het leven zelf geleefd wordt, met alle menselijk tekort van dien maar ook met de voldoening die het delen van het leven geeft.

Ik besluit met een aanbeveling om het toekomstig maatschappelijk debat over zorg principieel in een ander teken te zetten en bepleit een publieke herwaardering van de zorg waarbij het dominante economisme wordt doorbroken ten gunste van een meer moreel-levensbeschouwelijke benadering.<sup>3</sup> Om die herwaardering te bevorderen suggereer ik dat 'rituelen van respect' worden ontworpen, zowel ten aanzien van hen die zorg verlenen, als van hen die zorg ontvangen.

#### ZORG IN HISTORISCH PERSPECTIEF: CARITAS

Nog maar enkele generaties geleden was chronische zorg in eerste instantie de verantwoordelijkheid van naaste bloedverwanten. Waren die er niet, of konden die de benodigde zorg niet bieden, dan traden kerkelijke of stedelijke instellingen op, gasthuizen en armbesturen, die de opvang van zorgbehoevenden regelden.<sup>4</sup> De historisch oudste vorm van een dergelijke collectieve opvang was gesitueerd in de kloosters. Benedictus' kloosterregel (5e eeuw na Christus) schreef reeds voor dat in kloosters armen, vreemdelingen en oude mensen moesten worden opgenomen en zo nodig verpleegd. Het motief dat Benedictus aanvoerde was expliciet religieus: 'omdat men in hen Christus in het bijzonder ontvangt'. Deze gedachte ontleende de ordestichter aan de evangeliepassage over de werken van barmhartigheid, in Matteus 25, 35-40. Ken-

merkend voor Benedictus' aansporing is dat het zorgend initiatief uitgaat van degene die een behoefte aan zorg opmerkt én dat de zorg zich principieel uitstrekt tot buiten de eigen kring.<sup>5</sup> De zorg is met andere woorden antwoord op een appèl dat van de noodlijdende uitgaat, niet omdat die ander een familielid of vriend is maar enkel omdat de ander een medemens is die nood heeft aan zorg.<sup>6</sup>

Dit vrijwillig en *pro Deo* (hetgeen letterlijk betekent: omwille van God, maar in het spraakgebruik de betekenis heeft gekregen van 'gratis', hetgeen een verschuiving is ten aanzien van de oorspronkelijke betekenis) zorgverlenen aan onbekende vreemden heeft in onze cultuurgeschiedenis dus een expliciet levensbeschouwelijke en morele wortel. Vanuit hun visie op God en de mensen waren kloosterlingen gemotiveerd om te helpen waar niemand helpt. Ze zorgden omwille van God voor hun evangelische naasten, dat wil zeggen iedere medemens die een beroep deed op hun zorg. (Merk op dat het woord 'naaste' in hedendaagse beschouwingen over zorg juist is gaan fungeren als aanduiding van bekende anderen, de kring van familie en intieme vrienden om de zorgbehoevende heen. Dat is een verschuiving ten aanzien van de oorspronkelijke, evangelische, betekenis: in de parabel van de barmhartige Samaritaan is de naaste degene die, door zorgend op te treden, zich tot naaste maakt van de gewonde man langs de weg, een man die hij tevoren nog nooit had gezien.)

In de vroege middeleeuwen verrezen de eerste gasthuizen, steeds in de omgeving van kloosters omdat kloosterlingen, met name de vrouwelijke onder hen, optraden als zorgverleners. Toen in de late middeleeuwen de steden steeds meer knooppunt werden van handel en cultuur en wonnen aan zelfbewustzijn gingen de stadsbesturen eigen instellingen bouwen zoals laken- en vleeshallen, raadhuisen en ook gasthuizen. De allereerste gasthuizen in de Noordelijke Nederlanden dateren uit het midden van de dertiende eeuw.<sup>7</sup> De zorg voor hulpbehoevende medeburgers vond toen plaats in het kader van het nieuwe stedelijke

zelfbewustzijn. Een zichzelf respecterend stadsbestuur kon niet toestaan dat in haar gemeenschap zorgbehoevenden onverzorgd achterbleven. Deze motivatie was ongetwijfeld ook levensbeschouwelijk van aard: het gelovig referentiekader was in die periode unaniem christelijk en gelovigen meenden dat goede werken na de dood zouden worden beloond. Mensen die een zekere welstand genoten en verantwoordelijkheid droegen voor de gemeenschap vonden het passend zorg op zich te nemen voor minderbedeelden. Zorgen voor zorg was, met andere woorden een kwestie van beschaving en een zaak die voortvloeide uit het geloof, dat wil zeggen moreel en levensbeschouwelijk tegelijk.

Tot in de vorige eeuw was de opvang van zorgbehoevenden niet sectoraal georganiseerd. Er was geen aparte zorg voor verstandelijk beperkten, lichamelijk gehandicapten, psycho-geriatrische en andere ouderen en psychiatrische patiënten. Wel ontstond een sectorale verdeling naar denominatie, toen vanaf de zestiende eeuw ook protestantse kerken opkwamen: ieder kerkgenootschap zorgde in eerste instantie voor de eigen leden. Die confessionele verzuiling was eind negentiende eeuw op zijn hoogtepunt, maar kalfde in de loop van de twintigste eeuw af. Veel zorginstellingen die waren gesticht op expliciet katholieke of protestantse grondslag, onder meer de vele zorginstellingen van de zogeheten ‘actieve religieuzen’, werden algemeen toegankelijk. (Als zodanig hebben deze religieuzen, en hun protestantse pendanten van de diaconessen, mede de grondslag gelegd voor de huidige verzorgingsstaat.) In de veel grootschaliger en ook welvarender samenleving van nu hebben burgers basisgaranties op zorg. Door de golf van fusies worden levensbeschouwelijke grenzen doorbroken. Veel zorginstellingen vinden het moeilijk nog onder woorden te brengen wat hun identiteit is.<sup>8</sup> Vaak wordt die het scherpst geprofileerd in ‘zaken van leven en dood’, met name in het beleid rond euthanasie en abortus, terwijl in de visie op zorg de wetten van economie en plan-

matig beheer met steeds hardere hand lijken te regeren. Als ik het goed zie is een terrein braak komen te liggen waarop levensbeschouwelijke en morele profilering dringend gewenst is. Namelijk op het punt van zorg als een morele waarde, die een indicatie is voor de graad van humaniteit en moraliteit, ofwel beschaving, in onze samenleving

Helaas en ten onrechte heeft de traditie van caritas vandaag de dag voornamelijk of zelfs uitsluitend negatieve connotaties. De afhankelijkheid en de standsongelijkheid die er inderdaad eigen aan waren stroken niet met het paradigma van gelijkheid en autonomie in onze gedemocratiseerde samenleving. Nu is het bepaald niet mijn bedoeling alles te verheerlijken wat vroeger in de liefdadigheid gebeurde: ook die zorgpraktijk moet kritisch worden bezien, net als zorgpraktijken van nu. Wat ik wel betreur is dat zo weinig wordt onderkend dat de caritas historisch verdiensten heeft gehad. Wie had zich anders voor deze zorgbehoevenden ingezet als religieus geïnspireerde medemensen dat niet hadden gedaan? Bovendien had de caritas, als zorgpraktijk, een moreel-levensbeschouwelijke grondslag die we in hedendaagse zorgpraktijken node missen. Er is, samengevat, iets verloren gegaan, waarvan de draagwijdte moeilijk te peilen is.

Want doet onze maatschappij het werkelijk zoveel beter dan de samenleving van vroeger die in het kader van de caritas zorg verschaftte? Daarbij kunnen vraagtekens worden gezet. In onze maatschappij is de enige structuur waarbinnen mensen langdurig en continu zorg verlenen aan onbekende anderen (ik laat hier de mantelzorg, die zorg is aan bekende anderen, buiten beschouwing) die van de betaalde arbeid. Niet dat werkers in de zorg geldwolven zouden zijn zonder ideële motieven. Het tegendeel is het geval, zo weet ik uit de cursussen ethische vaardigheid die ik in zorginstellingen geef. Velen werken vanuit een grote betrokkenheid en met, soms door de praktijk van alledag

danig ondermijnd, idealisme. Waar het mij om gaat is dat zorgverleners maatschappelijk simpelweg gelijk is gesteld aan alle andere vormen van betaalde arbeid. Qua arbeid staat zorg gelijk aan het inzetten van chips bij Philips of het verkopen van tuingereedschap. In onze geëconomiseerde samenleving dreigt de sensibeleiteit verloren te gaan die in de caritastraditie wel vervat was, namelijk a) dat zorg in principe een intermenselijke betrekking is met het karakter van appèl en respons, en b) dat het op menswaardige wijze organiseren van die respons een kwestie is die de waarde en waardigheid van de samenleving als geheel raakt, dus meer dan alleen een probleem van een individuele zorgvrager en diens naasten.

In de professionele zorgverlening zelf zie ik bovendien een duidelijke discrepantie optreden. Een discrepantie tussen wat zorgverleners bewogen heeft om dit type werk te kiezen en hoe zij in hun werk, door de manier waarop ze worden aangesproken en behandeld door de organisatie waar ze in werken, tot een bepaald type zorgdrager worden gemaakt. In de gesprekken met zorgverleners merk ik dat zij vaak een ideële en morele motivatie hebben. Ze kiezen voor dit werk omdat ze 'mensen wilden helpen'. Maar voor die motivationele dimensie is in hun beroepsuitoefening doorgaans weinig plaats. Hedendaagse professionaliteitsopvattingen zijn in hoge mate functionalistisch en instrumentalistisch en laten amper ruimte om het ideëel-motivationele en moreel-levensbeschouwelijke te verdisconteren.<sup>9</sup>

Daar komt nog een ander probleem bij. In de dwangmatige trend van functionalisering, beheersing en efficiency, worden zorgverleners steeds meer afgerekend op afzonderlijke zorghandelingen, die gepland, geteld en in kaart gebracht moeten worden. Zorgverleners worden dus behandeld als verstrekkers van zorghandelingen, die qua quantificering en planmatige beheersing zijn te vergelijken met de verkoop van tuingereedschap of het inplanten van chips. Ook worden ze, maatschappelijk en politiek, net zo



gewaardeerd als andere werknemers die een product leveren. Alleen heet hun product toevallig 'zorg', terwijl werknemers bij Philips apparaten produceren en men bij Intra-tuin gereedschap verkoopt. Het probleem zit hem in de *gelijkschakelijking onder de noemer 'arbeid'* én in het feit dat de economische wetten van planmatig beheer en kostenbesparing gelijkelijk op alle vormen van arbeid worden toegepast. Vanuit maatschappelijk oogpunt zou echter onderkend moeten worden dat het geven van zorg aanzienlijk belangrijker is dan dat chips worden ingezet en er tuingereedschap in de verkoop ligt. En onderkend zou moeten worden dat zorg een eigen-aardige vorm van arbeid is, omdat daarin het leven zelf op het spel staat.

#### EEN PUBLIEK FORUM

Hoe kan de betrokkenheid van de samenleving bij kwesties die spelen in de zorg worden vergroot? In een door *de Volkskrant* en *de Balie* opgezette discussie, getiteld 'Nederland is ziek', mei 2000, lieten verschillende denkers daarover hun licht schijnen. Koos van der Velden, directeur van de Nederlandse School of Public Health betoogde dat de institutionalisering in de zorg een kwaad is, omdat het leidt tot systeemdwang.<sup>10</sup> Voorbeelden daarvan zijn specialisten die moeten turven hoeveel handdoekjes ze wekelijks verbruiken, de prikklok in de thuiszorg, de wachtlijsten waarvan de afhandeling tijd vraagt die ook besteed zou kunnen worden aan werkelijke zorg en het feit dat veel overheidsgeld verdwijnt naar gebouwen, computers en auto met chauffeur voor de directeur, in plaats van naar directe zorg. Om deze tendens te keren, bepleitte Van der Velden dat gezondheidsvraagstukken niet alleen worden afgehandeld op het individuele niveau van arts en patiënt, maar ook worden overdacht op bevolkingsniveau. Hij is dus uit op een 'overdenking' over de zorg in de publieke sfeer. Waar moet die plaatsvinden? In de politiek, aldus

Van der Velden. Wel dient de politiek daarvoor haar leven te beteren want tot dusver slaagt de politiek er niet in prioriteiten te stellen, hetgeen volgens Van der Velden komt door 'haar weigering op dat niveau na te denken'. Dat wordt volgens hem nog verergerd door de verkokering op het ministerie van v w s.

Een andere deelnemer aan de discussie 'Nederland is ziek', de verpleeghuisarts en filosoof Bert Keizer, zag niet zoveel in de suggestie van Van der Velden. Volgens Keizer hebben alle grootschalige en scherpzinnige analyses van de gezondheidszorg niets uitgehaald.<sup>11</sup> Mensen die ziek worden én mensen die zieken behandelen zijn, aldus Keizer, gezamenlijk verwickeld in een tragediespel met soms komische trekken. Die tragikomedie wil maar niet gehoorzamen aan redelijke wetten, maar wordt geregeerd door een voornamelijk irrationele dynamiek. Die dynamiek wortelt in de angst voor lijden, aftakeling en dood en de ontsnappingsroutes die mensen, zieken zowel als hun behandelaars, kiezen als ze daarmee oog in oog komen te staan. Het voorbeeld van zo'n irrationele ontsnappingspoging dat Keizer geeft is: als een zieke zinloze diagnostiek ervaart als een vorm van troostende aandacht, moet die diagnostiek dan wel of niet worden uitgevoerd? Wie het weet mag het zeggen... Het vaak objectief zinloze heen en weer gependel tussen zorgbehoevende en zorgverlener heeft meer weg van een dans met ingewikkelde patronen dan van een rationeel uitgestippelde weg, linea recta richting genezing of de dood. Het menselijk bestaan zelf, zegt Keizer eigenlijk tussen de regels van zijn beschouwing door, is zo'n gecompliceerde tango, die geen ander doel heeft dan gedanst te worden.

Keizer acht het een misverstand te denken dat de gezondheidszorg een bestuurbaar groot schip is, met 'een stuur waar je aan kunt draaien om het ding van koers te doen veranderen'. Hij geeft een voorbeeld dat hij zelf mee maakte: de hoognodige bouw van een paviljoen voor dementerenden bij hun verpleeghuis werd uitgesteld om-

dat er geen kapvergunning kwam voor een paar bomen op het terrein. Toch is het niet alleen maar kommer en kwel, want onlangs maakte hij mee dat er een herintredende verpleegkundige in hun verpleeghuis kwam. Vijftien jaar geleden had ze voor het laatst gewerkt. Nu kreeg zij een uitvoerige rondleiding en was aangenaam verrast door de aandacht en zorg die tegenwoordig aan de bewoners en hun familie wordt besteed. Misschien, oppert Keizer voorzichtig, is de situatie in de zorg toch niet zo hopeloos als werkers in die zorg iedere dag tegen elkaar zeggen, al zijn er altijd verbeteringen mogelijk.

Keizer, die zichzelf betitelt als 'geen cynicus maar een verwarde realist' neemt de tegenovergestelde positie in van Van der Velden. Hij vindt dat men niet eens moet willen grootschalig ontwikkelingen te sturen. Waar Van der Velden zo ongeveer alles verwacht van de macro-sfeer van de politiek en lijkt te geloven in een in principe onbegrensde optimaliseerbaarheid, daar wijst Keizer naar het micro-niveau van intermenselijke verhoudingen, waar bovendien geen koele goed planbare ratio heerst, maar paniek, angst en afweermechanismen tegen lijden en dood. Als er al verbeteringen mogelijk zijn in de zorgsector, aldus Keizer, dan zullen die zeker niet komen dankzij overheidsmaatregelen. Zijn motto is: 'Gewoon DoorModderen'. Ofwel leren omgaan en uithouden van onmacht, verdriet en gemis is wezenlijker dan het hoog houden van het idee dat volmaaktheid bereikbaar is en kan worden gepland via gericht beleid.

De suggesties van de beide deelnemers aan de openbare discussie lijken haaks op elkaar te staan. Toch zie ik in beide iets waardevols en lijken de twee denksporen me mogelijk complementair aan elkaar.

Van der Veldens aanbeveling is waardevol maar wellicht is zijn opvatting over politiek wat te optimistisch, om niet te zeggen naïef. Hij gaat ervan uit dat, omdat het volk de vertegenwoordigers kiest, de politiek automatisch de

representant is van de bevolking. Daarmee wordt de politiek het forum voor publieke overdenking. Dat de politiek die functie niet vervult is volgens Van der Velden een schoonheidsfoutje. De politiek moet haar leven beteren en de systeemdwang van (zorg)instituties doorbreken, onder kritiek stellen en fundamenteel overdenken. Dat zou prachtig zijn. Ware het niet, zo zou ik willen tegenwerpen, dat de politiek aan soortgelijke kwalen lijdt als de zorgsector: bureaucratie, papieren gelijkheidsbeginselen, interne strijd gericht op consolidering van partijpolitieke macht. Als extra negatieve factor komt daar de mediatisering van de politiek bij: het scoren met offensieve uitspraken, oneliners en onthullingen, gericht op het imponeren of onderuit halen van de tegenpartij zonder inhoudelijke en degelijke doordenking van de zaak waarover het gaat.

Samenvattend, kan de politiek nog wel dat forum zijn waarop zo'n, inderdaad hoogst wenselijke, publieke overdenking over zorg geschiedt? Juist als het gaat over zorg, zouden partijpolitieke belangen moeten worden overstege en is er behoefte aan overleg op werkelijk algemeen niveau. Ik ben het met Van der Velden eens dat zo'n forum zou moeten worden gecreëerd. Maar mijns inziens zouden daaraan juist leden van niet-gouvernementele organisaties moeten participeren, mensen uit allerlei sectoren van de samenleving. Zo'n forum mag evenmin verworden tot een verzameling van medische en andere zorgdeskundigen; kenmerkend voor zorg is nou net dat het iedereen aangaat.

Maar welke doelstellingen zou zo'n forum moeten krijgen en waarover zou het beraad inhoudelijk moeten gaan dat daar wordt gevoerd? Mij dunkt niet over logistieke en praktische kwesties, maar over veel fundamenteelere zaken. Daarvoor kan worden teruggegrepen op Keizers inbreng. Zijn duiding van de zorgsituatie in zijn verpleeghuis is een radicale ontmedicalisering. Het is niet onbelangrijk dat deze ontmedicalisering, zeg maar gerust ontmythologisering, komt van de zijde van een arts. (Een arts die, niet helemaal toevallig, ook nog filosoof is.) In de plaats van het

geloof in geneesbaarheid, medische vooruitgang en zorg als het effectief uit de wereld helpen van problemen, kortom een doel-middel-denken in nuttigheidsperspectief, zet Keizer een ander beeld. Hij schildert de zorg af als een terrein waarop alle betrokkenen hard worden geconfronteerd met het menselijk tekort. Het enige dat er voor een professionele hulpverlener op zit is betrouwbaar aanwezig te zijn en trachten geen leed toe te voegen door zinloze behandelingen. ‘Gewoon DoorModderen’ betekent zoveel als het afleggen van het cosmetische ideaalbeeld als zouden leedvrije oplossingen bestaan; juist het verdisconteren van de eigen onmacht en soms zelfs wanhoop, is deel van de levensbeschouwelijke visie die Keizer bepleit. Zijn denken staat haaks op de optimaliseringsvisie die op het beleidsniveau in de zorg in zwang is. Voor Keizer is de zorgsituatie, precies met de aspecten van menselijk tekort en intermenselijke troost als antwoord op dat tekort, de metafoor voor het leven zelf. Een leven waar van alles aan hapert, waar onheilbaarheid en ontroostbaarheid soms gewoon een gegeven zijn en waar in wezen maar één oplossing is, namelijk de verzekering van medemenselijke nabijheid.<sup>12</sup> De tragiek van het leven, die zich in de zorgsituatie van chronisch zorgbehoevenden vaak extra nijpend doet voelen, is niet af te wentelen. Het enige passende antwoord erop is dat omstanders, zowel naasten van de zorgvragers als professionele zorgverleners, helpen dat levenslot te dragen. Alleen dat maakt het leven goed – of misschien hooguit een beetje beter. Medische interventies en zorghandelingen zijn bij Keizer dus geen verheven en onaantastbaar doel op zich en al helemaal geen geïsoleerd ‘product’ maar hij zet ze in dit door en door moreel-levensbeschouwelijke kader van zorgende medemenselijkheid. Op dat punt zie ik een parallel met de caritastraditie, die ook gebaseerd was op de veronderstelling van de verknooping van het levenslot van mensen onderling. De ware menselijke bestemming kan, vanuit christelijke optiek, alleen worden gerealiseerd wanneer men oog heeft voor de

naaste in nood. Ook en misschien wel juist, zo leert de parabel over de Samaritaan, als men die ander niet persoonlijk kent. In die zin was de caritas geen vriendendienst onder elkaar maar een wezenlijk sociaal model dat eeuwenlang intermenselijke betrokkenheid genereerde tussen elkaar vreemde mensen. Ook in de professionele zorgsetting van tegenwoordig komen mensen bij elkaar die niets van elkaar zijn, geen vriend of familie, maar die wel in een gezamenlijke setting verkeren. Met dit verschil dat wat voor de zorgverleners werk is voor de zorgvragers hun leven is. Keizers radicale ontmedicalisering vat ik op als een dringende aanbeveling om zorg te herdefiniëren als primair een vorm van leven en medeleven. Anders gezegd, professionele zorg is een heel specifieke vorm van arbeid, die erop gericht is door (georganiseerd en gericht) medeleven de kwaliteit van leven te verbeteren. Doordenkend naar zijn maatschappelijke consequenties volgt daaruit dat deze vorm van arbeid in onze samenleving een waarde realiseert die op een moreel hoger niveau ligt dan productiewerk in de industrie of handel. Om die reden zou zorgarbeid maatschappelijk veel meer erkenning moeten krijgen én zou het leven in zorginstellingen als volwaardig onderdeel van het maatschappelijk leven moeten worden onderkend.

#### RITUELEN VAN RESPECT

Hoe kunnen we, als samenleving, toegroeien naar een andere visie op en waardering van zorg? Daarbij denk ik aan a) een andere visie op zorgarbeid, als zijnde een heel specifieke, en moreel niet neutrale vorm van arbeid; b) een andere visie op de zorgrelatie, namelijk als metafoor voor het leven zelf; en c) op het leven in zorginstellingen als wezenlijk deel van het gehele maatschappelijk leven en niet als asyl voor maatschappelijk uitgerangeerden. Deze driedelige vraagstelling draagt een heel programma in zich,

een programma dat ik hier niet kan uitwerken maar wel de grondlijnen bevat voor een toekomstvisie op zorg. Kenmerkend voor die toekomstvisie is dat die niet langer vanuit een dominant economisch model is opgebouwd maar vanuit een principieel moreel-levensbeschouwelijk kader. Hoe die toekomstvisie er precies uitziet kan ik onmogelijk in kort bestek noteren. Dat vraagt om gezamenlijke kritische doordenking en aanscherping, bijvoorbeeld in zo'n publiek forum, zoals waar hierboven voor is gepleit.

Wel zou ik tot besluit een gedachte willen opperen over een manier waarop in de samenleving een aanzet gegeven kan worden tot een andere waardering van zorg. Er zouden rituelen van respect moeten worden uitgevonden waarin in de openbaarheid uitdrukking wordt gegeven aan de waarde die zorg in onze samenleving vertegenwoordigt. Daarbij denk ik aan iets dat geschiedt in het publieke domein, voor iedereen zichtbaar. En aan iets dat ligt in de sfeer van het immateriële: tekens, teksten, ceremonies of gebaren. Juist omdat de discussie over zorg, in de ban van het economisme, steeds in termen van geld wordt gevoerd (salarisverhoging als dé oplossing) zou ik een ander register van betekenisgeving willen kiezen.

Gelukkig beschikken we in onze samenleving namelijk nog over andere manieren om de waarde van iets te bepalen dan door de prijs te verhogen. Er zijn, niet alleen in de private maar ook in de publieke sfeer, manieren van betekenisgeven die ertoe doen en toch niets met geld te maken hebben. Ik denk aan vieringen en gedenkingen, zoals de nationale herdenkingen op vier en vijf mei, aan de stille tochten die recentelijk zijn georganiseerd als openbaar protest tegen zinloos geweld, aan het vieren van moeder- en vader- en secretaressendag (al zijn er cynici die hier slechts de hand van het grootwinkelbedrijf in zien). Waar kortom over nagedacht zou moeten worden is hoe publiekelijk de waardering gestalte zou kunnen krijgen voor mensen die zorgdragen. Waardering die wordt geuit in een gebaar, woord, teken of viering. Een voorbeeld daarvan is

de openbare dankbetuiging op 30 maart 2000 te Nijmegen. Die dankbetuiging had de vorm van een congres, getiteld 'Voor zorg gekozen: een uitdagende erfenis. Een dankbetuiging aan religieuzen, diaconessen en diakonen voor hun bijdrage aan de Nederlandse gezondheids- en ouderenzorg'. Deze dankbetuiging, waar honderden religieuzen en ook veel diaconessen op af kwamen, was georganiseerd door de Katholieke Vereniging voor Ziekenhuizen in samenwerking met de Christelijke Vereniging van Zorginstellingen. Een van de genodigde sprekers was minister van Volksgezondheid Els Borst die namens de regering bereid was gevonden een dankwoord uit te spreken.<sup>13</sup> De aanwezige zorgdraggers waren zichtbaar blij, soms zelfs regelrecht ontroerd, met dit expliciete blijk van waardering. Dit is in mijn ogen een voorbeeld van zo'n ritueel van respect.

Behalve rituelen van respect die betrekking hebben op het verleden is ook, en minstens zo dringend, behoefte aan iets voor het heden. En wel naar twee richtingen, zorgdraggers en zorgvragers. Zorgdraggers verdienen het te worden gesterkt en gesteund in de opvatting dat hun werk niet zomaar werk is, maar werk dat er wezenlijk toe doet en maatschappelijke erkenning en waardering geniet. Hun in zekere zin onbetaalbare inzet draagt bij aan de graad van humaniteit van de samenleving als geheel. Daarom mag de hele samenleving de mensen dankbaar zijn die dit werk willen doen en zou de maatschappij daarvan getuigenis moeten afleggen. Verder zou het ook richting zorgvragers hoogst wenselijk zijn als een gebaar werd gemaakt, een teken gesteld. Zoals het nu is wordt vaak voor, over, en zonder hen gesproken. Chronisch zorgbehoevenden zijn helaas vaak een restcategorie burgers. Hier en daar, met name in kringen van verstandelijk beperkten, is de visie gegroeid dat deze mensen, in hun eigen wijze van zijn, volwaardig lid zijn van de samenleving. Het zou goed zijn als erover werd nagedacht hoe ook andere chronische zorgbehoevenden zo zouden kunnen worden benaderd. Hoe



zij kunnen worden betrokken bij de samenleving, zonder aan de hectiek daarvan te hoeven gehoorzamen, op hun eigen wijze van zijn. Hoe zij, met name ook als het ouderen betreft die een actieve bijdrage hebben geleverd aan de opbouw van die samenleving, kunnen worden geëerd en gewaardeerd.

Vat ik tot slot mijn hele betoog beknopt samen dan komt het hierop neer. We hebben als samenleving nood aan een nieuwe benadering van zorg. Een benadering waarin zorg en zorgrelaties worden gewaardeerd, ook publiekelijk, als expressies van humaniteit en moraliteit, als vindplaatsen van het goede – en soms ook tragische – leven zelf.

#### NOTEN

- 1 Joan Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, London 1993.
- 2 De nijpende situatie op de Filippijnen ken ik dankzij mijn werk bij de Samenwerking Nederlandse Vrouwelijke Religieuzen in de periode 1982-1992. Ik was daar lid van de Kerngroep Filippijnen en onderging in het kader daarvan in 1987 een zogeheten *exposure*, een zesweekse rondreis door de allerarmste gebieden, vaak logerend bij de mensen in de sloppenwijken.
- 3 Eerdere gedachten hieromtrent ontwikkelde ik in: Annelies van Heijst, 'Cultuurhistorische visie op zorg', in: Marian Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, Utrecht (Elsevier/De Tijdstroom) 1997, 31-49.
- 4 Zie ook: Annelies van Heijst, 'Compassie vanuit zorg-ethisch en charitatief perspectief', *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek*, 7(1997)2, 34-40.
- 5 Over de spirituele achtergronden van dit liefdadige zorgdragen zie: Annelies van Heijst, – 'The Passion-Paradigm: The Religious Caring of "The Poor Sisters of the Divine Child"', in: *The European Journal of Women's Studies*, Vol. 5, Issue 1, February 1998, 35-47; en: idem, 'Zorg voor anderen

- als zorg voor jezelf. De traditie van vrouwelijke religieuzen als bijdrage aan zorgethiek', in: *Tijdschrift voor theologie* 38(1998)1, 3-14.
- 6 Vergelijk ook: Herman De Dijn, 'Kwaliteit en respect in de zorg', in: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 7 (1997)2, 40-44, 43.
  - 7 Jurjen Vis, *Onder uw Bescherming. De katholieken en hun ziekenzorg in Amsterdam. Gedenkboek verschenen bij het honderdjarig bestaan van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam 1898-1998*, z.j., z.p. (Amsterdam 1998), 24.
  - 8 Zie ook Annelies van Heijst, 'Religieus pluralisme in de zorgsector', in: K.W. Merks, H. Beck (red.), *Religieus pluralisme. Dynamiet of dynamiek?*, Amsterdam (Ambo), 1997, 77-88.
  - 9 Zie voor een beschouwing over deze kwestie: Annelies van Heijst, 'De ethiek van het zorgdragen', in: *Health Management Forum* 6(2000)2, 32-37.
  - 10 *de Volkskrant*, 18 mei 2000, Koos van der Velden, 'Bevrijd de zorg uit handen van instituties'.
  - 11 *de Volkskrant*, 16 mei 2000, Bert Keizer, 'Gezondheidszorg is kwestie van doormodderen'.
  - 12 Een levensbeschouwelijk daarmee verwante visie is te vinden in: Annelies van Heijst, *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*, Kampen (Kok Agora) 1993.
  - 13 Vanwege onvoorziene verplichtingen in de Tweede Kamer werd deze taak op de dag zelf feitelijk vervuld door de hoogste ambtenaar van het ministerie.