

Universiteitsbibliotheek UM



0714 6218

Professionele zorgverlening lijkt haar grenzen bereikt of zelfs overschreden te hebben. Dat geldt zowel voor haar mogelijkheden als voor de kosten.

De verzorgingsstaat met zijn schier talloze voorzieningen ontmoet dan ook toenemende kritiek.

Omwille van de kwaliteit van ons bestaan roepen steeds meer mensen om een ander maatschappijmodel: een ZORGENDE SAMENLEVING. Zelfzorg en mantelzorg zijn daarbij sleutelbegrippen geworden.

Vanuit tien jaar studie over het zorgen vult de schrijver in dit boek deze begrippen in.

Voor allen die verantwoordelijke taken in zorg- en hulpverlening vervullen is dit boek dan ook onmisbaar.

j.c.m. hattinga verschure

STICHTING
HET VERSCHIJNSEL
DE TIJDSTROOM

SPREKKUREN:

HULP AAN LANGDURIG ZIEKEN EN BEJA

MAANDAG VRIJDAG

MAATSCHAPPELIJK WERK

MAANDAG VRIJDAG 8.

MAANDAGVRIJDAG 10.0

TELEFOON BIJ SPOEDDAG EN NACHT

het verschijnsel

ZORG

Een inleiding tot de zorgkunde

de tijdstroom

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

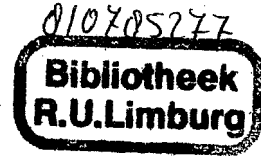
Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

~~HV405L~~
mg
EBN
029

HET VERSCHIJNSEL ZORG

Een inleiding tot de zorgkunde



door

J. C. M. Hattinga Verschure

Opgedragen aan Ciel

Tweede, geheel herziene druk
1981

UITGEVERSMAATSCHAPPIJ DE TIJDSTROOM
LOCHEM - POPERINGE

CIP-gegevens

Hattinga Verschure, J. C. M. – Het verschijnsel zorg : een inleiding tot de zorgkunde / door J. C. M. Hattinga Verschure. – Lochem [etc.] : Tijdstroom.

Met bibliogr.
SISO 614 UDC 613
Trefw. : gezondheidszorg.
ISBN 90-6087-315-7

Ontwerp omslag: Marianne Völkers GVN

©1981 by Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom bv, Lochem
No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 90 6087 315 7
D/1981/2966/52

INHOUD

INLEIDING 7

1. BETERE ZORG VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN 9

Waarom 9

Hoe 13

2. HET WEZEN VAN ZORGEN 17

Zorg in de dierenwereld 17

Wat verstaan mensen onder zorg? 26

3. ZORG ALS CULTUURVERSCHIJNSEL 35

Bewustzijn en zorg 35

Motieven om te zorgen 36

Zorg in primitieve, archaische culturen 43

Christendom en zorg 49

Zorgontwikkeling in de moderne tijd 51

4. SYSTEMATISCH OVERZICHT VAN ZORGVERSCHIJNSELEN 55

Wie zorgt voor wie? 55

Waarvoor wordt gezorgd? 57

Waarom wordt er gezorgd? 66

Hoe wordt er gezorgd? 67

5. KRITISCHE ANALYSE VAN ONZE HUIDIGE PROFESSIONELE ZORGVERLENING 72

Oorzaken van de professionele-zorgexplosie 73

Industrialisatie van de zorgverlening in ziekenhuizen	79
De medisch-professionele zorgverlening	84
6. ZELFZORG VOOR GEZONDHEID EN BIJ ZIEKTE	94
Waarvoor wordt zelf gezorgd?	94
Basis-zelfzorg voor het gezonde bestaan	99
Competentieverhoging van zelfzorg	108
Waarom is zelfzorg noodzakelijk?	110
7. MANTELZORG	114
Nadere begripsbepaling van mantelzorg	114
Soorten mantelzorgnetwerken	116
Het huishouden	117
Zelfhulpgroepen	119
Waarvoor wordt gezorgd	122
Waarom geeft iemand mantelzorg	129
Kwaliteit van mantelzorg	133
Mantelzorg en professionele zorg	134
Mantelzorg en vrijwilligerswerk	138
8. HERSTELLEN VAN EEN ZORGENDE SAMENLEVING	143
De opgave	143
Zijn er krachten voor herstel?	144
Concrete uitwerking	146
Motivatie voor gedragsverandering	148
Tegenkrachten tegen verandering	155
Informatie en training inzake zelfzorg en mantelzorg	157
Structurele veranderingen	158
9. INTRAMURALE GEZONDHEIDSZORG	161
Het belang van zorgverandering in de instellingen	161
Zorgverandering in ziekenhuizen	162
Zorgverandering in verpleeghuizen	163
10. OVERZICHT EN VOORUITBLIK	167
BIBLIOGRAFIE	172

INLEIDING

Sinds het schrijven van dit boek in 1976 hebben het denken en het onderzoek over het zorgen een grote ontwikkeling doorgemaakt.

In deze tweede druk hebben wij vele nieuwe gegevens verwerkt. Het beschouwende, conceptuele gedeelte is wat bondiger herschreven en het materiaal veel meer gesystematiseerd. De praktische aspecten van het zorgen zijn veel verder uitgewerkt.

Het boek heeft daardoor nu meer het karakter gekregen van een leerboek. Niet alleen in de opleidingen voor verpleegkunde en ziekenverzorging, maar evenzeer in die voor fysiotherapie, ergotherapie, geneeskunde, welzijnswerk, etcetera zal de zorgkunde steeds duidelijker een onmisbare plaats gaan innemen.

Academici, docenten, wetenschappelijke onderzoekers, beleidsmensen en ontwikkelde zorgvragers vormen de doelgroepen waarvoor dit boek in het bijzonder is geschreven. Voor studenten in de bovengenoemde opleidingen biedt het meer dan zij nodig hebben. Voor hen hebben wij dan ook een aangepaste versie gemaakt onder de titel: 'Algemene Zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen', die specifiek gericht is op hun toekomstige werkveld van zorgverlening.

Heel het gebied van de zorgkunde maakt in onze tijd een sterke ontwikkeling door. Wij houden ons dan ook zeer aanbevolen voor suggesties en kritiek.

BETERE ZORG VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN

1. WAAROM

In één enkele generatie heeft zich een omwenteling voltrokken in de zorgverlening. Van zorg in de kleine kring van gezin en buurt ontvouwde zij zich steeds meer tot een maatschappelijk stelsel van allerlei zorgverlenende organisaties. Wat moeten wij daarmee aan? Wat voor gevolgen heeft het voor zorgontvangers en zorgverleners? In mijn omgeving ontmoet ik veel mensen die met deze vragen zitten. In tal van opzichten zijn mensen niet gelukkig met de huidige zorgverlening. De vraag rijst of wij niet veel meer aandacht, studie en denken moeten besteden aan het verschijnsel zorg. De vijf volgende redenen hebben mij bewogen om mij er intensief mee bezig te houden en dit boek te schrijven:

1. Er is omtrent het zorgverschijnsel weinig informatie te vinden ten behoeve van de vele zorgverleners en zorgvragers.
 2. Er is veel kritiek op de huidige zorgverlening, vooral in de gezondheidszorg.
 3. Zorg wordt in enorme hoeveelheden geleverd in onze maatschappij, die in toenemende mate het aanzien heeft gekregen van een verzorgingsmaatschappij. Bezinning op het wezen van zorg kan dus grote maatschappelijke relevantie hebben.
 4. Zorgverlening verslindt een steeds toenemend en langzamerhand naar veler mening angstwekkend groot percentage van ons nationaal inkomen.
 5. In de opleidingen voor zorgverlenende beroepen wordt betrekkelijk weinig aandacht besteed aan het leren zorgen!
- Elk van deze aspecten zullen wij nader uitwerken.

1. Informatie over het verschijnsel zorg is gering

In de wetenschappelijke literatuur zijn fundamentele studies over het verschijnsel zorg nogal schaars.

In 1979 verrichtten wij met hulp van de Utrechtse universiteitsbibliotheek

een 'computer-search' naar wetenschappelijke publikaties over zorg voor gezondheid in de jaren 1976 tot medio 1979. Zes computerbestanden, verspreid over de hele westerse wereld, leverden in totaal 843 publikaties op.) De meeste daarvan behandelen bepaalde deelaspecten van zorg bij allerlei ziekten. Slechts weinige houden zich bezig met de meer fundamentele aspecten van het zorgen. Op het eerste gezicht lijkt het heel wat, dat er 843 publikaties aan zorgverlening worden gewijd, maar wanneer we bedenken dat in de zelfde periode honderdduizenden publikaties zijn verschenen over medische aspecten van gezondheidszorg en allerlei ziekten, dan is de literatuur en dus de aandacht voor heel het veld van het zorgen toch nog maar klein.

Dat blijkt ook uit talrijke andere symptomen. Zo komt het trefwoord zorg in de in Nederland meest gebruikte encyclopedieën niet voor. Slechts in enkele is informatie over zorg te vinden, maar niet meer dan een woordenboek geeft. In de catalogus van een van de grootste bibliotheken op het gebied van de gezondheidszorg, die van het Ziekenhuiscentrum te Utrecht, komt het trefwoord zorg op zichzelf niet voor. Wel zijn er bakken vol kaartjes over allerlei zorgorganisaties zoals: bejaardenhuizen, verpleegafdeling, zwakzinnigenzorg, etcetera. De talrijke en omvangrijke zorgverlenende *organisaties* zijn uit en te na beschreven.

Maar deze beschrijvingen plegen nauwelijks de rand te raken van de wezenlijke vraagstukken die altijd weer bij alle zorg om een antwoord vragen: wat is zorg nu eigenlijk; waarom moet ze verleend worden en waarom niet; aan wie wel, aan wie niet en waarom dan; hoe wel en hoe beslist niet en waarom dan; enzovoort. Aan de organisaties, hun doelmatigheid en kwaliteit wordt veel aandacht besteed. M. G. van Nieuwenhuizen geeft daarvan in zijn openbare les 'Zorg-voor-zorg' een goed overzicht.²⁾ Ook bestudering van het verschijnsel zorg in andere combinaties, zoals maatschappelijke zorg en welzijnszorg, gebeurt te summier. Tegenwoordig is de aandacht vooral gericht op de eerste term: maatschappij, welzijn, etcetera en blijven de fundamentele aspecten van de zorg als zorg onderbelicht. Maar de aandacht voor zorg is wel aan het toenemen. De laatste tijd beginnen er meer onderzoeksresultaten te worden geboekt en gepubliceerd. Meer boeken worden erover geschreven (zie: Aanbevolen literatuur). Er worden congressen over gehouden (A, F), rapporten over gemaakt, enzovoort.

2. Kritiek op de huidige zorgverlening

Wij zijn daar nu als vanzelf bij aangeland. Vooral in de gezondheidszorg vragen steeds meer hulpverleners zich af of we wel op de goede weg zijn. Maakt de hulpverlener geen misbruik van zijn machtspositie ten opzichte van de hulpvrager? Is de hulp voldoende gericht op de *hele* mens, om hem

ook als mens weer te *helen*, heel te maken, tot heil te strekken?

Velen menen dat de hulpverlening te zeer gericht is op de genezing van ziekten en niet van zieken. Tal van veranderingstendenzen ontwikkelen zich vanuit dit onbehagen en deze onzekerheid. De verpleging ziet het niet meer zitten en wil een nieuw beroepsprofiel. De verpleegorganisatie op de afdelingen in de ziekenhuizen wil men van de oude opgedeeldheid in functies ombouwen tot een systeem van teamverpleging, dat meer gericht zal zijn op het zorgen voor de hele mens in een kleiner groepsverband. De begrippen therapeutisch klimaat, therapeutisch milieu en therapeutische gemeenschap zijn in de verpleging steeds meer aandacht gaan trekken. Patiënten eisen meer mondigheid. Het infantiel en onkundig houden van patiënten wordt aan de kaak gesteld. Wie Milos Forman's film 'One flew over the cuckoo's nest' heeft gezien, is in verhevigde mate geconfronteerd met dit onbehagen en deze kritiek. In sommige onderdelen is het verhaal wellicht overtrokken, maar het vormt niettemin een getuigenis van belang van de kritiek op zorgverlening.

Volgens velen dekt het woord gezondheidszorg dan ook in genen dele meer de lading. Zij vinden dat men die beter zou kunnen beschrijven met de term 'ziekten-behandelings-organisatie'.

3. 'Zorg-industrie'

Heel het menselijk leven is doorspekt met zorg geven en zorg ontvangen. Van ouders aan hun kinderen en aan elkaar: zorg voor eten en drinken, kleding, woning, veiligheid, het tuintje en de auto. Zorg voor leren, zorgen voor de toekomst, plezier, werk, lijden en sterven. Het was een normaal patroon dat iedereen zoveel mogelijk probeerde te zorgen voor zichzelf en 'de zijnen' en in meerdere of mindere mate door elkaar verzorgd werd. Over dit basispatroon van individuele zorg lag al van oudsher een laag van collectieve zorg, die al de zorg omvatte waartoe men alleen of met enkelen niet in staat was, zoals brandweer, politie, verzekeringen, het ziekenhuis, etc.

Onder moeilijke omstandigheden namen zulke collectieve zorgpatronen toe. Een voorbeeld is het ontstaan van de kibboetsim in de staat Israël. De laatste decennia heeft zich echter een ontwikkeling in de zorgverlening voorgedaan, waarbij op grote schaal aan de individuele mensen zorg wordt verstrekt waar zij of hun omgeving, zij het wellicht met moeite, wèl zelf toe in staat zouden zijn geweest.

Door goed klinkende leuzen, zoals solidariteit, de sterken voor de zwakken (en ook de ijverigen voor de luien), iedereen heeft recht op gelijke zorg (nodig of niet), zorg kan niet goed genoeg zijn, wat het ook koste (vooral als een ander voor mij betaalt), went men aan een steeds toenemende hoeveelheid professionele zorg. Mogelijk gemaakt door de snelle toename

van de welvaart ontwikkelden zich op deze vruchtbare bodem talrijke nieuwe zorgberoepen. Ontelbare 'hulpverleners' claimden hun punt van de taart op grond van al dan niet met spoed geconstrueerde deskundigheid. Overal waren zorgdiploma's voor nodig. Men kreeg als eenvoudig burger het gevoel dat men alles maar beter aan de deskundigen kon overlaten. In het ziekenhuis mag je meestal zelf niets doen. Alles is er professioneel geworden, tot het bedden opmaken toe. Het geven van de gewone zorg waar een mens aan gewend is wordt in de moderne zorgverlening opgeëist door de deskundigen: de verpleegster, de arts, maatschappelijk werker, bejaardenverzorgster, begeleider, gedragstherapeut en heel de onafzienbare rij -ogen, -logen en -gogen. De mens is in een situatie geraakt waarin hem wordt voorgehouden dat hij zich maar beter niet met zijn eigen gezondheid kan bemoeien. Als er immers ook maar iets aan zou kunnen mankeren, staan de hulpverleners in rijen klaar. Zij weten het allemaal veel beter, dus lever je maar over aan alles wat ze vinden dat ze met je moeten doen. In allerlei opzichten heeft de zorgverlening industriële kenmerken gekregen. De kritiek kwam dan ook steeds meer op gang. Illich heeft in zijn boek 'Medical Nemesis'³⁾ op felle wijze stelling genomen tegen de gezondheidszorg als 'zorg-industrie' met zijn markten, omzetten aan verpleegdagen en verrichtingen, het ondernemerschap van zorgverleners (artsen, en in hun voetspoor fysio- en andere therapeuten), marktverkenning naar nieuwe afzetgebieden voor zorg, enzovoort. Steeds meer mensen gaan zich afvragen of wij met heel onze overvloed van collectieve zorgverleningsactiviteiten niet op de verkeerde weg geraakt zijn. Die vraag raakt een kernpunt van onze westerse cultuur. Het antwoord is slechts mogelijk vanuit diepgaande bezinning op het verschijnsel zorg en na veel studie van en onderzoek naar zorg verlenen en zorg ontvangen.

4. De kostenontwikkeling van de professionele gezondheidszorg in Nederland
Velen menen dat de kosten van de gezondheidszorg de pan uitrijzen. In 25 jaar is onze gezondheidszorg (uitgedrukt in guldens, zonder inflatiecorrectie) ruim tien keer zo duur geworden. Ze verslindt thans circa 30 miljard gulden per jaar. Rond een tiende van ons nationaal inkomen gaat op aan gezondheidszorg. Er zijn mensen die zeggen: 'Nou en? Waarom zou dat geen twee tienden of drie tienden mogen worden?' Die vraag is een politieke vraag. Er moeten voorzieningen in allerlei sectoren worden bekostigd zoals onderwijs, wegeaanleg, defensie, openbare diensten, etc. En dan moet er ook nog geld overblijven voor de individuele burger om zelf uit te kunnen geven. Politici roepen de groei van de professionele gezondheidszorg dan ook een halt toe. Er zijn allerlei extrapolaties gemaakt die er onveranderlijk op uitkomen dat bij voortduren van de groei over enkele tientallen jaren het gehele nationale inkomen nodig zou zijn

voor collectieve zorgverlening. Wij zouden dan terecht komen in de totale verzorgingsstaat. De mogelijkheid om zelf een inkomen te verwerven dat men naar eigen keuze besteden kan, zou dan geheel verdwijnen. Alle functies zouden tenslotte door 'de staat' overgenomen worden. Op microschaal is dit beeld al werkelijkheid geworden voor menig bewoner van verpleeg- of bejaardenhuis. Velen die nog op eigen benen staan, staat zulk een ontwikkeling als een schrikbeeld voor ogen.

5. Leren zorgen

Is 'zorgen' alleen maar techniek of is er ook zo iets als *zorgmentaliteit*, zorgattitude? Is zorg alleen iets 'van het hoofd' of ook iets 'van het hart'? Kun je een attitude 'aanleren' of is ze een gegeven, dat tot een persoonlijkheidsstructuur behoort en hoogstens wat ontwikkeld kan worden?

Die vragen zijn van groot belang bij het opleiden voor de talrijke verzorgende beroepen. Voor de zorgontvangers zal de kwaliteit van de zorg in hoge mate bepaald worden door deze verschillende aspecten en de mate waarin zorgverleners in staat zijn om in de diverse zorgbehoeften te voorzien.

Een antwoord op deze en dergelijke vragen lijkt dus zeer gewenst. In iedere opleiding voor een verzorgend beroep is thans aandacht en studie vereist omtrent het zorgen. In de tachtiger jaren zal naar onze verwachting het vak 'zorgkunde' voldoende gestalte gekregen hebben om als een hoofdvak in deze opleidingen zijn plaats te kunnen innemen. Soms vraagt men wel: 'Is dat niet hetzelfde als verpleegkunde?' Zonder twijfel heeft verplegen heel veel met zorgen te maken, maar men mag die vaststelling niet omkeren. Er is veel zorgverlening die niets met verplegen te maken heeft in directe zin, en veel 'verplegen' dat meer van doen heeft met assistentie bij medische technologie. De verpleegkunde blijkt een deelgebied te zijn van de veel algemenere zorgkunde. Maar om goed te kunnen verplegen moet men wel op de hoogte zijn van andere zorgsectoren.

2. HOE

Het is niet gemakkelijk om jezelf nieuwe waarden en gewoonten van zorgverlening bij te brengen. Het is zelfs heel moeilijk om alleen nog maar te *zien* wat er veranderd moet worden. Wij zijn aan de huidige patronen van het zorgen gewend geraakt en zien anderen precies zo zorgen als we zelf doen. Het gebeurt met de beste bedoelingen. Sommige zorg is bovendien zodanig dat ze ook in de toekomst wel zo blijven moet omdat ze het welzijn van de verzorgde op de beste wijze dient. Bovendien zijn de meeste patiënten en cliënten zelf ook gewend aan onze tegenwoordige zorg. We hebben dan met z'n allen het gevoel dat het zo *hoort*. We zitten als het ware

samen in de kooi van onze eigen cultuur. Om je eigen gedrag beter te begrijpen is het noodzakelijk om er *afstand* van te nemen. We hebben allen wel eens de ervaring opgedaan bij een buitenlandse reis, dat we als Nederlander allerlei dingen anders doen en waarderen dan bijvoorbeeld Fransen of Spanjaarden. Pas in het buitenland word je duidelijk gewaar wat de typische eigenschappen en gedragspatronen van jouzelf als Nederlander zijn.

Om meer inzicht te krijgen in het zorgen als algemeen verschijnsel zullen wij een zelfde procedure toepassen. We treden buiten onze eigen gezichtskring en kijken naar het verschijnsel zorg in heel andere omstandigheden. Allereerst komt daarvoor de *dierenwereld* in aanmerking. Hoe zorgen dieren voor zichzelf en voor andere dieren om in leven en gezond te blijven? De studie van het gedrag van dieren, de ethologie, is de laatste decennia sterk tot ontwikkeling gekomen en heeft ons heel wat te bieden op het gebied van het zorgen. Een andere benaderingswijze is om in onze *taal* na te gaan hoe de woorden zorgen, zorg, helpen, verzorgen etcetera gebruikt worden. Uit ons taalgebruik kunnen wij leren wat miljoenen Nederlanders door de eeuwen heen onder die woorden verstaan hebben.

Van veel belang is ook om te bestuderen hoe het zorgen gebeurde in allerlei *andere culturen*: hoe werd er gezorgd bij zogenaamde primitieve volken, in de Griekse cultuur, in het oude Israël, in christengemeenten?

Op al deze wijzen kunnen we informatie opdoen over zorgverlening buiten ons eigen patroon. Als we op die manier de ramen van onze 'bovenkamer' wijd opengezet hebben, wordt het mogelijk om door vergelijking een betere kijk te krijgen op wat zorgen in het algemeen te betekenen heeft. Daardoor scheppen we de mogelijkheid om onze eigen zorgverlening te toetsen en kritisch te bekijken.

De eerste helft van dit boek is aan dit alles gewijd. Je zou het 'algemene zorgkunde' kunnen noemen. We hebben daarbij gebruik gemaakt van heel wat verschillende wetenschappelijke disciplines: ethologie, linguïstiek, culturele antropologie, psychologie, sociologie etcetera.

Het is duidelijk dat één enkele mens niet meer voldoende op de hoogte kan zijn van de huidige stand van al de genoemde wetenschapsgebieden. Maar al kan één persoon niet alles weten, hij kan over het verschijnsel wel nadenken en daarbij de hoofdzaken van het weten in de diverse disciplines zo ruim mogelijk benutten. De Duits-Amerikaanse filosofe Hannah Arendt zegt daarover⁴): 'Als waar zou blijken dat weten (in de moderne betekenis van technische kennis) en denken voorgoed eigen wegen zijn gegaan (...) dan zouden wij machteloze slaven worden van onze technische kennis, niet-denkende wezens, speelbal van ieder apparaat, hoe moorddadig ook'.

Dit denken kan het verstand 'aanspreken'. Het kan ook 'aanslaan' van binnenuit. Vanuit de intuïtie of het onbewuste voel je ervoor, maar het kan geen 'dwingende bewijzen' leveren zoals de natuurwetenschappen en in deze zin geen macht uitoefenen. De lezer kan er onderuit. Het is veeleer een appèl tot nadenken over zorg: een spelen met een hoeveelheid informatie over zorg, een beter bespreekbaar maken van de wezenlijke zorggronden; het woord 'zorg' wat meer verzadigen, verrijken: het beeld van wat zorg nu eigenlijk is in rijkere schakeringen en met meer reliëf gaan waarnemen, de soorten zorg beter onderscheiden.

Voor de eerste druk hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de raadgevingen van veel mensen uit de diverse wetenschapsgebieden. In de afgelopen vier jaar is aan het eerste deel van dit boek niet veel meer toegevoegd.

Hier en daar werd de tekst gecomprimeerd en zijn minder belangrijke gedeelten weggelaten om meer ruimte te scheppen voor het tweede gedeelte, dat handelt over de specifieke vraagstukken van het zorg verlenen bij gezondheid en tijdens ziekte. De diverse categorieën van zelfzorg worden er behandeld. De verschillende sociale netwerken waarin de mensen voor elkaar zorgen kunnen nu veel beter uitgewerkt worden dan 4 jaar geleden mogelijk was. De inmiddels opgetreden veranderingen in onze professionele zorgverlening konden tegen die achtergrond nu ook veel concreter en gedetailleerder worden beschreven.

Dit tweede gedeelte zouden wij kunnen benoemen met de term 'speciële zorgkunde'.

Waar halen wij de gegevens vandaan voor die speciële zorgkunde? Zijn dat alleen maar *beschouwingen*, waar iemand anders heel afwijkend over zou kunnen denken? Dat hebben wij zoveel mogelijk vermeden. Veeleer zijn wij uitgegaan van de survey-methode. Die bestaat in dit geval uit het telkens in elke zorgsituatie zichzelf weer de volgende vraag stellen: *Wie zorgt voor wie, waarom, waarvoor en hoe?* Door deze vraag telkens opnieuw in allerlei zorg-omstandigheden te stellen, verkrijgt men een legpuzzel van duizenden waarnemingen waaruit een systematisering van soorten zorg kan worden opgebouwd. Ook wordt hiermee de mogelijkheid geschapen om de processen van het zorgen nader te beschrijven en te analyseren. Het wetenschappelijk werk op dit gebied waarover in de afgelopen jaren is gepubliceerd, komt via verwijzingen in de tekst aan de orde.

Wij bevelen aan, dat iedere zorgverlener die vijfvoudige vraag zelf eens een aantal malen stelt ten aanzien van zijn eigen zorgverlening. *Waarom* zorg ik voor *deze persoon*? Kan hij het zelf niet? Waarom ik, en niet een ander die het wellicht in enigerlei opzicht beter kan? *Waarvoor* zorg ik: voor iets dat werkelijk de moeite waard is voor de zorgontvanger, of is het routine? *Hoe*

zorg ik: zoals de verzorgde het graag heeft? Of stel ik bewust of onbewust mijn eigen criteria voorop? Enzovoort. *Zulk een persoonlijke survey die systematisch op het eigen zorgen wordt toegepast, blijkt een van de beste methoden te zijn om zichzelf de ogen te openen voor de tekorten, de fouten en de rijkdommen die het eigen zorgend bezig zijn in zich kan dragen.*

Hoofdstuk 2

HET WEZEN VAN ZORGEN

1. ZORG IN DE DIERENWERELD

1. De overlevingswaarde van gedrag

Bij allerlei diersoorten treffen we zorg aan.

Allereerst is er het *zorgen voor zichzelf*: het zoeken of jagen van voedsel; de zorg voor beschutting tegen weer en wind, vaak door het zelf maken van een onderkomen; de zorg voor eigen veiligheid; de zorg voor hygiëne, zoals het schoonhouden van vleugels of pels.

Voor volwassen dieren is deze zelfzorg de basis van het zorggedrag. Daarnaast treffen we ook *zorg aan voor andere dieren*, soortgenoten, die zorg behoeven. Een van de meest bekende verschijnselen op dit gebied is de nestzorg van vogels voor hun jongen. Zelfs treffen we *zorgorganisaties* aan in de dierenwereld. Wie werkmieren ziet sjouwen met poppen om ze in de zon te leggen of te redden van een vijand, ziet zulk een organisatie aan het werk. Ook het bijenvolk heeft een zorgorganisatie.

Maar de zorg in het dierenrijk mag niet gelijkgesteld worden met de zorg onder de mensen. Bewustzijn is bij het dier afwezig en daarmee de basis voor een systeem van waarden, deugden en ondeugden, een mogelijkheid tot kiezen, een ethiek. Toch zijn er wel facetten die het de moeite waard maken om het zorgen in de dierenwereld eens wat nader te bekijken.

Vanuit de evolutieleer weten we dat de ontwikkeling van soorten (en individuen) het karakter heeft van een competitie. Een soort met betere jachtmogelijkheden of betere beveiliging heeft grotere kans op voortbestaan en ontplooiing dan een overigens vergelijkbare soort. De zorg is van dit principe niet uitgesloten. Vogelsoorten met betere nestzorg voor hun jongen zullen meer kans op voortbestaan hebben dan soorten met moeizamer nestzorg. Dit beginsel, door Darwin 'the survival of the fittest' genoemd, heeft geleid tot het begrip 'overlevingswaarde'. Allerlei eigenschappen van een diersoort bepalen te zamen, in het milieu waarin de soort leeft,

de kansen van deze soort om zich staande te houden. Zijn die eigenschappen daarvoor zeer gunstig, dan is de overlevingswaarde hoog en de kans op uitsterven van deze soort in dit milieu gering. Soorten met lage overlevingswaarde in een bepaald milieu sterven uit tenzij verandering van het milieu hun overlevingswaarde zou vergroten.

Wanneer wij dit algemeen aanvaarde beginsel nu toepassen op de zorg in de dierenwereld, dan betekent dit, dat de zorg er zich zal kenmerken door de *grootst mogelijke effectiviteit en efficiency*.

N. Tinbergen⁵⁾ acht een kernvraag met betrekking tot gedrag van een dier: 'Draagt het bij tot het succes van het dier, en zo ja hoe'. Voor het nestgedrag van vogels is de overlevingswaarde in tal van opzichten klaarblijkelijk hoog. Het nest wordt vaak kunstig verstoppt; de eieren hebben dikwijls een schutkleur; ze worden in hoog tempo gelegd en de broedtijd is kort. Zo wordt de kans op verstoring door vijanden zo klein mogelijk. Het is echter vooral het zorgen voor de jongen waaraan wij nu aandacht willen besteden. Voor deze gedragspatronen maken wij vooral gebruik van de uitgebreide waarnemingen van Saunders⁶⁾. Het zorgpakket van een vogelpaar blijkt dan een of meer van de volgende zorgfuncties te kunnen omvatten:

1. Het voeren van de jongen met door de ouders gevangen voedsel. Dat kan de totale voeding omvatten, of het bijvoeden naar behoefte.
2. Het gedeeltelijk voorverteren van voedsel door de ouders en het opgeven van de deels verteerde voedselbrei om de jongen daarmee te voeden. Dan wordt dus ook de 'toebereiding' van het voedsel door de ouders verzorgd.
3. Het beschermen van de jongen tegen het klimaat: koude, hitte, regen, etcetera.
4. Bescherming tegen vijanden. Dit kan door de diverse vogelsoorten op allerlei wijzen geschieden, bijvoorbeeld door waarschuwingssignalen aan de jongen te geven; afleidingsmanoeuvres uit de voeren, waaronder het simuleren van verwonding, waardoor de ouder een gemakkelijke prooi schijnt te zijn voor de indringer, die daardoor wordt weggeleid; door protest of aanval op de indringer.
5. Het schoonhouden van het nest door de uitwerpselen van de jongen eruit te gooien.
6. Het bevorderen van de volwassenheid van de jongen, hun zelfredzaamheid, door 'opvoeding'.

Hoe wordt nu echter de juiste hoeveelheid en soort zorg verstrekt? Is er relatie met de zorgbehoefte van de jongen?

Saunders onderscheidt jonge vogels in twee groepen: de 'onaffen' en de 'vroegrijpen'.

De 'onaffen' zijn jongen, die pas uit het ei gekomen nog onaf zijn: grotendeels kaal met wat spaarzaam dons, blind en niet in staat om meer bewegingen te maken dan het oprichten van het kopje en het opensperren van het snaveltje om voedsel te ontvangen. De meeste van onze zangvogels hebben dit type jongen. De vroegrijpen daarentegen zijn meteen uit het ei al goed met dons bedekt, met wijd open ogen en aanstonds al in staat om op te staan, rond te scharrelen en voedsel op te pikken. De kuikens van kippen en eenden zijn iedereen wel als voorbeelden bekend.

Het bleek nu dat de onaffen van de ouders een veel groter zorgpakket ontvangen dan de vroegrijpen. De differentiatie in zorg gaat echter nog veel verder. Heel jonge onaffen hebben maar weinig voedsel nodig en de hoeveelheid die de ouders aanbieden is dan ook nog klein. Maar zij besteden dan meer tijd aan bescherming van de jongen en staan lang over de jongen heen met gespreide vleugels. Als de jongen groter worden en meer voedsel nodig hebben, ziet men beide ouders voedsel verzamelen. Het mannetje zorgt in deze periode mee, ook als hij niet meedeed met nestbouwen en broeden. Er blijft hem dan ook weinig tijd meer over om te zingen. Bij de vroegrijpen is het zorgpatroon van de ouders heel anders. De jongen hebben minder voedsel en beschutting nodig. De zorg heeft veeleer het karakter van bescherming en begeleiding.

Zodra de vleugels zover zijn uitgegroeid dat de jongen vliegen kunnen, doen ze dat ook instinctief. Van vlieglessen is geen sprake. Wel is interessant dat de ouders dit instinct bevorderen door het voeren van de jongen in het nest te verminderen. Ze moeten het bij de ouders op een tak komen halen. De jongen strubbelen vaak tegen om de ouderzorg te zien afnemen. Ze volgen een ouder, bedelend om voedsel en soms krijgen ze ook wat, maar vaak vangt een ouder een insect en eet het voor hun ogen op, als het ware om ze te leren er nu maar eens zelf op uit te gaan.

De eerste belangrijke conclusie die uit de waarnemingen getrokken kan worden is, dat er *een nauwkeurige afstemming* plaats heeft van *hoeveelheid en soort ouderzorg op de behoeften van de nestjongen*. Deze afstemming is ook in kwalitatieve zin zeer nauwkeurig. Jonge futen bijvoorbeeld behoren tot de 'vroegrijpen'. De futen eten materiaal van de bodem, door hun halzen diep in het water te steken. De jongen kunnen zichzelf al gauw redden, maar alleen zijn hun halzen nog te kort om bij het voedsel op de bodem te kunnen komen. In afwijking van andere soorten vroegrijpe jongen worden nu de jonge futen wel volledig door de ouders van voedsel voorzien.

2. Het zorgevenwicht. Zorgmodellen

Uit deze observaties van nestzorg bij vele vogelsoorten blijkt dat er een nauwkeurig *evenwicht* is tussen zorgbehoefte en zorgverstrekking. Dit

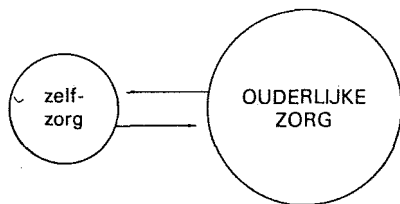
evenwicht is dynamisch. De zorgbehoefte van het jong verandert en neemt af. Tegelijk daarmee neemt de zorgverstrekking af. Van bijzondere betekenis lijkt mij ook, dat de zorgverstrekking niet afhangt van de *zorgvraag* maar van de reële *zorgbehoefte*. Als jongen in staat zijn om langzamerhand hun kostje zelf op te scharrelen, wordt dit door de ouders bevorderd door niet of nauwelijks op hun gebedel voor voedsel in te gaan. De ouders zijn dus blijkbaar in staat om waar te nemen of een jong *echt* behoefte heeft aan voedsel, of dat het bedelt om voedsel uit luiheid of gewoonte. Het zorgevenwicht wordt bepaald door hoge efficiency.

We kunnen nu de eenvoudigste zorgmodellen tekenen. Voor de gecompliceerder menselijke zorgverschijnselen zullen wij er later op voortbouwen. Wij onderscheiden twee zorgsoorten: zelfzorg en zorg door soortgenoten. De oppervlakte van de cirkel geeft globaal de hoeveelheid van de betreffende zorg aan.



Model 1: Zorgpatroon van het volwassen dier

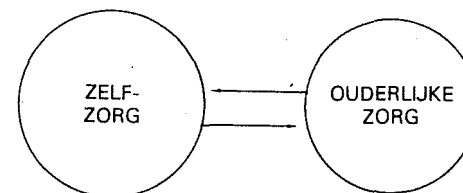
Het *volwassen* zelfredzame dier is in alle opzichten in staat voor zichzelf te zorgen. Anderen komen er niet aan te pas.



Model 2: Zorgpatroon van het onaffe jong

Als ze pas uit het ei zijn gekomen hebben onaffe jongen nog weinig zelfzorg. De meeste zorg komt van de ouders. De zelfzorg neemt geleidelijk toe, tegelijk met het even sterk afnemen van de ouderlijke zorg. Aan het eind van dat proces bereikt het jong complete zelfzorg (model 1).

Zorgrelatie van het *vroegrijpe jong*. Het is al in staat om sommige dingen helemaal zelf te verzorgen en heeft voor andere behoeften al een groter stuk zelfzorg. Er is dus ook veel minder ouderzorg nodig.



Model 3: Zorgpatroon van het vroegrijpe jong

Nu kan men tegenwerpen dat die zorg voor het broed een aardig verhaaltje is, maar dat men evengoed voorbeelden vindt van ouders die hun jongen opvreten! Een goudvissenpaar bijvoorbeeld in een vijvertje van beperkte afmetingen, pleegt zijn talrijke jongen op te eten. Dat lijkt niet zo'n voorbeeldige vorm van zorgverlening.

Het verschijnsel is echter weer te verklaren vanuit de overlevingswaarde van het gedragspatroon in *het gegeven milieu*. Zorgden de goudvissen voor het opgroeien van al hun broed, dan zou er in de beperkte ruimte van het gegeven milieu al spoedig voor geen van allen nog genoeg ruimte, zuurstof en voedsel zijn. Door het opeten van alle jongen *die niet weg kunnen komen* blijft het voortbestaan gegarandeerd zowel voor het ouderpaar als voor de enkele kwieke jongen waarvoor klaarblijkelijk nog wél plaats was zodat ze aan de ouderlijke eetlust met succes konden ontsnappen.

Onze stelling dat zorgverlening in het dierenrijk noodzakelijk bepaald moet zijn door de grootst mogelijke effectiviteit en efficiëntie (maximalisering van de overlevingswaarde van het gedragspatroon) wordt door de tegenwerping niet aangetast.

Zorg'instinct'?)

Heel het zorgpatroon dat wij nu bekeken hebben lijkt op het eerste gezicht te wijzen op vernuft, op oordelen wat er nodig is, op liefde van de ouders voor de jongen, op opofferingsgezindheid. Dit alles zou slechts mogelijk zijn indien de dieren over een soort bewustzijn zouden beschikken dat lijkt op dat van de mens. Zulk een veronderstelling is met de feiten in tegenspraak. Men dacht een dier daarom een instinct toe. Lamarck definieerde het als: aangeboren gewoonten; een gedrag dat bij de geboorte op de een of andere wijze is 'ingebakken' in het individu. Maar Loeb vindt die instincthypothese te vaag.

Uit biologisch onderzoek is gebleken, dat een gedragspatroon bij een dier verloopt door middel van een soort 'ponskaart'-programma in de zenuwcellen van de hersenen (neuro-imago). Op een bepaald signaal, dat als het ware de sleutel vormt, de code die de actie in gang zet, begint een reeks handelingen automatisch 'af te lopen', doordat de zenuwcellen het 'programma' afwerken dat zij op de desbetreffende 'ponskaart' hebben. Die verschillende 'ponskaartprogramma's' in de hersenen van een diersoort zijn erfelijk overdraagbaar. Daarom is het specifieke gedrag van een bepaalde diersoort binnen nauwe grenzen een constant gedrag. De vogel kent dus het doel niet van het nestelen. Hij handelt dwangmatig. Er komen eieren en jongen; hij verzorgt ze. Die handelingen overkomen hem vanuit zijn aanleg. Het zorgen gebeurt hem.

Uit deze bevindingen volgen voor het zorggedrag bij dieren twee belangrijke conclusies:

1. Het zorggedrag is een automatisme. Het is aangeboren. Het voltrekt zich *onvoorwaardelijk*. Het dier heeft geen keuze.
2. Er zijn *signalen* die het zorggedrag opwekken.

Ook over dit laatste zijn heel wat onderzoekingen verricht. Voor allerlei specifieke gedragspatronen blijken er signalen te zijn. Bij de kalkoen is een vijftigtal verschillende bekend.⁸⁾ Signalen die bij broedvogels zorggedrag verwekken zijn bijvoorbeeld het wijd opensperren van de snaveltjes van de jongen en piepgeluiden door de jongen voortgebracht.

Interessant is het wanneer verschillende signalen met elkaar in concurrentie treden of zich onder abnormale omstandigheden voordoen. Saunders⁶⁾ vermeldt een aantal merkwaardige waarnemingen. Ouders beschermen een jong met hun uitgespreide vleugels toen het uit het nest was gevallen na een storm en op de grond lag. Er zijn gevallen bekend van een broedend paar waarvan de vader om het leven kwam. De 'weduwe' vond een nieuwe partner die de zorg op zich nam voor de jongen in haar nest. Ook zijn er waarnemingen waarbij een 'jaloerse' stiefvader de jongen in het nest van zijn nieuwe partner uitroeide en een nieuw, eigen nest begon. Soms voedden de ouders de jongen in een ander nest nadat hun eigen nest verstoord was.

Soms 'helpen' volgroeide jongen uit een eerste broedsel bij het voeden van de achtergebleven jongen uit een tweede broedsel. Een vissoort (cichliden) brengt tegen de avond de jongen veilig bijeen in een soort slaapkamer, een kuiltje dat ze in de bodem maken. Op een dag zag Lorenz een mannetje bezig om zijn jongen hiervoor te verzamelen. Toen hij juist een jong opgehaapt had om het naar de kuil te brengen, kreeg hij een bijzonder verleidelijk wormpje in de gaten. Hij stopte, keek enkele seconden naar de worm en scheen te aarzelen. Daarop, na deze ogenblik-

ken van 'diep nadenken', spuwde hij het jong uit, pakte de worm en slikte hem in, pikte zijn jong weer op en bracht het thuis.⁹⁾

In veel van deze gevallen is het signaal zo krachtig dat het de bijpassende reactie oproept, ook al zijn de overige omstandigheden abnormaal. Bij het cichlidenmannetje was het zorgsignaal (rondzwemmend jong) in concurrentie met het jachtsignaal (het smakelijke wormpje). De reacties werden netjes in de goede volgorde afgewerkt. Bij de 'vogelweduwen' zijn voor het nieuwe mannetje de signalen tot paren en tot jongen grootbrengen in hun volgorde omgekeerd. Het is aannemelijk dat het sterkste signaal overwint waardoor de verschillen in de *totaliteit* van het gedrag verklaard kunnen worden.

3. Zorggedrag bij apen

Bij de primaten treffen we een hoger ontwikkeld zorggedrag aan. Het aantal signalen waarover ze beschikken is al veel groter.

De vergrote hersenmassa schept meer mogelijkheden om tijdens het individuele leven door middel van voorwaardelijke reflexen 'bij te leren'. Het leven in groepen en de neiging tot nabootsen (na-ape!) leverden verdere mogelijkheden tot het ontwikkelen van verfijnder gedragspatronen dan bij de lagere dieren te vinden zijn.

Bij chimpansees vinden we dan ook duidelijke zorgverlening aan de volwassen soortgenoot¹⁰⁾.

Wat de 'gezondheidszorg' bij de chimpansees betreft, komt de huid natuurlijk het eerst in aanmerking. Zij staat het meest bloot aan slijtage en wordt het eerst beschadigd. De pels kan gemakkelijk parasieten herbergen. Chimpansees onderzoeken nauwkeurig elkaars wondjes of kleine zweren en verzorgen ze door ze schoon te likken. Ook is waargenomen dat ze splinters uit elkaars huid verwijderen. Het verzorgen van elkaars huid heeft zich vooral toegespitst op de plaatsen waar het individu zelf niet bij kan – zoals de rug – of die hij niet zien kan – zoals het hoofd –. Het 'vlooiën' dat apen elkaar doen, is uit de dierentuin een bekend verschijnsel. Hierbij is kort geleden een ontdekking gedaan die mij voor deze beschouwingen over zorg bijzonder belangrijk lijkt. Bij het 'vlooiën', dat in vaktaal 'soigneren' wordt genoemd, peuzelt de aap de ongerechtigheden op, die hij in de pels van zijn collega aantreft. Hij maakt daarbij dan smakkende geluidjes. Bij dat 'soigneren' keert de aap de verzorger zijn rug toe: juist die rug moet immers gevlooid worden. In die houding is hij echter kwetsbaar voor zijn verzorger. Hij kan niet zien wat die uitvoert. Verzorgen kan alleen gebeuren als de verzorger geen agressies koestert. Het blijkt nu dat het smakken met de lippen dat bij het soigneren plaatsvindt, zich heeft ontwikkeld tot een *teken* van non-agressie. Het is geritualiseerd tot een signaal: 'Ik zou je wel willen soigneren, of door jou gesoigneerd worden. Ik

heb geen agressie tegen jou.' Bij dreigende agressie in een groepje heeft een soigneur-sigitaal een kalmerende werking op de anderen. *Het niet bij elkaar passen van zorgverlening en agressiviteit* komt hier voor het eerst duidelijk aan de oppervlakte. Voor het samenleven in een groep is het soigneren als anti-agressief gedrag van wezenlijke sociale betekenis geworden. Het heeft zijn eigen communicatiesigitaal verworven. Het verzorgen heeft bovendien niet uitsluitend zijn zwaartepunt meer in de overlevingswaarde van de soort, maar vergroot ook de overlevingskans van het individu.

4. Dierlijk en menselijk zorggedrag

Dierlijk zorggedrag heeft ons heel wat te denken gegeven. Samenvattend kunnen wij de volgende aspecten noemen die vóór de bestudering van het zorggedrag van mensen van belang kunnen zijn:

1. Dierlijk zorggedrag is biologisch gezien *voorbeeldig*, want het is tot stand gekomen op basis van maximalisering van de overlevingswaarde.
2. Zelfzorg is de basis van alle typen van zorg. Bij veel diersoorten is het de enige zorg voor de volwassen individuen. Het is de basis van de onafhankelijkheid.
3. Bij zorg van dieren voor elkaar blijkt er een nauwkeurig dynamisch evenwicht te bestaan tussen zorgbehoefte en zorgverlening.
4. Zorgverlening bij dieren is 'onbedorven' door culturele invloeden.
5. Dieren onderscheiden *zorgvraag* van wezenlijke *zorgbehoefte*.
6. Zorg wordt onvoorwaardelijk verstrekt als reactie op zorgsignalen.
7. Bij apen is een zorgsignaal ontwikkeld tot een anti-agressiesignaal. Zorgen en agressiviteit zijn antipoden.

Wat kunnen wij met deze waarnemingen doen ten aanzien van het menselijke zorggedrag? Zijn overeenkomsten in zorggedrag tussen dier en mens alleen maar analogieën, waarvan de betekenis overtrokken is in een periode waarin men aan het van buiten af waarneembare gedrag overmatige waarde hechtte (het behaviourisme)? Of is er een dieper verband? Over de beantwoording van deze vragen bestaan nog grote meningsverschillen. Tinbergen heeft aanvankelijk zelden getracht om significante overeenkomsten vast te stellen tussen het gedrag van mensen en dat van dieren. De verklaring van autisme bij zuigelingen uit dierlijke gedragspatronen door Tinbergen is intussen een befaamd geval geworden. In de inleiding van zijn boek *'The animal in its world'*, van 1972 (vertaling⁵)) zegt Tinbergen: 'Verder geloof ik, dat het het proberen waard is om biologen in de dop ervan te overtuigen dat het (de ethologische benadering) een vruchtbare benadering is van de problemen der biowetenschappen en de gedragswetenschappen in het bijzonder, *met inbegrip van die van het gedrag van de mens*' (cursivering door mij). Sierksma zegt ervan dat filosofen en

gedragswetenschappers er echter een dogma van gemaakt hebben, dat alle menselijk gedrag bij uitstek en uitsluitend menselijk is¹¹); maar voor de antropobioloog De Froe is de verbondenheid van dierlijk en menselijk gedrag geen probleem meer¹²).

Al moeten wij voorzichtig zijn met het klakkeloos aanvaarden dat opvallende overeenkomsten in het gedrag van mensen en dieren op eenzelfde erfelijke basis berusten, toch sluit dat niet uit dat *bepaalde* gedragingen van de mens hun diepste wortels kunnen hebben in een biologische erfenis, die in de evolutie vanuit het dierenrijk aan ons is doorgegeven.

Het is minstens ongeloofwaardig dat alle gedrag van de mensen, totaal los van heel de gedragsevolutie binnen de dierenwereld, min of meer uit de lucht is komen vallen. Alle menselijk gedrag zou dan door de mens uit het niet zijn voortgebracht, maar intussen toch allerlei verrassende overeenkomsten met gedrag van vele diersoorten vertonen!

Voor de lichaamsbouw en anatomie wordt de evolutie van de mens uit het dierenrijk niet meer serieus ontkend. Ook de biochemische verbondenheid van al het levende is verbluffend groot. Zou dit dan voor de evolutie van gedragspatronen opeens niet meer gelden?

Maar er is nog meer! De introspectieve psychologie leert ons 'naar binnen te kijken' in onszelf. Wij kunnen ons dan afvragen: waarom gedragen wij ons zoals we doen? Het antwoord blijkt vaak te zijn: 'zomaar, vanzelf', of 'ik voel ervoor, al weet ik niet waarom'. Zijn er dan toch ook gedragsautomatismen werkzaam? Is er menselijk gedrag dat in onze 'aard' zit? Het spraakgebruik geeft hier een belangrijke aanduiding. Men spreekt niet van een ontaarde verpleegster, maar wel van een *ontaaarde moeder* als zij haar zorgverplichting slecht nakomt. Er zijn signalen van een baby die de moeder sterk tot zorg prikkelen: de kreetjes van de zuigeling, zijn geur, zijn hulpeloosheid. Een moeder kan zich door haar wil daaraan onttrekken. Het zorgautomatisme kan overheerst worden door wil en ethos, en is dus niet meer uitsluitend en daardoor autonoom en onontkoombaar werkzaam. Maar dat doet niets af aan zijn bestaan.

Andere belangrijke waarnemingen komen voort uit het bestuderen van het gedrag van zuigelingen. De zuigbewegingen van een pasgeboren baby zijn toch niet aangeleerd! Als signaal doet een warme ronding dienst, of het nu een borst of een wang is. Daarop volgt een reeks automatische acties: het zoeken en happen naar de tepel en het hele complex van vrij ingewikkelde spierbewegingen van onder andere lippen, wangen en gehemelte om de onderdruk in de mondholte teweeg te brengen die de melk doet vloeien. Van zulke gedragspatronen bij de zuigeling zijn reeksen bekend geworden, die geheel terug te voeren zijn op een erfelijke overdracht van gedrag zoals wij die in het dierenrijk hebben gezien.

Als conclusie stel ik niet dat het menselijk gedrag geheel op dezelfde wijze tot stand komt als het gedrag bij de dieren. Ik erken niet de OF/OF-stelling: *of* menselijk gedrag is alleen maar bepaald door het typisch menselijke: willen, verstand, keuze, ethos; *of* het is een zuivere evolutionaire afgeleide van diergedrag.

Liever kies ik voor de EN/EN-stelling. Beide gronden voor het ontstaan van gedrag zijn in de mens werkzaam. Het *menselijk* gedrag heeft een basislaag waarop het rust, erfenis van *dierlijke* gedragsautomatismen.¹⁵⁾ Er zijn geen aanwijzingen dat deze algemene stelling niet zou opgaan voor zorggedrag. Al is de stelling niet strikt bewezen, ze heeft mijns inziens een zodanige graad van waarschijnlijkheid, dat ik in de volgende hoofdstukken op haar zal voortbouwen.

Op die basislaag van dierlijke gedragsautomatismen heeft de mens een cultuurlaag aangebracht. Door zijn bewustzijn ontstaat ruimte om te kiezen.

Dat scheidt de mogelijkheid tot het vormen van allerlei waarden en gewoonten. Die kunnen het gegeven dierlijke zorggedrag verder vervolmaken. Maar keuzen kunnen ook slecht zijn. De mens kan perfecte gedragspatronen bederven. Dat geldt natuurlijk ook voor menselijk zorggedrag.

2. WAT VERSTAAN MENSEN ONDER ZORG?

5. Woordgebruik

Bij het onderzoek van het menselijk zorggedrag kunnen we ook kijken wat het taalgebruik ons leren kan. Immers 'de taal is gans een volk'. Omdat een cultuur gestalte krijgt in de taal, is het belangrijk na te gaan wat de mensen onder een bepaald woord verstaan. Vanouds is de 'logos', het woord, aanvaard als een van de meest markante uitingen van het menselijk bewustzijn: de factor die maakt dat de dingen om ons heen hun anonimiteit verliezen, een naam krijgen, aan andere mensen genoemd kunnen worden, bespreekbaar zijn en daardoor beter begrepen kunnen worden.

Het woord is het teken voor een beeld. Dat is de *be-teken-is* van het woord. De woorden zijn de voertuigen voor ons bewustzijn in beelden. Jung stelt dat het woord niet door de mens beheerst wordt, maar 'aan de mens geschiedt'. In deze zin willen wij de taal benutten als een ingang tot begrip van het verschijnsel zorg.

In het Verklarend handwoordenboek der Nederlandse taal¹³⁾ vinden wij onder het woord zorg vijf betekenissen vermeld: 1. zorgvuldigheid, aandacht, zorgzaamheid; 2. liefderijke bezorgdheid, bewaking, oppassing; 3. ongerustheid, kommer. En dan nog twee overdrachtelijke betekenissen:

4. trouwe hulp, goede altijd zorgzame dienstbode; en 5. grote stoel, als het ware om uit te rusten van al je zorg: zorgstoel. De drie eerste betekenissen zijn voor ons van belang. Hun inhouden blijken nader uit de voorbeelden, die aangeven hoe ze gebruikt worden:

1. Met zorgvuldigheid werken, aandacht voor je werk hebben. Zorg dragen: ervoor zorgen dat iets gebeurt. Voor de kinderen zorg dragen.
2. De moederlijke zorg: liefderijke bezorgdheid. Hier wordt ook onder genoemd: de zorg voor de gezondheid. Dat kan 'oppassen' van zieken betekenen, maar ook liefderijke zorg.
3. De derde betekenis: kommer, angstige spanning, geeft een negatieve inhoud weer van het verschijnsel zorg, bijvoorbeeld het aspect van de machteloosheid: 'vol zorg zijn over zijn wegblijven'. 'De vissersvrouw leeft in voortdurende zorg'. Hij maakt er zich zorgen over'.

De beide eerste betekenissen duiden op een bezig zijn, een activiteit. Zij hebben ook een *werkwoord*vorm. De derde betekenis is veeleer een toestand.

Van Dale's Groot woordenboek der Nederlandse taal (1970) zegt er het volgende over:

Zorg: Het streven en de pogingen die men aanwendt, de moeite die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden, of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken, toewijding, behartiging. In de synoniemen *toewijding*, en *behartiging* zitten zichtbaar de elementen van het liefdevolle verrat.

Naast deze betekenis geeft ook Van Dale het kommer-aspect als tweede betekenis, zowel in de zin van ongerustheid, als ook als voorwerp van bekommernis: 'Dit is een grote zorg voor hem'.

Belangrijk voor de genuanceerdheid van de beeldinhoud is ook de aspectklemtoon die in de afgeleide woorden tot uiting komt. *Zorgzaam* duidt vooral op het aspect van het geven van hulp en liefdevolle aandacht aan het subject.

Zorg-vuldig wordt vooral gebezigd als de aandacht en nauwkeurigheid waarmee iets gebeurt onderstreept worden. *Zorgvol* daarentegen roept het beeld op van kommer, angst en beklemdheid.

De beelden die opgeroepen worden door een woord kunnen in de loop van de tijd verandering ondergaan. De Swaan¹⁴⁾ wijst erop dat velen tegenwoordig bij het horen van het woord *zorg* meteen denken aan allerlei instanties die zorg verlenen en niet meteen aan 'het zorgen' zelf. In zijn 'Tools for conviviality' vermeldt Illich, dat mensen steeds sterker de neiging hebben om in plaats van het werkwoord (bijvoorbeeld: leren, zorgen, werken) het zelfstandig naamwoord te gebruiken (onderwijs, zorg,

werk), naarmate de industriële produktiemethode zich een monopolie verwerft over waarneming en motivatie. In Latijns Amerika zeggen de gesalarieerde werknemers dat ze 'werk hebben', de boeren zeggen dat ze werken.

Inderdaad is het opvallend hoeveel er bij ons over 'zorg' gepraat wordt en hoe weinig over het 'zorgen'.

Passen we deze beeldvorming nu toe op de gezondheidszorg, dan blijken de diverse betekenissen daar alle voor te komen.

De zorg van de onderzoekende of behandelende specialist wordt (als het goede zorg is) het meest gekenmerkt door aandacht en nauwkeurigheid. De zorg van de huisarts-oude stijl had een bredere gerichtheid: een zorgzaamheid, oplettendheid en aandacht voor mens en gezin in de context van het gebeuren van het menselijk bestaan. De zorg van de verplegende is vooral gekenmerkt door de liefdevolle bezorgdheid, zorgzaamheid, oplettendheid en het waken over of toezicht houden op de patiënt. Natuurlijk doen de andere zorgfacetten ook wel mee, maar zij behoren niet tot de hoofdkenmerken.

De patiënt tenslotte heeft ook zijn zorg. Die zal meestal als voornaamste kernmerk dragen de bekommring, de angst of ongerustheid over zijn ziekte, zijn afwezigheid uit gezin en werk, zijn bezorgdheid over de afloop. Wij hebben hier dus de tweede hoofdbetekenis van zorg. Maar naast deze zorg kan de patiënt ook 'zorgen': deelnemen aan zijn eigen onderzoek en behandeling door 'goed mee te werken', zorgen voor wat kleine dagelijkse dingen, zorgen voor medepatiënten, bijvoorbeeld door deel te nemen aan het opletten en andere dingen die de verpleging doet. Wanneer wij in de moderne ontwikkeling spreken over therapeutisch klimaat en therapeutische gemeenschap, dan gaat het over het *samen delen van de zorgen*. De patiënt, opgesloten in de cirkel van geblokkeerde machteloze zorg: het piekeren, het tobben, de bekommring, wordt bevrijd, krijgt ruimte als hij betrokken wordt bij *het zorgen*: arbeiden, bezig zijn met het verbeteren van zijn eigen toestand en die van anderen. Het is dan een samenwerken van patiënt en hulpverleners aan het beter worden en daarnaast aan het meer 'mens worden van *alle* betrokkenen door het ziek zijn van één.

Hoe verhouden zich in het taalgebruik de betekenissen van de woorden *zorgen* en *ver-zorgen*. Immers bij het geven van zorg wordt vaak het woord *verzorging* en *ver-zorgster* gebruikt.

Het voorvoegsel *ver-* voor een werkwoord geeft meestal een verschuiving weer van de betekenis in *versterkende* zin. (Vergelijk het voorvoegsel 'per' in het Latijn). Het duidt dus een overtreffende trap van het werkwoord aan, in de zin van: heel erg, door en door, over, opnieuw, voortdurend, in het algemeen *meer*, hetzij in tijd, in hoeveelheid, intensiteit of resultaat.

Als voorbeelden noemen we:

branden	— verbranden	drinken	— verdrinken
slaan	— verslaan	gaan	— vergaan
kiezen	— verkiezen	slapen	— verslapen
volgen	— vervolgen		
werken	— verwerken		
helpen	— verhelpen		
vullen	— vervullen		

Het eerste rijtje voorbeelden toont versterking die op zich niet ongunstig is en in de laatste drie duidelijk gunstig.

Het tweede rijtje toont verschuiving in ongunstige zin.

Terloops merk ik nog op dat deze beschouwing alleen opgaat voor *werkwoorden* met een voorvoegsel 'ver-'. Een zelfstandig naamwoord dat het voorvoegsel verkrijgt, leidt tot een werkwoord dat een *proces* aanduidt: nikkelen — vernikkelen, arm — verarmen, enzovoort.

Uit het voorvoegsel 'ver-' mag dus niet worden geconcludeerd dat het nieuwe werkwoord een gunstiger werken betekent dan het oorspronkelijke. De verschuiving tussen de woorden *zorgen* en *verzorgen* moeten wij dus uit het spraakgebruik nader trachten op te helderen. Men maakt een duidelijk onderscheid tussen beiden als men spreekt over: zorg voor de kinderen, *zorgen* voor de kinderen, en kinderverzorging, *verzorgen* van kinderen. *Verzorgen* heeft een beetje afstand gekregen van de kern van het begrip *zorg*. Het is wat *technischer* geworden. Het lijkt wat meer gericht op het voorzien in lichamelijke behoeften. Het is dichter gekomen bij de inhoud van het woord *helpen*. Het woordenboek¹³⁾ vermeldt onder *verzorgen*: van het nodige voorzien. Dat kan op van alles betrekking hebben. Een zieke *verzorgen* is verplegen, een huisgezin *verzorgen* is onderhouden maar ook: een kachel *verzorgen* is dat hij goed brandt.

Maar *verzorgen* heeft ook de betekenis van het voortdurende. 'Zorg jij voor de kachel', zal kunnen betekenen: één maal. 'De kachel *verzorgen*' houdt in dat men erop blijft letten: dat men de zorg voor zijn rekening blijft nemen. *Verzorgen* betekent dus: *veel* zorg verstrekken.

Verder spreekt men ook van 'een *verzorgd* uiterlijk'. Als een man tegen een vrouw zegt: 'Je ziet er *verzorgd* uit' betekent het meestal dat *zijzelf* zorg aan haar uiterlijk heeft besteed; dat het er allemaal netjes en goed uitziet. Het *burgerlijk criterium* van 'netjes, keurig, opgeruimd, alles op zijn plaats' is in dit woordgebruik op de voorgrond getreden.

Tenslotte is het nog de moeite waard het begrip *zorg* eens te zetten naast enkele belendende begrippen zoals *service*, *hulp* en *helpen*.

Onder *service* moet volgens Van Dale worden verstaan: dienst, bediening, dienstbaarheid, dienstverrichting. Het is van grote betekenis dat wij in het begrip zorg nergens dat aspect van dienstbaarheid tegenkomen. Service richt zich, juist als zorg, op verbetering of instandhouding van mensen, dingen en processen. Maar de kapper die ons uiterlijk in stand houdt of verbetert, rekenen wij veeleer tot de dienstverleners dan tot de zorgverleners. Als wij 'service' krijgen voor onze koelkast heeft dat meer te maken met zakelijk intact houden of repareren, dan met liefdevolle toewijding, die als kenmerk tot het zorgbeeld is beperkt.

Bij de verdere ontwikkeling van het inzicht in de zorgverschijnselen zullen deze verschillen tussen *zorg* en *service* van grote betekenis zijn.

Onder *hulp* moet worden verstaan, als kern van het begrip: een ander bijstaan die met iets bezig is. Deze bijstand is dus secundair aan datgene wat de hoofdpersoon aan het doen is. Helpen kan dan twee betekenissen hebben. Het kan het werk van de hoofdpersoon *verlichten*. Zonder hulp zou die het werk echter ook wel zelf hebben kunnen doen. Een voorbeeld uit het dagelijks leven: Margriet helpt moeder met de afwas. Een tweede betekenis van helpen is: iemand bijspringen die zelf iets *niet* klaar kan krijgen. De drenkeling roept: help, help! (en nooit: zorg, zorg!). De inhoud van het begrip helpen is dus *onbepaald* wat betreft datgene waarvoor de hulp nodig is. Zo kan men een moordenaar helpen bij zijn moord, of een verplegende helpen met zorgen.

Hulp en zorg vallen in dit laatste geval in de helper samen, zij het ook dat hij zelf nog geen zorgverlener wordt door het feit dat hij een zorgverlener helpt bij diens taakvervulling. Immers het voortdurend vorm geven aan de taak van het zorgen komt de helper niet toe. Hij behoeft dat niet te doen; hij krijgt zijn werk opgedragen van degenen die hij helpt.

De begrippen zorg en hulp scherp te onderscheiden zal van nut zijn om de werkzaamheden van de verpleging beter te kunnen omschrijven.

Nu is het ook duidelijk dat de woorden 'zelfhulp' en 'zelfhulpgroep' niet erg goed gekozen zijn. Men helpt *elkaar* bij een bepaalde zorg, bijv. een ziekte of stoornis waaraan alle leden van de groep lijden. 'Zelfhulpgroep' is een klakkeloze vertaling van het Amerikaanse 'selfhelpgroup'.

Omdat het woord intussen in Nederland is ingeburgerd zullen wij het verder toch maar blijven gebruiken, al zouden wij de term 'mantelzorggroep' juist vinden.

Uit het spraakgebruik kunnen wij ook leren, waarop de zorg en het zorgen van de mensen *gericht* kunnen zijn.

Allereerst is er het zorgen voor het leven zelf en de levensbehoeften: 'Zorg jij voor het eten?' Zorgen voor het vee. Voor de kinderen zorgen. Deze zorg

is vooral gericht op materiële aspecten: dingen, planten, dieren, mensen. Ze kan verder gaan en, wanneer in het noodzakelijkste voor het bestaan is voorzien, zich richten op andere zaken zoals: zorgen voor comfort, orde, veiligheid, schoonheid, de toekomst. 'Vóór zorg voorkomt zorg'.

Ze kan ook onstoffelijke zaken beogen: zorg voor gezelligheid, sfeer. Zorg voor 'menselijke warmte', attentie. Zorg voor relaties. Zorg voor onderwijs, zorg voor eigen menselijke ontplooiing.

Intussen is de vraag blijven bestaan, waarom het woord zorg twee zo heel verschillende betekenissen heeft:

- enerzijds: kommer, angst, bezorgdheid, nood;
- anderzijds: toewending, behartiging, leniging.

Het moet toch een zin hebben, dat de mensen voor twee zo verschillende groepen van verschijnselen één en hetzelfde woord zijn gaan gebruiken. Hiervoor blijkt een structurele grond aanwezig te zijn. Immers, de twee sectoren van zorg staan in nauwe relatie. De ene roept de andere op. De eerste betekenis van zorg: kommer, nood, bevat de *zorgvraag*. De tweede betekenis, zorg voor, houdt het antwoord in op die zorgvraag, de *leniging* ervan.

De nood, kommer, zorgbehoefte aan de ene kant en de opheffing, de beëindiging ervan aan de andere kant zijn als het ware twee pijlers waarop de activiteit van 'het zorgen' rust als een brug. We kunnen die samenhang in een model weergeven.

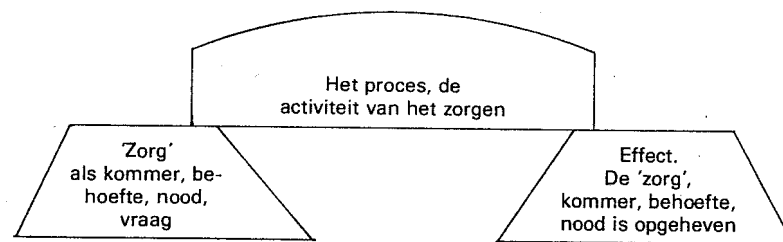


Fig. 1

6. De taal als zorgsignaal

Op grond van de grote betekenis bij het verlenen van zorg willen wij hier nog iets zeggen over het gebruik van de taal als zorgsignaal. Bij de bespreking van het zorgen van dieren voor elkaar, hebben we al kennis gemaakt met zorgsignalen, handelingen of zintuiglijk waarneembare prikkels, die de ontvanger van die prikkel tot zorg uitnodigen of die de

bereidheid tot zorg en toewending kenbaar maken. Bij de chimpansees zagen wij dat het smakken bij het vlooiën zich heeft ontwikkeld tot een zorgsignaal, een teken van bereidheid tot zorgen en dus ook een teken tot het afzien van agressie.

De vraag ligt voor de hand: hebben de mensen *ook* zulke signalen? Men heeft inderdaad in de *glimlach* van de mens een signaal herkend. De glimlach ontwapent, brengt bijeen, roept vertrouwen op in elkaars bedoelingen. Maar een echte glimlach kan maar kort duren.

De Utrechtse etholoog J. van Hooff heeft een belangrijk zorgsignaal aangewezen dat hij 'gromming talk' heeft genoemd: 'verzorgend babbelen'. Deze gespreksvorm lijkt mij in de zorgverlening erg belangrijk. Het 'soignerend of verzorgend babbelen' onderscheidt zich van allerlei andere gespreksvormen. Het is geen informatief gesprek, want men zegt elkaar niets, dat de ander nog niet weet. Het is geen verklarend gesprek want er wordt niets opgehelderd. Veel mensen zullen het afdoen als geklets. De inhoud van het 'verzorgend babbelen' is beide gesprekspartners vertrouwd.

'Eindelijk weer eens een zonnetje vanmorgen! Ja heerlijk, na al die regen! Het is er anders wel koud bij! Nou ja, maar dat is ook de tijd van het jaar, hè'.

De gesprekspartners roeren thema's aan die ze beiden kennen en waarover ze het eens zijn. Het gesprek kan dus onmogelijk spanningen oproepen. Het mist ten enenmale elke bedreiging. Het wordt aangegaan met een ander oogmerk dan informatie, verklaring of discussie. Het gesprek blijkt een functie te vervullen die men zou kunnen omschrijven als 'de verlengde glimlach'. Het duidt aan dat men zich tot elkaar wil toewenden.

Zoals het zorgsignaal van de apen, het smakken met de lippen, gevolgd wordt door de verdere vertrouwelijke toewending van het elkaar vlooiën, wordt hier het eerste toewendingssignaal, de glimlach, gevolgd door het 'soignerend babbelen'. Ook bij allerlei zakelijke gesprekken wordt het 'soignerend babbelen' vaak als aanloopje gebruikt om de sfeer te ontspannen. Zo beschouwd is het 'praatje' tussen cliënt of patiënt enerzijds en zorgverlener anderzijds van heel groot belang. Ligt hier ook niet de voornaamste reden dat een patiënt makkelijker zijn hart uitstort bij een leerling-verpleegkundige die hem verzorgt en een 'praatje' met hem maakt? De gesprekken tussen hoofdzuster en patiënt hebben naar mijn ervaring veel vaker een informatieve inhoud: 'Hoe hebt u geslapen? Hebt u nog ontlasting gehad?' enzovoort. Doordat een informatief gesprek niet de toewendingssignalen bevat die het 'soignerend babbelen' kenmerken, zal een vertrouwelijk contact er niet spontaan door bevorderd worden.

Wij komen hiermee tot de conclusie, dat het 'soignerend babbelen' in veel

relaties tussen patiënt en hulpverlener in de gezondheidszorg van grote betekenis kan zijn en dat het meer aandacht, erkenning en toepassing verdient.

7. Samenvatting

In de dierenwereld, los van elke cultuur, hebben wij zorg aangetroffen in overvloed. Zorg voor het in stand houden van het eigen individu: *zelfzorg*; *zorg voor anderen*, zwakke individuen, jongen, die zorg nodig hebben; en soms zelfs *zorgorganisaties*, zoals bij de mieren en de bijen waar de taken onderling verdeeld worden: zorg voor het broed, zorg voor voedsel, zorg voor de voortplanting en zorg voor de veiligheid.

Uit het taalgebruik hebben we afgeleid dat zorgen een enorm veelomvattend bezig zijn is, waarin we allerlei verschillen kunnen waarnemen die in woorden zijn uitgedrukt: zorg, zorgen, helpen, verzorgen, bezorgd, zorgzaam, zorgvuldig, et cetera. Het belangrijke van deze benaderingen bestaat vooral hierin, dat het niet gaat om een mening van de schrijver, of van andere onderzoekers. Nee, het gaat om begrippen die door miljoenen Nederlanders in verloop van vele eeuwen gestalte gekregen hebben en verstaan zijn. Ik kan daar nog aan toevoegen dat soortgelijk onderzoek naar het taalgebruik inzake zorg bij de ons omringende volkeren: Engelsen, Duitsers, Fransen, vergelijkbare resultaten opleverde. (Zie eventueel de druk.)

Vanuit dierenwereld en taalgebruik moeten wij zorg en zorgen wel herkennen als een centraal verschijnsel dat inherent is aan het leven zelf. Zorgen is niet iets dat er *ook nog* is naast talloze andere menselijke bezigheden. Nee, het staat centraal. Deze wijde, existentiële betekenis van het zorgen is oer-oud. Het Franse woord *soigner* is afgeleid van het Frankische 'sunnjôn', dat de algemene betekenis had van 's'occuper de', bezig zijn met. Al 15 eeuwen geleden werd in het Frankenland bezig zijn benoemd met een woord dat wij als zorgen herkennen.

Uit dierenwereld en taal is duidelijk af te leiden dat dit bezig zijn zich op tal van objecten kan richten. Op de wereld die ons omringt: de akker, het vee. Zorgen voor ploegen, mesten, zaaien en oogsten — zorgen voor het vee. Zorg voor de woning en kleding, zorgen voor eten en drinken. Zorg ook bij feesten, bij viering, bij sterven en rouw. Zorgen voor zichzelf en voor elkaar.

Het verschijnsel zorg komt ons voor ogen als een voortdurend bezig zijn van dieren en mensen om *negatieve* ervaringen of verwachtingen om te zetten in *positieve* effecten: honger in verzadiging, wanorde in orde, onbeschuttheid in geborgenheid, angst en bedreiging in veiligheid, een-

zaamheid in gezelligheid, verdriet in berusting, knop in bloesem, bloesem in vrucht — ook in de zin van de menselijke persoonlijkheid. In het kader van dit boek moeten wij daaraan toevoegen: ziekte in gezondheid, handicap in adaptatie, gezondheid in blijvende gezondheid.

Nu moeten wij echter bedenken dat de mensheid ook een *geschiedenis* heeft. Perioden van grote armoede en van grote welvaart wisselen elkaar af. Wat gebeurt er dan met het zorgen? Er zijn culturen met geringe of met een sterke organisatie. Er zijn religies en geestelijke stromingen. Wat gebeurt er onder al die omstandigheden met het verschijnsel zorg? En bovenal tenslotte: hoe staat het met het zorgen in onze tijd? Hoe en waar bevinden wij ons in het grote spectrum van mogelijkheden? Als wij daarop kijk hebben gekregen, zullen wij beter weten wat ons te doen staat. In het algemeen als mens, als zorgverlener in het bijzonder. Een onderzoek naar het zorgen in verschillende cultuurperioden is dus noodzakelijk. In het volgende hoofdstuk gaan wij daarop in.

ZORG ALS CULTUURVER- SCHIJSSEL

1. BEWUSTZIJN EN ZORG

Het kenmerk van het menselijk zijn, het bewustzijn, is de bron waaruit alle vragen voortkomen die de mens bestormen. Hij vraagt naar het waarom en het hoe van de dingen. Hij vraagt naar zijn eigen bestaan: wat dat betekent, welke zin het heeft. Hij onderscheidt zich daarmee van al het levende doordat hij *afstand kan nemen* van alles wat er bestaat, inclusief zichzelf. Doordat de mens niet alleen *bestaat* en net als het dier de drang heeft om dat bestaan van zichzelf en zijn soort veilig te stellen, maar daarenboven dat bestaan bewust doorleeft als opgave, als iets dat *zin* moet krijgen, ontstaat een hele reeks nieuwe perspectieven: de bewustwording van zichzelf als opgave, de vraag naar de zin van angst, kommer, pijn, verdriet, lijden, het vreemde zijn en eenzaam zijn in de baaierd van een wereld waarin hij zijn bewustzijn ervaart als een klein eiland in een onmetelijke oceaan. Dit menselijk zijn scheidt nieuwe vragen en mogelijkheden. Zorg heeft hogere sferen bereikt. Ze is meer dan de automatismen die 'instinctief' en onvoorwaardelijk werkzaam zijn in het dier, dat zorgen moet om zichzelf en zijn soort in stand te houden in een vijandige wereld. Voor de mens is door het bewustzijn de ruimte geschapen om te *kiezen*. Hij kan dus goed maar ook slecht voor zichzelf zorgen. De rijkdom van het *bewustzijn* belaaft hem met een grote verantwoordelijkheid.

Het herkennen in de ander van de eigen moeilijkheden en de kwetsbaarheid die het bewustzijn meebracht, is de basis voor een nieuw soort solidariteit. Men herkent elkaar niet meer slechts als soortgenoten, maar nu ook als lotgenoten op een zelfde schip, als pelgrims op een zelfde tocht. Daar wordt in het bewustzijn iets heel nieuws geboren dat het diergedrag overstijgt: liefde voor de ander, bezorgdheid, bereidheid tot zorgverlening, toewending, toewijding. Het zijn elementen die wij allen in het spraakgebruik en de beeldvorming van zorg bij de mensen tegenkomen als zij het woord zorg noemen (hoofdstuk 2). De mens kan goed voor anderen zorgen,

maar zijn keuzevrijheid geeft hem ook de mogelijkheid om *slecht* of niet voor anderen te zorgen. Wij moeten nu dus de motieven onderzoeken, waarom een mens goed voor zichzelf wil zorgen en waarom hij goed voor anderen wil zorgen.

2. MOTIEVEN OM TE ZORGEN

Om de behandeling van het onderwerp niet nodeloos ingewikkeld te maken en binnen het kader te blijven waarin wij de meeste van onze waarnemingen verricht hebben, beperken wij ons tot de zorgmotieven voor *gezondheid en het voortbestaan*.

Er komen dan twee hoofdvragen aan de orde, die wij achtereenvolgens zullen behandelen:

- a. Wat zijn de motieven voor zelfzorg voor gezondheid;
- b. Wat zijn de motieven om voor de gezondheid van *anderen* te zorgen.

a. Zelfzorg voor gezondheid

Het eerste motief om voor onszelf te zorgen dat wij onderkennen komt voort uit de sterkte en onontkoombaarheid van een *directe behoefte*. Als je vreselijke honger of dorst lijdt, *moet* je er wel op uit om te zorgen dat je wat te eten of te drinken krijgt. Zulke zelfzorg is geen vrije keuze. Om voedsel naar binnen te krijgen *moet* je wel kauwen en moet je het doorslikken. Naarmate een mens beter in staat is om voor zijn primaire levensbehoeften te zorgen, kan de *kwaliteit* van dat zorgen toenemen.

Zo valt er bijvoorbeeld weinig te kiezen, als men – zoals in vroeger tijden vaak het geval was – 's winters alleen maar de beschikking had over gort, erwten en wat spek. Van een voldoende gedifferentieerd, gezond, voedselpakket is dan geen sprake. Het gaat er dan maar om of je al dan niet 'je buik kunt vullen'. De kwaliteit van de zelfzorg voor voeding is dus niet alleen afhankelijk van kennis omtrent voedsel en goede voedingsgewoonten, maar ook van *beschikbaarheid* van goed voedsel. Naast een persoonlijk, intern aspect is er ook een extern of omgevingsaspect. Deze gedwongen zelfzorg voor gezondheid betreft niet louter het puur lichamelijke. Ook zorg voor geestelijke gezondheid kan een noodzaak zijn. Een mens die getroffen wordt door verdriet, bijvoorbeeld een sterfgeval van een geliefde, moet zorgen dat te verwerken. Hij moet zelf trachten om met het rouwproces klaar te komen en zijn geestelijk evenwicht te hervinden.

Een tweede motief voor goede zelfzorg kan gelegen zijn in *verstandelijke overwegingen*. Men weet bijvoorbeeld dat het gezond is om voor zijn lichaamshygiëne zorg te dragen. Daarom went men zich aan om zich op gezette tijden te wassen, zijn gebit te verzorgen, etcetera. Maar het weten op zichzelf blijkt vaak een zwak motief te zijn. Onze GVO, gezondheids-

voorlichting en -opvoeding, heeft die les in de voorbije jaren wel geleerd. De hoop dat kennis van gezond voedsel, gezonde leefgewoonten en gevaren voor de gezondheid (bijvoorbeeld roken, drugs, snelverkeer) zou leiden tot een betere zorg voor eigen gezondheid, is helaas grotendeels ijdel gebleken.

Een derde belangrijk motief om goed voor je eigen gezondheid te zorgen komt tot uitdrukking in onze *attitude*: dat is de houding die een mens zich heeft verworven. Het gaat daarbij om een aantal gewoonten, in dit geval goede gewoonten ten aanzien van het intact houden van de eigen gezondheid. Die gewoonten zijn aangeleerd vanuit de omgeving. Zij worden sterk bepaald door wat de anderen om ons heen als normaal gedragspatroon vertonen. In een hele bevolking pleegt veelal een overheersend patroon van waarden en gewoonten aanwezig te zijn, waaraan de meeste leden van die bevolking zich min of meer vanzelfsprekend houden. Het 'hoort zo' om zich te gedragen in overeenstemming met wat 'men' doet. Wij noemen dat een *cultuurpatroon*.

Zulk een cultuur wat betreft gezondheid kan gunstig zijn of ook ongunstig. Wij zullen dat nader onderzoeken, wanneer wij ons met verschillende culturen gaan bezighouden.

b. Zorg voor anderen

Ook hier is het spanningsveld tussen het onvoorwaardelijke zorggedrag van het dier en de keuzevrijheid van de mens terug te vinden. We moeten ons dan allereerst realiseren dat de kern van het dierlijke zorggedrag vooral te vinden is in het zorgen voor het nageslacht. Van het 'moeder-kind'-zorggedrag bij de mens vormt die laag een herkenbaar bestanddeel. De vrijheid van handelen is hier ook bij de mens klein. De moeder heeft immers een vanzelfsprekende zorg voor haar baby, ongeacht of die nu mooi is of lelijk, veelbelovend of misschien debiel. Zij *moet* zorgen voor haar kind, vanuit een innerlijke drang, ongeacht of zij later er plezier aan zal kunnen beleven. Erich Fromm¹⁵⁾ zegt daarover: 'Zij zorgt alleen omdat het nieuwe schepsel haar kind is'. Haar zorg is volstrekt niet afhankelijk van wat het kind jegens of voor haar doet, noch van enige verplichting van de zijde van het kind! De 'volksmond', die vaak menselijke wijsheid van vele eeuwen uitspreekt, spreekt van een 'ontaarde moeder' als zij haar kind in de steek laat of in zorg ervoor ernstig tekort schiet. Het gaat om een soort zorg die *in haar aard* zit, in haar geaardheid, in haar verbondenheid met de aarde, met het levende op aarde. Van een verpleegster die een patiënt in de steek laat zal men zeggen dat het een slechte of onbruikbare verpleegster is, maar men zal niet spreken van een 'ontaarde' verpleegster.

De meeste menselijke zorgniveaus zijn niet onvoorwaardelijk; zij liggen niet besloten in de menselijke aard; zij zijn afhankelijk van menselijke keuzen. Bij verder onderzoek zal blijken dat deze stelling opgaat voor heel wat soorten menselijke zorg.

De 'vrije' zorgpatronen moeten wij dus nu op hun *voorwaardelijkheid* onderzoeken. Wat voor voorwaarden zijn er te vinden, die de mens kunnen doen besluiten tot het verlenen van zorg.

Laten wij beginnen met een voorbeeld.

In de dierenwereld is er vrijwel geen plaats voor leniging van zorgbehoefte van het bejaarde dier. Na voltooiing van de voortbrenging is het individuele voortbestaan voor de soort onbelangrijk geworden.

Veel planten sterven na zaad te hebben gevormd; de dar wordt doodgestoken nadat hij de bijenkoningin heeft bevrucht; het oude dier dat niet meer mee kan, wordt niet verzorgd door de kudde. Het blijft achter en gaat ergens liggen sterven.

Maar nu de menselijke bejaarden. Er kunnen tal van motieven zijn, op grond waarvan andere mensen ervoor kiezen om zorg aan hen te verlenen. Laten wij ze maar eens uit de dagelijkse werkelijkheid in verleden en heden nagaan. We zien dan dat een bejaarde soms verzorgd wordt omdat hij *macht* bezit: bijvoorbeeld een oude tiran, een suikerroom. Of men verzorgt een bejaarde omdat hij ervoor *betaalt*. Ook verzorgde men vaak een bejaarde omdat hij nuttig was. In het vroegere drie-generatiesgezin hadden opa en oma duidelijke taken die de ouders ontlastten, zoals zorg voor kleine kinderen, enige zorg voor het eten. Daartegenover ontvingen zij dan weer zorg waaraan ze behoefte hadden.

De drie geschetste situaties tonen nog geen duidelijk altruïstische motieven. Ze liggen vooral op het niveau van eigenbelang: 'Ik geef zorg en krijg daar iets voor terug wat de moeite waard is.' Maar als men zorgt uit dankbaarheid, uit naastenliefde of uit gewoonte, komen ook andere motieven aan de orde.

Wij kunnen nu trachten door het beschouwen van een aantal verschillende zorgsituaties de verschillende categorieën van motieven te achterhalen, die de mensen bewegen tot het verlenen van zorg aan andere mensen. De volgende lijken mij duidelijk te onderkennen.

1. *Het economisch motief*

De zorgbehoevende koopt zorgverlening als arbeid. In onze huidige maatschappij heeft het economisch motief een steeds grotere plaats ingenomen. Tegenover het verrichten van verzorgende arbeid staat geld als tegenprestatie. In een zorgverlenend beroep is dit veelal als belangrijk motief aanwezig.

De tegenprestatie behoeft echter niet direct te zijn gekoppeld aan de

zorgverlening. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer zorg wordt verleend aan een welgesteld familielid, met het oog op de erfenis.

2. *Het wederkerigheidsmotief*

Men zorgt wederzijds voor elkaar en verdeelt de diverse soorten zorg die in een groep nodig zijn over de groepsleden volgens gewoonte of afspraak. Een typisch voorbeeld is het gezin waar de ene partner zorgt voor het eten klaarmaken, de kleding en de woning, en de andere voor geldelijk inkomen, veiligheid etcetera. Zoals wij al eerder vermeld hebben, valt de zorg voor de kinderen daar in onze maatschappij niet onder, want de kinderen ontvangen zorg waarvoor zij niet in materiële zin iets 'terugdoen'. Wel is er sprake van voldoening bij de ouders over het opgroeien en de al dan niet vermeende prestaties van hun kinderen, de liefde of zelfs dankbaarheid die ze terugontvangen. Toch wordt de zorg aan de kinderen niet gegeven *omdat* die er iets voor teruggeven. De tegenprestatie is niet als belangrijk motief aanwijsbaar.

Vroeger bestond die wederkerigheid echter in veel sterkere mate. Ouders hadden de verwachting dat als ze oud en hulpbehoevend zouden zijn, de kinderen voor ze zouden zorgen. Kinderen grootbrengen was dus een vorm van zorgen voor de oude dag.

Het wederkerig zorgen in een kleine groep blijkt een bijzonder belangrijk zorgverschijnsel te zijn. Om het gemakkelijker bespreekbaar te maken hebben we het 'mantelzorg' genoemd, zorg die de groepsleden 'verwarmt' omdat ze er elkaar — als een mantel — mee omgeven.¹⁶⁾

De sociale netwerken waarin mantelzorg aan elkaar wordt gegeven op basis van de bereidheid tot wederkerigheid zijn vooral het huishouden, de burenen- en de vriendenkring. In de laatste jaren is daarbij nog de groepsvorming van lotgenoten die met een zelfde euvel te kampen hebben, gekomen. Mantelzorg is een zó belangrijke zorgsector, dat wij er een heel hoofdstuk aan zullen wijden.

3. *Het solidariteitsmotief*

De mensen zijn niet louter soortgenoten, maar ook lotgenoten in dit bestaan. Allen sterfelijk, allen onder de bedreiging van ziekte en invaliditeit, allen op weg naar ouderdom en afhankelijkheid.

Op basis van dit gegeven wordt liefderijke zorg gegeven in kleine gemeenschappen zoals gezin en familie, en in de grotere gemeenschappen zoals buurt, wijk en dorp. Er kan heel wat echte liefde en toewijding aan die zorg te pas komen. Vaak speelt dankbaarheid een rol, of een traditie van opkomen voor elkaar (wijk). De zorg die men geeft, geeft men vaak met vreugde en overgave. Als uitgesproken overtuiging treffen we dit motief aan in het humanisme en het socialisme.

4. *Het onontkoombaarheidsmotief*

Men verleent zorg omdat men binnen het kader van de bestaande maatschappelijke criteria nu eenmaal niet anders kan. Iemand valt op straat, krijgt een aanrijding, valt in het water of zakt door het ijs. Men zal zorg verlenen, soms met grote tegenzin.

Hier speelt solidariteit op de achtergrond ook wel een rol, maar dan met een minteken. Ook in gevallen waarin zorg absoluut nodig is en blijft maar er geen alternatief is doordat geen andere mens of 'instantie' de zorg op zich neemt, zal het onontkoombaarheidsmotief in werking kunnen treden. 'Je kunt de oudjes toch niet op straat zetten!'

5. *Het zingevingsmotief*

Het verlenen van zorg geeft aan het leven van de zorgverlener vaak een voldoening schenkende inhoud. Men is nuttig bezig: men verzacht leed of verbetert levensvoorwaarden.

Tegenover de last van het zorgen staan de persoonlijke ontplooiing en zingeving van het eigen bestaan.

6. *Het uniciteitsmotief*

Als het waar is dat iedere mens volstrekt uniek en eenmalig is en dus ook op unieke wijze gestalte moet proberen te geven aan zijn onherhaalbare individuele mens-zijn, dan is de waarde van elk individu zo groot dat ieder recht kan doen gelden op alle zorg die mogelijkerwijs gegeven kan worden — hoe veel of moeilijk dat ook moge zijn — ten einde hem in staat te stellen zijn levensontplooiing zo compleet mogelijk te voltrekken.

Dit principe is duidelijk terug te vinden in tal van zorgverlenende organen in de westerse samenleving, de gezondheidszorg voorop. Het zelf beleven ervan kan een psychologisch motief opleveren om voor anderen te zorgen.

7. *Zorg uit angst*

De zorg voor bejaarden kan voortkomen uit angst voor de eigen oude dag en de hoop, dan zelf ook goed verzorgd te worden.

De zorg kan ook gericht zijn op het uitschakelen van bedreigende factoren uit de buitenwereld, om goden en demonen gunstig te stemmen bijvoorbeeld, of om hun toorn af te wenden. Uit soortgelijke motieven kan bijvoorbeeld ook zorg worden besteed aan de geesten van overledenen, op grond van geloof in het goede dat zij voor de nabestaanden nog kunnen bewerken, of ter afwending van het kwaad dat zij hen zouden kunnen berokkenen als niet alle behoorlijke zorg aan hun lijk, begrafenis en graf wordt besteed. Het 'behoren' speelt hierbij een grote rol. Vaak heeft dit gestalte gekregen vanuit de mythen in een dergelijke cultuur. Het 'behoren' van deze soorten zorg is dan zeer sterk geformaliseerd in codes, rituelen,

gebruiken en liturgieën, die er dikwijls toe neigen een eigen leven te gaan leiden.

8. *Liefdevolle zorg als goddelijke opgave*

Het grote adagium van het christendom: 'Hebt God lief, en uw naaste als uzelf', en 'Dit is mijn gebod: dat gij elkaar liefhebt', heeft onmetelijke hoeveelheden zorg voor de medemens bewerkstelligd. Het motief van die zorg was liefde om Gods wil. De liefde moet werken. Het geven van zorg aan armen, eenzamen en zwervers, zieken, invaliden en bejaarden wordt al zo'n twaalf eeuwen als opdracht en taak beschouwd door kloostergemeenschappen van religieuzen, aanvankelijk meest monniken, later vooral zusters en diaconessen. De toewijding en liefde waarmee dat geschiedde in de ziekenhuizen, binnen de beperkingen van het mens zijn en zijn zwakheden, heb ik met grote bewondering nog volop kunnen beleven. Sommigen zullen zich afvragen of dit zorgmotief niet onder 7 thuishoort en het liefdevolle zorgen in het christendom niet eenvoudig geschiedt uit angst om de eeuwige zaligheid te verliezen, of met het doel de toorn van de god van de christenen af te wenden. Vanuit de culturele antropologie (zie Claude Levi-Strauss) wordt het verheffen van het christendom boven de 'heidense' godsdiensten gebrandmerkt als westerse arrogantie: 'Alleen wij hebben de ware god'.

Nu is dit niet de plaats om dieper op deze kwestie in te gaan. Ik heb motief nummer 8 toch apart opgenomen, omdat juist in de christelijke religie zo'n grote nadruk valt op het gebod van de naastenliefde en dit geleid heeft tot zulk een enorme hoeveelheid toewijding, liefdevolle zorg en enthousiasme om zich te wijden aan de leniging van de noden van anderen.

Bij de vele zorgverleners die ik goed heb gekend, heb ik het angstmotief eigenlijk nimmer duidelijk kunnen waarnemen; wel de idee, zich hier op aarde verdienstelijk te willen maken om daarmee de eeuwige zaligheid waardig te worden.

9. *Zorgen uit geldingsdrang*

De zorgverlener helpt een behoefte van de zorgvrager te vervullen. Het feit dat hij dit doet en de manier waarop hij het doet plaatsen hem in een machtspositie ten opzichte van de zorgontvanger. De volkswijsheid heeft dat al eeuwen onderkend en uitgesproken in de zegswijze 'Het is beter te geven dan te ontvangen'. Vooral mensen die in aanleg sadistische neigingen hebben en graag anderen overheersen, zullen vaak onbewust onder de dekmantel van edele motieven er toe gedreven kunnen worden veel zorg voor anderen op zich te nemen.

10. Zorg voor bejaarden om hun wijsheid te conserveren

In deze tijd zullen velen dit motief niet kennen, omdat de status van bejaarden in onze samenleving laag is. Maar er zijn andere cultuurperiodes geweest waarin de ouden, de 'gerontes', in hoog aanzien stonden. Zij waren de dragers van een schat aan kennis en ervaring en dienden dus met zorg te worden omringd. Misschien zegt het beeld van de oude boer nog iets, met zijn kennis van de precieze tijden van zaaien en maaien; of het woord *senaat*: de raad van ouden, van mensen in het *senium*! Anderen zal het beeld voor ogen komen van de hoogbejaarde Paus Johannes XXIII.

11. Zorgen uit vanzelfsprekendheid

Zorgbehoefte is er nu eenmaal, dus moet er iets aan gedaan worden. Hoofd en handen van de mens 'staan ernaar' om gebruikt te worden en te doen wat op hun weg komt. Toen men de bergbeklimmer Hilary vroeg waarom hij zich al die inspanning getroost had en zoveel gevaren getrotseerd om op de top van de Mount Everest te komen, antwoordde hij: 'Because it's there.'

Pluriformiteit van menselijke zorgverlening

Het lijkt mij dat de motieven voor zorgverlening zelden of nooit enkelvoudig werkzaam zijn. Meestal is een vrij ingewikkelde mengeling van meer en minder bewuste motieven in het spel.

De voorwaardelijkheid van het menselijk zorggedrag blijkt uit het feit dat zorg wordt verleend op basis van allerlei voorwaarden. Op het signaal: zorgbehoefte, en het besluit: zorgverlening, treedt niet een automatisme in werking dat een bepaald gefixeerd gedragspatroon oproept. De veelheid van mogelijkheden waar de bewuste, creatieve mens over beschikt, is er de oorzaak van dat de zorgverlening niet een uniform karakter vertoont, maar een pluraliteit van zorgpatronen ten toon spreidt. Door de uniciteit van iedere zorgverlener en -ontvanger krijgt zorg telkenmale opnieuw gestalte. Menselijke zorg kan geen eenvoudige routine zijn, geen herhalingsrecept. Altijd zullen er de elementen toewijding, zorgvuldigheid en behartiging inzitten die het spraakgebruik gestandaardiseerd heeft. Maar telkens zullen die alleen opnieuw gestalte kunnen krijgen door eindeloze vindingrijkheid in de veelheid van verschillende omstandigheden. Wij hebben al gezien dat het menselijk gedrag mede tot stand komt door invloeden vanuit de omgeving. Onder bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld van klimaat, welvaart en ontwikkeling, hanteert men bepaalde waarden en gewoonten die door een hele bevolking als normatief worden beleefd. We spreken dan van een cultuur.

Doordat tal van handelingen in een bepaalde cultuur op een specifieke wijze behoren te gebeuren, ontstaat er dus toch een heel netwerk van

routines. De Persoonlijke variaties daarop zijn weliswaar mogelijk, maar die worden begrensd door het kader van 'hoe het hoort'.

Wanneer wij zorg en zorgen willen onderzoeken in allerlei verschillende culturen, kunnen we daarbij weer gebruik maken van onze survey-methode en bij allerlei verschijnselen van zorgen de vraag stellen: 'Wie zorgt voor wie; waarom, waarvoor en hoe?'

In de loop van de eeuwen en verspreid over de hele aarde zijn er, zo blijkt dan, zeer verschillende culturen ontstaan, met ook wat het zorgen betreft een grote verscheidenheid aan verschijningsvormen.

De *zorgbehoeften* blijken grote verschillen te vertonen; de daarop aansluitende *zorgprocessen* en de beoogde *effecten* van het zorgen al evenzeer. Er is dus een grote pluriformiteit te vinden in de menselijke zorgverlening. Ook wij, in onze eigen leefwereld, hebben een heel stelsel van waarden en gewoonten die we – het woord gewoonte zegt dat al – zó gewoon vinden, dat we er niet bij stilstaan dat het ook heel anders zou kunnen. Om onze eigen zorgcultuur met enige afstandelijkheid te kunnen bekijken en er kritisch tegenover te kunnen staan, zullen wij in het nu volgende eerst enige andere markante culturen wat nader verkennen.

We hebben gekozen voor de 'primitieve' archaische culturen, oude 'literaire' culturen, christelijke culturen en onze eigentijdse westerse cultuur. We beperken daarbij ons gezichtsveld zoveel mogelijk tot de zorgverschijnselen.

3. ZORG IN PRIMITIEVE, ARCHAÏSCHE CULTUREN

Het bewustzijn schonk aan het bestaan een nieuwe dimensie: het afstand kunnen nemen van zichzelf om zichzelf te beschouwen, en het afstand nemen ten opzichte van de wereld. De mens kan zich buiten de wereld denken. Het afstand nemen van zichzelf is ook afstand nemen tot de dood; zich een oneindigheid kunnen denken, een 'über-die-Welt-hinaus-sein'. Het beschouwen van de natuur met de afstandelijkheid die door het prille bewustzijn mogelijk wordt gemaakt, is nog een 'vragend beschouwen'. Het 'kunnen zijn' van het menselijk beschouwen is het 'totaalbegrijpend beschouwen'. Het niet-begrijpend, vragend beschouwen van de natuur roept het verschijnsel levensangst of wereldangst op. Die onbegrepen krachten vervullen de mensen met eerbied en huiver, die de gestalte krijgen van goden en mythen. Ze verschaffen hem wellicht niet de uiteindelijke verklaringen voor de verschijnselen, maar toch wel een afname van zijn spanningen, een stukje evenwicht.¹⁷⁾ Een stap verder ontstaan pogingen om de omringende wereld te gaan beheersen. Uit de mythen ontspringen handelingen die ze bevestigen en versterken: zorghandelingen, die een magisch-rituele beheersing van de omringende wereld voorstellen. Ook de zorg voor nog onbegrepen noden van de mens, zoals invaliditeit en

ouderdomsveral, zal in dit mythisch-religieuze kader geplaatst moeten worden¹⁸). Het is heel begrijpelijk dat de functies van arts en priester hier nog samenvallen. De eerste voorwaardelijke zorgpatronen van de mens, boven de zorg voor zijn materiële bestaan die hij deels met de dierenwereld gemeen heeft, moeten gericht zijn geweest op zijn goden en demonen en op zijn doden.

Deze hypothese heeft als grond dat zij logisch past in het geheel van onze waarnemingen tot nu toe. De verschillende zorgpatronen in de hele biosfeer geven een evolutie te zien van eenvoudige, noodzakelijke, op het stoffelijke bestaan gerichte zorg naar hogere zorgniveaus voor noden die voortspruiten uit het bewustzijn van de menselijke geest, eindigend in de top van de zorg die gericht is op de individuatie, zelfrealisering, vervulling, vervolmaking van het individuele mens-zijn.

Er is echter nog een tweede belangrijke grond voor deze hypothese. Er zijn in onze wereld archaische culturen waarin wij prille zorgpatronen nog onbesmet kunnen waarnemen. Bij die vaak als 'primitief' aangeduide, thans nog bestaande culturen kan men van een speciale zorg voor zieken, invaliden, bejaarden, behoeftigen nauwelijks iets vinden. Diagnose en therapie van ziekten vertonen inderdaad belangrijke 'bovennatuurlijke' elementen¹⁸).

Een duidelijk voorbeeld van zo'n archaische cultuur vinden wij bij de Kusasi, een negerstam in Noord-Ghana die in de zestiger jaren onderzocht is, met name ter zake van zijn medische zorg¹⁹). Zij geloven aan één almachtige god, die schepper is. Hij wordt aangeropen als men in nood is, maar hij is te ver en te hoog om rechtstreeks benaderd te worden. Daartoe neemt men zijn toevlucht tot de gestorven voorouders, van wie men gelooft dat zij in Gods huis wonen. De voorouders blijven dus een belangrijke rol vervullen. Door offers verkrijgt men hun voorspraak. Dit beeld verklaart echter niet in voldoende mate de hele omringende wereld en het eigen zijn; daar is een hele reeks mythen voor nodig. De Kusasi geloven dat hun persoon uit drie componenten bestaat: lichaam, ziel en levenskracht. De ziel is, hoewel door het lichaam gevormd, een eeuwig leven beschoren. De levenskracht wordt gevormd door een groep van drie (bij de vrouwen vier) beschermgeesten. Deze kunnen echter onderling ruzie krijgen of ten prooi vallen aan bedreigende tegenstanders zoals boomgeesten of heksen. De gezondheid wordt dan verstoord.

Het hoofd van een familie brengt regelmatig offers aan de voorouders om hulp te verkrijgen bij oogst, visvangst en jacht en bescherming tegen boomgeesten en heksen. Hij bedankt ze voor hun bijstand, eveneens met offergaven. Het contact met de voorouders en de juiste offers worden met behulp van de medicijnman bepaald. De huisheer, het familiehoofd, kent alle zeden en voorschriften waaraan voldaan moet worden bij zwanger-

schap en geboorte, huwelijk en echtbreuk, dood en begrafenis (door de Fransen in het algemeen 'les rites de passage' genoemd). De zorgverlening wordt dus in hoge mate opgeslorpt door de mythische duiding en magische benadering van de werkelijkheid. Het is niet meer de werkelijkheid met haar voor ons herkenbare behoeften die centraal staat en zorg behoeft, maar het zijn de mythische achtergronden van die werkelijkheid die de aandacht opeisen en waarop de zorg zich concentreert. De zorg die besteed moet worden aan de begrafenisriten met al hun verschillen voor mannen, vrouwen, jagers, ongehuwden, ouden, opperhoofden, medicijnbezitters, vraagt niet minder arbeid en informatie dan nodig zijn bij de zorg voor ernstig zieken, operaties en allerlei ingewikkelde medische behandelingen, zoals wij die in onze eigen cultuur kennen. Maar omdat de natuurkrachten als goddelijk beleefd worden, zijn de ritens absolute voorwaarden om ook de praktische kennis die aanwezig is, *geldend* te maken. De vruchtbaarheid en de geneeskraft van bepaald voedsel, bepaalde kruiden of bloedige ingrepen worden vaak nauwkeurig onderkend, maar niettemin toegepast in een magisch kader, vooral wat de geneesmiddelen betreft die uit de buitenwereld worden betrokken (Schipperges). Studies over medische zorg bij andere voor-wetenschappelijke culturen geven een overeenkomstig beeld.^{20, 21}) Zorgverlening ter leniging van individuele nood is nog slechts op bescheiden schaal ontwikkeld. Misvormde kinderen worden bij de geboorte gedood, achterblijvers of erg moeilijke kinderen verwaarloosd zodat zij die aan de geldende levensvoorwaarden maar ternauwernood voldoen, jong sterven. Psychisch gestoorde laat men vrij rondlopen. Zijn ze agressief, dan worden ze vastgebonden of opgesloten (S. Fuchs²¹).

Het voor-wetenschappelijke wereldbeeld lijkt het resultaat te zijn van een autonome structurerende activiteit van de menselijke geest, die als het ware om wille van zichzelf mythologische, magische en totemistische stelsels ontwerpt.²²) Maar daarnaast heeft dit wereldbeeld toch ook een duidelijk nuttigheidskarakter.

De zorg voor het wonen leidt vaak tot geraffineerde bouwmethoden. De zorg voor het voedsel bestaat niet louter meer uit zoeken of jagen, zoals de dieren doen, maar ook uit kweken en veeteelt. Graan wordt verbouwd. Dieren worden gevangen en tam gemaakt. Zij leveren hun produkten aan de mens: melk, bloed, trek- en draagkracht, waakzaamheid, vlees, vet en huiden. Daartegenover draagt de mens zorg voor hun voedsel en veiligheid. De herder is daardoor een van de oudste vertegenwoordigers van een zorgberoep geworden. Kortom: de wereld is niet slechts gevuld met onbegrepen huiveringwekkende krachten. Zij laat zich met verstand, overleg en zorg in menig opzicht temmen.

4. ZORG IN OUDE LITERAIRE CULTUREN

Met literair bedoelt men dat in zo'n cultuur een geschreven taal bestond. Die kon de drager zijn van abstracte begrippen en ideeën. Literaire culturen vormen als het ware een tweedé fase na de hiervoor behandelde archaische culturen.²³⁾ In deze culturen zochten de mensen naar het *wat* van de dingen.

In verloop van de eeuwen raakten zij steeds meer vertrouwd met de wereld door het onderkennen van wetten waaraan de gebeurtenissen onderworpen zijn. De wereld begon te verliezen aan grilligheid en willekeur. Bovendien deed de mens technische ontdekkingen van grote betekenis. Het wiel, de ploeg, de hefboom, de bijl, de speer en de boog gaven hem steeds meer macht over zijn omgeving.

Volkeren die een stad kunnen bouwen als Niniwé of een tempel als die van Salomo, de pyramide van Cheops of het Parthenon in Athene, zijn niet langer alleen maar 'in-de-wereld-geworpen'. Zij oefenen in die wereld macht uit, zij *beheersen* een aantal aspecten ervan, zijn er *heer* over. Dat veroorzaakt een afname van de behoefte aan mythische verklaringen, een toename van het inzicht in de werkelijkheid, en het ervaren van een nieuw levensgevoel: het zelfbewustzijn. Geleidelijk ontstond het besef dat allerlei verschijnselen langs natuurlijke weg verklaard konden worden, maar dat de kosmos een maker moest hebben die oneindig groot en machtig is. Achnaton verkondigde hem in Egypte; Zeus was de opperheer bij de Grieken. In zijn zuiverste vorm leefde het beeld van de ene oneindige godheid bij de Israëlieten.

Door de hoofdlijn in deze ontwikkeling worden de zorgverschijnselen wezenlijk geraakt. De ongehoorde hoeveelheid zorg besteed aan de vooroudercultus kan geleidelijk afnemen. De zorg besteed aan de verering van goden is nog groot. Men denke eens aan de offers en inspanningen die het Joodse volk zich getroostte om een bouwwerk te stichten als de tempel van Salomo, of aan de grafriten voor de farao's in het Dal der Koningen, ons vooral bekend geworden door het graf van Toetanchamon.

Dit is de ene kant van de medaille, de 'oude' kant. Maar geleidelijk ontstaat steeds duidelijker het besef dat de mens in staat is om de wereld in al haar verschijnselen te kennen en te begrijpen. De menselijke nieuwsgierigheid breekt door en beleeft in de Griekse cultuur haar eerste hoogtij. De zorgverlening aan de medemens in nood kan nu machtige nieuwe impulsen ontvangen. De geneeskunde in moderne zin komt tot ontwikkeling. Wie kennis neemt van de onderzoekingen van Hippocrates en zijn school, komt diep onder de indruk van de explosieve ontwikkeling die het menselijk kennen en kunnen – en daarmee de op fysische realiteit gebaseerde zorgverlening – doormaakten.²⁴⁾ Voor het eerst horen wij van gezondheidsoorden langs de zonnige kust of in de koelere bergen, vergelijkbaar

met de badplaatsen en 'Kurorte' van nu. De betekenis van de zorg voor het lichaam door middel van hydrotherapie werd onderkend. Ons klinkt modern in de oren, dat er de mensen geleerd werd om zich lichamelijk en geestelijk te ontspannen en zich los te maken van de zorgen van het dagelijks leven. Op het eiland Cos was in de vijfde eeuw voor Christus een beroemd gezondheidscentrum annex medische school en ziekenhuis. Voor het eerst wordt in deze fase van de beschaving ingezien dat zorgverlening een menselijke taak is van hoog gehalte.

Dergelijke dienstverlening aan een medemens die zijn vertrouwen schenkt aan de zorgverlener en zich 'aan hem overgeeft', eist van de zorgverlener een hoog ethisch niveau. De beroemde eed van Hippocrates die de artsen moesten afleggen bevat de zinsnede: 'In zuiverheid en gericht op het heil wil ik mijn leven doorbrengen en mijn kunde beoefenen.' Hier is al vijftienvintig eeuwen geleden een groot humanistisch principe voor de menselijke zorgverlening tot uitdrukking gebracht. De zorgverlener dient niet alleen over technische kennis te beschikken – die elders in de eed is omschreven –, maar ook dient hij te trachten *als mens* goed te zijn, zelf zich in zijn eigen leven te richten op het heil. Met andere woorden: de Grieken verlangden van (medische) zorgverleners dat zij ook zelf bezig zouden zijn met hun eigen vervolmaking, opdat ze op uitstekende en betrouwbare wijze in staat zouden zijn om zorg te leveren aan anderen.

Wat de mythen betreft heeft de Griekse cultuur de mensheid onschatbare diensten geleverd. Zij heeft de neerslag van heel de oermenselijke ervaringswereld die in het onderbewuste als een rijke schat lag opgestapeld, toegankelijk gemaakt in de verhalen van haar mythologie, waarin tal van archetypen worden onthuld. De Griekse mythologie is niet langer uitsluitend een op goden en demonen gebaseerde wereldverklaring, maar zij onthult ook al in veel sterkere mate de diepste lagen van het mens zijn: zij is *mens*verklarend. Op geheimzinnige wijze, in beeldtaal, vertellen de mythen aan de goede verstaander over de mens en zijn geheimen en over de wereld waarin hij leeft. Ook de goden hebben hun angstwekkende afstandelijkheid verloren. Zij zijn als de mensen, behept met hun hebbelijkheden, alleen machtiger, want onsterfelijk.

De Griekse cultuur kunnen we een antropocentrische cultuur noemen. De mens staat centraal in de wereld. Zijn bewustzijn stelt hem als enig schepsel in staat, de vragen naar het zijn te stellen. Dat menselijk zijn wordt verstaan in heel de rijkdom van het ideale kunnen zijn. Voor het eerst in het bestaan van de wereld wordt de mens ook in zijn schoonheid erkend en adembenemend schoon afgebeeld. De zorg voor zijn lichamelijke en geestelijke ontplooiing heeft machtige impulsen gekregen.

De Joodse cultuur ging in een zelfde tijdsgewricht een andere ontwikke-

lingsweg. Bij hen zuiverden zich niet het mensbeeld en het wereldbeeld, zoals bij de Grieken vooral het geval was; bij hen zuiverde zich het godsbeeld. Goden en halfgoden, natuurgeesten als aard-, bos- en boomgeesten, de geesten der voorouders, heel de benauwende verzameling van begunstigers en demonen, dit alles zonk in het niet bij de glans van de oppermachtige, enige god, Jahwe, de onnoembare, die alles bestuurt en die 'al het geschapene bewaart in de palm van Zijn hand'. Het geluk van deze bevrijding van de mens uit de oerangst om het in de vreemde wereld geworpen zijn, ontlaadt zich in grandioze lyriek van psalmen en spreuken. De verhalen over het handelen van de almachtige god ten opzichte van de mens en het volk vullen *het* boek van deze cultuur, de Bijbel. De joodse cultuur ontwikkelt zich tot een theocentrische cultuur. God is daarin de grote zorgende. Hij zorgt voor zijn volk. De verhalen zijn daar vol van. Hij is het die de voorschriften geeft, de overtredingen straft, het volk uit de slavernij van Egypte verlost. Hij leidt hen door de zee en de woestijn. Hij verschaft hen manna als voedsel en water uit de rots als drinken. Hij schenkt hen een land, de overwinning op vijanden; hij zorgt voor voorspoed en welvaart; hij geneest en redt. Vaak wordt hij benoemd met het oerbeeld van de zorgende herder.

De zorgverschijnselen ontwikkelden zich in deze cultuur op basis van goddelijke geboden en voorbeelden. De ontelbare zorgtaken die bij de archaische mens uit zijn mythen voortsproten, verdwijnen grotendeels. Zeker is er de zorg voor de eredienst, maar deze laat volop ruimte voor pragmatische menselijke zorg. De mens dient zich te richten op zijn heil, zijn heil worden, zijn vervolmaking als goddelijke opdracht. De zorg voor de doden verliest haar karakter van magische vooroudercultus totaal: een nette begrafenis en rouw, en dan basta. Heel het Oude Testament is doorspekt met geboden en raadgevingen over zorg; kijk maar eens in een concordantie²⁵) onder 'cura'. Het boek Wijsheid van Jezus Sirach uit 200 voor Christus geeft een overvloed aan wijze raad voor de praktijk van het leven. Het bezig zijn met de eigen zorg voor vervolmaking wordt ondersteund door tal van raadgevingen. De zorgverlening wordt reeds uitgebreid omschreven. Grote nadruk valt op de zelfzorg voor eigen gezondheid en welzijn (Wijsheid van Jezus Sirach 37, 26-31); en de mantelzorg, de spontane zorg voor de mensen uit ieders omgeving (idem 7, 18-36).

De zorg voor de armen wordt geregeld: 'Stel een hongerig mens niet teleur en verberg u niet voor een gebroken hart. Verbitter het gemoed van de arme niet en wil hem uw gave niet weigeren. De bedrukte moet geholpen worden tegen zijn verdrukkers. Wezen en weduwen moeten zorg ontvangen.' (Wijsheid van Jezus Sirach 4, 2-10.)

Ook zorg bij ziekte wordt besproken: 'De arts moet in ere worden

gehouden. Door zijn kennis van artsenijen stilt de geneesheer de smart, bereidt de apotheker balsem . . . opdat Gods werk niet zou verdwijnen, de genezing niet van het aanschijn der aarde.' (Wijsheid van Jezus Sirach, 38, 1-15.)

5. CHRISTENDOM EN ZORG

De christen gelooft dat God, na eerst door zijn profeten tot en via het joodse volk gesproken te hebben, daarna ook direct gesproken heeft tot heel de mensheid door Jezus Christus. In hem werd het beeld van de volmaaktheid in menselijke gedaante als toonbeeld de mens voor ogen gesteld. De vervulling van het mens-zijn kreeg daardoor sterker gestalte dan ooit geschied was. De vervolmaking van de mens naar godmenschelijk voorbeeld verheft de mens wel niet tot godheid, maar verheft hem wel tot het niveau waar participatie aan het niet goddelijke mogelijk wordt.

De brug was geslagen tussen het goddelijke en het menselijke, niet alleen voor de vorst, de farao, zoals in de oude Egyptische cultuur, maar voor heel het volk, heel de mensheid. Deze wereldvisie is van vitaal belang geweest voor het streven naar menselijke ontplooiing. De wereld werd het toneel waarop het kunnen zijn van de mens als hoogste opgave gerealiseerd moest worden.

De Wijsheid van Jezus Sirach boette in aan betekenis, want armoede, ziekte, lijden en sterven bleken veiliger stations op de weg naar de volmaaktheid dan rijkdom, vitaliteit en succes.

Het menselijk lijden en de dood werden betrokken in het menselijk geluk en weggehaald uit de sfeer van ongeluk, verdriet, vergaan. De oude weg, het oude geheim, 'pathein = mathein', of te wel: lijden is rijpen als mens, kreeg een diepe zin die het menselijk bestaan boven de dagelijkse werkelijkheid uittilde: lijden en sterven van de mens konden van nu af deelname aan het verlossende lijden en sterven van de godmens Christus zijn.

Het zijn van de mens werd met een troostrijk aspect verrijkt: het verheerlijkte 'über-die-Welt-hinaus-sein'. Het lijden en sterven worden 'geheiligt', op het heil betrokken, op het voltooid raken als mens. De christelijke kerk schiep een nieuw soort zorgverlener: de zielzorger, een mens die in Gods naam raad, hulp, steun, zorg geeft aan zijn medemensen bij hun ontplooiing. Deze zorgverlening ging alle andere zorg te boven. Haar doel was immers het hoogste; haar regels waren gesteld door God zelf, haar voorbeeld was Gods zoon zelf: 'Ik ben de goede Herder, die Zijn leven geeft voor Zijn schapen.' (Joh. 10,11.) Het ambt van herder, pastor werd door Christus zelf ingesteld: 'Wijdt Mijn lammeren, wijdt Mijn schapen'. Vanuit deze zorg hebben ongetelde miljoenen mensen in de 2000 jaar christendom troost en steun ontvangen in hun lijden, hun menswor-

ding, hun sterven. De zorg in het christendom heeft heel de scala van menselijke waarden doortrokken. De meeste zorg richtte zich op de vervolmaking van het eigen mens zijn. Dat hield tevens in dat de zorg voor de aardse dingen enigszins verwaarloosd werd. Het lichaam, de gezondheid, de levensduur, dat deed er allemaal minder toe, conform het gebod: 'Zoekt eerst het Rijk Gods, en het overige zal U worden toegeworpen.' De zorgverlening werd dus niet om wille van zichzelf beoefend, maar toch kwam zij heel goed aan haar trekken. In de eerste plaats omdat zorg verschuldigd was 'ter liefde Gods'. De caritas was de zingeving van zorg voor de zorgverlener. Door te zorgen handelde hij naar Gods opdracht en stelde zich met Gods hulp binnen de goddelijke liefdesfeer.

Maar het was ook niet moeilijk om de lijdenden met liefde en respect tegemoet te treden, want het waren juist deze zorgontvangers die in hun lijden mochten deelnemen aan het verlossend lijden van hun heer. Zij waren dicht bij God dan de gezonden. Hun beproeving had twee kanten: niet slechts de natuurlijke kant van ellende, pijn, verdriet, maar sterker nog de goddelijke kant van beproefd te mogen worden: te mogen deelnemen in de verlossing. De lijdenden hadden dus vanzelfsprekend recht op respect. Gods zorg betekent niet dat zijn almacht de mens gaat vrijwaren voor lijden, tegenslag, sterven. De kerk brengt veeleer het lijden naar de gelovigen toe! Ascese, vasten, boetedoening, kluizenaarschap, celibaat, bidverplichtingen.

Het is geen wonder dat de evangeliën op tal van plaatsen spreken over zorg.²⁵⁾ Het veld van zorg werd geweldig uitgebreid. Het gebod: 'Hebt God lief en de naaste als uzelf' deed de vraag rijzen: Wie is dan mijn naaste? (Luc. 10, 29.) Het goddelijk antwoord liet er geen twijfel over bestaan, dat niet alleen degenen in ieders directe omgeving recht hebben op zorg en liefde, maar dat ook een willekeurige vreemdeling, zelfs een vijand, onze naaste is. 'Onze naasten' zijn *al* onze medemensen. De solidariteit van heel het mensdom is nimmer zo sterk onderstreept, al hebben de christenen wellicht nergens zo tegen gezondigd, 2000 jaar lang, als tegen dit gebod. Maar aan de andere kant heeft het gebod en voorbeeld tot liefdevolle zorg ook een enorme vlucht genomen. Uit de brieven van Paulus weten wij dat al in de eerste christengemeenten de zorg voor de broeders en hun noden een belangrijke rol speelde. Het verlenen van zorg kreeg in de christengemeenschappen steeds duidelijker gestalte, vooral in en door de kloosters. De kloostergemeenschappen zijn eeuwenlang de kernen geweest van waaruit de christelijke cultuur zich ontwikkelde en werd uitgedragen. De beoefening van de caritas werd een vaste taak. Dat leidde tot een toenemende mate van organisatie. Een klooster nam aanvankelijk soms gasten op. Dat ontwikkelde zich geleidelijk tot een heel gastenkwartier. Niet alleen pelgrims wendden zich tot de kloosters, maar ook armen,

zwerfers, invaliden, bejaarden en zieken. De zorg was aanvankelijk nog niet gedifferentieerd naar de diverse behoeften. Uit deze kloosterzorg voor zieken hebben zich in de christelijke wereld de ziekenhuizen ontwikkeld.²⁶⁾ In de reformatie is aan de zorg van de kerken als diaconie veel aandacht besteed.²⁷⁾

In deze context is het nu ook gemakkelijk om de zorg voor zwakzinnigen, onherstelbaar zieken, psychopaten en demente bejaarden haar plaats toe te kennen. Het gaat immers bij de zorgverlening niet om het *effect*, de 'nuttigheidswaarde'! *Het zorgen zelf* heeft zin als caritas. Wij zorgen voor hen, en *in* dit zorgen erkennen wij de waarde en waardigheid van hun schijnbaar zinloze bestaan.

De caritas als het symbool van weldoen maakte een historische ontwikkeling door. Reeds in de wetten van Mozes vielen barmhartigheid en rechtvaardigheid samen. Caritas was in de leer het *recht* van de armen. Dit voltrok zich in de praktijk van het dagelijks leven van het christelijke westen heel geleidelijk. Caritas wordt steeds meer een *gewoonte*. Bij een langdurig bestaande gewoonte om bepaalde zorg te verlenen kan men echter op den duur de zorg niet meer weigeren. Zij ontwikkelt zich tot een gewoonterecht.

Caritas wordt comitas, comitas wordt justitia.²⁸⁾ Veel zorgverlening ging daarmee geleidelijk over uit de sfeer van liefde bewijzen en weldoen naar die van uitsluitend maatschappelijk *recht*, en kreeg daarbij een nieuwe gestalte: die van de professionele zorg.

6. ZORGONTWIKKELING IN DE MODERNE TIJD

De wending naar de 'moderne tijd' kenmerkte zich door een geleidelijke ineenstrooming van de theocentrische cultuur. Opnieuw ging de mens een centrale positie innemen, zoals in de klassieke Griekse cultuur. Men sprak dan ook van de Renaissance. Er ontstond een toenemend zelfbewustzijn bij de mensen. Het eigen ik kreeg glans. De exploratie van de wereld wordt met nieuwe kracht ter hand genomen. De ontdekkingen versterken het vertrouwen in eigen oordeel en in de betekenis van de menselijke rede. In de schilderkunst is die geesteswending duidelijk verbeeld. Legde men zich vroeger toe op religieuze voorstellingen, nu verschijnt het portret. Het individu vindt zichzelf de moeite waard om te laten afbeelden. Ook de profane wereld herwint zijn betekenis: landschappen en stillevenen worden niet meer binnengesmokkeld als achtergrond en stoffering van het religieuze, maar mogen worden afgebeeld om wille van *zichzelf*. In een proces van eeuwen ontplooit zich dit nieuwe wereldbeeld en doordringt in alle richtingen geleidelijk het leven van de mensen. De ongebreidelde drift tot onderzoeken vergrootte de kennis enorm. Eén geleerde kon haar onmogelijk meer geheel omvatten, en steeds meer specialisaties op

deelgebieden werden nodig. De technische en sociaal-wetenschappelijke ontdekkingen hadden een verregaande invloed op de beroepsuitoefening. De hulpmiddelen in diverse beroepen namen toe in aantal en ingewikkeldheid. Tal van beroepen splitsten zich op in deelactiviteiten en er ontstonden ook vele totaal nieuwe beroepen voor functies die tevoren niet, of *niet als beroep* werden vervuld.

De ontwikkeling van de communicatiemiddelen vergrootte het gezichtsveld en de reikwijdte van het individu. Vanuit de kleine, overzichtelijke groepen waarin de mensen leefden konden hun aandacht en kennis zich nu uitstrekken naar veel grotere gemeenschappen en tenslotte naar de gehele wereld. Ook de produktie, eerst gericht op de eigen behoeften van de groep, kon zich op grotere groepen gaan richten: een markt, markten en tenslotte een wereldmarkt ontstonden.

De geschetste processen ontwikkelden zich in een tempo dat steeds hoger werd. In de twintigste eeuw bereikte het een haast duizelingwekkende snelheid. Men zegt dat van alle grote ontdekkers en uitvinders uit heel het bestaan van de mensheid twee-derde deel nu nog in leven is.

De zorgvraag en de zorgverlening zijn door deze omwentelingen ingrijpend veranderd. De *motieven* voor zorgverlening verschoven. Religieuze motieven raakten op de achtergrond. Pas in deze eeuw hebben wij eindelijk de grote uittocht beleefd van de christelijke zorgverleners: de zielzorgers, de diaconessen, de religieuze zusters uit maatschappelijk werk, begeleiding, agogiek *avant-la-lettre*, opvoeding, ziekenzorg. De motieven die ervoor in de plaats kwamen zijn af te leiden uit de antropocentrische grondslagen van onze cultuur. Persoonlijke en zakelijke motieven werden sterker. Het recht op zorg werd steeds meer als een *individueel recht* ervaren, in overeenstemming met het toegenomen zelfbewustzijn van de westerse mens.

Ook de drie *zorgverleningskaders*: zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg, gingen ten opzichte van elkaar grote verschuivingen vertonen. Norbert Elias heeft er de aandacht op gevestigd dat de afhankelijkheidsketens waardoor de mensen met elkaar zijn verbonden, in de loop van de eeuwen geleidelijk langer zijn geworden en zich meer hebben gedifferentieerd. Dit geldt zowel voor de industriële produktie als voor de zorgverlening.

Aanvankelijk waren die ketens kort. Ooit was de ambachtsman via zijn produkt vrijwel direct geschakeld aan de koper ervan. De schrijnwerker maakte een kast die door de notaris besteld was, enzovoort. Ook in de zorgverlening waren de ketens kort. Het zorgverleningskader was voornamelijk *mantelzorg*. De zorgrelaties in de mantelzorg zijn kort. Bij zorgbehoefte ontstaat direct en ter plaatse het contact met degene die in staat is om de gewenste zorg te leveren: huisgenoot, buur of vriend. In de

loop van de tijd zijn deze afhankelijkheidsketens zich gaan verlengen. De toename van kennis had tot gevolg dat niet langer alle zorgverlening op een bevredigend kwaliteitsniveau binnen de traditionele mantelzorgkaders kon plaatsvinden. Er was meer technische en wetenschappelijke scholing voor nodig; er kwamen meer materiële middelen aan te pas, zoals apparaten en gebouwen. De zorgverleners dienden een groter arbeidsterrein te bestrijken om geregeld aan het werk te blijven, want anders werd de individuele zorgbehandeling te kostbaar.

Bepaalde soorten zorg splitsten zich af tot *afzonderlijke enkelvoudige professionele functies*. Het verschijnsel van specialisatie en professionalisering raakte steeds meer zorgfuncties aan: onderwijs, spelbeoefening en vorming van de kinderen; opvang en zorg voor de bejaarden; hospitalisatie van zieken en invaliden; begeleiding bij maatschappelijke moeilijkheden enzovoort. Ooit waren er in de dorpsgemeenschap maar drie professionele zorgers die steun konden bieden waar de mantelzorg te kort schoot: de dokter, de priester en de notaris.

Maar thans wordt zorg verleend door een verscheidenheid van professionele functionarissen. Nemen wij de gezondheidszorg als voorbeeld. Bij ziekte vindt men op de weg naar gezondheid de huisarts, de chirurg of internist, radioloog, laboratoriumspecialist, apotheker en wellicht nog 20 andere specialisten, verplegenden, ziekenverzorgsters, inrichtingsassistenten, analisten en laboranten, doktersassistenten, medisch secretaresses en heel het koor van medewerkers die weer nodig zijn om met hun professionele bedrijfskundige, technische, administratieve, economische en bestuurlijke deskundigheden het primaire zorgproces aan de gang te houden.

De Swaan¹⁴) heeft dit proces van ketenverlenging verder uitgewerkt en in zijn ontwikkeling en consequenties nader ontleed. De afhankelijkheidsrelaties waren in de mantelzorg niet alleen kort, maar zij waren ook veelvoudig. Tussen twee mensen plachten vele verschillende soorten (zorg)relaties mogelijk te zijn: men kon elkaar helpen met raad, troost, gezelschap, controle, vorming, verpleging of onderricht. Steeds meer van deze onderlinge relaties werden echter verlegd naar professionele zorgers buiten de groep. Er is niet alleen sprake van verlenging van de afhankelijkheidsketens, maar ook van differentia. De Swaan noemt het een '*ontvouwen*'. De kleine, veelvoudige besloten en verweven zorgnetwerkjes veranderden. De veelvoudigheid van interne relaties nam af en werd vervangen door een veelheid van enkelvoudige relaties met professionele instanties buiten het netwerk. 'Zij kregen les op school, gingen werken in een fabriek, voerden hun strijd in een bond, kwamen om het spel in een club en om het geloof in de kerk.'

De schaalvergroting van deze processen nam steeds toe: de communicatie

op wereldniveau maakte dat mogelijk; men werd afhankelijk van steeds meer zorgverlenende instanties. De professionele verzorgingsarrangementen konden en moesten ook steeds massaler worden naarmate steeds meer mensen er toegang toe kregen. Zij groeiden uit tot *grote enkelvoudige, open vertakte netwerken*.

In deze zorgverlening raakten alle mensen betrokken. Omdat zorg als een recht werd ervaren, kon men niet langer ongestraft voorbij gaan aan gebrek aan zorg: ieder hiaat in zo'n netwerk van zorgverlening wordt heden ten dage breed uitgemeten door de communicatiemiddelen pers, radio en televisie. Het proces van professionalisering en organisatie van allerlei zorg is aan de staat niet voorbijgegaan. De behoefte aan herkenbaarheid van bepaalde professionele kwaliteiten deed de vraag rijzen naar erkenning en daardoor bescherming van opleidingen en diploma's.

Door subsidiëring of regeling van financiering van zorg bij de wet neemt de invloed van de staat verder toe. Ook het beslissen over de verdeling van de lasten over al degenen die een zorgbehoefte in meerdere of mindere mate hebben is een staatsaangelegenheid. Het niet tijdig of in voldoende mate profiteren van de mogelijkheden van zorgverlening kan voor het individu schadelijk zijn. Daardoor wordt de gemeenschap dan weer geconfronteerd met nieuwe zorgbehoeften. Zo is de neiging ontstaan om de verantwoordelijkheid voor de zorgvragen in een aantal opzichten niet bij de individuele burger, maar bij de staat te leggen. De onderdanen van de staat zijn bij de wet verplicht tot het ontvangen van een aantal soorten zorg. Onderwijs, inentingen, verplicht ziekenfondslidmaatschap zijn daarvan voorbeelden. De staatsinvloed op zorg neigt ertoe, voortdurend toe te nemen. De Swaan spreekt dan ook van een 'verstatelijking van zorg'. Of die zorgorganisaties nu door de staat zijn ingesteld of gegroeid uit de bevolking en later stap voor stap geheel of grotendeels afhankelijk geworden van de staat, doet niet ter zake. Het is duidelijk dat de moderne tijd onafwendbaar uitmondt in de verzorgingsstaat.

Van zelfzorg en mantelzorg naar steeds meer professionele zorg, en vandaar naar staatszorg.

Hoofdstuk 4

SYSTEMATISCH OVERZICHT VAN ZORGVERRSCHIJNSELEN

Wij zullen nu trachten om alles wat we tot dusver gezien hebben aan zorg bij dieren en mensen 'op een rijtje' te zetten. Als ordenend principe gebruiken we onze onderzoeksvraag:

'Wie zorgt voor wie, waarvoor, waarom en hoe'. Aan elk van die vier aspecten besteden we een paragraaf.

1. WIE ZORGT VOOR WIE?

Wat de zorgverlening betreft hebben wij drie kaders onderkend, die nauw samenhangen maar toch duidelijk genoeg verschillen om bruikbaar te zijn voor een analyse van zorgverlening.

a. Zelfzorg

Het individu voorziet zelf in een behoefte aan zorg die zich bij datzelfde individu voordoet. Ik krijg honger en zorg zelf voor een boterham. Ik snijd in mijn vinger en doe er zelf een pleister op. In de dierenwereld zagen wij dat haast alle zorgverlening zelfzorg is.

Een definiërend kenmerk van zelfzorg is, dat ze de kortste keten heeft tussen zorgverlener en zorgontvanger die mogelijk is: beiden zijn verenigd in dezelfde persoon. We gebruiken het woord dan ook liever niet in de oneigenlijke betekenis van een groep mensen die voor zichzelf zorgt. Die vorm hebben we mantelzorg genoemd.

b. Mantelzorg

Zorg in een kleine groep, waarvan de leden onderling in relatie staan. In de dierenwereld hebben we deze zorg vooral besproken als nestzorg bij de vogels. In de menselijke culturen vinden we talrijke groepen waarin de leden elkaar op allerlei wijzen zorg verlenen. Een duidelijk voorbeeld is het gezin, maar ook de zorgverlening in een familie- of vriendenkring, een buurt of wijk, een kleine gemeenschap van geloofsgenoten en in een groepje lotgenoten. Steeds geschiedt deze vorm van zorgverlening op basis

van stilzwijgende bereidheid tot wederkerigheid. Ze heeft echter toch niet het koelere karakter van voor-wat-hoort-wat. De leden van de groep wegen de kwantiteit van de zorgverlening aan elkaar niet precies af. De zorg heeft door haar emotionele aspecten en het niet op de voorgrond staan van zakelijke motieven, een warm karakter. Al in 1972 heb ik dit type van zorgverlening de naam 'mantelzorg' gegeven.¹⁶⁾ Ze is immers voor elk lid van de groep als een mantel die verwarmt, beschut en beveiligd. *Een definiërend kenmerk van mantelzorg is, dat daarbij ieder individu zowel zorgverlener als zorgontvanger kan zijn.* Wat betreft de soort zorg die verleend wordt, alsook in het verloop van de tijd, zijn de rollen verwisselbaar.

c. Professionele zorg

Deze zorg heeft als definiërend kenmerk dat zij als beroep wordt uitgeoefend; men heeft voor dat beroep een opleiding genoten die meestal wordt afgesloten met een diploma. De specifieke zorg die men dan kan gaan verlenen, draagt het stempel van deskundigheid. In tegenstelling tot mantelzorg is hier de rol van zorgverlener niet verwisselbaar met die van zorgontvanger. Er kan bij professionele zorgverlening dus gemakkelijk een kloof ontstaan tussen zorgverlener en zorgontvanger. De ontvanger bevindt zich steeds in een afhankelijke positie. De zorg is enkelvoudig van karakter, hetgeen wil zeggen dat ze beperkt is tot de specifieke zorg waarvoor de zorgverlener is opgeleid: bijvoorbeeld onderwijs, verpleging of medische zorg. In de professionele zorg heeft het proces van arbeidsdeling zich in steeds sterkere mate voltrokken. Professionele zorg wordt geleverd tegen betaling. Tussen de hoeveelheid zorg die verstrekt wordt en het verschuldigde bedrag bestaat een directe relatie. Een mooi voorbeeld daarvan is dat van de tandarts die een tarief had 'per stoel-minuut'. Voor elke minuut die hij met de patiënt bezig was, was een bepaald bedrag verschuldigd.

Professionele zorgverlening is in het dierenrijk nog zeldzaam. Wij zagen het bij diersoorten die in een georganiseerd verband leven, zoals mieren en bijen. In de diverse culturen zien we de professionele zorg toenemen met de complexiteit, organisatie en schaalvergroting. In archaische culturen is professionele zorg nog slechts beperkt tot enkele beroepen zoals priester of medicijnman. In de westerse cultuur is de professionele zorg geweldig ontwikkeld en zijn honderden zorgberoepen ontstaan.

Terwijl zelfzorg plaatsvindt door en voor één enkel individu en mantelzorg binnen kleine, vertrouwde sociale netwerken, waarbij slechts enkele personen zijn betrokken, hooguit een tiental, richt de professionele zorgverlener zich op een groot aantal zorgontvangers. Het aantal van de

cliënten kan in de duizenden lopen. Een huisartsenpraktijk omvat rond 2500 ingeschrevenen.

2. WAARVOOR WORDT GEZORGD?

Ja, waarvoor kan of moet er niet allemaal gezorgd worden? In de voorgaande hoofdstukken is dat telkens wel aan de orde gekomen, maar hier willen wij proberen de zorgbehoeften meer systematisch te behandelen. Die behoeften blijken veel ingewikkelder patronen te vertonen dan men op het eerste gezicht zou verwachten. Ze zijn in sterke mate afhankelijk van de structuur van een samenleving en van de waarden en gewoonten die er heersen: de cultuur. Bijvoorbeeld: de zorg voor veiligheid is in het huidige Israël een veel sterkere behoefte dan in het Nederland van de zestiger jaren. De zorg om de goden te vriend te houden is in een archaische cultuur veel groter dan in de onze. Bovendien is er in elke samenleving op zich weer een sociale stratificatie te onderkennen. De behoeften in de diverse lagen van een bevolking vertonen vaak aanzienlijke verschillen. Ten slotte is er dan nog onderscheid tussen de behoeften van diverse individuen. Op dezelfde plaats en tijd zullen verschillende mensen aan een zelfde functie meer of minder zorg willen besteden, bijvoorbeeld aan de voorbereiding van een maaltijd of het op orde houden van een kamer. Al die verschillen onderkennen we wel, maar we zullen niet proberen om ze in een systematische opsomming te vatten.

We beperken ons tot een meer algemeen toepasbare systematiek, die zich richt op de volgende drie hoofdvragen:

- Is de zorg gericht op dingen of op mensen?
- Is de zorgbehoefte gericht op nu of later; met andere woorden: is de zorgbehoefte direct of indirect van aard?
- Op welk 'niveau van mens-zijn' is de zorgbehoefte gericht?

a. Is de zorg gericht op dingen of op mensen?

Uit het taalgebruik is met stelligheid aan te tonen dat de mensen het bezig zijn met allerlei dingen als zorg beschouwen. De boer zorgt voor zijn akker en voor zijn gereedschap, zijn vee. Men zorgt voor zijn kleren, voor zijn woning. Het zorgen voor al die dingen wordt echter niet gedaan *omwille* van die dingen, maar is indirect zorgen voor de mens. De akker moet oogst opleveren en het vee melk, vlees, huiden, opdat de mens eten heeft en materialen die hij nodig heeft. De zorg voor kleren en woning is er opdat de mens zich beschutten kan tegen koude of tegen gevaar. Maar niet alle zorg voor de dingen is uiteindelijk gericht op de mens. Hij kan ook zorg dragen voor de dingen om hem heen terwille van de *wereld*. Lemaire²⁹⁾ beschrijft de zachtmoedigheid van de mens in zijn verbondenheid met heel de wereld. Hij is voorzichtig met de dingen; met de planten is

hij behoedzaam; voor de dieren is hij zorgzaam, want de wereld staat als het ware in zijn eigen recht. Zee en lucht hebben er recht op om niet door de mens vervuild en bedorven te worden. De onvoorstelbaar rijke biologische gemeenschappen van bos en landschap hebben er recht op, niet door de mens verwoest of vertrapt te worden. Hij mag die wereld gebruiken voor zijn eigen behoeften, maar met respect en zorgvuldigheid. In onze cultuurperiode is men ertoe overgegaan om onze wereld op alle mogelijke manieren schandelijk uit te buiten. Bio-industrieën, verzamelraces (bijv. uitheemse schelpen), mode-races (het dragen van allerlei bont, bijvoorbeeld van zeehondebaby's), zwelgdriften die 'lekkere' diersoorten met uitroeiing bedreigen, uitputting van grondstoffen, vervuiling van lucht, bodem en water met de monsterlijke hoeveelheden afval en kabaal van onze industriële samenleving. Vooral in een jongere generatie leeft het besef weer op dat wij de plicht hebben om *te zorgen voor de dingen omwille van die dingen zelf*. De milieubeweging vindt een reusachtig zorgveld voor zich, dat nog maar net betreden is.

Ook het zorgen voor de mensen zelf kan weer onderscheiden worden in zorg voor allerlei behoeften. We verdelen die gemakshalve in fysieke, psychische en sociale behoeften, om ze gemakkelijker te kunnen onderzoeken en ze bespreekbaar te maken. Als voorbeeld voor elk van deze drie aspecten noemen we respectievelijk zorg voor voedsel, zorg voor informatie, zorg voor het ergens bij horen.

Het *fysieke*, stoffelijke aspect heeft vaak een technisch karakter. Als voorbeeld nemen wij weer de zorg voor het voedsel. Men moet het kiezen; het moet bereid worden. We zien dan aanstonds, dat die op zichzelf technische bezigheden *psychische kanten* hebben: het kiezen en bereiden vereist informatie. Men zal ervoor gezorgd moeten hebben dat men die informatie bezit ten einde de fysieke zorgfunctie, het kiezen en voorbereiden behoorlijk te kunnen invullen. Bovendien geeft het zorgen voor het voedsel vaak voldoening. Het kan een stuk zin geven aan het eigen bestaan. Men is zinnig bezig. Door onze zorg neemt de kwaliteit van de dingen toe. Ze worden eetbaarder, beter verteerbaar en lekkerder.

Indien men niet slechts het eigen voedsel voorbereidt maar dat doet voor een groep, bijvoorbeeld huisgenoten of vrienden, zit ook het *sociale aspect* in het fysieke zorgproces verweven. Door de maaltijd zorgt men voor gezelligheid in de groep. De maaltijd kan bijdragen tot saamhorigheid etcetera. Als men dus zorgt 'voor het eten' betekent dat vaak veel meer dan alleen het fysieke proces. Men zorgt dan voor alle drie de aspecten van zorgbehoefte!

Deze verwevenheid bij het 'waarvoor' van het zorgen goed te onderkennen is van wezenlijk belang, vooral wanneer wij ons verder gaan verdiepen in

het professionele zorgverleners (hoofdstuk 5). De professionele zorg blijkt zich te vaak uitsluitend op het technologische aspect te richten.

b. Is de zorgbehoefte gericht op nu of op later?

Sommige zorg wordt verricht op grond van een directe behoefte die aanstonds of althans op heel korte termijn moet worden bevredigd. Voorbeelden: honger die aanstonds gestild moet worden. Plotseling verdriet dat om troost vraagt. Maar ook: pijn die gestild moet worden, een gezwel dat geopereerd moet worden, etcetera.

Honger en het zorgen voor voedsel vormen wel de meest primaire zorgfunctie die er bestaat. In het oude Egypte had men een zelfde woord voor voedsel en voor ziel; men beseftte de nauwe samenhang tussen eten en leven. Deze zorgvraag is zo fundamenteel dat eerst aan haar moet zijn voldaan, willen de andere sectoren meer aandacht, tijd, inspanning, zorg kunnen krijgen.

Zulke acute situaties zijn voor de persoon die ze ondergaat een sterke prikkel om een zorgproces in gang te zetten, bestaand in hetzij zelfzorg (bij voorbeeld bij honger), mantelzorg (bijvoorbeeld bij verdriet) of professionele zorg (bij voorbeeld bij pijn of een gezwel).

Zodra menselijke gemeenschappen meer vat krijgen op de rijkdommen die de natuur hen bieden kan, en zodra er daardoor steeds gemakkelijker voldaan wordt aan de vitale behoeften, ontstaat een marge van mogelijkheden die daar bovenuit gaan. Voedsel kan overvloedig, lekkerder en gevarieerder worden. Kleding kan in toenemende mate andere doeleinden dan beschutting krijgen: esthetische, mode-, of statusdoeleinden.

De woonbeschutting ontwikkelt zich tot een welvarende wooncultuur met allerlei gemakken. Het spreekt voor zich dat zorgbehoefte in zulk een welvaartsontwikkeling niet achterblijven. Allerlei nieuwe zorgbehoefte komen tot ontwikkeling, op het gebied van recreatie zowel als op dat van de gezondheidszorg, maatschappelijke zorg, onderwijs, welzijnszorg, etcetera. Wij vatten al dit zorgen gemakshalve samen in het woord 'Welvaartszorg' omdat het de welvaart is, die deze sector van zorgen mogelijk maakt.

Heel anders is het gesteld met zorgbehoefte waarvan het effect verder in de toekomst ligt. Dat geldt des te meer wanneer dat effect niet absoluut zeker is. Wanneer een mens zich kerngezond voelt en nog jong is, zal hij minder sterk gemotiveerd zijn om zorg te besteden aan het gezond houden van zijn organen. Wat is men bijvoorbeeld bereid te doen om zijn hart goed te houden? Niet roken? Zorgen dat men niet te dik wordt? Zorgen voor een goed ritme van rust en lichaamsbeweging? Zorgen voor een bestaan waarin men niet hoeft te 'pezen' of zich op te vreten? Wanneer men

om zich heen kijkt is het antwoord niet moeilijk.

Ook de zorg voor het 'hiernamaals': de zorg voor een deugzaam leven met het oog op de eeuwige zaligheid die in de christelijke wereld eeuwenlang sterk aanwezig is geweest, zien wij in onze huidige westerse cultuur sterk afnemen. Dat wijst erop dat zorg voor effect op lange termijn in diverse culturen heel verschillend kan zijn. Naast rationele elementen (informatie) en overredingskracht (preken) is blijkbaar de gewoontevorming ook van grote betekenis. Wij zullen deze belangrijke vragen in de volgende hoofdstukken nader moeten bestuderen.

c. Op welk niveau van mens-zijn is de zorgbehoefte gericht?

De voornaamste zorgbehoeften van de dieren — voedsel, schuilplaats en voortplantingsbeveiliging — zijn op basisniveau natuurlijk ook bij de mens aanwezig. In archaische culturen vormen zij nog een centraal zorgthema en onder moeilijke omstandigheden valt ook de moderne mens er weer op terug, getuige de ervaringen van vele burgers in de tweede wereldoorlog. Maar in de westerse welvaartsmaatschappij zijn de mogelijkheden voor de mens enorm toegenomen.

Aan de hand van Maslow's stelsel van menselijke waarden kunnen wij ons afvragen welke zorgaspecten op de hogere niveaus liggen, als we de waarden afbeelden als een pyramide.

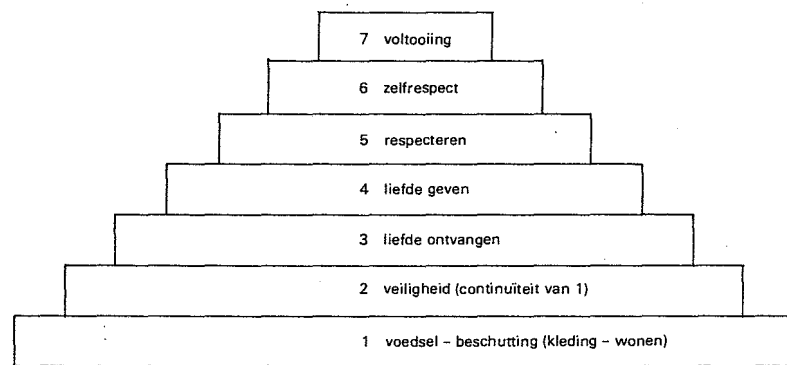


Fig.2

Het basisniveau, no. 1, hebben wij in het voorgaande al aangestipt.

Niveau 2. Zorg voor veiligheid

In de eerste plaats is die gericht op het scheppen van continuïteit voor het eronder liggende niveau. Veiligheid ontstaat wanneer men niet alleen nu

voedsel heeft, maar daar ook in de toekomst van verzekerd is. Hetzelfde geldt voor beschutting. In een gecompliceerde maatschappij is zorg voor veiligheid natuurlijk nog veel ingewikkelder. Zelfzorg voor veiligheid veronderstelt informatie over wat wel en niet veilig is (bijvoorbeeld drinkwater, medicamenten). Daarnaast vereist de zorg voor veiligheid ook een goede motivatie. Als die ontbreekt is er plaats voor onveilig gedrag (thuis: door verbranding, verwonding; buiten: in het snelverkeer, etcetera). Mantelzorg voor veiligheid is erop gericht de leden van het sociale netwerk te leren om zich veilig te gedragen, en ze voor gevaren te beschermen (bijvoorbeeld medicamenten buiten bereik van kleuters houden). Mantelzorgnetwerken hebben in het algemeen een beveiligende functie omdat de leden van de groep op elkaar een sociale controle uitoefenen die hun zelfzorg verbetert en stabiliseert tot goede zorggewoonten ('Pas op Jan!') Veiligheid wordt ook door professionele zorg bewerkt. Politie, bewakers en ook een leger moeten zorgen voor het in stand houden van een samenleving zoals die door de meerderheid van de burgers verlangd wordt. Dat is in onze maatschappij een 'curatief' proces: de maatschappij zelf is om diverse redenen onveilig geworden en de beveiligers moeten beroepshalve zorg dragen voor de veiligheid van de burgers. Naarmate de onveiligheid in een maatschappij toeneemt, wordt die professionele beveiliging steeds ondraaglijker. Heinrich Böll geeft daarvan in zijn roman 'Liefdevolle belegering' een onthullend beeld³⁰). Ook de professionele gezondheidszorg is een maatschappelijk beveiligings-systeem, gericht op de bestrijding van ziekte, verwonding, levensgevaar. In beide gevallen is voorkomen beter dan genezen. Bij veiligheid moet de nadruk dus op de preventie van onveiligheid liggen; in onze beide voorbeelden respectievelijk op een gezond maatschappelijk bestel en op de gezondheid bevorderende gedragspatronen. Beide zorgopgaven raken alle burgers zonder uitzondering!

Niveau 3 en 4. Zorg en liefde²⁹)

De toewending tot de medemens in wie de mens zijn eigen lijden en beperkingen herkent, kan zich uiten in een bereidheid om de ander te helpen. Daar bovenuit gaat de sympathie die voor de ander kan ontstaan en de band van hulpgever en ontvanger een sterker en persoonlijker kleur kan geven. Nog sterker is de zorg voor de ander uit waarachtige liefde. Maar wie is die 'ander'? Een liefdesrelatie tussen twee mensen kan louter erotisch zijn. Waarschijnlijk heeft in een vroege menselijke bestaansperiode zulk een relatie de knop gevormd voor verdere uitbloei van liefde. De 'anderen' waren nog beperkt in aantal: de partner, de kinderen, de groep. In de loop van de ontplooiing heeft de gezichtskring van de liefde zich kunnen verbreden tot een naastenliefde waarin uitdrukkelijk ook de

buitenstaander en zelfs de vijand betrokken wordt. Het christendom, maar ook het boeddhisme en hindoeïsme hebben die verdieping van het liefdesconcept bevorderd en het vanuit de eigen kleine groep getild naar het niveau van de mensheid. Het perspectief van de barmhartige, liefdevolle mens doemde op als mogelijkheid en opgave. Het is aangetoond dat het zien van mensen in moeilijkheden op zich al voldoende is voor het opwekken van altruïsme en voor het ontstaan van spontane rollen van hulpverlening³¹).

Scheppende liefde sluit altijd een complex van houdingen in. Heb ik lief, dan ben ik ook bezorgd, wat zeggen wil: daadwerkelijk te geven om de levensverwerkelijking, het geluk van de ander.

Bezorgd zijn laat niet toe dat men slechts toeschouwer is. Het leidt tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de ander: pogen om hem te begrijpen; respect; bereidheid tot verzorgen; zorgvuldigheid; zorgzaamheid voor zijn mens-zijn; tederheid; kennis van zorgverlening. Maar dit besef van solidariteit en betrokkenheid eindigt in het bewustzijn niet noodzakelijkerwijs bij de mensheid. Vanuit ons levensgevoel en bewustzijn herkennen wij die broosheid in heel de wereld, in al het 'geschapene'. Het dier is niet minder broos in zijn bestaan dan de mens. De plant, aan zijn plaats gebonden, moet zijn lotgevallen over zich heen laten komen. Zelfs het ding is broos: het glas kan breken, het water verspild worden. Maar de liefde van een mens culmineert in zijn omgang met de medemens, omdat hij weet heeft van zijn broosheid en daardoor eenzaam staat, de enige in heel de natuur die aan zijn kwetsbaarheid waarlijk lijden kan en er de prijs voor zijn bewustzijn mee betaalt.

Liefdevolle zorg voor de ander is voor de christen een centrale opdracht die God heeft gegeven, en die tot Zijn eer moet worden volbracht.

Vanuit een individualistische mensopvatting kan men heel dit spreken over zorg en liefde bestempelen als idealisme, dat met de harde realiteit niets te maken heeft. Dat is dan des te erger voor die harde realiteit. Want het dóórdenken over het menselijk zijn in de wereld en de consequenties van dat zijn-in-bewustzijn leiden tot visies over het zijn, zoals het zou behoren te zijn, en zoals het zou *kunnen* zijn. Buytendijk³²) wijst erop dat liefde niet slechts een subjectief gevoel mag blijven. Ze kan pas *wel-dadig* zijn voor de ander als haar daden van zorg ook goed zijn, dat wil zeggen voldoen aan de kwaliteit die bij de huidige stand van de kennis mogelijk is. In de gezondheidszorg behoren liefde en kennis nauw verbonden te zijn. Liefdevolle zorg is daar niet te realiseren door alleen 'de koele hand te leggen op het koortsige voorhoofd van de patiënt'. Zij zou tekort schieten als de kwaliteit van het zorgend handelen niet in overeenstemming zou zijn met de stand van de wetenschappen.

Niveau 5 en 6. Respect en zelfrespect

Respect heeft twee betekenissen. Het woord is afgeleid van het Latijnse *respicere*. Het betekent in de eerste plaats: rekening houden met de ander. Dat houdt dus ook in dat men kan afzien van zichzelf en niet de eigen criteria beschouwt als de enige relevante. Buytendijk noemt het een wezenlijk kenmerk van alle menselijke samenleving. In de Nederlandse taal vindt het principe zijn uitdrukking in de zinsnede: 'bereid zijn tot geven en nemen'. Als men rekening wil houden met de ander, moet men zorgen dat men weet wat die ander graag wil; wat hem of haar bezielt. Dat is op zichzelf al een eerste teken van respect: werkelijk aandacht geven aan de andere mens door toegewend naar hem te luisteren en hem waar te nemen. *Attentie dus of oplettendheid.*

In de tweede plaats betekent respect: het aanbieden van eer, het eerbewijzen. Voor vele mensen van onze tijd klinkt dat elitair en ondemocratisch. Maar dat blijkt nonsens zodra we bedenken dat wij *allen* aan elkaar eer behoren te bewijzen. In een vorige generatie ontving de patiënt nog veel respect. Wij hebben de reden daarvoor al uitgewerkt bij het bespreken van zorg in een christelijk cultuurmilieu. In onze tijd is de patiënt wat dat betreft in groot gevaar. Jong, sterk, sportief, mooi, sexy, dat zijn eigenschappen die in tel zijn, dat wil zeggen: ze worden gerespecteerd. Oud, afgeleefd, invalide of ziek zijn dwingt geen respect af. Integendeel, in de wegwerpmaatschappij ressorteren deze toestanden onder het afval! Bij alle zorgverlening zal herstel van respect voor de zorgontvanger een belangrijke opgave zijn. Wij zullen moeten zoeken naar een basis waarop dat in een nieuwe cultuurperiode mogelijk zal zijn. Maslow plaatst zelfrespect nog een niveau hoger dan respect voor anderen. Zelfrespect vooronderstelt een voldoende mate van zelfkennis. Dat is óók iets wat niet zomaar komt aanwaaien! Dat groeit in de stilte die men zich gunt om werkelijk na te denken over het eigen optreden. Wie tot zichzelf kan zeggen dat hij te midden van alle moeilijkheden en ondanks zijn menselijke beperkingen eerlijk getracht heeft er steeds het beste van te maken, die heeft het zesde niveau wel bereikt. Voor zorgverleners vonden de oude Grieken dat al noodzakelijk, getuige de eed van Hippocrates die artsen moesten afleggen!

Niveau 7: Zorg voor zelfverwerkelijking

In de top van de pyramide van menselijke waarden staat de zelfverwerkelijking, de voltooiing, de vervulling van het individuele menszijn. Het is in overeenstemming met de eeuwenoude westerse traditie van christelijke oorsprong, dat de mens als voornaamste aardse opdracht heeft, zorg te dragen voor zijn vervolmaking. 'Volmaaktheid' wordt door velen als een ouderwets woord beschouwd in het huidige vocabulaire van de westerse

mens. Toch drukt het op voortreffelijke wijze uit waar het om gaat: zich vol-maken. Deze vervulling van het mens zijn en de zorg die daarbij noodzakelijk is raakt de top van menselijk bestaan.

De bewuste behoefte van een mens om zorg te besteden aan de ontplooiing van zijn eigen bestaan, of anders gezegd, om het ontwerp van zijn bestaan tot werkelijkheid te brengen, hangt samen met het beleven van het eigen bestaan als uniek.

De antropobioloog de Froe³³) stelt dat er zóveel menselijke eigenschappen zijn, die elk weer in vele gradaties kunnen voorkomen en ook allerlei combinaties kunnen vormen, dat geen mens gelijk is aan de anderen. Zelfs eeneïge tweelingen niet. Er heeft aan de uniciteit van elk der vele miljarden mensenlevens niet getwijfeld te worden.

Het uniek zijn van iedere mens lag ook vervat in de christelijke boodschap. In de Renaissance kwam het sterk in het bewustzijn naar voren. In de existentiële filosofie van de 20ste eeuw heeft Heideggers analyse van de zorg om het eigen bestaan grote bekendheid gekregen³⁴). Hij ontwaart bij zijn analyse allerlei vormen van zijn. In de eerste plaats wordt het zijn gekenmerkt door het in-de-wereld-zijn. De mens is 'in de wereld geworpen', hetgeen betekent dat hij, met zijn specifieke erfelijke en sociale gegevens, moet leven in de wereld zoals hij die aantreft. Of ze hem past wordt hem niet gevraagd. Hij moet erin leven, of hij wil of niet. Erg belangrijk is, dat het zijn-in-de-wereld een voortdurend *kunnen zijn* is, ofte wel *nog niet zijn* wat de mens later wel kan worden. Dat kunnen zijn is dus niets anders dan de mogelijkheid (en opgave, zorgvolle opgave) tot realisatie van zijn eigen unieke menselijke ontwerp.

Zo is, door het kunnen zijn, de zorg tot verwerkelijking wezenelement van het zijn zelf geworden. *Echt* mens zijn is niet mogelijk zonder deze bekommering, impliciet of expliciet doorleefd, waarmee de mens geconfronteerd wordt als opgave. Het kunnen zijn is dus op zich zorg. Deze is geen automatisme, geen gedetermineerd proces zoals het kunnen zijn van een eikel, die alleen maar een eik kan worden of vergaan.

Deze bekommelingen van de mens die zich omzet in handelen, op het eigenlijke niveau van zijn mens-zijn, is de uitvoering van het zelfontwerp van de mens. Bij Heidegger vallen menselijk bestaan en zorg dus samen. De term zelfzorg is in dit opzicht voor Heidegger dan ook een tautologie. Want het 'zelf' heeft als zijnsvorm immers het kunnen zijn, en in dat kunnen zijn is het *moeten worden* al gegeven. Het kunnen zijn wordt in de tijd een *reeds zijn*. Dit is de tweede karakteristiek van zorg. De dood is het laatste 'nog niet' van het kunnen zijn, de limiet ervan. Zij wordt daarmee de laatste karakteristiek van zorg: het 'vervallen'.

Zorg is dus de organische eenheid van het kunnen zijn, het reeds zijn en het vervallen: verleden, heden en toekomst van het in-de-wereld-zijn.

In dat *zichzelf zijn* van de mens vindt hij het eigenlijke menselijke. Maar de mens kan ook vluchten. Zijn angst of blokkade voor zijn voltooiing, zijn grootste zorg, kan de mens ertoe brengen zijn kunnen zijn te ontwijken door te vluchten in het 'men' zijn. Het *ik* is dan niet meer zichzelf, maar wordt 'men'. 'Men' wordt niet meer geconfronteerd met een opgave om *zich-zelf* te zijn. 'Men' is een groep, waar het individu in verdwijnen kan. Men handelt dan, zoals 'men' dat doet. Men sterft. Dat is iets op afstand van *mij*. Het lijkt mijzelf niet te betreffen. Het 'men' zijn is een oplossen van het individu in de 'cultuurvloeistof'. Ook deze wijze van mens-zijn noemt Heidegger 'vervallen'. Het is een andersoortige dood van het *zelf* zijn, een ander einde van het kunnen zijn. Een mens die zijn kunnen zijn ontwijkt noemt Heidegger een oneigenlijke mens. Hij wil dat de mens zich hiervan bewust is (Erschlossenheit). Vanuit deze ontslotenheid kan de vastbeslotenheid ontstaan (Entschlossenheit) tot een moedig onder ogen zien van het menselijke bestaan als zorg. Het zal intussen de lezer die sterk in de bodem wortelt van de christelijke traditie, opgevallen zijn dat Heidegger, hoewel met een ander woordgebruik, aanleunt tegen de christelijke leer. Vergelijk Jezus' uitspraak in bijvoorbeeld het evangelie van Lucas 12, 29-31: 'Vraagt dus ook gij niet, wat ge zult eten en wat ge zult drinken, en weest niet ongerust, want dat alles jagen de heidenen in de wereld na. Uw Vader weet wel, dat gij dat alles nodig hebt. Maar zoekt Zijn Rijk, dan zullen die dingen u erbij gegeven worden'.

Hier wordt dus aan de zorg om en voor de eigen vervulling, vervolmaking, ontplooiing een prioriteit gegeven boven de zorg om voor 'die dingen' die tot de sector van de dagelijkse zorg behoren.

Heideggers analyse van de persoonsontplooiing schetst echter het beeld van de eenzame mens, die in wezen zonder relaties met de ander voor de opgave van zijn voltooiing staat. Hierin leunt hij niet aan tegen de christelijke traditie, die het eigen heil zich onder Gods genade ziet voltrekken in het zich geven aan *de ander*.

Ook in recente filosofische stromingen is het besef van de betekenis van *de ander* gaan groeien.

Het individu, al is het uniek, is toch maar een knoop in een heel netwerk, een klein element in het enorme 'systeem' van de mensheid. Het draait alles niet om hem. Het *ik* is helemaal niet het centrum. Het is '*gedecentreerd*'. De relaties tot de anderen krijgen ook in de ontvouwing van het *ik* een wezenlijke betekenis. Zij zijn dialectisch: ik geef mijzelf aan de ander en daardoor aan *mijzelf*.

In en aan de ander voltrekt zich de eigen menselijke vervolmaking, ontplooiing, voltooiing.

De zelfontplooiing van de mens is afhankelijk van zijn geloven, van cultuur en maatschappijstructuur. Voor een middeleeuwse ridder kan ze betekend

hebben; de moedigste (en machtigste) strijder te zijn; voor de christen, het beeld van zijn heer in zich en in de wereld zo goed mogelijk present te stellen; voor de 'moderne westerse mens' de ontvouwing van het ontwerp van al zijn gaven en mogelijkheden.

Wij hebben gearzeld of wij bij de beschrijving van het 'waarvoor' van het zorgen al deze vrij ingewikkelde aspecten zouden opnemen. Ten slotte hebben wij daartoe toch besloten, want het lijkt ons van groot belang dat allerlei zorgverleners zich niet slechts verdiepen in de meer technische en praktische aspecten van hun specifieke werk, maar dat ze die zorgverlening duidelijk kunnen plaatsen als een (klein) onderdeel van al het menselijke zorgen. *Dat onderdeel moet daar immers in passen!*

3. WAAROM WORDT ER GEZORGD?

Het antwoord op deze vraag is even gecompliceerd als dat op de vorige vraag, die naar het 'waarvoor'. Wij kunnen ons hier echter beperken omdat wij in hoofdstuk 3 al veel aandacht hebben geschonken aan de motieven voor het zorgen.

Wij geven er dus slechts een kort overzicht van en verdiepen ons dan liever, bij wijze van voorbeeld, in de motieven van het huidige zorgen voor gezondheid in onze samenleving.

a. Motieven om ergens voor te zorgen (zie hoofdstuk 3 en nadere uitwerking)

1. Een dringende zorgbehoefte als sterke prikkel (honger)
2. Verstandelijke overwegingen (het is goed om...)
3. Gewoonte (ik zorg altijd dat...)
4. Zorg'instinct' (baby zuigt)
5. Betaling voor zorgverlening
6. Wederkerigheid (jij zorgt voor mij, ik voor jou)
7. Solidariteit (wij horen bij elkaar, en dus...)
8. Onontkoombaarheid (je kunt dat toch zo maar niet laten gaan!)
9. Zingeving (heerlijk om jou eens te verwennen!; of ook: zorg als beroep)
10. Angst (ik zal goed ervoor zorgen, want anders...)
11. Unicitéit van het individu (ik heb *recht* op zorg!)
12. Goddelijke opgave (zorgen 'ter liefde Gods')
13. Zorg uit respect voor wijsheid
14. Vanzelfsprekendheid
15. Geldingsdrang

b. Motieven om voor de eigen gezondheid te zorgen

Het intact houden van gezondheid heeft slechts in schijn een hoge

prioriteit. Men zegt wel: 'Gezondheid is de grootste schat', maar dat blijkt pas zo te zijn als men zijn gezondheid kwijt is. Dat klopt met een andere volkswijsheid die zegt: 'Het bezit van de zaak is het eind van het vermaak'. Het zo leven dat de eigen gezondheid en daarmee de toekomstige kwaliteit en lengte van het eigen bestaan worden bevorderd, is een *lange-termijnzorg*. En we hebben in het voorgaande al gezien dat de sterkte van de zorgprikkel dan gering is. In onze maatschappij zien we dan ook dat het zelf zorgen om gezond te blijven in het dagelijkse handelen ten achter staat bij andere doeleinden. Men wil er mooi uitzien. Voor huid- en haarverzorging heeft men tijd en geld over. De belangstelling voor middeljes die een mooie huid en glanzend haar bevorderen blijkt uit de enorme markt die daarin bestaat. De Sterreclame geeft daar dagelijks blijk van! Ook jong, sterk, sportief en sexy stelt men boven gezondheid. Men heeft er ongezonde dingen voor over. Vooral allerlei soort bevrediging heeft in onze maatschappij hoge prioriteit. Roken, sex, drank, stuff, maar evengoed bevrediging in macht en geld kunnen leiden tot sterke aantasting van het gezonde bestaan. Wat betreft de zorg om tot gezonde zorgende sociale netwerken te behoren, zoals huishouden, gezin, vriendengroep, buurt, is populariteit in de zin van getaptheid meer in tel dan wederzijdse zorg in het kader van een gezond bestaan.

In de volgende hoofdstukken zullen wij deze schetslijnen nader uitwerken en de vraag onder ogen zien, hoe het nu verder moet met het zorgen voor gezondheid in de westerse samenleving.

4. HOE WORDT ER GEZORGD

In hoofdstuk 2 is het model van een zorgfunctie al gegeven. Een zorgfunctie bestaat noodzakelijkerwijs uit 3 elementen: de zorgbehoefte, het zorgproces en het zorgeffect. Bij de vraag naar het *hoe* van het zorgen vragen wij naar dat zorgproces.

Zoals elk proces kan het in stappen worden verdeeld. Het is nuttig om dat ook hier te doen, want het bevordert de overzichtelijkheid van wat er precies allemaal gebeurt. Een nauwkeurige analyse wordt bevorderd. Bij elk zorgproces kunnen wij twee hoofdvragen stellen:

- a. Hoe verloopt het proces in technisch-praktische zin;
 - b. Wat is de kwaliteit van elke zorgstap en die van het proces als geheel?
- Als wij voor *alle* zorgprocessen deze vragen hebben beantwoord, is het probleem van 'hoe gezorgd wordt' in detail beantwoord. Dat zou een enorme opgave zijn. Daarom beperken wij ons, bij wijze van oefenvoorbeeld, weer tot het meest vitale proces: zorg voor voeding^{35, 36}).

a. Het zorgproces in stappen

Wanneer we dit zorgproces stapsgewijs analyseren, stuiten we op minstens

tien te benoemen zorgstappen, die zich overigens niet in elke procesgang op dezelfde wijze voordoen. Zij zijn weergegeven in het brugmodel (fig. 3); wij bespreken het zorgproces nu stap voor stap.

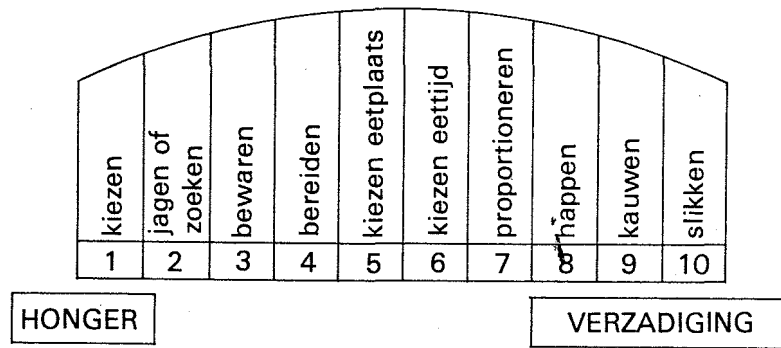


Fig. 3 Voedingszorgfunctie

- 1. Kiezen.** Een leeuw kiest een hert, een varken kiest eikels; de mens is een alleseter en zijn keuzeruimte is dus bijzonder groot. Hij kan goed of slecht kiezen, zowel wat soorten voedsel als wat hoeveelheden betreft.
 - 2. Jagen of zoeken.** Door de leeuw wordt op het hert gejaagd, de eikels moeten gezocht worden. Zodra de mens weet wat hij wil hebben, gaat hij erop uit om te zien of hij het krijgen kan. Anders herziet hij zijn keuze.
 - 3. Bewaren van voedsel** is een tussenstap die de snelheid van een toekomstige behoeftebevrediging ten goede komt. Het zorgen gaat hier vooraf aan de nood, omdat de zekerheid bestaat dat de nood zich telkens opnieuw zal voordoen.
 - 4. Het bereiden** van het voedsel. Hier wijs ik op twee aspecten, die zich in meerdere of mindere mate ook bij alle voorafgaande fasen voordeden: het technische aspect (eerst is het voedsel rauw en nu wordt het gaar en eetbaar) maar daarnaast ook het satisfactie-aspect: men doet iets nuttigs en zinnigs. Het lukt. Men verheugt zich, heeft 'voorpret'. Voordat de nood gelenigd is (de honger bestaat nog steeds) is het bezig zijn met de leniging al een bron van genoeg op zich.
- In onze complexe maatschappij worden zulke basisgegevens van het menselijk bestaan steeds minder herkenbaar. Ze sneeuwen onder door de overweldigende stortbui van informatie en emotionele prikkels. Wie meent dat ik fantaseer, moet eens gaan kijken in een zwakzinnigeninrichting waar men de pupillen zelf voor een maaltijd laat zorgen. Hier zijn de primitieve menselijke reacties in zuivere vorm te zien. Men zal verbaasd zijn over het plezier en enthousiasme, de belangstelling, het verdwijnen van indolentie.

5. Keuze van de eetplaats

Een dier dat zich onbedreigd weet, eet in het vrije veld. Voelen dieren zich bedreigd, dan slepen ze het voedsel vlug naar hun hol. Een mens kan uit een krant eten aan de aanrecht, hij kan in zijn eetkeuken eten, de eetkamer, het restaurant, heel romantisch buiten, of van een dienblad in zijn bed.

6. Keuze van de eettijd

De een eet graag 's middags een warme maaltijd, de ander 's avonds. De een eet liever vroeg, de ander liever later op de avond.

7. Proportionering van het voedsel

Men schept zich op en kiest daarbij in veel sterkere mate dan menigeen zich wel bewust is. 100 gram aardappelen kan betekenen: een flinke grote, een stel kleintjes, of een paar lepels kruim. Ieder mens blijkt ook daar al kleine voorkeuren te hebben, nog afgezien van het precies bepalen van de diverse hoeveelheden waarin men trek heeft. Let u er eens op hoe nauwkeurig dat vaak gebeurt.

8, 9, en 10. *De laatste stappen* van het voedings-zorgproces zijn het naar de mond brengen van het voedsel, het kauwen, en het inslikken. Daarmee houdt het zorgen op; hier begint een ander, een fysiologisch proces.

Wanneer men het activiteitenoverzicht van een zorgproces aldus heeft opgesteld, kan men elk van de zorgstappen nader onderzoeken in allerlei opzicht. Bij de vraag naar het *hoe* van het zorgen kijken wij naar het aspect van de *kwaliteit*.

b. Kwaliteit van het zorgen

We behandelen de kwaliteitsvraag aan de hand van het voorbeeld van de voedingsfunctie en doen het stap voor stap.

Bekijken we de eerste zorgstap, het kiezen, dan ontdekken we twee heel verschillende kwaliteitsaspecten daaraan: de *technische* kwaliteit en de *emotionele* kwaliteit (dubbellaagtheorie van het zorgen.)

De technische kwaliteit betreft de meer of minder grote waarde voor de gezondheid van de voedingsmiddelen. Voedingsmiddelen kunnen schadelijk zijn, bijvoorbeeld door kleurstoffen of conserveringsmiddelen die later kankerverwekkend blijken te zijn. Andere voedingsmiddelen bevatten een gevarieerd samenstel van eiwitten, vetten, koolhydraten, vitaminen en mineralen, waardoor ze bijdragen aan een goede gezondheid. Het maken van een harmonieuze keuze uit de diverse soorten voedingsmiddelen, in een juiste hoeveelheid, aangepast aan de specifieke voedingsbehoeften van de gebruiker(s) voor wie ze bestemd zijn, is dus niet eens zo gemakkelijk. Die gebruikers kunnen kinderen zijn, zwangeren, bejaarden of mensen die zwaar lichamelijk werk doen. Dat moet invloed hebben op de keuze.

Eenzijdige domme keuze: keuze gedaan op basis van vooral het lekker vinden of geleid door reclame en aantrekkelijke verpakking, kan leiden tot daling van de kwaliteit van de voedingszorg.

De emotionele kwaliteit van het kiezen is van geheel andere aard. Het kunnen en mogen kiezen is een genoegen op zichzelf: het geeft voorpret op het eten. Het is een vorm van menselijke vrijheid. Kijk eens naar het plezier en de ernst waarmee mensen in restaurants het menu bestuderen. Als we de keuzevrijheid wegnemen vervalt er een belangrijk stuk kwaliteit van het voedingsproces. Behalve door de beschikbaarheidsvraag die in de tweede zorgstap aan de orde komt, en door geldgebrek, kan keuzevrijheid belemmerd worden of zelfs geheel te niet gedaan door het opleggen van een dieet of door opname in een inrichting (ziekenhuis, verpleeghuis). De vraag is of dat altijd gerechtvaardigd is en strikt noodzakelijk.

Mijn ervaring, enerzijds als internist, anderzijds als medisch directeur van een ziekenhuis, is dat er veel te veel patiënten een dieet hebben dat hen uit een zekere routine wordt gegeven, of uit de medische behoefte om 'iets voor te schrijven', zonder dat dit dieet werkelijk bijdraagt tot de gezondheid van de patiënt. Sterker nog, wie de ontwikkelingen in de dieetleer van de laatste halve eeuw nauwkeurig volgt, ziet dat allerlei diëten sterk veranderen door verschuiven van de inzichten. Veel diëten worden gegeven zonder dat wetenschappelijk vaststaat dat zij werkelijk noodzakelijk zijn. Een dieet heeft bovendien het bezwaar dat het de patiënt vaak fixeert en bevestigt in zijn ziektegedrag.

Naar mijn ruwe schatting zou dan ook *minstens de helft* van de mensen die thans op een dieet leven weer vrijheid van keuze dienen te krijgen. Ook over de beschikbaarheid van voedsel is heel wat te zeggen. De wettelijke regelingen die de goede kwaliteit van allerlei soorten voedsel garanderen, zijn belangrijk. De mate waarin producenten gedwongen worden om op de verpakking mededeling van de feitelijke kwaliteit te doen op zulk een wijze dat dit begrijpelijk is voor het publiek, is een belangwekkend aspect.

Zo kunnen wij voor elke stap de kwaliteit nagaan. Ook over de kwaliteit van bewaren van voedsel is heel wat te zeggen; over die van de voedselbereiding nog veel meer. Bij sommige zorgstappen staat het technische aspect voorop, zoals bij de eerste vier. Bij andere zorgstappen is de kwaliteit vooral van emotionele aard: dat is het geval bij de laatste vier. De kwaliteit wordt in dit opzicht sterk beïnvloed door de vraag *wie* de zorgstap verricht. Wanneer de laatste 4 stappen *niet* door zelfzorg worden verricht, tast dat de kwaliteit ernstig aan. Als men niet zelf zijn bord mag opscheppen en niet zelf zijn happen nemen, maar gevoerd moet worden, ervaart men dat als een ernstige aantasting van de persoonlijke vrijheid en

onafhankelijkheid. Nog erger wordt het wanneer men niet meer kan kauwen of slikken. Het voedsel moet dan fijngemalen worden en uiteindelijk per sonde worden toegediend, zoals bij diepe idiotie de regel is.

Het gebruiken van een maaltijd heeft bij de gemiddelde levensduur van een Nederlander circa 70 000 maal in zijn leven plaats. De kwaliteit van die 70 000 keer voedingsfunctie wordt gevormd door de som van de gezamenlijke 700 000 voedingsstappen. De bewering dat de betere of slechtere kwaliteit van die stappen niets te maken heeft met de gezondheidstoestand en levensduur van het individu lijkt erg onwaarschijnlijk. Het zorgen voor technisch goede eetgewoonten moet dus als gezondheidsbevorderend worden aangemerkt.

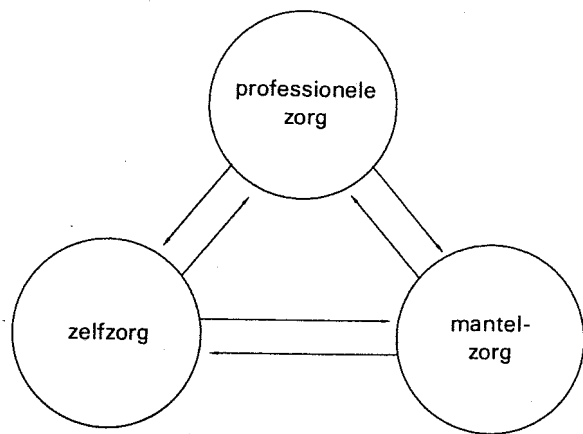
Men spreekt tegenwoordig graag over de 'kwaliteit van het bestaan', maar dat wordt dan verder meestal nogal vaag gehouden. Welnu, wij hebben bij een vluchtige beschouwing van de voeding-zorgfunctie al gezien dat veel zorgstappen direct verbonden zijn — en soms heel nauw — met die kwaliteit van het bestaan. En onze voeding-zorgfunctie is er maar één van de omstreeks vijfendertig zorgfuncties voor gezondheid, die wij in het menselijke gedrag kunnen onderscheiden. In het kader van dit boek kunnen wij niet verder gaan dan het *signaleren* van het grote belang van gedetailleerde studie van de kwaliteit van de diverse zorgfuncties, met name vanuit de psychologische hoek.

Dat is niet alleen maar 'voer voor psychologen'. Elke zorgverlener die hiervoor waarachtige belangstelling heeft, kan zijn waarnemingen aan deze kwaliteitsvragen spiegelen en zijn eigen wijze van zorg verlenen daardoor beter en gestructureerder leren evalueren.

KRITISCHE ANALYSE VAN ONZE HUIDIGE PROFESSIONELE ZORGVERLENING

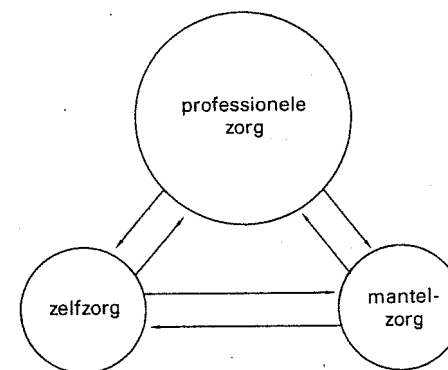
In de vorige hoofdstukken is getracht om de ingrediënten bijeen te brengen, waarmee we kunnen proberen om de zorgverschijnselen van onze tijd beter te begrijpen; ze te verklaren; waarde-oordelen gemakkelijker te maken door ons zorgen te vergelijken met allerlei zorgen dat ooit en ergens heeft plaatsgevonden. Vanuit die benadering kunnen we ook proberen om strategieën te ontwerpen voor zorgverlening zoals we die zich in de toekomst graag zouden zien ontwikkelen.

Er bestaat geen twijfel over het feit dat in de twintigste eeuw de professionele zorgverlening explosief is toegenomen. Bij patiënten zien wij het volgende.



Model 4: Evenwichtsmodel

De drie typen van zorgverlening zouden met elkaar in evenwicht moeten zijn en elk zou op zijn eigen terrein goed moeten functioneren (model 4). Maar de professionele zorg is overheersend geworden, terwijl zelfzorg en mantelzorg kwijnen (model 5).



Model 5: De verzorgingsmaatschappij

De bezwaren daarvan worden thans steeds meer voelbaar en de kritiek op de beroepszorg neemt sterk toe. Het begrip 'deprofessionalisering' heeft in de zeventiger jaren zijn intrede gedaan. De professionele zorg moet weer in evenwicht gebracht worden met zelfzorg en mantelzorg – maar daartoe zal het nodig zijn om allereerst ons inzicht te verdiepen in de vraag, *waardoor* de professionele zorg zo geweldig heeft kunnen groeien.

1. OORZAKEN VAN DE PROFESSIONELE-ZORGEXPLOESIE

In de moderne westerse maatschappijen heeft zich in de afgelopen eeuwen een aantal structuur- en cultuurveranderingen voorgedaan, die tezamen de professionele-zorgexplosie goed kunnen verklaren. Wij bespreken elke factor in het kort.

– Arbeidsdeling. In een archaïsche samenleving gebeurde alle arbeid in de kleine groep van de familie- en dorpsgemeenschap. Men ploegde, zaaide, oogstte, bakte zijn eigen brood en brouwde zijn eigen bier. Men deed aan veeteelt, slachtte zelf, spon de wol, weefde of breide er kleren van, maakte kaas, enzovoort. In de industriële samenleving heeft een sterke arbeidsdeling plaatsgehadt waarbij al die functies die vroeger binnen één huisgezin plaatsvonden, versnipperd werden over talrijke beroepen. Dat heeft zich vervolgens ook in de zorgverlening voltrokken. Honderden zorgberoepen zijn er ontstaan en tezamen hebben die een geweldig netwerk van allerlei soorten beroepszorg in het leven geroepen, zoals maatschappelijke zorg, gezinsverzorging, bejaardenzorg, zorg voor opvoeding, onderwijs, recrea-

tie, welzijns- en gezondheidszorg. Wij zullen de algemene tendenzen die we waarnemen in de zorgontwikkeling, telkens in het bijzonder toepassen op de gezondheidszorg. De hele professionele gezondheidszorg bestond sinds onheuglijke tijden uitsluitend uit de artsen. De chirurgijns zijn pas een paar eeuwen geleden daarbij gekomen; aanvankelijk hoorden zij bij het gilde van de kappers. De verpleging is ook vrij oud, maar niet zozeer als beroep als wel in de vorm van liefdewerk dat door de kloosters werd gedaan. Thans zijn er in de gezondheidszorg vele tientallen beroepen. Wij zullen daar enkele paragrafen aan wijden, verderop in dit hoofdstuk.

- De natuurwetenschappen kwamen tot ongehoord grote bloei en er werden vele ontdekkingen gedaan. De technische mogelijkheden namen sterk toe. Denk in de gezondheidszorg eens aan: röntgenstralen; laboratoriumtechnieken op chemisch gebied; de ontdekking van de bacteriën met daaruit voortvloeiend de bacteriologie, virologie, immunologie; de moderne farmaca; de narcose met de daarop volgende enorme ontwikkeling van de chirurgie.

Die wetenschapontwikkeling bracht met zich dat er ter voorkoming van infectieziekten en ter genezing van allerlei ziekten veel meer kon gebeuren dan vroeger mogelijk was. Daar was echter allerlei nieuwe deskundigheid voor nodig, die steeds verder gaande arbeidsdeling en professionalisering vereiste.

- De grote *welvaart* van de twintigste eeuw heeft het proces van arbeidsdeling in de zorgverlening *mogelijk* gemaakt. Wanneer men per hoofd van de bevolking per jaar rond f 10,- kan besteden voor de gezondheidszorg (zoals in ontwikkelingslanden voorkomt), dan is het duidelijk dat er geen geweldig professioneel apparaat *kan* ontstaan. In Nederland zijn wij zo welvarend dat wij aan het einde van de zeventiger jaren rond f 2.000,- per hoofd van de bevolking per jaar konden besteden voor de gezondheidszorg. Op die materiële basis kon die zorg zo enorm uitgroeien. Het doet er niet zoveel toe of die geldstroom via de belastingen (Engeland) of via de ziekenfondsen en verzekeringen, zoals bij ons ter beschikking komt.

- Dit alles zou nog steeds niet tot onze zorgexplosie geleid hebben als er niet gelijktijdig een reusachtige toevloed van *mankracht en vrouwkracht* had plaatsgevonden. Dat gebeurde vanuit de agrarische sector door mechanisatie en verhoogde bedrijfsefficiëntie. In verhouding tot de produktiestijging verminderde ook het aantal arbeidsplaatsen in de industrie. Zo

kwamen er steeds meer mensen vrij, die de dienstverlenende sectoren konden gaan bemannen. Tabel 1 geeft daar een indruk van.

Tabel 1. De grote arbeidssectoren in Nederland in % van het totale aantal gewerkte mannen in deze sectoren*

Jaar	agrarische sector en visserij	industrie en bouwactiviteiten	diensten	totaal aantal mannen in de 3 sectoren x 1000
1947	19,3	40,4	40,3	3056
1957	14,2	45,6	40,2	3583
1967	9,3	45,3	45,4	3943
1972	7,8	40,5	51,7	4038
1974	7,5	39,3	53,2	4027
1978	7,3	36,4	56,3	3947

* Openbare nutsbedrijven en overheid zijn buiten de berekeningen gelaten.

De verschuiving van agrarische arbeid naar industriële en vanuit deze beide naar de dienstensector blijkt duidelijk. Men kan een stap verder gaan en stellen, dat er enorme werkloosheid zou zijn ontstaan als de dienstensector zich niet zo sterk zou hebben uitgebreid. Nu mag die sector natuurlijk niet vereenzelvigd worden met de zorgverleningssectoren, maar deze maken er toch een heel belangrijk bestanddeel van uit. Men lette bij voorbeeld op de ontwikkeling van de rijksbegroting voor de ministeries die gaan over onderwijs, gezondheidszorg en maatschappelijk werk!

Een paar cijfers uit de gezondheidszorg geven ook een aardige illustratie. In ruim twaalf jaar tijd (van 1958-1970) verdubbelde het aantal personeelsleden van de ziekenhuizen in Nederland (de bevolking nam toe met 16,3%). Het aantal medische specialisten nam met 60% toe. Per 100 ziekenhuisbedden waren er gemiddeld in 1958 51 verplegenden, in 1970 76. Die toename is slechts voor een gering deel toe te schrijven aan arbeidstijdverkorting. Grotendeels wijst ze op sterke groei van het aantal taken binnen het professionele systeem.

- Als vijfde drijfveer van de professionele zorg-explosie noemen wij de *autonome groeitendens* van een systeem. Elk nieuw zorgberoep gaat als het ware op zijn tenen staan. Nauwelijks is het erkend of het tracht zich zo sterk mogelijk waar te maken. Het ontwikkelt zijn arbeidsveld, vergroot zijn actieradius, eist meer mensen en meer ruimte; kortom: het nieuwe beroep wil steeds zo veel mogelijk uitgroeien in belangrijkheid. De redenen daartoe liggen voor de hand. Hoe groter en hoe belangrijker, des te meer status en inkomsten. Dat autonome groeiproces is sarcastisch en meesterlijk beschreven door Parkinson³⁷).

– Die groeitendens paste heel goed in de hele *groei filosofie* van de laatste kwart eeuw. Economische groei, groei van de bedrijven, de werkgelegenheid, de inkomens, kortom de welvaart, raakte ook de dienstverlening. Ook hier kregen stijgende 'productiecurven' grote bijval. Meer verpleegdagen, meer verrichtingen, meer verpleeghuisbedden, meer, meer, meer van alles. Alsof een steeds gezonder bevolking nu juist niet steeds *minder* van dat alles nodig zou moeten hebben. Kortom, de zorgverlening – met de gezondheidszorg voorop – viel ten prooi aan het beruchte kapitalistisch-industriële complex van doelstellingen!

– Maar, zal men zeggen, het is toch altijd de *vraag* die uiteindelijk het aanbod bepaalt. Dat blijkt niet het geval te zijn. Dikwijls is het *aanbod* bepalend. Bij een ruim aanbod neemt de consumptie toe. In Spanje drinken de Zweden bijzonder veel alcohol omdat er daar voor hen een ruim, goedkoop *aanbod* bestaat. Een varken vreet zich een ongeluk als het de tienvoudige hoeveelheid slobber krijgt. *Zweden ≠ varkens!*

In onze maatschappij kan allerlei zorgverleningsaanbod zich gemakkelijk als tak van bedrijvigheid ontwikkelen, ongeacht of het nodig is of niet. De vraag wordt dan geschapen; de zorgverlening geeft vervolgens gewenning. Daaruit ontwikkelt zich dan weer de idee dat deze zorg onmisbaar is, en men er dus recht op heeft. Kortom, er kan zich op allerlei gebieden een zorgindustrie ontwikkelen. Er wordt niet kritisch bekeken of een of andere 'zorgverlening' wel goed is voor de mensen. Misschien is zij wel pestilent! Er is een aantal factoren dat de *zorgvraag* beïnvloedt, buiten de klaarblijkelijke behoefte. Zij vloeien voort uit onvoldoende inzicht of onzuivere doelstellingen inzake zorg. Zo wordt de zorgvraag vergroot wanneer de cliënten overspannen verwachtingen hebben van de mogelijkheden die professionele zorg bieden kan. In de specialistische geneeskunde is dit een bekend verschijnsel. Meer zorgbehoefte kan ook berusten op een verdrongen verlangen naar aandacht en liefde die men in zijn leef- en werkomgeving ontbeert. Onbewust worden symptomen gesimuleerd of onschuldige stoornissen overdreven; zo ontstaat een zorgverlening die al te gemakkelijk op de symptomen wordt gericht en de grondoorzaak in het emotionele vlak miskent. Bij de hulpverlening blijft de zorgvraag dan in wezen onoplosbaar.

7 *Zorgvraag uit wraakzucht* en frustratie ten opzichte van de maatschappij en het mislukken van het eigen levensontwerp komt voor bij verslaafden. Zij hinderen de maatschappij zodanig (of althans kunnen dat doen), dat die in vredesnaam wel gedwongen wordt hen veel zorg te verlenen, zonder dat deze zorg evenwel ten goede komt aan hun herstel.

– De vraag ligt nu voor de hand, of *de overheid*, die de eindverantwoorde-

lijkheid draagt voor de zorgverlening in de staat, dan niet corrigerend kan optreden. Daarbij geldt het volgende.

De maatregelen die door de overheid genomen worden, zijn primair gericht op het wegnemen van direct zichtbare nood. Dit strookt met haar belang; een andere attitude van de overheid in dezen is echter vrijwel uitgesloten door de beperkte mogelijkheden. In deze houding openbaart zich een simplistisch doel-middelendenken. Het simplisme schuilt hierin, dat het oplossen van een probleem (het doel) geschiedt in termen van een aantal technische beleidsmaatregelen. Het probleem wordt geïsoleerd benaderd en aangepast aan de ter beschikking staande hulpmiddelen, in casu de professionele zorgverleningsinstellingen, zoals organisaties voor gezondheidszorg en welzijnszorg. *Als voorbeeld* het bejaardenprobleem: De bejaarden vormen door hun positie in de maatschappijstructuur een hulpbehoevende groep. De overheid gaat hier dus iets aan doen en maakt het probleem voor zich oplosbaar door het zo te definiëren, dat het aangepast wordt aan de middelen: de professionele instanties. De bejaarden worden opgedeeld naar een aantal vrij concrete behoeften. Met iedere behoefte correspondeert nu een professionele instelling (wijkverpleging, verzorgingsflats). Door deze probleemdefiniëring door de overheid vindt een duidelijke *verenging* plaats van de algemene structurele bejaardenproblematiek, die door het opvangen van al die concrete deelproblemen niet wordt opgelost.

Kenmerkend voor de structurele bejaardenproblematiek is het wegval-len van de mantelzorg. Maar die wordt in deze benadering niet hersteld! Integendeel: het wegvallen van de mantelzorg wordt bevestigd en versterkt. Mantelzorg wordt vervangen door steeds verder gaande professionele zorgsoorten.

Juist door de hecht verankerde positie van de overheid en de daarvan afgeleide benadering laten critici van ons gezondheidszorgsysteem zich gemakkelijk verleiden om hun kritiek vanuit en binnen deze benadering te formuleren. We komen dan in de sfeer van de organisatorische herstructureringen ter betere aansluiting van de professionele zorg op de behoeften en problemen van de samenleving: produktverbetering zonder het produkt zelf ter discussie te stellen.

Via de zorg voor aanwijsbare noden en het groeperen van de zorgbehoevenden 'per nood', werd tenslotte de laatste stap gezet naar de overheidszorg per individu. Nadat er individueel *recht* was toegekend op allerlei soorten professionele zorg, ontwikkelde zich binnen de eindverantwoordelijkheid van de overheid ook steeds meer de *plicht* tegenover iedere individuele staatsburger om aan dat recht te voldoen.³⁸⁾

– Er zijn naast al deze structurele oorzaken ook nog culturele aan te

wijzen, die de professionalisering hebben bevorderd. Met name moet dan gedacht worden aan de voorliefde voor het scheppen van 'voorzieningen' voor noden, die in socialistische kringen lang opgeld heeft gedaan.

- In de welvaartmaatschappij is bovendien een mentaliteit van *consumptie* ontstaan. Ook consumptie van allerlei professionele zorgverlening hoort dan al gauw tot de gewoonste dingen van de wereld. Men staat er niet eens meer bij stil. Het gevoel ontstaat dat *alles* voor geld te koop is, ook zorg.

Men heeft zijn premies betaald, dus als men dan denkt wat te mankeren, ontleent men daaraan schier onbeperkte rechten.

- Tenslotte noemen wij nog een tweetal factoren die van belang zijn om dat zij een ongunstige invloed hebben gehad op het functioneren van mantelzorg, met als gevolg dat meer mensen op professionele zorg aangewezen raakten. Dat gold vooral voor hulp in het huishouden, de bejaardenverzorging en de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten thuis. De eerste factor betreft de *afbraak van het huisgezin* en de familie als sociaal netwerk. De gezinnen zijn veel kleiner geworden. Vaak werken beide ouders. De bevolking is bovendien veel mobieler geworden en migreert sterker, zodat familie-, vrienden- en buurtgenotennetwerken verscheurd worden.

- Door het sterk afnemen van de gevoelens van verbondenheid met christelijke waarden viel er minder nadruk op de plicht van 'naastenliefde' en verschraalde de gewoontevorming om elkaar bij te springen in allerlei levensnoden. De pastorale zorg verdween. Die was weliswaar in zekere zin professioneel, maar toch niet in de zin van betaalde dienstverlening. Nu is men aangewezen op psycholoog, agoog, maatschappelijk werker en therapeut.

Wanneer wij deze lijst overzien blijkt het geen wonder te zijn dat de professionele zorg zo uit zijn krachten gegroeid is.

De professionele zorg werd een van de macro-organisaties van de verzorgingsstaat. Politiek leek dat heel gunstig. Men hoopte met macro-organisaties, die zo doeltreffend waren voor het scheppen van *welvaart*, ook *welzijn* te kunnen verschaffen. Die poging is duidelijk mislukt. Voor de mogelijkheden tot herstel van het evenwicht tussen professionele zorg, mantelzorg en zelfzorg (hoofdstuk 8), zullen wij de diverse oorzaken op hun veranderbaarheid bekijken.

2. INDUSTRIALISATIE VAN DE ZORGVERLENING IN ZIEKENHUIZEN

De grote veranderingen in het zorgen zijn gepaard gegaan met verschuiving van de motieven waarom men zorg op zich neemt.

Het wederkerigheidsmotief uit de mantelzorg is door het verschralen van deze zorg in betekenis afgenomen. Het economisch motief: zorg verlenen als een betaalde functie, waarbij de zorgverlening zijn tegenprestatie vindt in een salaris, is in de professionele zorg uiteraard het meest voorkomende grondmotief geworden. Al hoeft dit niets af te doen aan andere motieven, toch drukt het op professionele zorg ontegenzeggelijk het kenmerk van een zekere zakelijkheid.

Het solidariteitsmotief en het naastenliefdemotief hebben hun grote betekenis die zij in het verleden hadden, deels verloren. Zolang, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, professionele zorg nog op ruime schaal werd verleend uit religieuze motieven door diaconessen en katholieke religieuze zusters, werd de verzakelijkingstendens vrij sterk gemaskeerd. Met hun wegvallen in de tijd van twee decennia komt die tendens nu echter scherp aan het licht.

Het onontkoombaarheidsmotief is daartegenover sterker geworden. Zorg kan, nu ze algemeen als een recht wordt ervaren, veel krachtiger worden afgedwongen. De consequenties voor de zorgverlener als hij zorg weigert of nalaat zijn veel scherper afgetekend dan in het verleden. Het zingevingsmotief is wel aanwezig gebleven. Ook de professionele zorg kan door de zorgverlener beleefd worden als zinrijk. Hij kan 'er in opgaan'. Het lijkt mij dat zorgverlening in het verleden echter meer en vaker in verband werd gebracht met de *diepste* zingeving van het eigen bestaan, de zorg voor het ontplooiën van het eigen menselijk ontwerp naar maatstaven van nut, kunnen, kennen, 'deugdzaamheid'.

De geconstateerde sterke verzakelijking van het zorgen heeft mede tot gevolg gehad dat er geheel nieuwe motieven ontstonden, die op zichzelf aan het zorg verlenen *vreemd* zijn, en die ontleend zijn aan *industrie en handel*. Zorg werd een soort produkt. Het moet gemaakt en verkocht worden met een zo groot mogelijke winst. Dus moet zorgverlening zo efficiënt mogelijk plaats vinden. In de klinische gezondheidszorg betekent dit dat de verrichtingen zoveel mogelijk *in serie* moeten worden gedaan. Hoe groter de series, hoe efficiënter er per verrichting geproduceerd kan worden. Ook de verpleging wordt door het efficiency-motief geraakt. Er moet opgeschoten worden. Als een patiënt ergens mee treuzelt is het tijd-rovend om hem daarmee te helpen. De verplegende is geneigd om dat werkje over te nemen omdat ze het zelf veel vlugger kan. De zelfzorg van de patiënt wordt daardoor natuurlijk aangetast.

Verhoging van efficiency is ook in tegenspraak met het onderhouden van andere dan technische en zakelijke contacten met de patiënten. Bedden opmaken, medicijnen verstrekken en 'potten' van de patiënten wordt *werk* genoemd, maar tijd voor een rustig en geduldig menselijk contact waarin de patiënt, op een moment dat die daaraan toe is, zich kan uitspreken, is er steeds minder, want dergelijk contact wordt niet meer op zijn waarde geschat als onvervreemdbaar onderdeel van dat werk.

De industriële benadering van de gezondheidszorg is de voornaamste grond waarop gepleit wordt voor *schaalvergroting* van de ziekenhuizen. Dat pleidooi wordt natuurlijk gehouden met behulp van edel klinkende argumenten als: teamgeneeskunde, grotere continuïteit van dienstverlening op rond-de-klokbasis, grotere veiligheid voor de patiënt omdat 'alles' bij de hand is. De bezwaren tegen zulk een schaalvergroting worden graag onder tafel geschoven door de medische specialisten. Dat wordt echter steeds moeilijker nu in heel de westerse samenleving voor allerlei sectoren steeds meer wordt onderkend, dat schaalvergroting ernstige nadelen meebrengt. Velen pleiten weer voor schaalverkleining onder de slogan 'Small is beautiful'. Als argumenten worden daarvoor genoemd:

- Het kleinere ziekenhuis is overzichtelijker, zowel als werkgemeenschap als voor de patiënt. Hij voelt zich daardoor minder een nummer.
- Bij een groter aantal kleinere ziekenhuizen is een betere spreiding over de bevolking mogelijk. Een ziekenhuis 'dichtbij' is een veilig gevoel bij calamiteiten.
- Het bevordert de bezoekenmogelijkheden.
- Kleine ziekenhuizen kunnen blijkens desbetreffend onderzoek heel goed functioneren³⁹⁾.
- Teamgeneeskunde, traumatologie en de E.H.B.O.-functies behoeven niet in *elk* ziekenhuis te worden bedreven. Per verzorgingsgebied is daartoe één centrumziekenhuis voldoende.
- De continuïteit van zorgverlening door de medische specialisten kan ook in het kleine ziekenhuis heel goed worden veiliggesteld, mits het kleine ziekenhuis zich niet laat versnipperen tot een soort micro-academisch ziekenhuis. Alleen de basisspecialismen, maar die dan ook met flinke afdelingen, is een goed concept gebleken in Zweden.

Bij besturen en directies van ziekenhuizen kan de industriële en commerciële motivering van de instelling nog tot twee andere schadelijke gevolgen leiden: de competitie met zusterbedrijven en de organisatiecultus.

Competitie tussen ziekenhuizen

Net als tussen industriële bedrijven, ontstaat ook tussen ziekenhuizen de neiging tot competitie.

Zorgverleners mogen zich in Nederland echter niet adverteren, en ziekenhuizen evenmin. Wat niet rechtstreeks kan, gebeurt via een omweg: ziekenhuizen bieden tegen elkaar op in ruime, 'mooie', luxueuze, 'moderne', aandacht-trekkende bouwtrant: tempels voor de afgoderij van de specialistische geneeskunde. De patiënt betaalt uiteindelijk. Ook op het gebied van maaltijden en andere secundaire aspecten probeert men de eigen image zo fraai mogelijk te maken. Anderzijds wordt de competitie-neiging sterk geremd doordat men toch wel van zijn 'omzet' verzekerd is, wanneer men maar veel specialismen heeft. Het competitiebeginsel komt dan ook vooral tot uiting in de neiging van kleinere en middelgrote ziekenhuizen om zoveel mogelijk specialismen aan te trekken; veel van die super- en sub-specialismen kunnen natuurlijk slechts part-time worden uitgeoefend. Versnippering van krachten, kwaliteitsverlies en ongunstige benutting van vaak kostbare apparatuur en mankracht zijn het gevolg.

De *organisatiecultus* vormt wellicht een nog schadelijker element van de professionele zorgverlening. Gezinszorg, bejaardenzorg, onderwijs, gezondheidszorg, maatschappelijke zorgverlening en welzijnszorg zijn niet meer in de eerste plaats persoonlijke activiteiten van bepaalde mensen, maar veeleer instellingen waarin activiteiten zijn gebundeld, met de daarbij behorende anonimiteit en ondoorzichtigheid. De zorgverleners van die instellingen zijn steeds in belangrijke mate *functionarissen*. De Swaan¹⁴⁾ wijst dan ook op een *dubbele* verstoring van het evenwicht tussen zorgontvanger en zorgverlener in de professionele zorg. Er is geen rolverwisseling meer tussen zorgverlener en ontvanger waardoor tussen beiden een kloof gaat ontstaan die maakt dat de zorgontvanger zich de afhankelijke voelt, de onmachtige, en al gauw de onmondige. Maar bovendien is er de afhankelijkheid ontstaan van een anonieme organisatie die allerlei regels en verordeningen heeft opgesteld waaraan de zorgontvanger zich maar *heeft* te onderwerpen.⁴⁰⁾

De relatie met de zorgverlener zelf hoeft ondanks haar enkelvoudige karakter, toch niet in alle gevallen warmte, menselijkheid en vertrouwen te ontberen. Maar de relatie met 'de instelling' van zorgverlening is per definitie een onpersoonlijke. 'Mevrouw, dat *doen* wij hier niet.' Dat zijn wij hier niet gewend.' 'De huisregels laten dat niet toe'. De cliënt is afhankelijk van de zorginstelling, maar deze onttrekt zich aan zijn invloed. In een inrichting heerst een institutioneel leefklimaat, of het nu een kazerne, een gevangenis, een kostschool of een verpleeghuis is. Zulk een leefklimaat stoelt op heel andere criteria dan het gewone huishouden⁴¹⁾. De patiënt kan zich dan ook niet of heel moeilijk in de inrichting 'inleven'. Zij vormt voor hem geen zingevingsgebied⁴²⁾.

De sterke uitgroei van de professionele gezondheidszorg heeft nog een ander gevolg op organisatorisch gebied. Naast de mensen die direct zorg verlenen, dat wil zeggen in direct contact met cliënt of patiënt, komen er steeds meer die indirecte daarbij betrokken zijn: managers, organisatoren, bestuurders, administratieve krachten, secretaresses, planners, enzovoort. Voor hen die directe zorg verlenen zijn ook allerlei taken van indirecte aard ontstaan. Er moet worden geregistreerd, overlegd, overgedragen, geëvalueerd, bediscussieerd, gerapporteerd. Het percentage indirecte taken is in de professionele zorgverlening steeds verder gestegen. Een heel leger van ondersteunende krachten is thans in functie. W. R. Curtis raamt het percentage van indirecte zorgverleners in de gezondheidszorg voor de Verenigde Staten op 70% van het hele personeel. Slechts 30% van de beschikbare krachten houdt zich bezig met directe zorgverlening. Ondanks een streven naar efficiency zijn de personeelskosten in de professionele gezondheidszorg dan ook schrikbarend gestegen.

Kostenstijging van de klinische gezondheidszorg

Het professionele gezondheidszorgsysteem is in Nederland en veel andere westerse landen onder sterke druk komen te staan, omdat de kosten steeds zwaarder op de bevolking gingen drukken. In 1979 waren de kosten ervan in ons land gestegen tot circa 28 miljard gulden in totaal, oftewel 3,2 miljoen gulden per uur. *Elke minuut*, dag en nacht, heel het jaar door, betaalt de Nederlandse bevolking 50.000 gulden voor haar professionele gezondheidszorg. Daarenboven is er nog de schier onbedwingbare voortdurende stijging van die kosten, die een stagnerende economie als de onze wel eens rampzalig zou kunnen worden. Als illustratie bekijkt men de tabel eens.

Gemiddelde kosten per verpleegdag voor algemene, categorale en academische ziekenhuizen 1953-1983 (1979-1983: prognose)

1953	13,-	1976	280,-
1958	20,40	1977	314,-
1963	32,95	1979	376,-
1968	68,97	1980	414,-
1970	95,46	1981	455,-
1973	163,90	1982	500,-
1975	242,-	1983	548,-

Alom hoort men de roep om beheersing van de kosten. Een groot deel van de kosten bestaat uit personeelskosten: in het ziekenhuiswezen rond 70%.

Aangezien de klinische gezondheidszorg ruim zes tiende deel van de totale kosten veroorzaakt, bedroegen de personeelslasten in die sector in 1979 dus globaal 70% van $6/10 \times 28$ miljard = 11,8 miljard gulden. Geen wonder dat beleidsinstanties zich afvragen of door betere en meer zelfzorg en mantelzorg in de inrichtingen voor gezondheidszorg geen aanzienlijke bezuiniging bereikt kan worden op de kosten van de professionele zorgverleners.

Wat echter op het eerste gezicht zo eenvoudig lijkt, is dat helemaal niet! Zelfzorg en mantelzorg in de ziekenhuizen weer in ere herstellen zou betekenen dat alle patiënten of cliënten weer alles zelf gingen doen wat ze kunnen, en dat hun sociale netwerken daarbij betrokken zouden worden. Dat kan natuurlijk een grote hoeveelheid werk uitsparen. Maar daar staan andere werkzaamheden tegenover. Het ondersteunen en begeleiden van de zelfzorg van patiënten kost vaak meer tijd en moeite dan het zelf snel professioneel leveren van de zorg. ('Och mevrouw, laat mij het maar eventjes voor u doen...') Voor het intact houden of activeren van de mantelzorg-netwerken van de patiënten geldt hetzelfde.

Bovendien zullen er mensen nodig zijn die door onderwijs, informatie en training de competentie van zelfzorg en mantelzorg bij gezondheid zowel als ziekte, helpen verhogen.⁴³⁾

Gezien de economische situatie lijkt het binnen de instellingen voor gezondheidszorg een verstandig beleid om ernaar te streven, bij geleidelijke invoering van meer zelfzorg en mantelzorg het 'meerwerk' en het 'minderwerk' zo goed mogelijk met elkaar in evenwicht te houden. Bij een gelijk blijvend personeelsbestand zullen de veranderingsprocessen zich afspelen zonder belasting in financieel opzicht, maar ook zonder besparing.

Op kortere termijn is er dus van zelfzorg- en mantelzorgontwikkeling geen invloed van betekenis te verwachten op de kosten van de professionele zorg. Wanneer echter een herstel van de gezondheidscultuur zich in de hele bevolking zou gaan doorzetten, waardoor een geringer beroep op de professionele zorg zou plaatsvinden, zou het vraagstuk heel anders komen te liggen.

Vooralsnog moet de kostenbeheersing van de professionele gezondheidszorg niet gezocht worden in de vermindering van het aantal arbeidsplaatsen, maar in verlaging van de salarissen voor veel functies. Bij hogere betaling voor 'vuil werk' behoort automatisch ook lagere betaling voor 'fijn werk'. En veel functies in de gezondheidszorg behoren daartoe, gezien de voldoening die het werk oplevert en de vrijheid die men geniet bij de indeling en uitvoering van vele taken.

Samenvattend kunnen wij stellen, dat ontwikkeling van zelfzorg en mantelzorg noch een bedreiging zou vormen voor de werkgelegenheid in

de gezondheidszorg, noch gebruikt zou kunnen worden om op korte termijn de kosten te drukken.

3. DE MEDISCH-PROFESSIONELE ZORGVERLENING

Op de vroegere huisarts was vaak de omschrijving van Jean Rolin van toepassing. 'Het wezen van het arts zijn bestaat in de ontmoeting tussen twee vrije mensen, de ene vol vertrouwen, de andere gewetensvol; een angstige mens die hulp zoekt en een ander, die hem steeds zijn bereidheid tot hulp, dikwijls zijn sympathie en vaak ook zijn hart schenkt.'⁴⁴⁾ Naast deze menselijke attitude van de arts is er zijn vakmanschap nodig. Hij moet de klachten en afwijkingen objectiveren en ze bekwaam kunnen benutten tot het stellen van een diagnose en het ontwikkelen van een behandeling. Het 'ding-karakter' van de ziekte is door de vele vorderingen van de geneeskunde geleidelijk echter steeds meer op de voorgrond gekomen. Kennis en vaardigheden om de diagnostiek en de behandeling te beheersen namen dusdanig toe dat zij niet meer in één enkele persoon te verenigen waren. Er volgde dus noodzakelijkerwijze specialisatie. Wij denken dan direct aan de verschillende medische vak-specialismen. Maar de belangrijkste 'stille' specialisatie ligt daar nog één stap voor: de specialisatie tussen zorg voor de *mens* enerzijds en aandacht voor het *ding* dat ziekte heet anderzijds. Haast geruisloos is gekozen voor *objectgerichte* geneeskunde, en haast geruisloos verkommerde zo de *subjectgerichte* zorg. De arts zag zijn rol steeds minder als die van raadsman, vertrouwensman, begeleider, de man die bereid is om naar *al* de noden van de patiënt te luisteren; die hem steun geeft bij het klaarkomen met zijn angst en bekommernis. Zeer veel artsen vinden dat hier geen taak voor hen ligt en dat deze oude zorg van de huisarts moet worden voltrokken door anderen: maatschappelijk werker, pastor, verplegende, psycholoog, agoog. De arts kan zich dan 'ongestoord' bezig houden met zijn meetapparatuur, zijn endoscopieën en proefexcisies, zijn laboratoriumuitslagen en röntgenfoto's. Het is *deze* specialisatie geweest die de medicus vervreemd heeft van de patiënt in zijn nood.

Men is uit elkaar gegroeid. De specialistische geneeskunde heeft geen boodschap meer aan de patiënt als mens. Goffman⁴⁵⁾ heeft de moderne specialistische geneeskunde dan ook spottend beschreven in de terminologie van het loodgietersbedrijf. Natuurlijk is dat een globaal beeld en zullen de medici die zich waarachtig bekommeren om de patiënt in zijn menselijke situatie dit vanuit hun persoonlijke ervaringswereld willen bestrijden. Maar het gaat hier niet om de houding van deze meer genuanceerde persoonlijkheden onder de medici, het gaat om het overheersende rolgedrag en de achtergronden ervan.

Voor zeer veel medici is de nadruk van hun aandacht, voorkeur en werk

sterk verschoven naar 'cure' en heeft dit weinig meer te maken met 'care'. Een van de redenen waarom het huisartsenberoep in diskrediet kwam in de afgelopen decennia is duidelijk gemarkeerd door deze, veelal onbewuste, keuze. De huisarts 'kon minder'. Ja, inderdaad, wanneer men naar het *ding*-aspect van de ziekte kijkt. Maar evengoed kan men stellen: de huisarts 'kan meer', wanneer men kijkt naar zijn mogelijkheden om de patiënt waarachtig als mens bij te staan.

Robert Coops zegt daarover: de dokter heeft de bijzondere mogelijkheid om, meer dan de meeste andere beroepsbeoefenaars door de wijze van zijn zorgverlening een spoor van waarachtige menselijkheid, humaniteit, achter zich te laten.⁴⁶⁾

Het specialistisch-geneeskundige werk

De vraag is nu gewettigd, in hoeverre men van zorg mag spreken betreffende het specialistische handelen in het algemeen. Wij hebben gezien dat echte zorg voor een mens in nood aanwezig is als er van een toewending sprake is, van een 'met de ander' zijn. Wanneer er slechts sprake is van het doen van een aantal verrichtingen, zelfs per verrichting tegen een bepaald tarief, dan is veeleer de situatie aanwezig die wordt aangeduid met het begrip 'service', het verlenen van diensten voor geld, zonder dat het mens-zijn, het gemoed, nog echt mee in het spel is. Dat is geen verwijt; het is een vaststelling. Het preludeert ook niet op een waardeoordeel, als zouden de specialisten hun taak op andere wijze moeten gaan opvatten. Het betekent dat de opvang die de zieke mens en zijn omgeving in menselijke zin broodnodig hebben, veelal niet van de medische specialist moet worden verwacht.

Een paar krasse voorbeelden uit de werkelijkheid, opgetekend uit gesprekken met medische specialisten, die deze voorbeelden ook zelf wel als extreem beschouwden:

- Een vrouw is met een zeer pijnlijk arteriosclerotisch gangreen* van een voet bij de internist.

De internist, na onderzoek: 'Nou, dat been moet eraf! Ik zal u een verwijsbriefje voor de chirurg geven.'

- Een patiënte zegt, kort voor haar operatie, tegen de chirurg: 'Dokter, ik ben zo bang!'. Chirurg: 'Zuster, stelt u mevrouw even gerust'. (Geruststelling zit blijkbaar niet in het ziekenfondspakket.)

Het gaat dan niet eens om begeleiding van de patiënt in zijn bekommernis, laat staan om professionele begeleiding. Nee, aan de eis van een

* Versterf door slechte bloedtoevoer tengevolge van aderverkalking van de slagaders van het desbetreffende been.

doodgewone fatsoenlijke medemenselijke benadering wordt niet meer voldaan, wanneer de specialist de zuigkracht niet weerstaat die van de *ding*-benadering van ziekte op hem uitgaat. Heel de specialistische attitude, met haar sterke professionalisering, hoge status, ding-benadering van de patiënt en de daaruit voortvloeiende organisatie van het werk rond de belangen van de specialist en in alle opzichten in de eerste plaats van hem afhankelijk, heb ik al in 1971 het 'S-model' in de geneeskunde genoemd, het 'specialistenmodel'⁴⁷⁾.

Deze afstand van de patiënt als mens maakte het ook mogelijk dat de 'verrichtingen' een industrieel karakter kregen. Dat bepaalde in toenemende mate de doelstelling van het bezig zijn. Er moet 'omzet' behaald worden. Het ereloon van vroeger werd nog slechts in naam gehandhaafd: het honorarium. Maar over de hoogte ervan wordt al decennia platvloers touwgetrokken door officiële onderhandelingscommissies van de landelijke specialistenvereniging. Platvloers is hier een gepast woord, want de patiënt is totaal niet meer in het geding, alleen inkomensvergroting voor de specialisten evenredig aan de maatschappelijke macht die de professie bezit. Er is van die macht tot op de laatste cent 'profijt' getrokken. Omdat de diensten door de specialist verleend worden op verrichtingentarief, ontstaat de indruk dat alles wat geen officiële verrichting is, *gratis* wordt gegeven. Eens even een praatje maken met de patiënt, hem iets uitleggen over het onderzoek dat hem te wachten staat, eens even notitie van hem nemen, eens even geduld opbrengen als hij wat omslachtig is in zijn vragen, de familie opvangen als het om een ernstige zaak gaat. Daar zijn geen *tarieven* voor. Dat 'kost de specialist dus geld'! Het vermindert zijn omzet van het aantal verrichtingen.

Allerwegen hoor ik van de talloze patiënten met wie ik contacten had of heb, de klacht: 'De dokter heeft geen tijd voor mij'.

Ondanks de diagnostische en therapeutische mogelijkheden van de geneeskunde, die groter en perfecter zijn dan ooit, is de geneeskunde als *zorg*-beroep in verval geraakt. Wij zullen dus het geneeskundig handelen moeten analyseren en de vraag stellen: Hoeveel *schijnzorg* zit er in de verrichtingenpakketten; hoeveel *wanzorg* is aanwezig in de medische antwoorden op de nood van medemensen? Het merkwaardigste is, dat de hier gesignaleerde verschijnselen al meer dan een kwart eeuw lang gesignaleerd worden vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Al in 1954 schreef Kraus indringend over deze medische problematiek.⁴⁸⁾ Trimbos heeft er met klem op gewezen.⁴⁹⁾ Veel verandering heeft echter binnen de medische professie niet plaatsgehad.

Maar er zijn aanwijzingen dat de specialistische geneeskunde de adem inhoudt. Ondanks de enorme groei van de medische wetenschap, de

toename van kennis en bekwaamheid, de eclatante successen in de bestrijding van vele ziekten, ontstaat er een aanzwellende kritiek, die door medici geërgerd of verbijsterd wel 'dokterje pesten' wordt genoemd. De laatste triomfale akkoorden van professionele lyriek zijn nog niet verklonken⁵⁰⁾, maar steeds meer artsen gaan de ogen toch open voor de grenzen van de huidige zorgverlening.

- a. Bij veel patiënten met psycho-sociale stoornissen 'past' het huidige zorgverleningssysteem niet meer op hun zorgbehoeften. Dat heeft tot gevolg: veel moeite en kosten zonder opheffing van de nood.
- b. Bij ouderdomskwalen en chronische ziekten is vaak geen genezing (in medische zin) te bereiken. Deze patiënten vormen een steeds in aantal toenemend 'residu', dat onvoldoende door de moderne diagnostische geneeskunde kan worden geholpen. Het is daardoor lastig, oninteressant. Men heeft er geen greep op. Er is 'geen eer aan te behalen'. Het moet maar worden opgeborgen, ergens buiten het gezichtsveld van de specialistische geneeskunde. Het aantal verpleeghuisbedden in ons land klom naar 45 000.
- c. Hier en daar begint het besef te leven dat het niet genoeg is om telkens te zeggen: 'en dat doen we allemaal ten behoeve van de patiënt, die centraal staat'. Men zal naar de criteria voor ziek en gezond moeten kijken die de *patiënten* aanleggen. Men zal zich ook moeten gaan richten naar wat voor de *patiënten* gemakkelijk is in plaats van domweg alles zo te blijven doen als het de zorgverlener het beste schikt: ik denk aan afspraak-sprekuren met *desnoods* eens *even* wachten, en aan vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen 'om de patiënt bij de hand te hebben', etcetera.
- d. Zelfs wordt het voor sommigen al zichtbaar dat gezondheidszorg niet mag worden vereenzelvigd met het professionele systeem! Mantelzorg heeft een eigen, erop aansluitend zorggebied dat voor een nieuwe bloeiperiode lijkt te staan, waar wij in hoofdstuk 7 nog op terugkomen.

De attitude van de medische professie zal nog veel veranderingen moeten ondergaan in de richting van meer dienstverlening. Een onderzoek hierover in de Verenigde Staten onder de titel 'Willingness to serve'⁵¹⁾ stemt niet erg hoopvol. Het welslagen van een zorgprogramma voor de armen in de VS is voor een groot gedeelte afhankelijk van de bereidheid van artsen om op gesalarieerde basis zich daarvoor in te zetten. Een onderzoek onder 1008 artsen toonde aan dat deze bereidheid zeer gering was.

4. DE VERPLEEGKUNDIGE ZORGVERLENING

De verpleging is van oudsher een van de meest kenmerkende zorgberoepen. Zij draagt het woord zorg ook in haar naam: verplegen komt van het Duitse verpflegen, waarin het woord Pflege, zorg, zit. De Franse taal kent voor het woord verplegen verschillende benamingen; 'soigner' voor het verplegen van zieken, 'hospitaliser' voor de chronische zorg voor bejaarden, en 'assister' wanneer het 'bijstaan' betekent, vooral voor armen. Het woord verpleegster is in het Frans gedifferentieerd naar haar diverse taken: infirmière, zij die met en voor de 'on-fermen', de zwakken, de zieken is; garde-malade, waarin de bewakende, oplettende, observerende taak tot uiting wordt gebracht; en hospitalière, wat de plaatsaanduiding inhoudt waar de meeste mensen de verpleegster aan het werk zien.

In het Nederlands wordt de warmte van een persoonlijke relatie die de patiënt verwacht, tot uiting gebracht door de benaming zuster of broeder, een eretitel omdat hij refereert aan diepe lagen van menselijke zorg en bezorgdheid voor elkaar: de zorg binnen een gezin, van de gezinsleden voor elkaar. De liefdevolle toewijding die de mensen van oudsher in de verpleegster bewonderden heeft zelfs de naam liefdezuster in het verleden ingang doen vinden.

Er is geen twijfel aan, of de verpleging heeft - met grote ups en downs - door de eeuwen heen het merkteken gedragen van liefdevolle zorg en toewijding.

Hoe heeft de verpleging zich echter ontwikkeld in de laatste 50 jaar, waarin wij de hoogste bloei zich zien voltrekken van de medische specialismen en het moderne ziekenhuiswezen?

Wij moeten daartoe de taken van de verpleging eens op een rij zetten en elk ervan in zijn ontwikkeling volgen.

Verplegingstaken

a. Het geven van *vertroetelende* zorg. Het verwennen, of, om het met andere woorden te zeggen: de patiënten alles uit handen nemen, ze inbedden in een complete beschutting en geborgenheid. Deze taak is een heel nuttige geweest in een samenleving waarin voor tal van mensen de materiële lasten van het leven ondraaglijk zwaar waren: een maatschappij van ploeters, zwoegers en sloven. Dat beeld is toepasbaar op onze maatschappij van rond de eeuwwisseling met haar hoogkapitalisme en haar omvangrijke krottenproletariaat van grote gezinnen in slechte levensomstandigheden. Arm zijn en ziek zijn ging min of meer automatisch samen. Het dragen van de lasten van de patiënten om hen eens heerlijk voor een tijd ervan te bevrijden werd ervaren als echt liefdewerk, werk van charitas. Het is misschien deze historische achtergrond van overgrote zorgbereidheid, die ertoe heeft bijgedragen dat een gedragspatroon van

vertroeteling, van alles voor de patiënt doen, *ook al zou hij het best zelf kunnen*, in de verpleging bleef gehandhaafd. Een neiging tot overmaat van zorgverlening. De patiënt wordt, of hij wil of niet, ondergedompeld in een zorgbrei. Nu moet wel opgemerkt worden dat er in onze consumptiemaatschappij maar al te veel mensen zijn die zich dat graag laten aanleunen. De behoefte aan zorg is echter in veel mindere mate te zoeken op fysiek gebied, dan in het psychische vlak. Wanneer is vertroetelende zorg nodig en wanneer is ze *schijnzorg*, zorg waar de patiënt geen behoefte aan heeft, maar die geleverd wordt vanuit de eigen criteria van het beroep. Velen menen dat een teveel aan zorg schadelijk is voor de patiënt, hem onnodig *de-activeert*, zijn restanten zelfzorg aantast. Over reactivering wordt genoeg gesproken, maar merkwaardigerwijs is het *de-activeren*, het onnodig stilleggen van zelfzorg onvoldoende in de aandacht gekomen. Het is dus volstrekt niet denkbeeldig dat goed bedoelde professionele zorg die netjes volgens de bestaande regels wordt toegepast, *schadelijk* is voor de patiënt. Als zijn zelfzorg wordt afgeremd, zijn mantelzorgnetwerken worden uitgeschakeld of zelfs onnodige pijn, risico en verdriet aan de patiënt worden toegebracht door allerlei verrichtingen te doen waar hij niets mee opschiet, is er van zorg in de ware zin van het woord geen sprake meer. Wij zouden dat anti-zorg, onzorg of wanzorg willen noemen.

b. Het *bewaken, observeren van de patiënt* en de 'eenvoudige verzorging'. De arts ziet zijn patiënt in het ziekenhuis per dag maar enkele minuten bij de visite. Het contact tijdens verrichtingen geeft veelal weinig gelegenheid om de patiënt in zijn dagelijkse gedragingen te observeren. De verpleging heeft daarvoor in principe 24 uur per etmaal de gelegenheid. Het omgekeerde heeft intussen ook plaats. De patiënt kan voortdurend de verpleging observeren. De communicatie die er plaatsheeft op zakelijke basis kan daarbij gemakkelijk dieper gaan: naar de eigenlijke gronden van bekommernis, angst en onzekerheid en naar de zin van het lijden, de zin van het bestaan. Vanuit zorgen vóór de patiënt ontstaat dan gemakkelijk 'zorg om' en met de patiënt.

Maar deze observerende en communicatieve situaties zijn nooit verder uitgediept. Het gebruik maken door de medicus van de observaties door de verpleging komt slechts sporadisch voor, behoudens voor de basale levensfuncties: eten, slapen, excretie en dergelijke, culminerend in het drie maal per dag temperatuur opnemen en pols tellen. In ieder geval wordt van de zijde van de medische professie de observerende functie van de verpleging niet aangemoedigd, noch wordt er van die kant enige bijdrage geleverd om aan deze informatiebron systematisch gestalte te geven. De verpleging ontvangt bij haar opleiding onvoldoende observatietraining. Communicatie met de patiënt wordt wel nagestreefd, maar de keuze wordt

daarbij meestal aan de patiënt ontnomen. De hoofdzuster heeft de neiging om het als haar taak te beschouwen met de patiënt 'te praten' over diens zorgen en problemen. Tot ergernis van menige hoofdverpleegkundige 'praat' een patiënt vaak liever met leerling-verplegenden over zijn problemen. Voor leerlingverplegenden wordt dit echter dikwijls als een oneigenlijke bezigheid beschouwd. 'Maak liever maar eerst het *werk* af!' Dat de communicatie tussen de patiënt en de direct hem verzorgende verpleegkundige, zelfs leerling, vaak zoveel gemakkelijker tot stand komt dan die met bijvoorbeeld een hoofdverpleegkundige, ofschoon die meestal over een veel grotere levenservaring beschikt en waarschijnlijk beter in staat is om desgewenst raad te geven, moet ergens wel zijn redenen hebben. Ik denk dat die te vinden zijn in de feiten van 'grooming en grooming talk'. Terugbladerend naar hoofdstuk 2 moet ik denken aan het zorggedrag bij de apen. Zorg en zorgsignalen worden tekenen van non-agressie: de glimlach als kort durend en het soignerend babbelen als langdurig signaal van toewending.

Het spontane babbeltje van een verplegende met een patiënt tijdens het bezig zijn met zorgen, wasbeurt, bed opmaken etcetera lijkt een *ideale* atmosfeer te scheppen voor communicatie van levenszorgen en bekommernis. Bij de opleiding van verpleegkundigen moet aan het ontwikkelen van *communicatief gedrag* veel meer aandacht worden besteed. Dat is heel wat anders dan psychologielessen ontvangen. Als men het als 'vak' wil geven, zal het 'omgangskunde' moeten zijn, maar dan in vredesnaam niet als een 'weetjesvak' maar als een echte kundigheid, waarbij men ook leert om kritisch te kijken naar het eigen gedragspatroon in allerlei omgangssituaties. Naast onderwijs in de instrumentele en functionele relaties dient dus veel meer aandacht besteed te worden aan de persoonsrelatie tussen hulpverlener en patiënt. Hier telt dan niet langer wat men doet, maar ook wat men *is*.

c. Het verrichten van *professioneel verpleegkundige handelingen*. Als voorbeelden zijn te noemen: het voorkómen van decubitus bij ernstig zieke patiënten; het toedienen van geneesmiddelen, met name bijvoorbeeld door middel van injecties; het verbinden en verzorgen van wonden, etcetera. Aan deze taken is steeds voldoende aandacht besteed. Een aanzienlijk deel van de opleiding wordt eraan besteed. Het geschiedt in Nederland in het algemeen op een uitstekend niveau.

d. *Het assisteren van de medicus*. Deze taak kan omvatten: het bijhouden van de informatiestromen rond de patiënt in zijn ziektegeschiedenis; dit betreft dan administratieve assistentie. Het klaarzetten van benodigdheden voor verrichtingen, het aangeven van materiaal daarvoor en het

verlenen van al die hulp die nodig is, opdat de arts de verrichting zo goed (en snel) mogelijk kan uitvoeren. Bovendien is een belangrijk stuk assistentie ontstaan in de vorm van het uitvoeren, in opdracht van de arts, van allerlei functieproeven, zoals gefractioneerd maagonderzoek, concentratieproef als nierfunctie bepaling. Steeds meer raakte de verpleging bij het *medische* werk betrokken; steeds meer werd zij in contact gebracht met de technologie; met almaar meer apparatuur moest ze vertrouwd raken! De attractie voor mannen van de verpleging nam mede daardoor toe. Het toppunt van verpleegkundige technologie werd de 'cockpit' van de special-care-unit, waar op de talrijke scopes van de monitoren de voortdurende bewaking plaatsvindt van pols, ademhaling, bloeddruk, electrocardiogram etcetera van de patiënten.

Heeft de verpleegkundige de boot gemist?

In de vorige decennia heeft de verpleging voor een grote tweesprong gestaan. De ene weg was: haar roeping tot liefdevolle zorgverlening verder uitwerken en richten op nieuwe menselijke behoeften in de maatschappij. Het verschijnsel zorg als het centrum van haar beroepsbeeld ook wetenschappelijk verder uitdiepen. De spits afbijten bij de bewaking van zuivere zorgprincipes in heel de maatschappij. Zich meer en meer ontwikkelen om steun te geven aan de patiënten wanneer zij met hun levenszorgen bij je aankomen. Immers een opname in een ziekenhuis, vooral als er onzekerheid bestaat over de aard van de ziekte of de patiënt moeilijk onderzoek moet ondergaan of een zware operatie, brengt een patiënt er dikwijls toe zich vol zorg te verdiepen in zijn levensloop en zijn bestemming. Los van zijn baan, gezin, plannen en bezittingen wordt men vaak hard met de neus op de vraag naar de zin van het eigen bestaan gedrukt. Dan is de verplegende het dichtst bij de patiënt en kan ze hem waarachtig in zijn kommer en zorg terzijde staan. En dat niet vanuit de professie, maar vanuit menselijke bekommernis om de *eigen* zingeving, de eigen vervulling. De verplegende dient daar dus *als mens* op voorbereid te zijn en voor open te staan.

Zorg kan beter geboden worden naarmate de verplegende veel *is*, en niet naarmate ze veel *weet*. Zo wordt het ziekenhuis het grote leehuis om via lijden en losmaken van het alledaagse, meer mens te worden. Te onzent wordt hier vooral door Thiadens en zijn groep al sinds jaar en dag op gehamerd.⁵²⁾

Maar de andere weg is veel bekoorlijker gebleken. De triomfale opmars van de specialistische geneeskunde die de wereld in verbazing en bewondering deed staan, betekende maatschappelijke status voor een ieder die onder deze vlag meemarcheerde. De verplegende werd in toenemende mate *hulpkracht* van de specialist. De zon van de geneeskunde straalde

rijklijk haar licht af op de maan van de verpleegkunde. Deze weg bracht de glamour mee van toenemende technische professionalisering. De verpleegkunde is in sterke mate met deze stroom meegezogen. Dat betekende tevens dat zij meegetrokken werd in de ding-benadering van ziekte. Daar wil de verplegende steeds meer over weten, om de patiënt dan beter te kunnen begeleiden en voorlichten. Dat is op zichzelf natuurlijk goed. Maar het ligt toch nog maar aan de rand van de echte *zorgverlening*. Nadat de verpleging haar voorkeur had bepaald op een ontwikkeling als technisch beroep – 'rechterhand van de dokter' zijn – verloor ze snel haar karakter van 'roeping'. Tegelijk daarmee werden de salarissen geleidelijk op professioneel niveau gebracht. Het beroep werd verzakelijkt, harder. Het is niet goed mogelijk om toegewijde zorg aan de patiënten te geven en tegenover de andere verplegenden een uitsluitend zakelijke houding aan te nemen. Een therapeutisch klimaat is alleen maar op te bouwen als de zorgverleners ook onderling een leefklimaat scheppen dat vele aspecten heeft van een mantelzorggroep. Dat is heel wat meer dan een 'goed personeelsbeleid'! Het is iets wat men alleen maar samen tot stand kan brengen: een mentaliteit van steun geven aan elkaar.

De verzakelijking van de zorg door vaste werkuren en hogere salarissen leidde tot het stellen van eisen omtrent de efficiency. Dit leidde vaak weer tot standaardisatie van zorgpatronen, met als gevolg dat nu doorgaans alle patiënten op een afdeling op hetzelfde moment een zelfde zorghandeling krijgen. Allemaal op de zelfde tijd temperatuur en pols opnemen gaat nog, maar allemaal tegelijk wakker maken, tegelijk wassen en tegelijk op het potje geeft een vergroving van het zorgen, waarbij de patiënt zich maar heeft te voegen naar de zorgverlening, ongeacht zijn persoonlijke behoeften.

Met het verval van het aspect van toegewijde, behartigende zorgverlening krijgen de *gevaren* van het zorg verlenen meer kansen tot ontwikkeling. In het bijzonder is dat het gevaar van de macht van de zorgverlener over de verzorgde die van hem afhankelijk is. Dat machtsaspect is zozeer verweven met het zorg verlenen, dat wij het reeds in de archetypische inhouden van het onderbewuste aantreffen. De strenge verplegende is een bekende en gevreesde figuur. Ze weet je wel te pakken te nemen als je je niet precies schikt in de routine. Dat blokkeert kritiek en zelfs overleg. Vooral in inrichtingen waar men lange tijd moet verblijven of waar de patiënten geestelijk niet weerbaar zijn, kan men weerloos uitgeleverd zijn aan *zorgtirannie*. Dan wordt zorgverlening een griezelige perverse vorm van agressie. Er is op dit gebied erg weinig onderzocht, maar na gesprekken met talrijke patiënten en na gelet te hebben op die kleine symptomen bij mijn vele bezoeken aan instellingen, vrees ik dat ik niet overdrijf als ik stel dat deze machtsuitoefening nog geregeld voorkomt.

Er is heel wat te herstellen in de verpleegkunde. Gelukkig zijn daar krachtige vernieuwingstendenzen aan de gang, die veel goeds beloven, als ze de belemmeringen te boven kunnen komen.⁵³⁾

Samenvattend kunnen wij concluderen dat de professionele zorg met name in de gezondheidszorg te sterk is gaan overheersen. Te zeer is men voor zijn gezondheid gaan steunen op de medische technologie, en te weinig vertrouwt men nog op de eigen kracht en verantwoordelijkheid om zijn gezondheid intact te houden.

Gaylin⁵⁴⁾ vergelijkt de ontwikkeling van de technologie met het gewei van de eland. Ooit was het zo dat het mannetje met het grotere gewei meer succesvol was in de strijd en in het verwerven van wijfjes, dus in de voortplanting. In die evolutie werd het gewei steeds groter. Wat ooit een voorsprong betekende, begon toen een last te worden. Het gewei werd zo enorm groot dat het aan de bomen bleef haken. Het stoorde bij de jacht en in de vlucht. Het gewei werd de oorzaak van het uitsterven van de eland.

ZELFZORG VOOR GEZONDHEID EN BIJ ZIEKTE

Wij zijn nu zover dat twee dingen over zelfzorg voldoende vaststaan.

- Zelfzorg is het begin en de basis van alle zorg, in dierenrijk en in de menselijke gemeenschappen;
- In onze maatschappij is zelfzorg onder grote druk komen te staan door de bijzonder sterke ontwikkeling van de professionele zorg. Het zicht op de *functies, betekenis, kwaliteit* en *ontwikkeling* van zelfzorg is daardoor de mist in gegaan.

In dit hoofdstuk zullen wij het zicht op zelfzorg, en met name zelfzorg voor gezondheid helder proberen te krijgen. Ook hier gebruiken we weer onze beproefde survey-methode met de vraagstelling: 'wie zorgt waarvoor, waarom en hoe'. Het antwoord op de vraag *voor wie* is bij zelfzorg per definitie: voor jezelf. Daar behoeven wij niet meer op in te gaan. De vraag naar het *waarvoor* is nu des te belangrijker. Zij leidt tot het onderscheiden van 5 categorieën van zelfzorg voor gezondheid. Onderzoek van zorgprocessen leidt bovendien tot een onderscheid in strikte en facultatieve zelfzorg. De vraag naar het *hoe* gaat over de competentie van zelfzorg, dat wil zeggen de kennis en vaardigheid waarmee gezorgd wordt. Tenslotte verdiepen wij ons in het *waarom* van zelfzorg ten einde haar betekenis in het volle licht te krijgen.

1. WAARVOOR WORDT ZELF GEZORGD ?

In aansluiting op het overzicht in hoofdstuk vier onderzoeken wij nu in het bijzonder de zelfzorg voor gezondheid.⁵⁵⁾

Zelfzorg heeft plaats wanneer iemand gezond is, en ook wanneer hij ziek is, maar dan komen er natuurlijk allerlei nieuwe aspecten bij. Gezondheid en ziekte zijn niet gescheiden toestanden. Ze gaan geleidelijk in elkaar over en overlappen elkaar in sterke mate. Iemand kan immers lichamelijk erg ziek zijn maar daarbij geestelijk heel gezond, of omgekeerd. Wanneer we bij allerlei verschillende toestanden van gezondheid goed toezien, dan

blijken we daarbij vijf typen van zelfzorg te kunnen onderscheiden, variërend van enerzijds 'kerngezond' tot anderzijds 'doodziek'. We zullen die verschillende typen een naam moeten geven om ze duidelijk van elkaar te onderscheiden en ze daardoor dus beter bespreekbaar te maken.

1. *Basis-zelfzorg voor het gezonde bestaan.* Dit is alle zorg die gezonde mensen aan zichzelf besteden, impliciet of expliciet, om hun leven en gezondheid intact te houden.

2. *Raakvlak-zelfzorg.* Tussen het gezonde bestaan enerzijds en het lijden aan een bepaalde ziekte anderzijds ligt een gebied van voorbijgaande lichte klachten zoals een griepje, wat rugpijn, hoofdpijn, spierpijn, moeheid. Men gaat er meestal niet mee naar de dokter, maar zoekt zelf een verklaring of oorzaak voor de klacht (zelfdiagnose) en neemt er een huismiddeltje voor (zelfmedicatie). Dit type zelfzorg heeft dus een ander doel dan het vorige, namelijk: een bepaalde *klacht* kwijt te raken. Het vraagt dus ook om een andere deskundigheid. Er is door gewoontevorming een heel pakket van kleine stoornissen die men zelf vaststelt en waar men zelf of zijn omgeving voor zorgt. Geen zinnig mens zal dit beschouwen als 'onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst'. Interessant is de vraag naar de grens. Welke behandelingen doet men zelf op veilige wijze, en wanneer gaat men naar de dokter. Die grens lijkt mede bepaald door de cultuur. Beter geïnformeerde mensen zullen minder vaak onnodig bij de arts komen en anderzijds eerder onderkennen waarmee zij wel direct naar een dokter moeten gaan.

Hier lijkt belangrijk werk te doen om de grens tussen curatieve zelfzorg en curatieve professionele zorg zorgvuldig te bepalen. Meer steun om de sector van de raakvlak-zelfzorg op verantwoorde wijze inhoud te geven lijkt wel nodig. In Engeland is op dit terrein een interessant initiatief genomen met het boekje 'Treating yourself - a guide to self-medication', uitgegeven door de Health Education Council.⁵⁶⁾

In de Verenigde Staten is dit veld natuurlijk aanstonds in beslag genomen door de commercie, zodra in de tweede helft van de zeventiger jaren duidelijk werd dat zelfzorg bij de bevolking populair werd en sterk in de belangstelling kwam te staan. Er zijn daar inmiddels honderden boeken verschenen over zelfzorg voor gezondheid, zelfdiagnose en zelfmedicatie, alsook over het leven met allerlei ziekten.

3. *Complementaire medische zelfzorg.* Hier zijn we aangeland in het gebied van uitgesproken ziekte, waar diagnostiek en therapie door de arts moeten worden verricht. Is het daarmee dan afgelopen? Welnee. Het zelf waarnemen van de subjectieve verschijnselen van de eigen ziekte behoren

tot de zelfzorgactiviteit van de zieke. De professionele zorg maakt er gebruik van bij het opnemen van de anamnese, maar doet er verder vaak nogal vaag over. 'Hoe voelt u zich?' en 'Hebt u pijn?' zijn de meest voorkomende vragen. Instructies voor patiënten om op bepaalde specifieke gewaarwordingen te letten die voor de arts belangrijke informatie kunnen vormen, worden spaarzaam gegeven. De vrees voor suggestie is natuurlijk niet denkbeeldig, maar men heeft toch ook wel het idee dat men de patiënt zo min mogelijk moet toevertrouwen. De medische interventie pleegt te worden afgesloten met een advies, zoals een dieet, leefregels en medicijnen. Iedereen weet dat het daarna noodzakelijk is, dat de patiënt die adviezen ook in praktijk brengt: het dieet goed houdt, een leefregel nakomt, medicijnen neemt. Vele artsen achten dat een vanzelfsprekendheid. Zij rekenen het niet tot hun taak om erop toe te zien of de adviezen goed worden toegepast. Ze vinden het een 'maatschappelijke kwestie', en dat is dan een alibi om er zich niet meer mee te bemoeien. De vraag is echter: is het advies of recept het eindpunt van het medisch handelen, of gaat het erom de patiënt *beter te maken*. Als men terecht dit laatste als doelstelling aanvaardt, kan men er als arts niet onderuit zich te bemoeien met de complementaire medische zelfzorg van de patiënt, want die vormt het *shuitstuk*. Voor de patiënt ligt hier een belangrijk veld van zelfzorg dat soms zeer ingewikkeld en moeilijk is. Het meest ingewikkelde voorbeeld wordt gevormd door de complementaire medische zelfzorg van de patiënt met thuisdialyse, kunstnierbehandeling die thuis door de patiënt (en een huisgenoot) enkele malen per week wordt toegepast. Hier zijn complementaire medische zelfzorg en mantelzorg uitgegroeid tot een hoofdbestanddeel van de behandeling van de ziekte. Dat is slechts mogelijk wanneer de patiënt en een gezinslid zorgvuldig geïnformeerd en getraind worden door de professionele zorgverleners. Maar dan blijkt dat de patiënt tot complementaire medische zelfzorg in staat is die zéér ingewikkeld is. Men moet dus afstappen van enerzijds de veronderstelling dat patiënten niets kan worden toevertrouwd, en anderzijds de gedachte dat ze met een simpel kort adviesje het allemaal wel begrepen hebben en in staat zullen zijn om de adviezen goed uit te voeren. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten vaak onvoldoende steun ontvangen om hun complementaire medische zelfzorg goed te kunnen volbrengen. Dat is bijvoorbeeld bij diabetes aange-toond.^{57,58)}

4. *Ziekzijns-zelfzorg* is een type waarbij niet de ziekte als zodanig het object van de zelfzorg vormt, maar veeleer de toestand waarin de mens door zijn ziekte geraakt is: het ziek-zijn. Vooral bij ernstige ziekten, chronische ziekten of sterven staat de patiënt voor een grote persoonlijke opgave. Zijn levensproject, verwachtingen en plannen worden doorkruist.

Hij moet leven met beperkingen, angsten, bedreigingen of met het vooruitzicht op naderende invaliditeit of het sterven.

In onze voorzieningenmaatschappij denken wij dan aanstonds aan allerlei begeleiders, gediplomeerde krachten die steun bieden, liefst in de vorm van teams, en tot aan het sterven toe. Zelden wordt aandacht geschonken aan het feit dat hier in de eerste plaats zelfzorg nodig is. Is de mens er in zijn *opvoeding* voor toegerust om met de onherroepelijke tegenslagen in zijn leven te kunnen omgaan? Leert hij uit zijn ervaringen? Is het ziekenhuis een *leerhuis* om te leren afstand te nemen van het gezonde bestaan en om een beetje te oefenen om als een waarachtig mens in staat te zijn ééns werkelijk te kunnen sterven, in de zin van 'je leven uit handen geven; je leven afleggen' in plaats van in panische reacties te krepere als een dier? (Neen, niet eens als een dier, want vele diersoorten kunnen ons een les geven in het gelaten sterven.) Ze moeten het maar voor je klaarmaken, daar betaal je al die premies voor; zelf hoeft je verder niets te doen. Ook deze ziekzijns-zelfzorg is een stukje gezondheidscultuur dat wij vrijwel niet meer bezitten. Over lijden en dood zegt Erich Fromm: 'In plaats van het besef van dood en lijden te laten opkomen als een van de sterkste aansporingen tot leven, als grondslag voor menselijke solidariteit en als ondervinding zonder welke zowel vreugde als geestdrift iedere hevigheid en diepgang mist, wordt de mens gedwongen het te onderdrukken'.⁵⁹⁾

5. *Handicap-zelfzorg*. Het laatste type van specifieke gezondheids-zelfzorg betreft het zorgen dat men zo onbelemmerd mogelijk kan voortbestaan met een handicap. Deze kan bestaan uit de verschijnselen van een chronische ongeneeslijke ziekte of het verlies van een of meer functies, bijvoorbeeld door een ongeval. De lamme, de blinde, de geestelijk gehandicapte, de astmalijder en de reumapatiënt blijven achter met ongemakken die niet medisch oplosbaar zijn. Men 'zit ermee'. Het individu moet proberen om zijn hele levensproject ermee in overeenstemming te brengen en zijn gebrek als het ware te assimileren: het op te nemen in de dagelijkse routine. Het is vaak een enorme toer om dit te bereiken. Het kan jaren in beslag nemen. Het levensgeluk is in sterke mate afhankelijk van de succesvolle ontwikkeling van zulke handicap-zelfzorg. Vaak laat men de mensen er maar mee aantobben. De steun die zij krijgen is veelal beperkt tot technische problemen zoals het leren omgaan met prothesen. De tevredenheid met de eigen gezondheidstoestand blijkt overigens helemaal niet zo sterk gekoppeld te zijn aan ernst, duur en medische prognose van een chronische ziekte of handicap. Ze blijkt veeleer samen te hangen met de verwachting en belevenissen op korte termijn. Een patiënt met ongeneeslijke ernstige reuma zal bijvoorbeeld erg tevreden zijn met zijn gezondheidstoestand als hij een tijdlang minder pijn heeft of zich iets

beter bewegen kan. Het verschijnsel blijkt frappant uit de volgende tabel.⁶⁰⁾

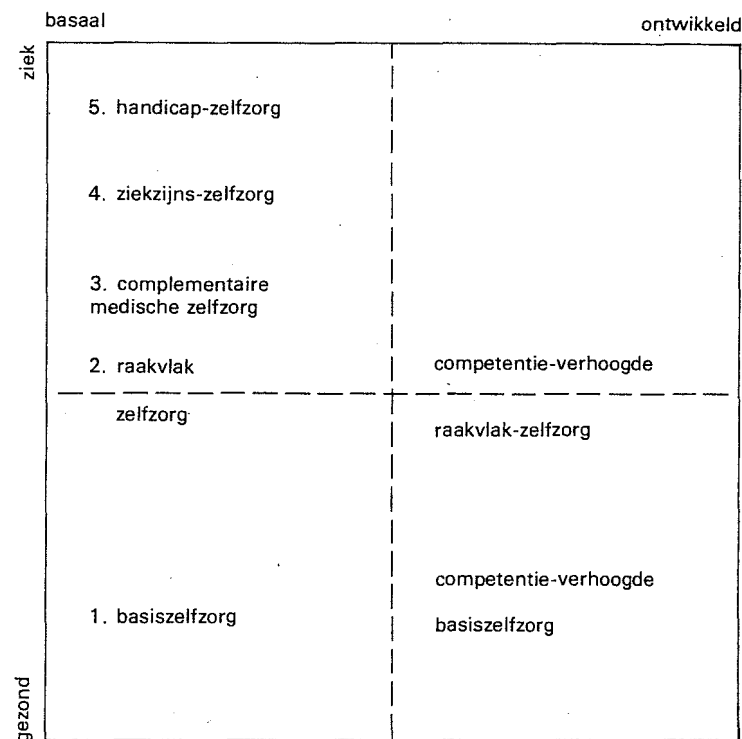
Beleving van de eigen gezondheidstoestand

gezondheidstoestand naar eigen opgave	buitengewoon tevreden	zeer tevreden	tevreden	tamelijk tevreden	on- tevreden
gezond	35%	37%	23%	4%	1%
kortdurend ziek	21%	40%	28%	9%	2%
lijdend aan langdurige of frequent terugkerende aandoeningen	11%	22%	30%	19%	18%

Veel artsen denken dat de patiënt ontevreden is over zijn gezondheid als hij ziek is en tevreden als hij gezond is. Uit de tabel blijkt dat de beleving van eigen gezondheid veel complexer is. Niet minder dan 63% van langdurig of frequent zieken zijn tevreden of meer dan tevreden met hun gezondheidstoestand. Dit is veel wezenlijker dan de 'gezondheidsverklaring' van de medicus. Dat zijn veeleer verklaringen die te maken hebben met arbeidsgeschiktheid, levensprognose en dergelijke. De subjectieve ervaring van de eigen gezondheid komt veel dichter bij de definitie van gezondheid die de WHO eens gegeven heeft: een staat van welbevinden. De zelfzorg bij eigen ziek zijn kan de patiënt in sterke mate helpen om vanuit een bescheiden, realistisch verwachtingspatroon veel welbevinden te putten uit de relatief gunstige kanten van zijn ziek zijn.

Naast het onderscheid gezond/ziek dat wij in het voorgaande gemaakt hebben, is er wat betreft de zelfzorg voor gezondheid nog een tweede belangrijk onderscheid te maken, namelijk dat tussen *onontwikkeld* en *ontwikkeld*. Het huidige niveau van de gemiddelde Nederlander wat betreft de vijf typen van zelfzorg noemen wij *basaal*, gegeven. Het is er. Het is er spontaan, dus niet speciaal aangeleerd of gevormd: het behoort tot het cultuurgoed. Iedereen past deze zorg toe zo goed hij kan; ze is niet ontwikkeld. Wij noemen dit niveau daarom *onontwikkeld* of *basaal*. Daartegenover staat, dat er bij de huidige stand van de medische en de gedragswetenschappen over elk van die vijf typen zelfzorg heel wat gezegd kan worden en nog veel meer te studeren valt. Elk van die soorten kan wetenschappelijk 'bij de tijd worden gebracht': ontwikkeld worden tot een hoger niveau van informatie, vaardigheid, motivatie. Ze wordt dan verhoogd wat haar *competentie* betreft. Wij noemen dat te bereiken ideale eindstadium *ontwikkeld* of *competentie-verhoogd*.

Met behulp van de beide schalen: gezond/ziek en basaal/ontwikkeld, kunnen wij dus een indeling maken van de diverse typen zelfzorg voor gezondheid.



Zelfzorgdiagram

2. BASIS-ZELFZORG VOOR HET GEZONDE BESTAAN

Op grond van het grote belang ervan voor een goede gezondheidscultuur in het algemeen, en omdat meer kennis ervan voor alle zorgverleners in de gezondheidszorg in de toekomst onmisbaar zal zijn, besteden wij aan dit verwaarloosde type zelfzorg extra aandacht. De eerste doelstelling is uiteraard, gezond te blijven. Dat betekent dat men zich moeite geeft om ziekten te voorkomen. De activiteiten hebben dan een preventief karakter. Men kent de bedreigingen en is bereid om ze zoveel mogelijk uit te schakelen. Voorbeelden zijn: ophouden met roken; matigen met eten bij dreigende verzucht. Daarnaast is er echter een *tweede belangrijke doelstelling*: het bevorderen, begunstigen van de eigen gezondheid. Er zijn immers

gradaties in gezond zijn. Men kan redelijk gezond zijn en niet bij de dokter hoeven te lopen. Maar men kan ook 'kerngezond' zijn en 'overal tegen kunnen!' Men zegt immers dat de mensen 'een gestel' hebben, een 'constitutie'. Die is voor gezonden onderling al heel verschillend: sterk, zwak, gevoelig voor allerlei invloeden. De aard van dat gestel is deels aangeboren, maar kan geleidelijk veranderd worden. Door zelfzorg kan men hem verbeteren, door verwaarlozen zwakker maken. Gezondheidsbegunstiging kan op alle aspecten van het menselijk functioneren betrekking hebben.

Bij de valide alleenwonende mens kunnen wij deze zelfzorg goed observeren. In de eerste plaats is er het zorgen voor de levensbehoeften. Er moet gezorgd worden voor eten, kleding en wonen. Daartoe gaat het dier op jacht, verzorgt het zijn pels en maakt een hol. De westerse mens verkrijgt deze zaken door zijn soort van jacht: het werken. Nu is echter in Nederland sinds een twintigtal jaren de zorg voor het eigen voortbestaan door de staat gegarandeerd. Wanneer iemand niet in staat is de basisgoederen te verwerven die voor zijn voortbestaan onontbeerlijk zijn: voedsel, kleding en wonen, dan voorziet de staat daarin door middel van de sociale wetgeving: de bijstandswet, WW, WAO, AOW etcetera. Wat sinds het vroegste bestaan van de mensheid altijd de eerste zorg is geweest waarin de mens moest voorzien, is nu als prikkel grotendeels weggefallen. Lig daarvoor misschien toch één van de grondoorzaken voor de wezenlijke zorgeloosheid betreffende hun gezondheid die velen tegenwoordig aan de dag leggen?

Behalve die eerste levensbehoeften zijn er nog tal van andere zorgfuncties: hygiëne (wassen, baden, voorkomen van infecties), zorg voor beweging en rust, zorgen voor ontspanning en prikkels, etcetera. Men kan zelf ook het beste zorgen voor het op peil houden of verbeteren van de conditie van de organen. Wij zijn vanuit de sportwereld vertrouwd gemaakt met het in goede conditie brengen en houden van ons spierstelsel en het daarmee nauw verbonden fysieke prestatievermogen. Wat voor spieren geldt, is ook op andere orgaanstelsels toepasbaar. Men kan goed zorgen voor zijn hart en bloedvaten door voldoende lichaamsbeweging, juiste voedselkeuze, en door schadelijke dingen na te laten: te veel eten, roken, zich blootstellen aan voortdurende psychische spanning.

Behalve de 'levensbehoeften' is er in de westerse welvaarts wereld nog de zorg voor allerlei luxe bijgekomen, die ertoe kan bijdragen om het welbevinden te verhogen: zorg voor liefhebberijen, vakantie, mooie inrichting van de woning, etcetera. Het *psychische* niveau is met deze fysieke zorgen nauw verbonden. Men kan er een gevoel van veiligheid uit putten of voldoening over het resultaat. Het zorgen voor een micromilie van orde om zich heen, waarbij alles 'op zijn plaats' is, geeft menig mens

het gevoel van geborgenheid in de wereld, al is dat dan ook maar zijn eigen microwereld.

Veel mensen vinden bewust of onbewust in het zorgen een zinnig bezig zijn. Het zorgen is immers niet slechts gericht op het resultaat van de zorg, maar het is zelf al iets prettigs: het schenkt zin aan het bestaan. Bij oudere mensen vinden we het vaak als zorgen voor hun interieur dat ons overdreven of onnodig lijkt, maar dat niettemin slechts met de grootste moeite en tegenzin zou worden nagelaten.

Het zorgen in het psychische vlak heeft nog een eigen aspect: de zorg voor informatieverwerking. Te weinig informatie vervreemdt een mens van zijn omgeving of 'het gebeuren' in het algemeen. Er kan ook teveel informatie binnenkomen, met name ook onnodige informatie met een schadelijke uitwerking. Bedorven voedsel kan men tijdig door ruiken of proeven herkennen en uitspuwen. 'Bedorven informatie' die eenmaal binnen is gekomen, kan men echter niet meer uitspuwen. Men kan ze verdringen, of trachten te verwerken, maar men raakt ze niet meer kwijt. De zorg voor het kiezen van informatie of het afwijzen van ongewenste informatie wordt in de bijbel op menige plaats aanbevolen. In onze huidige cultuurfase wordt ze echter door velen als zelfcensuur beleefd en afgewezen.

Zorgen dat men lachen kan en huilen; zorgen dat men zingen kan en treuren; zorgen dat men vechten kan en dat men kan aanvaarden. Dat zijn allemaal aspecten van psychische zelfzorg die te maken hebben met het ervoor zorgen dat men *gelukkig* kan zijn. Is geluk dan geen kwestie van geld, bezit, boffen, gunstige milieufactoren? Lawrence Durrell beschrijft een visserman op Rhodos en zegt: 'Nee, zijn geluk is zijn eigen werk, opgekweekt als de kleine pot basilicum in de vensterbank van zijn huis, door geduld en de bittere harmonie van ervaring'.⁶¹) Als men er zelf niet voor probeert te zorgen, wie anders zal het kunnen doen? Psychische zelfzorg is dus in wezen gericht op het *geestelijk* gezond blijven.

De zelfzorg voor gezondheid heeft ook een *sociaal* niveau. Het blijkt van het grootste belang voor iemands lichamelijke en geestelijke gezondheid dat hij behoort tot een groep waarin de leden gemotiveerd zijn om daarvoor te zorgen, voor zichzelf en voor elkaar. Een mantelzorg-groep dus. De sociale controle in een groep kan in hoge mate stabiliserend werken op gezonde gedragspatronen. Bovendien is men door zelf bereid te zijn om voor andere leden van de groep te zorgen verzekerd van de zorg van die anderen wanneer men ze zelf nodig heeft, nu of later.

Uit het voorgaande overzicht blijken twee belangrijke dingen die wij nu nog nader moeten bekijken:

- zelfzorg heeft een eigen 'actieradius';
- zelfzorgfuncties blijken vaak onderling nauw samen te hangen.

De eigen actieradius van zelfzorg is al herhaaldelijk en bij allerlei functies gebleken.

Bij de fysieke voedingsfunctie bleek al dat de drie laatste stappen 'onvervreemdbaar' zijn. Het happen, kauwen en slikken kan bij volwassen mensen door niemand anders worden overgenomen zonder de persoon in wezen aan te tasten. Dat zelfde zien we bij tal van andere lichamelijke functies, zoals excretie van urine en ontlasting, wassen en aankleden. Bij de psychische functies is dat ook al duidelijk geworden. Mensen kunnen je helpen (zie 'helpen') om je psychische zelfzorgfuncties goed te vervullen. Ze kunnen helpen rouwen, helpen gelukkig zijn en helpen sterven, maar in wezen staat men daar *zelf* en *alleen zelf* voor.

Een aantal zelfzorgfuncties en sommige zelfzorgstappen zijn dus uitsluitend voorbehouden aan de zelfzorg. Wij noemen dat *strikte zelfzorg*. Daarnaast is er allerlei zelfzorg die ongestraft door anderen kan worden overgenomen als dat op basis van *vrijwillige keuze of overeenkomst* gebeurt. Men kan zelf zijn maaltijd bereiden, maar het kwetst een persoon in wezen niet als het door een huisgenoot gebeurt waarmee het is afgesproken. Integendeel. Hier ondersteunt mantelzorg het voedingsproces van een individu. Ook kan men kiezen om in een restaurant te eten. De eettijd, eetplaats, de voedselkeuze en de bereiding kiest men zelf. Ofschoon die zorgstappen door beroepskrachten worden vervuld (kok, kelner), tasten ze de zelfzorg niet aan omdat men ervoor *gekozen* heeft om die stappen op de gewenste wijze door anderen te laten doen. In alle gevallen waarin zelfzorgfuncties of -stappen ook door anderen kunnen worden gedaan onder de bovengeschetste voorwaarden, is sprake van *facultatieve zelfzorg*. Is de zorgverlening voor patiënten in een inrichting zulke facultatieve zelfzorg? Helaas meestal niet. Wij zullen dat bij de behandeling van de inrichting nader uitwerken.

Zelfzorgfuncties blijken vaak onderling nauw met elkaar samen te hangen. Veel functies vormen *paren*.

Een mens kan ernaar streven om een gezond biologisch levensritme te ontwikkelen, waarin de 'dingen des levens' op evenwichtige wijze aanwezig zijn: werken en rusten, inspanning en ontspanning, trek hebben en eten, waken en slapen; maar ook: lachen en huilen, feesten en lijden, zorgen en verzorgd worden, leven en sterven. Telkens als een evenwicht niet intact wordt gehouden door de mens, ontstaat een ongewenste situatie. Voortdurend wordt de mens met allerlei uitersten, allerlei polariteiten in en buiten zichzelf geconfronteerd. Er zijn de fysische polariteiten zoals wit-zwart, koud-warm, licht-donker, zomer-winter. Er zijn biologische polariteiten als klein-groot, sterk-zwak, hongeren-eten, jagen-gejaagd worden. Menselijke tegenstellingen zijn: dom-wijs, arm-rijk, ongeleerd-geleerd, onhandig-

handig, lui-ijverig. Maar ook in het sociale vlak vinden we ze: macht-onmacht, kapitaal-arbeid, etcetera.

Gezondheid heeft te maken met evenwicht tussen tegenstellingen. Dat geldt voor een 'gezonde' maatschappij, een gezond oordeel, een gezonde relatie en een gezond mens.

De tegenstellingen hebben elkaar nodig: ze houden spanningsvelden intact, die 'klank' aan het bestaan geven. Zonder eetlust zou voeding vervelend zijn; de zomer is des te heerlijker omdat er ook een winter is; als alles wit was bestond er geen contrast meer.

Gezondheid wordt pas bewust ervaren als men ziek ligt. Een mens beweegt zich in allerlei opzichten tussen twee polen. We zullen, als aanzet voor verder denken over zelfzorg van gezonden, enkele van die polaire stelsels wat nader bekijken. Ook de middeleeuwse gezondheidsleer steunde al op kennis van deze evenwichten.⁶²⁾

Het evenwicht rusten-arbeiden

Uit de ziekte- en sterftestatistieken (zie bijv. onderstaande tabel) kunnen we aflezen dat dit evenwicht in onze maatschappij verstoord is. Menig hartinfarct is aantoonbaar het gevolg van een teveel aan spanning. Men klaagt allerwegen over de inspanning die het moderne arbeids- en levens-tempo met zich meebrengt. De arbeid zelf is *rusteloos* geworden. Wij zijn niet meer gewend om *rustig te werken*. Het omgekeerde is er nog wel: het *werkend uitrusten*, het in de vrije tijd bezig zijn met 'doe-het-zelven', hobbies, heel ander werk dan de arbeid waarmee men zijn brood verdient. Een allereerste gezondheidseis is dus dat de mens weer gaat nadenken *hoe*

Ontwikkeling van de ziektefrekwentie, de gemiddelde ziekteduur en het verzuimpercentage van 1955 t/m 1978

		Aantal ziekmeldingen per jaar/per persoon	Gemiddelde ziekteduur	Verzuim- percentage
mannen	1955/6	1,22	13,9	4,6
	1962/3	1,47	15,0	6,0
	1970/1	1,65	16,6	7,6
	1978	2,0	17	9,7
	Stijgingspercentage	+ 63%	+ 22%	+ 111%
vrouwen	1955/6	1,74	9,9	4,7
	1962/3	1,99	10,3	5,6
	1970/1	2,60	12,1	8,6
	1978	3,2	14	12
	Stijgingspercentage	+ 84%	+ 41%	+ 155%

Bron: Verzuimstatistieken NIPG/TNO 1955-1971 en Statistisch zakboek 1979

hij wil arbeiden om er gezond bij te blijven. Keuze van arbeid, arbeidstempo, arbeidssatisfactie, identificatie met wat men gemaakt heeft, arbeidsomgeving, menselijk contact bij de arbeid, invloed op de arbeidsverhoudingen. Hoe ellendig het is gesteld met de arbeid, is af te leiden uit de statistieken van arbeidsverzuim. Veel arbeid moet gewoonweg niet meer te harden zijn, dat hij tot zulk een psychosociale vlucht in ziekte leidt! De tabel toont dat slechts 25% van de ziektegevallen zodanig objectief ernstig is, dat de arbeidsongeschiktheid buiten twijfel is.

Met arbeid zitten we dus ergens op een verkeerd spoor. Nimmer is het aantal arbeidsuren per arbeider per jaar zo laag geweest als nu, en nimmer was het loon hoger. De welvaartstekenen zijn duidelijk, maar tegelijk zijn de tekenen van *onwelzijn* verontrustend. Weyel pleit in zijn boek 'De mensen hebben geen leven'⁶³) dan ook voor een derde revolutie, een welzijnsrevolutie. Herstel van zelfzorg en vooral mantelzorg heeft daar alles mee te maken.

Maar dan moet dat ook kunnen! Men moet de mogelijkheid krijgen om gezonder te arbeiden. In de huidige maatschappij hebben de meeste mensen daar geen zeggenschap meer over. Het werktempo wordt grotendeels gedicteerd door de machines en de werkorganisatie. Er zal dus een *structuurverandering* van de arbeid nodig zijn. Dit is alleen mogelijk wanneer de vakorganisaties tot bedaren komen van het zeuren om nog een procentje meer loon en het roer omgooien naar een nieuwe doelstelling: verhogen van arbeidsvreugde door de arbeid weer in kleinschaliger en

Verdeling van de ziektegevallen en de ziektedagen over drie typen van verzuim

	gevallen		dagen	
A. Objectief ernstige ziekten waarbij geen discussie over de arbeidsongeschiktheid mogelijk is (b.v. infectieziekten, hart- en vaatziekten).	ca	25%	ca	65%
B. Objectief-subjectieve ziekten, waarbij de klachten van de patiënt basis zijn voor de arbeidsongeschiktheid (b.v. 'buikgriep', 'rugpijn', 'hoofdpijn')	ca	30%	ca	15%
C. Acute ziekten van de ademhalingsorganen: griep, verkoudheid.	ca	45%	ca	20%
		100%		100%

Bron: Diagnosestatistiek NIPG/TNO zestiger jaren.
Indeling ontleend aan Hogerzeil.

menselijker verband te laten geschieden. Het tempo zal verlaagd kunnen worden nadat de hoogte van het loon weer meer in overeenstemming is gebracht met de lonen in andere landen. Dan valt de dwang weg om de produktie koste wat kost op te voeren om de Nederlandse concurrentiepositie op de wereldmarkt te kunnen handhaven en/of het voortbestaan van het bedrijf veilig te stellen.

Intussen zal het evenwicht tussen rust en arbeid voor onze huidige maatschappij moeten hervonden. In de agrarische maatschappij had zo'n evenwicht zich in de loop der eeuwen gevormd. Maar het was niet toepasbaar op de industriële samenleving. Onze half-postindustriële samenleving zal deze grote opgave moeten zien te vervullen. Wij weten er helaas nog zo weinig van!

Neemt u voor u zelf eens de proef en probeer de volgende vragenlijst te beantwoorden:

1. Heb ik een rustig, evenwichtig werktempo of 'word ik geleefd'?
2. Is het beter om telkens, bijvoorbeeld elke twee uur, korte tijd te rusten, of na een flinke, lange werktijd lang te rusten?
3. Is het beter om passief te rusten, dus niets te doen, of actief te rusten door licht, ander werk te doen?
4. Zijn er diverse intensiteiten van rusten, zoals er ook verschil is in intensiteit van arbeiden?
5. Kan een mens invloed uitoefenen op zijn rustintensiteit?
6. Kan men beter langer en rustig werken, en dan minder rusturen maken of juist andersom: kort en zeer ingespannen werken, maar dan ook veel rusturen hebben?
7. Zijn er verschillen in antwoord op de vorige vragen wat betreft, bijvoorbeeld, kinderen, mannen, vrouwen, zwangeren, bejaarden?
8. Hebben wij met algemeen geldende antwoorden te doen, of zijn de individuele verschillen zo groot dat geen algemeen geldende antwoorden te geven zijn?
9. Is er dan wellicht toch een typologie op te stellen voor arbeiden en rusten?

De ergonomie kan op deze vragen heel wat antwoorden geven, ofschoon lang niet op alle!

Maar wat weet de gemiddelde Nederlander van deze fundamentele aspecten van het gezonde bestaan? We doen maar, meegezogen door een op hol geslagen cultuurpatroon waar een beetje meer *geld* hebben voor veel mensen zwaarder is gaan tellen dan een beetje meer *gezond* of *gelukkig* zijn. Ik heb dit eerste evenwicht wat meer uitgewerkt om het als illustratie te kunnen gebruiken van waar het bij zelfzorg voor gezondheid in wezen om

gaat. Andere evenwichten zullen slechts aangestipt kunnen worden. Het zou een boek op zich vergen om heel de zelfzorg- en mantelcultuur te behandelen op het kennisniveau dat thans is bereikt.

Het evenwicht eten-vasten

Hier wordt door veel mensen meer aandacht aan besteed dan aan het vorige evenwicht. Waarschijnlijk gebeurt dit niet uit gezondheidsoverwegingen maar op grond van mode. Jong en niet te dik is mode. 'U bent zo slank als uw eigen dochter'. Hier heeft men zoveel direct belang bij dat men bereid is, het overmatig eten te verminderen, zo mogelijk zonder het brengen van offers in de consumptievrijheid.

Men kijkt uit naar laagcalorisch voedsel. Dit is nog maar een bescheiden begin. Diëten op de rand van honger hebben een hoge overlevingswaarde. Maar de woorden beperking, vasten, ascese zijn in onze welvaartsmaatschappij vieze woorden geworden. De rooms-katholieke kerk heeft onder de drang van de cultuurverschuiving het vasten afgeschaft, dat zo'n zestig dagen per jaar voorgeschreven was. Een echt gezond evenwicht is nog ver te zoeken. Over evenwicht tussen soorten voedingsstoffen bestaat ook heel wat informatie, maar die hier te behandelen zou ons te ver voeren.

Er zijn ook heel wat *psychische* processen die gebaat zijn bij evenwicht tussen twee polen. Bijvoorbeeld bewustzijn-onderbewustzijn, stilte-drukke, denken-doen, en ook: verwachting-vervulling. Op dit laatste zullen we nog wat nader ingaan.

Het evenwicht verwachting-vervulling

Wanneer de verwachting laag is gesteld, is de vervulling niet gauw een tegenvaller. Churchill beloofde in het begin van de tweede wereldoorlog het Engelse volk bloed, zweet en tranen. Dat kreeg het ook en het morde niet. De katholieke kerk beloofde aan zijn gelovigen een aards tranendal. Dit is het dikwijls ook. Men had daar dus vrede mee.

Maar in de moderne samenleving is het evenwicht tussen verwachting en vervulling verbroken. Als politieke leiders gouden bergen beloven, valt de vervulling altijd tegen. Als er gelijkheid wordt beloofd en verwacht, wordt ieder die naar boven afwijkt als verfoeilijk ervaren, en wie er onder blijft, moet koste wat kost, ook al zou hij het niet willen of kunnen, naar 'het niveau' worden opgetrokken. Te hoge verwachting zaait haat, jaloezie, agressiviteit of depressie.

Naarmate de verwachtingen hoger gespannen zijn, zal de werkelijkheid meer als pijnlijk worden ervaren. Een verstandig mens zal zelf zijn verwachtingen wel met een korrel zout nemen. Maar het terugbrengen van gewekte verwachtingen naar haalbare niveaus is een belangrijke opgave

voor herstel van evenwicht. Voor wie een maatschappij op basis van een conflictmodel beoogt, is het wekken van onhaalbaar hoge verwachtingen een geliefd middel. Maar in een wereld waarin wij weer gelukkiger willen leven door beter en verstandiger voor onszelf en anderen te zorgen, is geen plaats voor het opschroeven van verwachtingen.

Wanneer we zelfontplooiing en zelfverwerkelijking als hoogste mogelijkheid aanvaarden voor het menselijke bestaan, dan is de zelfzorg, die zich immers onbewust altijd daarop richt, de aangewezen vorm van zorg bij het streven naar een harmonieuzer maatschappijmodel. In plaats van een levendige bewuste eigen verantwoordelijkheid voor de vervulling van het eigen bestaan, heeft zich in de samenleving echter een verzorgings-sjabloon ontwikkeld, waardoor het individuele *zelf* gemakkelijk geperst wordt in de collectieve 'men'-situatie. 'Men' heeft zijn vaste wijze van handelen. 'Men' bezit allemaal hetzelfde. 'Men' weet allemaal evenveel. 'Men' heeft allemaal evenveel te zeggen. 'Men' maakt het toch zeker uitstekend! 'Men' heeft wel wat anders aan z'n hoofd!

Als er echter één gebied is waar alleen iedere mens voor zichzelf zorg kan hebben, dan is het voor dat binnenste zelf dat de mens mens doet zijn als een uniek individu: het proces van persoonlijkheidsontplooiing, van de uitgroei van het individuele naar de maat die genetisch en door het milieu als 'kunnen zijn' wordt aangereikt. Al kan deze zorg door niemand worden overgenomen en al hoort ze ontegenzeggelijk tot het centrale domein van het *zelf* van iedere mens, ze kan van buitenaf wel steun ontvangen. Die steun is het meest bekend onder de naam zielzorg. De christelijke kerken hebben eeuwenlang deze zielzorg voor de medemens beoefend als een van de hoofdtaken van het herderlijk ambt. Deze 'grote zorg' werd door miljoenen aan zich voltrokken onder het motto van de 'vervolmaking' als opdracht voor iedere mens. Die zorg om vervolmaking van het zelf dóór het zelf, door de mens zelf met Gods hulp, werd ingescherpt in preken en gebeden. Er werd voortdurend opgewekt tot nadenken, meditatie, zelfkritiek door gewetensonderzoek. Stoelend op de oerervaringen van het menselijk bewustzijn werd dit zelfzorggedrag ondersteund door codes en rituelen in groepen van gelijkgezinden. Stond men zelf voor zijn grootste zorgtaak, men had daar tenminste de troost en de opwekking bij van de voorbeelden uit eigen groep, of van mensen die naar alle menselijke maatstaven een grote hoogte van menselijke vervolmaking, vervulling van hun ontwerp, bereikt hadden. En bovenal werd men er in de prediking van bewustgemaakt, dat de voltooiing van het eigen zelf geen egocentrische activiteit betekent maar dat er *een dialectische relatie tot de ander* bestaat: *wie zich aan de ander schenkt, ontdekt daarin zichzelf*.

Het mantelzorgkader schonk aan de actieve beoefening van die naasten-

liefde ruime mogelijkheden. Deze zielzorg is, met het afebben van de invloed van de kerken en met de sterke stroomversnelling van theocentrische naar antropocentrische cultuur, in snel tempo afgenomen. Toch zien we bij sommigen nu een oververzadiging ontstaan door materiële welvaart en zorg-overstelping. Er ontstaat een nieuw verlangen naar afstand, stilte, rust, evenwicht, meditatie.

3. COMPETENTIEVERHOOGING VAN ZELFZORG

Door betere informatie, ontwikkeling van vaardigheden en door betere motivatie en gewoontevorming kan het niveau van zelfzorg in een bevolking worden verhoogd. We zijn daarmee gekomen aan de vraag, *hoe* zelfzorg wordt beoefend. Is de competentie van zelfzorg dan niet voldoende op grond van de 'instinctieve' aanleg en de gewoonten die men 'van huis uit' meekrijgt? Bij dieren heeft het zorggedrag zich gedurende de evolutie immers moeten perfectioneren omdat de diersoorten met het beste zorggedrag de beste kans hadden op voortbestaan als individu en als soort. Het langdurige en zeer uitgebreide voedingsonderzoek bij ratten dat door Ross en Bras en hun groep is uitgevoerd, geeft daarover een verrassende informatie. Ratten die volop voedsel krijgen worden groot en sterk, ze zijn minder kwetsbaar voor infectieziekten en planten zich krachtig voort. Maar dan komt een heel belangrijke verrassing. Ze worden veel minder oud dan ratten met een zekere mate van ondervoeding, als die eenmaal de gevaren van infectieziekten overleefd hebben. Ze krijgen veel vaker kwaadaardige gezwellen en hun levensduur is maar de helft van die van chronisch ondervoede ratten. Wat wil dat zeggen? Goede, ruime voeding stelt de *soort* veilig: Sterke jonge dieren die flink voortplanten. *Daarna* zijn ze voor de *soort* onbelangrijk. Het oudere dier eet voedsel op waar jongen van zouden kunnen leven. Oud worden van het *individu* is bij ratten dus *schadelijk* voor de *soort*! Het eetgedrag is voor de *soort* het beste, maar voor het individu schadelijk wat betreft zijn levensduur! Natuurlijke zelfzorg is dus *voor het individu* niet per se het gezondste.

Bovendien blijkt uit onderzoek, dat noch maatschappijstructuur noch cultuur enigerlei waarborg scheppen voor een optimaal niveau van zelfzorg. Uit een onderzoek op West-Java bleek⁶⁴) dat de *soort* voedsel voor de armeren er minder toe deed dan 'de buik vol hebben', ofschoon ook voor hen met hetzelfde geld een beter voedselpakket mogelijk was. Soendanezen zijn verzot op snoepgoed en kleurige kleding en offeren daarvoor vaak de kwaliteit van hun voeding op. Maar dichterbij huis vinden we soortgelijke verschijnselen. Om meer te verdienen – ten behoeve van vaak onnodige luxe – wordt geleefd op een manier die schadelijk is voor de gezondheid, getuige bijvoorbeeld sommige hartinfarcten op vrij jeugdige leeftijd.

Er is dus alle reden om het niveau van zelfzorg bij de Nederlandse bevolking kritisch te onderzoeken en alles in het werk te stellen om dat niveau te verhogen. Terug dus naar 'de goede oude tijd'?

Was zelfzorg vroeger beter ontwikkeld en is ze geleidelijk verminderd, zoals dat met mantelzorg het geval is? Dat zou ik niet durven stellen. Voedingsgewoonten, hygiëne en allerlei andere gewoonten die met een gezond bestaan samenhangen lijken mij ook bij ons in het verleden slecht ontwikkeld te zijn geweest. Het kenmerkende is echter dat de enorme toename van de kennis over gezondheid en ziekte zo sterk ten goede is gekomen aan de ontwikkeling van de professionele gezondheidszorg, en zo weinig aan de ontwikkeling van zelfzorg voor gezondheid. Ze is in onze maatschappij vooral tot uitdrukking gekomen op het gebied van de hygiëne (iedereen een douche-cel), de sportbeoefening (beweging) en het buiten zijn (frisse lucht). Daarbij was het motief vaak niet eens de gezondheid. Sport beoefent men veeleer omdat men er plezier in heeft. Dat wordt onderstreept door de waarneming dat men in de wedstrijdsport niet schroomt om de grens te overschrijden van wat nog bevorderlijk voor de gezondheid is.

Wat moet er dan gebeuren om de competentie van zelfzorg te verhogen? In de eerste plaats is het nodig dat de mensen het *zelf willen*. Als men niet inziet dat er een nauw verband bestaat tussen een gezonde manier van leven en de kwaliteit en vaak ook de duur van zijn bestaan, valt niet te verwachten dat men gemotiveerd zal zijn om voor zulk een manier van leven wat over te hebben. Door allerlei instanties kan aan die voorlichting wat worden gedaan. In onze maatschappijstructuur denken we natuurlijk meteen: 'Is daar geen speciaal orgaan voor?' En natuurlijk is dat er: De GVO, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Die kan de mensen rechtstreeks benaderen, bijvoorbeeld via cursussen en via de media. Misschien zou het nog het meest effectief zijn, wanneer GVO via een aantal andere invloedssferen zou werken: via de ouders en de school van kinderen, via de vakorganisaties voor hun leden, via de ziekenfondsen voor hun verzekerden, via bejaardenclubs en -media voor bejaarden. Betere zorg van iedereen om gezond te blijven is niet uitsluitend vrijblijvend naar ieders persoonlijke keuze. Als er stoornissen of ziekten zijn, worden die behandeld en verzorgd op basis van de verzekeringen. Die kosten betalen wij, via de premies, met z'n allen. Maar dan dient er ook solidariteit te bestaan om te voorkómen dat wij ziek worden! Dan moet het niet zijn: 'Jij maar zuipen en je half dood rijden, en dan wij jarenlang via de premies jouw dure revalidatie betalen!' Dat is geen solidariteit; dat is parasitisme!

In het hoofdstuk over herstel van het zorgen zullen wij nader op de diverse aspecten van competentieverhoging en versterking van zelfzorg ingaan.

Naast de *algemene* verbetering is er echter nog een belangrijk *individueel* aspect. Ieder mens behoort beter op de hoogte te zijn van zijn *persoonlijke* verhoogde risicofactoren. Hetzij door aanleg en erfelijkheid, hetzij door vroegere ziekten heeft elk mens wel eigen specifieke risico's inzake zijn gezondheid. Die te kennen en rekening met ze te houden is een kwestie van *persoonlijke competentieverhoging* van zelfzorg. De medische professie zal voor dit aspect nog heel wat werk moeten verzetten opdat de mensen beter geïnformeerd raken over persoonlijke risico's en meer bekendheid krijgen met de manieren waarop de gevaren die deze meebrengen zijn te vermijden. Zo zal iemand zelf moeten zorgen voor aangepaste eetgewoonten bij een spijsvertering die gemakkelijk gestoord blijkt te worden, een ander zal bij de keuze van zijn beroep rekening moeten houden met zijn aanleg voor hoge bloeddruk, enzovoort.

4. WAAROM IS ZELFZORG NOODZAKELIJK?

In de eerste plaats zien we dat zelfzorg niet een vrije keuze is. Een aantal zorgstappen *moet* een mens zelf doen. Bij de voedingszorgfunctie zagen we dat al duidelijk. Men zal zelf moeten kauwen en zelf moeten slikken als men zijn honger wil stillen. Dat is wel het allerminste! Meestal is er ook zelfzorg nodig om de andere stappen van dat zorgproces gezet te krijgen, hetzij omdat men er zelf voor zorgt (kiezen, kopen, bereiden van voedsel), hetzij omdat men zorgt dat anderen het doen. Maar dat is dan sociale zelfzorg. Heel het leven is dus doorspekt met zelfzorgstappen als onderdeel van de vele zorgfuncties. Daarom hebben wij zelfzorg al eerder onderkend als de *basislaag* van alle zorg. We hebben het specifieke werkgebied van zelfzorg besproken en gezien dat zelfzorg een eigen actieradius heeft, die een zorgveld bestrijkt dat door de andere typen van zorgverlening niet zomaar kan worden overgenomen. Dat bleek in de sterkste mate te gelden voor strikte zelfzorg. De mens is echter in staat om tegen dit basispatroon van het zorgen in te gaan. Hij kan kiezen voor een leefpatroon dat niet adequaat reageert op de zorgvragen van lichaam en geest (niet voldoende reageert op hongerimpuls, dorst, koude, warmte, behoefte aan rust, behoefte aan ontspanning) en dat bedreigingen onvoldoende weet te vermijden (bij voorbeeld schade door roken, verkeersgedrag of nerveuze arbeidsinspanning). Er is een oud Jiddisch spreekwoord dat luidt: 'Niemand kan een mens zo schaden als hijzelf'. Indien dit voor een hele bevolking geldt, kan men daar natuurlijk met geen enkel professioneel gezondheidszorgsysteem tegenop roeien.

Dit verschijnsel werpt nu de vraag op naar de *kwaliteit* van zelfzorg. Men kan noodzakelijke zelfzorg *nalaten* als men levensmoe is en geen enkele interesse meer heeft in een gezond voortbestaan of als men aan andere interesses, die strijdig zijn met een gezond voortbestaan, de voorkeur geeft

(bijvoorbeeld drugs als vlucht uit een werkelijkheid die men als onleefbaar ervaart). De motivatie tot zelfzorg komt in eerste instantie voort uit een 'natuurlijke drang'. Nu door de maatschappijstructuur geen Nederlander meer van honger of ellende kan sterven, is er een sterke prikkel om voor je bestaan te zorgen, weggevallen. Wordt zo niet de 'natuurlijke drang' om te zorgen voor de instandhouding van het eigen leven aangetast, vooral bij de jongere generatie? En hoe staat het met de drang om de eigen soort in stand te houden door een optimaal voortplantings- en opvoedingsgedrag? Wij zien allereerst dat de drang tot zelfbehoud inderdaad zwakker wordt. Het onnodig in gevaar brengen van eigen leven en gezondheid lijkt toe te nemen. Het begunstigen van de eigen gezondheid door gezonde leefgewoonten, goede voeding, voldoende slaap etcetera, neemt af. Het toelaten van de gezondheid bedreigende consumptieartikelen en -gewoonten zoals roken drank en drugs, neemt toe. Typisch is ook dat velen zich met beslistheid onttrekken aan zorg die anderen, met name ouders, aan hun gezondheid willen besteden. Tegenover deze duidelijke afnemende drang tot zelfbehoud staat de op het eerste gezicht hoogst merkwaardige maatschappelijke drang om een in gevaar zijnd leven van een ander mens 'collectief te redden'. Voorbeelden daarvan zijn de hoogst emotionele, de aandacht van miljoenen mensen boeiende acties om bijvoorbeeld een gijzelaar te redden, of een bergtoerist of een hartoperatiepatiënt. De inconsequentie daarvan is duidelijk wanneer we zien dat men lang zo zwaar niet tilt aan gevaarlijk gedrag op de weg, aan de gemiddeld tien verkeersdoden per dag in Nederland, aan junkies die in onze eigen groten kreperen en aan zelfmoorden waarvan wij er in Nederland gemiddeld drie per dag hebben.

De drang tot adequate voortplanting is een tweede belangwekkend gebied van existentiële zorg. Het bijbelwoord van Genesis 1, 28: 'Weest vruchtbaar en vermenigvuldigt u, bevolkt de aarde en onderwerpt haar', is wat het eerste deel betreft door de mensheid beter volbracht dan menig ander bijbelwoord. Dat de mens door zijn verstand in staat is gesteld om het paringsgedrag los te maken van de voortplanting (anticonceptiva) en op die manier de voortplanting zodanig kan regelen dat de soort niet wordt bedreigd door een *teveel* aan individuen (meer dan het milieu vermag te dragen), is een menselijke oplossing die niet tegen de natuur ingaat. Volgens theologen gaat ze trouwens ook niet tegen de bijbel in, want de eerste opdracht 'bevolkt de aarde' moet beschouwd worden als dienstbaar aan de tweede: 'onderwerpt haar' oftewel brengt haar in cultuur. De menselijke soort is echter in gevaar gekomen door heel andere dingen dan het voortplantingsgedrag. Geen diersoort is zo geniaal in zelfvernietiging als de mens, die de atoomkrachten heeft ontketend. Die te beheersen is zonder twijfel de grootste zorg die alle mensen moet gaan bezielen. Een andere kwaliteitsvraag heeft niet zozeer te maken met motivatie tot

zelfzorg, maar meer met competentie. Haast iedere zorgstap heeft eigen kwaliteitsaspecten. Zelfs kauwen en slikken: denk maar aan slokken en verslikken! In een complexe maatschappij als de onze zijn steeds grotere kennis en vaardigheid vereist om zelfzorg van voldoende kwaliteit te kunnen beoefenen. Dat geldt nog meer voor psychische en sociale zelfzorg dan voor lichamelijke zelfzorg. Hoe komt het dat competente zelfzorg onvoldoende wordt ontwikkeld? In het hoofdstuk over professionele zorg zijn wij al op het antwoord gestoten: door de enorme woekering van professionele zorg is de zelfzorg onteigend, ontkracht, achtergebleven. Er is maar heel weinig inspanning van de kant van de wetenschappen gestoken in de ontwikkeling van zelfzorg, vergeleken met de wetenschappelijke activiteiten in het veld van de medisch-professionele curatieve zorg. Waarom moet dit dan dringend worden ingehaald? Omdat een nieuwe gezondheidscultuur nodig is. Het is toch nonsens om een paar duizend gulden per Nederlander per jaar uit te geven aan *reparaties* van haperende gezondheid en er intussen niet voor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen in een zo goed mogelijke gezondheidstoestand *blijven*.

Maar de diepste betekenis van zelfzorg komt pas het duidelijkst naar voren, wanneer zelfzorg wordt bedreigd of afgenomen door anderen. Als een mens aan zijn algemene dagelijkse levensbehoeften niet meer zelf kan voldoen, ervaart hij dat meestal als een heel ernstig verlies. Hoe vaak hoort men bejaarden niet verzuchten: 'Oh, als ik maar op mezelf kan blijven!' Geholpen moeten worden met aankleden, eten, naar het toilet gaan, is een voortdurende onderstreping van je afhankelijkheid van anderen. De menselijke waardigheid heeft nauwe relaties met zelfstandigheid.

Bij ernstig gehandicapt in een verpleeghuis gaat vaak al heel gauw een groot stuk zelfzorg verloren. Hetzij door de handicap zelf, hetzij door de dagorde en de huisregels. Is dat nu zo erg? Die mensen worden toch juist fijn vertroeteld! Ze krijgen er toch veel voor terug? Hoe erg het is als we mensen hun zorg afpakken, komt in laatste instantie aan het licht als we ons de vraag stellen naar het wezen van het menselijk bestaan. De antropoloog Gehlen heeft daarover bijzonder belangrijke dingen gezegd. De mens onderscheidt zich in zijn gedrag van het dier doordat hij *handelt*. Hij doet niet van alles omdat hij daartoe geprogrammeerd is. Zijn gedrag wordt niet gestuurd door een verzameling aangeboren 'ponskaarten'. Nee, de mens kan handelen: hij kan ervoor kiezen om iets wel of niet te doen, en hij kan de manier waarop kiezen.

Hij is voor dat handelen verantwoordelijk. Hem kan naar het *waarom* gevraagd worden; hijzelf mag anderen dus ook naar het *waarom* vragen. En ten slotte wordt het menselijk handelen gekenmerkt door het schep-

pend inwerken op zijn omgeving. Hij kan binnen zekere grenzen zijn omgeving gestalte geven in overeenstemming met zijn behoeften en wensen. Al dat handelen is typisch voor de mens. Het dier kan het niet. Als we een mens in zijn *handelen* belemmeren, kortwieken we hem dus in zijn *wezenlijke mens zijn!*⁶⁵)

De duizend heel kleine keuzen die een mens bij zijn zelfzorg gedurende de hele dag maakt, zijn ook de duizend kleine signalen van zijn vrijheid als mens! De vrijheid om nú te willen ontbijten of over een half uur; om wit of bruin brood te kiezen, koffie of thee, melk daarin of niet en, zo ja, hoeveel . . . duizend kleine keuzen die het bestaan als mens markeren, nog veel sterker en emotioneel dieper ingrijpend dan de paar grote keuzen die men in zijn leven maakt: beroep, huwelijkspartner, waar wonen, wat voor politieke partij.

Verval van zelfzorg is dus niet alleen maar onpraktisch, of duur. Het betekent verval van menselijkheid.

MANTELZORG

1. NADERE BEGRIPSBEPALING VAN MANTELZORG

In het voorgaande is al herhaalde malen het verschijnsel mantelzorg aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk zullen wij de kenmerken van die mantelzorg systematiseren en nader bekijken. Omdat mantelzorg altijd inhoudt dat zorg aan anderen wordt verstrekt, is het noodzakelijk ons nader te verdiepen in de sociale netwerken waarin dat geschiedt. Waar ligt de grens tussen mantelzorg en een incidentele zorgverlening? Is mantelzorg het zelfde als vrijwilligerswerk? Waar ligt de grens tussen mantelzorg en professionele zorg? Is mantelzorg hetzelfde als zorg in 'zelfhulpgroepen'? Om deze en dergelijke vragen te beantwoorden zullen wij, na zorgvuldige en langdurige observatie van allerlei zorg die mensen aan elkaar geven, trachten te komen tot een zo scherp mogelijk omschrijven van de begrippen. De volgende kenmerken moeten aanwezig zijn willen we van mantelzorg kunnen spreken:

- De zorg is steeds primair gericht op de zorgbehoefte van *een ander mens* of andere mensen.
- De verstrekking van die zorg geschiedt op basis van de impliciete of expliciete bereidheid bij de ontvanger om, indien nodig, *wederkerig* zorg te besteden aan een behoefte van de zorgverlener, hetzij nu, hetzij in de toekomst. De zorgverlening geschiedt dus niet of althans nimmer in de eerste plaats in ruil voor een geldelijke compensatie.
- Kenmerkend is dus dat de rollen van zorgverlener en zorgontvanger *verwisselbaar* zijn. Vaak is de wederzijdse zorg simultaan.
- De zorgverleners en zorgontvangers *kennen elkaar* persoonlijk.
- De zorgrelatie is *niet de enige relatie* tussen de betrokkenen. Men kent elkaar niet alleen, maar heeft ook andere dingen met elkaar gemeen: men is familie van elkaar of huisgenoten, lijdt aan de zelfde ziekte of handicap, woont bij elkaar in de buurt of is met elkaar bevriend. Men

beoefent een zelfde beroep of werkt in de zelfde werkplaats, men is geloofsgenoot en behoort tot de zelfde parochie of gemeente, of men is lid van de zelfde club. In al die omstandigheden is er echter slechts sprake van mantelzorg als er tussen zulke mensen een *wederzijdse* zorgrelatie bestaat.

- De keten tussen zorgverlener en zorgontvanger is de kortst mogelijke tussen twee mensen. De relatie is dus een *directe*, zonder tussenpersonen; zonder administratie of organisatie, zonder formele verwijzingen naar derden, zonder geografische afstanden van betekenis.
- De zorgrelatie is *niet volstrekt incidenteel*. Er bestaat een vaste relatie, of zulk een relatie ontstaat in de regel vanzelfsprekend wanneer de behoefte daartoe optreedt.
- Een *mantelzorggroep* bestaat uit tenminste twee personen. Haar grootste omvang is niet scherp te bepalen, maar duidelijk blijkt dat de sociale netwerken waarin mantelzorg zich pleegt te voltrekken, *klein* van omvang zijn. Wij schatten die gemiddelde omvang thans op circa vier tot zes personen. Een uitloop tot wel twintig personen is niet onmogelijk maar wel ongewoon in de huidige maatschappij.
- Mantelzorg is emotioneel 'warm' van aard. De betrokkenen staan niet onverschillig tegenover dit zorgen. In de zorgmotieven ontbreekt nimmer de betrokkenheid en vaak is er in meerdere of mindere mate liefde in aanwezig, soms op volstrekt unieke wijze.
- Mantelzorg *respecteert de zelfstandigheid* van de ander zoveel mogelijk. Het overnemen van een gedeelte van diens zelfzorg geschiedt veelal op basis van impliciete overeenstemming of expliciete afspraak.
- Mantelzorg heeft een eigen soort *deskundigheid*, ontleend aan eeuwenlange waarneming, ervaring en uitproberen. Vaak wordt een hoge graad bereikt van bepaalde deskundigheden die in de cultuur liggen verankerd en voor een groot deel van ouders op kinderen worden overgedragen. Dit betreft veelal andere levensgebieden dan technologie of specifieke beroepsdeskundigheid, waarvoor diploma's bestaan. De deskundigheid van mantelzorg is er veeleer op toegespitst een 'nest' te kunnen scheppen en de ander een gevoel van veiligheid en gezelligheid te verschaffen. Een prettig of minstens zo leefbaar mogelijk klimaat, een gevoel van stabiliteit en het beter leren omgaan met blijdschap en verdriet vormen dikwijls het resultaat.

Wie zijn inzicht in mantelzorg wil verdiepen, moet eens trachten om in zijn eigen levenssfeer de bovengenoemde kenmerken terug te vinden. Men zal dan talloze voorbeelden vinden en ook talloze variaties.

Wellicht wekt het voorgaande de indruk dat mantelzorg een ideaal

zorgkader zou zijn. Dat is niet het geval: mantelzorg kan in allerlei opzichten moeilijkheden opleveren. De 'warmte' van een zorgrelatie kan oplopen tot broeierig; het elkaar kennen kan leiden tot verlies van vrijwel alle privacy; de verplichting tot wederkerigheid wordt al gauw een ramp als opa een onverdraaglijke lastpost blijkt te worden.

De oude mantelzorggemeenschappen in de agrarische maatschappij, waarvan het functioneren door Dürkheim is beschreven onder de term 'solidarité mécanique', toonden wellicht de evenwichtigste grondvorm van mantelzorg. Kleine gemeenschappen, vrij zelfstandig ten opzichte van elkaar en toch een hechte collectiviteit vormend.

Maar in onze maatschappij die steeds gecompliceerder is geworden blijkt de oude mantelzorgcultuur, zoals men die nog in de eerste helft van de twintigste eeuw vrij algemeen kon aantreffen, steeds meer in het slop te zijn geraakt. Door de grote structuurveranderingen kon ze eenvoudig niet blijven bestaan. Het drie-generatiegezin verdween praktisch geheel, op wat resten na die men in sommige streken op het platteland nog aantreft. De buurt en de kleine dorpsgemeenschap werden door massificatie overspoeld.

Dit is geen nostalgische klacht maar een harde vaststelling waarmee we rekening te houden hebben als we over herstel van mantelzorg willen denken. Niet een verlangen naar een 'weg terug', maar een vraag naar de mogelijkheden voor bestaande en nieuwe netwerken van mantelzorg. Allereerst moeten wij ons dus in de verschillende soorten netwerken verdiepen.

2. SOORTEN MANTELZORGNETWERKEN

In de sociale wetenschappen is onderzoek en discussie over sociale netwerken al enkele tientallen jaren aan de gang. De belangstelling ervoor is in de eerste helft van de zeventiger jaren nogal geluwd, maar daarna weer sterk toegenomen.

'Het sociale netwerk' van een mens zou men kunnen omschrijven als: 'al de andere mensen die hij kent en die ook hem kennen'. Uit onderzoek in de VS blijkt dat er natuurlijk grote verschillen bestaan, maar als grootte-orde komt men wel uit op enkele honderden.⁶⁶⁾ Laten wij dit de 'ken-netwerken' noemen: ze bestaan uit de mensen die wij *kennen*. Maar niet allen die wij kennen, behoren tot onze mantelzorgnetwerken. Niet alle 'genoten' zijn ook genoten in onze zorgnetwerken. Wij kunnen immers feestgenoten hebben op een carnaval, of studiegenoten bij een opleiding, of taakgenoten bij een werkstuk, zonder dat wij dan verder ook voor elkaar gaan zorgen in de zin van mantelzorg. *Incidentele* zorg is dan wel mogelijk. Als een feestganger te veel gedronken heeft, zullen enkele feestgenoten hem wel helpen om thuis en in bed te komen. Als zij geen verdere relaties hebben,

bijvoorbeeld een familie- of vriendschapsrelatie, noemen wij deze zorg incidenteel. Het is geen mantelzorg, evenmin als het helpen van een oude dame bij een gevaarlijke oversteek over een kruispunt. Ook dat is incidentele zorg en geen mantelzorg, tenzij die oude dame bijvoorbeeld een buurvrouw is die ik dagelijks met oversteken help, terwijl zij van haar kant dikwijls op onze kinderen past. Onze mantelzorgnetwerken zijn dus veel kleiner dan onze ken-netwerken. We onderscheiden verschillende soorten mantelzorgnetwerken die wij nu achtereenvolgens zullen bespreken. Zijn ken- en zorgnetwerken in hun diverse soorten echter wel altijd van elkaar te onderscheiden? Natuurlijk niet! Het gaat meestal om allerlei meng-gevallen, vaak met vloeiende overgangen. Al te vaak richt men zich op die grensgevallen waarover men eindeloos kan kibbelen, inplaats van eerst en vooral naar de *typische zuivere kern* van elk verschijnsel te kijken. Dit laatste is echter toch het meest vruchtbaar, want vanuit het kennen en begrijpen van de kern van diverse verschijnselen kunnen we pas de vele grensgebieden met hun eindeloze variaties enigermate duiden. Ook in hetgeen nu volgt richten wij ons op de *kern* van de vraagstukken en laten het aan de lezer over om in de concrete en steeds weer wisselende feitelijkheid die kernen in telkens weer andere relaties terug te vinden.

3. HET HUISHOUDEN

Mensen die samenwonen in een huishouden zijn de meest aangewezenen om een mantelzorggroep te vormen. Dat zien wij dan ook als regel gebeuren. Wonen er echter in één huis acht kamerbewoners, ieder op zich, dan spreekt men niet van een huishouden. Daarvan is slechts sprake wanneer door de bewoners een aantal taken gezamenlijk wordt verricht, zoals schoonhouden, zorgen voor maaltijden, eventueel gezelligheidscontact, gezamenlijk werk zoals het land bewerken, etcetera.

Huishoudens kunnen heel verschillende bestaansgronden hebben.

- a. Vooreerst is er het huishouden op genetische grondslag: vader, moeder en hun kinderen. Vroeger hoorden daar vaak ook nog de grootouders bij, terwijl ook een ongehuwde oom of tante in zulk een huishouden kon zijn opgenomen. Dit type huishouden, het gezin, placht in een vorige generatie nog twee tot driemaal zo groot te zijn als thans. Het 'normale gezin' van nu omvat 4 leden: vader, moeder en twee kinderen.
- b. *De woon- of leefcommune* is een nieuwe vorm van huishouden die in onze tijd is opgekomen. Haar basis is vaak vriendschap (bijvoorbeeld homofielen) en het verlangen om niet eenzaam te zijn, maar bij een groep te horen.
- c. Een derde vorm van huishouden kan ontstaan op zuiver *utilitaristische gronden*. Wanneer het gezin te klein en te kwetsbaar is om op z'n eentje tegen de externe omstandigheden opgewassen te zijn, kunnen grotere

verbanden ontstaan die wel in staat zijn om aan de leden voedsel, onderdak en veiligheid te garanderen. In archaische samenlevingen vindt men deze vorm, maar ook bij de grote trek naar het westen in de vroege geschiedenis van de Verenigde Staten, en een algemeen bekend recent voorbeeld zijn de kibboetsim in Israël. Wordt zulk een groep groter, dan treedt al snel specialisatie op in het zorgen voor elkaar. Niet allen zorgen meer voor allen, maar de zorgtaken worden verdeeld.

d. Ten slotte bestaat er nog een vierde vorm van huishouden. Zij vindt haar grondslag in een gezamenlijke ideologie van haar leden. De kleine kloostergemeenschap is daarvan een goed voorbeeld.

Wij wijzen erop dat er in de praktijk allerlei mengvormen bestaan. In een commune kunnen familieleden zitten en een ideologische gemeenschap kan sterke utilitaristische trekken vertonen. Op West-Java bijvoorbeeld troffen wij de familie aan als de basis van utilitaristische grote huishoudens.

Het huishouden blijkt het mantelzorgnetwerk bij uitstek te zijn. Wij baseren deze uitspraak op de volgende waarnemingen. Om te beginnen pleegt de 'dichtheid' van dat netwerk het grootste te zijn. De dichtheid wordt bepaald door de frequentie van de zorgrelaties. De leden van een huishouden hebben elke dag meerdere en soms vele zorgrelaties met elkaar. De *consistentie* van het netwerk pleegt groot te zijn in vergelijking met andere zorgnetwerken. Het huisgenoot-zijn duurt vaak heel wat jaren en vaak het hele leven, in tegenstelling tot het buur zijn, clubgenoot zijn en beroepsgenoot zijn. Ten slotte is ook de zorgcapaciteit van een huishouden het grootst. Men is voor zijn zorg in de eerste plaats op elkaar aangewezen. Iedereen verwacht dat aan een zorgbehoefte in eerste instantie door de huisgenoten zal worden voldaan. Pas als die het echt niet redden zullen vrienden, burens en anderen 'bijspringen'. Huisgenoten beseffen meestal hun zorg-verantwoordelijkheid heel goed. Ze weten 'dat ze ervóór staan'. De hoeveelheid mantelzorg die in huishoudens verleend wordt ter instandhouding en beveiliging van gezondheid en ter opvang van de zorgbehoeften van zieken en gehandicapten is dan ook altijd enorm groot geweest.

Losmaziger netwerken

Om het huishouden heen vinden wij losmaziger zorgnetwerken: verder verwijderde familieleden, vrienden, burens.

Deze netwerken vertonen nog sterker variaties dan de huishoudens, zowel in omvang, dichtheid en consistentie als in capaciteit. Wanneer het eigen huishouden van een persoon onvoldoende in staat is om de noodzakelijke mantelzorg te leveren, 'springen anderen bij'. Dat kan incidenteel zijn, maar dan zet het weinig zoden aan de dijk. Het kan professioneel zijn,

maar dat is kostbaar, zo niet voor de zorgbehoevende, dan toch voor de gemeenschap. Het oude – en waarschijnlijk ook meer en meer het toekomstige – antwoord luidt: mantelzorg vanuit secundaire netwerken. Het *ken*-netwerk van familieleden levert mantelzorgers op. Met de burens zal zich het zelfde voordoen, des te gemakkelijker wanneer het ken-netwerk sterker was en er reeds precedenten waren van wederzijdse zorgverlening. Zulke mantelzorg zal des te eerder ontstaan naarmate de uitwijkmogelijkheden naar professionele zorgverlening kleiner zijn. Als er volop betaalde hulp te krijgen is, neemt de mantelzorgbereidheid af.

4. ZELFHULPGROEPEN

In de zeventiger jaren heeft zich nog een nieuw soort mantelzorgnetwerk ontwikkeld, het eerst in de Verenigde Staten onder de naam 'selfhelp-groups'. Lijders aan een zelfde, meestal chronische aandoening onderkennen dat zij allen met een pakket problemen moesten leven, waarin veel overeenkomsten zaten. Van de professionele zorg ontvingen zij meestal geen of weinig steun in hun *leven* met die problemen. Maar bij elkaar bleken zij die steun wél te kunnen vinden. *Zij herkenden zichzelf in elkaar*. Hun eenzaamheid en bijzonderheid tussen de 'normalen' verdween wanneer zij met elkaar verkeerden met hun zelfde kwalen en problemen. In zulke groepen ervaart men elkaar als een nieuwe categorie van genoten: *lotgenoten*. Het oude spreekwoord dat gedeelde smart halve smart is, is hier van toepassing. Daar komt nog bij dat de leden van zo'n zelfhulpgroep elkaar vaak belangrijke ervaringen kunnen meedelen inzake het omgaan met hun ziekte onder allerlei omstandigheden, de aanpassing aan hun behoeften, etcetera. De drempel om tot zo'n groep toe te treden is laag. Er is geen hiërarchie: men kan gemakkelijk met elkaar praten doordat men elkaar als gelijken ontmoet.

Bovendien blijkt de onderlinge hulprelatie vaak een dialectisch karakter te dragen: ik blijk mijzelf het beste te helpen door een ander te helpen die met hetzelfde probleem worstelt. Door Riessman is dat het 'helperprincipe' genoemd. Het zwaartepunt ligt dus op het *wederzijdse* van de hulpverlening en niet zozeer op *zelf* geholpen willen worden. In dit opzicht is de klakkeloze Nederlandse vertaling van de naam selfhelp-group tot 'zelfhulpgroep' niet zo gelukkig. Omdat die term echter inmiddels is ingeburgerd, zullen ook wij hem verder voor dit soort groepen gebruiken.

In het bovenstaande hebben wij zelfhulpgroepen geschetst die zich specifiek bezighouden met mantelzorg, wederzijdse zorg voor elkaars noden en behoeften. Het oplossen of verlichten van die noden kan principieel op twee wijzen geschieden: intern en extern.

Interne oplossingen komen in de groep tot stand tussen de leden onderling,

die uit elkaars bestaan en ervaringen de informatie, kracht, warmte en levenswil kunnen putten waaraan zij behoefte hebben. *Externe* oplossingen worden nagestreefd wanneer de groep de omgeving wil veranderen in overeenstemming met haar behoeften. De chronische huidziekte psoriasis, waarbij de huid veel grote schilfers afstoot, wordt door de omgeving als 'vies' ervaren. Door voorlichting van de omgeving van psoriasispatiënten kan worden bewerkstelligd dat de buitenwereld er minder griezeld tegenover komt te staan. (De ziekte is niet besmettelijk.) Naast toenemende *acceptatie* door de omgeving kan de groep zich ook ten doel stellen dat de omgeving betere levensvoorwaarden voor hen schept: *adaptatie* door de omgeving dus aan de bijzondere eisen van bepaalde groepen mensen die met een handicap moeten leven⁶⁷). Wat is echter die 'omgeving'? Feitelijk is dat onze hele samenleving. Dat betekent dat er in veel zelfhulpgroepen van chronische zieken of gehandicapten *vanuit de eigen ervaring* veel kritiek bestaat op het professionele systeem van de gezondheidszorg. Zelfhulpgroepen, ook wanneer zij strikt gericht zijn op mantelzorg van haar leden, zijn per definitie *maatschappijkritisch*, zodat zij zich vaak openlijk in woord, geschrift en acties tegen het bestaande systeem opstellen. Maar zelfs als zij dat totaal achterwege laten, houdt hun bestaan op zichzelf al kritiek in op het professionele systeem dat ondanks zijn claim op hoge perfectie en kwaliteit, hen met hun problemen toch zichtbaar maar in de kou heeft laten staan.

Onze zelfhulp-mantelzorggroepen zijn een onderdeel van een veel groter veld van maatschappijkritische activiteit. In onze westerse maatschappij krijgen steeds meer mensen de buik vol van ondoorzichtige organisaties, van technologie met een griezelige macht, van deskundigheid met onuitstaanbare pretenties, van de grootschaligheid waarin men zich verloren voelt als individu, van het 'systeem' waarin men zichzelf als een machteloos radertje ervaart, van discriminatie van al wat maar even afwijkt van 'het normale' (huidskleur, ras, ziekte, handicap, armoede, ouderdom, rijkdom, bekaaftheid, zwakzinnigheid).

Als individu kan men daar meestal niet veel tegen beginnen. Maar door vorming van kleine groepen is men *samen veel sterker*.⁶⁸) Dat is geen nieuwe ontdekking. Al in 1860 schreef Samuel Smiles een boek over zelfhulpgroepen waarin jonge arbeiders elkaar hielpen om hun ongelooflijke leerachterstanden in te halen.⁶⁹) De uitgeweken Russische prins Kropotkin schreef in 1904 een boek⁷⁰) waarin hij zijn observaties omtrent zelfhulp en groepsvorming in een fundamenteel ontwikkelingsperspectief op hun onvervangbare waarde wist te schatten. In het standaardwerk van Alfred Katz en Eugene Bender 'The strength in us' wordt de naoorlogse ontwikkeling van het zelfhulpconcept in haar volle omvang beschreven en diepgaand geanalyseerd.⁷¹) Van oudsher vormden de mensen al groepjes

wanneer ze werden getroffen door natuurrampen of bedreiging door vijanden. Denk eens aan onze groepsvorming tijdens de laatste wereldoorlog. Maar nu zijn het de gediscrimineerden, de machtelozen, de gehandicapten, de eenzamen, de onderbedeelden, zij die in de steek zijn gelaten, die een nieuwe weg hebben ontdekt door *met elkaar* als lotgenoten in een nieuwe solidariteit op te trekken. Het zelfhulpverschijnsel is enorm breed uitgewaaierd. Er is een chaotische veelheid en veelsoortigheid van groepen ontstaan. *Miljoenen* groepen zijn er in de westerse wereld. Vaak niet blijvend maar vluchtig als rookbommen. Maar voortdurend duizendvoudig opschietend als paddestoelen. In de vorm van praatgroepen, werkgroepen, cursussen, studiegroepen, actiegroepen, buurtgroepen, patiëntengroepen, al dan niet gebundeld in overkoepelende organisaties van belanghebbenden in de specifieke sectoren. Wie meent dat dit overdreven is, kijke wat er in Nederland gaande is door eens te vissen in de aanzwellende stroom van artikelen, rapporten en boeken als *Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening*⁷²), *Wie helpt wie?*⁷³), *Zelfhulp en Welzijnswerk*⁷⁴), *Werkboek Zelfhulp*⁷⁵), *Op eigen kracht*⁷⁶), *Waar sta je zelf?*⁷⁷) et cetera.

Wij gaan ons steeds duidelijker realiseren dat de zelfzorgbeweging representant is van een heel ander type maatschappij. In onze huidige maatschappij overheerst de gedachte, dat de mensen niet zelf hun probleem kunnen oplossen maar daar talloze soorten professionele deskundigen bij nodig hebben. Daardoor zijn de mensen afhankelijk van die deskundigen. Ze worden bevoogd en gemanipuleerd. Er komt daarop een sterk groeiende reactie. Een nieuw maatschappijbeeld ontwikkelt zich haaks op het oude: de mensen kunnen zelf heel veel, als ze elkaar maar helpen. De maatschappijstructuur kan vanaf de basis revolutionair worden veranderd door talloze kleine zelfhulpgroepen.

Intussen blijkt het zelfhulpconcept een enorme vergaarbak van alle mogelijke soorten groepen te hebben opgeleverd. Omdat het zelfhulpconcept daardoor zal kunnen verwateren is het noodzakelijk om de wezenskenmerken, waarvan er al heel wat aan de orde zijn geweest, samen te vatten in een definitie. Wij volgen daarbij de algemene definitie die door Katz en Bender is opgesteld als de meest uitgebalanceerde die we gevonden hebben.⁷²)

Zelfhulpgroepen zijn kleine groepsstructuren op basis van vrijwillige deelname, gericht op wederzijdse hulp en het bereiken van een specifiek doel. Zij worden meestal gevormd door gelijken die elkaar wederzijds willen bijstaan om het hoofd te bieden aan een gezamenlijke nood, handicap of levensprobleem, en de gewenste sociale en/of persoonlijke verandering tot stand te brengen. De initiatiefnemers en leden van zulke

groepen zijn zich ervan bewust dat hun noden niet door bestaande sociale instellingen worden of kunnen worden verholpen. Zelfhulpgroepen leggen de nadruk op 'face-to-face' interactie en op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de leden. Zij geven vaak zowel materiële alsook emotionele steun; ze zijn vaak oorzakelijk-gericht en prediken een ideologie of waarden waardoor de leden een toenemend gevoel van persoonlijke identiteit verkrijgen.'

In het kader van dit boek over zorg voor gezondheid kiezen wij binnen deze definitie als onderwerp het specifieke doel: beter kunnen leven (fysiek, psychisch of sociaal) met een gezondheidsbeperkende stoornis. Ter onderscheiding van zelfhulpgroepen in het algemeen noemen we de groepen met deze doelstelling *zelfhulp-mantelzorggroepen*.

Gardner en Riessman⁷⁸⁾ stellen voor om dit veld in vier categorieën op te delen:

1. *Groepen gericht op herstel na ziekte*

Nadat de dokter klaar is, sluit de mantelzorg aan om de cliënt te helpen zich in zijn nieuwe situatie in te leven. Voorbeelden zijn: hartoperatiepatiëntengroepen, groepen van mensen die een apoplexie (beroerte) gehad hebben, groepen van mensen die een amputatie hebben ondergaan.

2. *Groepen gericht op gedragsverandering*

Groepen van verslaafden aan alcohol, drugs, overvoeding, roken et cetera.

c. *Groepen gericht op zorgverlening bij chronische ziekte*

Wanneer een ziekte niet medisch te genezen is blijft zij vaak onafgebroken zorg vereisen, waarin de patiënten elkaar zeer wel kunnen bijstaan. Groepen van astma-, emfyseem- of andere CARapatiënten, reumapatiënten, lijders aan suikerziekte en psoriasispatiënten zijn voorbeelden hiervan:

4. *Groepen gericht op preventie*

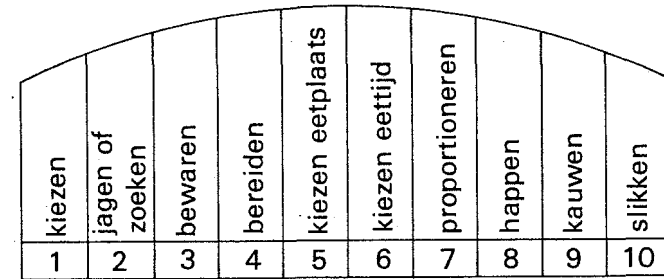
Hier noemen de auteurs als voorbeeld groepen van mensen met verder nog symptoomloze hoge bloeddruk.

Behalve cliëntengroepen hebben ook andere groepen rond een specifiek gezondheidsprobleem vele mogelijkheden. Er bestaat goede ervaring met groepen van ouders die een zwakzinnig kind hebben, of een kind met een andere handicap. Maar er zijn in onze ingewikkelde samenleving nog zoveel méér omstandigheden waarin mensen met een bepaalde ervaring een grote steun kunnen zijn voor elkaar.

5. WAARVOOR WORDT GEZORGD

Wij beperken ons ook bij de beantwoording van deze vraag tot de aspecten van gezondheid en ziekte. Allereerst denken we dan aan het lichamelijke zorgen voor een gezond voortbestaan. Om het huiselijk te zegen: het

zorgen voor 'je natje en je droogje'. Om te zien wat er precies gebeurt kijken we weer naar onze voedingsfunctie. Die is, zoals we al gezien hebben, opgebouwd uit tien zorgstappen.

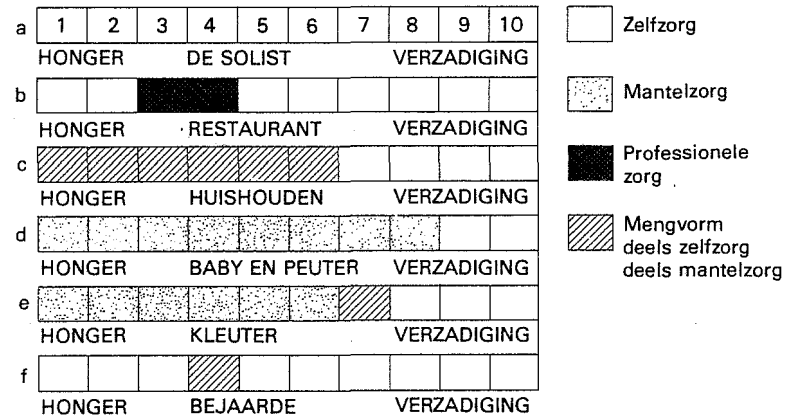


HONGER

VERZADIGING

De voedingszorgfunctie

Wanneer we die tien stappen eens onder allerlei normale omstandigheden bekijken met de vraag wie dan voor elke stap de zorg verricht, krijgen we een overzicht van de feitelijke relaties tussen mantelzorg en zelfzorg (en, eventueel, professionele zorg).



Voedingszorgdiagrammen van het normale bestaan

- a. De solist of alleenstaande mens blijkt alle vereiste voedingszorgstappen zelf te kunnen nemen. Er is uitsluitend zelfzorg.
- b. Bij eten in een restaurant worden de stappen 3 en 4 vervangen door

professionele zorg. Het kiezen en 'zoeken' van het voedsel geschiedt als zelfzorg op basis van het menu dat bij het restaurant buiten hangt. Ook alle andere zelfzorgfuncties blijven intact.

- c. In het huishouden worden de stappen 2, 3 en 4 vaak door de moeder gezet met medewerking van andere gezinsleden (mantelzorg plus zelfzorg). Tal van varianten zijn mogelijk op basis van onderlinge afspraken of gewoonten.
- d. Baby en peuter verrichten slechts de laatste 2 stappen zelf: 9 = kauwen of zuigen, 10 = slikken. De peuter wordt gevoerd met een lepeltje: mantelzorg dus.
- e. De kleuter mag stap 8 ook al zelf gaan doen; als hij wat groter wordt mag hij ook zelf zijn eten opscheppen (stap 7).
- f. De alleenwonende bejaarde, thuis, heeft in het *ideale* geval (vreselijk dat wij dat zeggen moeten!) een goede kennis die boodschappen doet en een buurvrouw die eens wat helpt met een pannetje soep en met wat koken. De zelfzorg blijft grotendeels intact, zij het vaak op lager niveau.

Overzien wij de diagrammen, dan blijkt er veelal een 'zorgmix' te bestaan waarbij veel stappen in de vorm van zelfzorg en andere stappen als mantelzorg worden gedaan. Er is een duidelijk streven naar een ruime hoeveelheid zelfzorg aanwezig. De kleuter roep: 'Ikke zelf doen!' en de bejaarde zegt: 'Als ik maar 'op mezelf' kan blijven.' Maar daarnaast zien we dat mantelzorg enorm waardevol is en op prijs gesteld wordt. Niet door de kleuter, maar wel door de volwassene en al heel sterk door de bejaarde, die er in toenemende mate op aangewezen raakt naarmate de zelfzorgcapaciteit kleiner wordt.

De *zorgmix* van zelfzorg en mantelzorg blijkt de vrijheid niet aan te tasten als de mantelzorgrelatie niet is opgedrongen of opgelegd zoals bij 'de kleuter', maar vrijwillig is aangegaan op basis van onderlinge overeenstemming en met overleg en afspraken over de wijze van uitvoering. 'Jan, wat wil je vanavond eten', is een heel gewone vraag van de echtgenote voordat Jan naar zijn werk vertrekt.

De lichamelijke mantelzorg vult dus de zelfzorg aan en kan deze voor wat betreft de facultatieve zorgstappen ook vervangen.

Daarnaast heeft mantelzorg een sterk *stabiliserend* effect op gezonde gewoontevorming. Hygiëne, eten, rusten en tal van andere zorgpatronen worden door mantelzorg op peil gehouden. Men kan dat in elk goed lopend huishouden waarnemen. Ze heeft bovendien de functie van *sociale controle*: 'Toe, Jan, je was van plan minder te roken!'

Bij *ziekte* blijft het bovenstaande functioneren intact en komt er bovendien wat bij: de zorg voor functies die eerst door zelfzorg volbracht konden worden - bijvoorbeeld zelf wassen - en nieuwe zorgfuncties die een

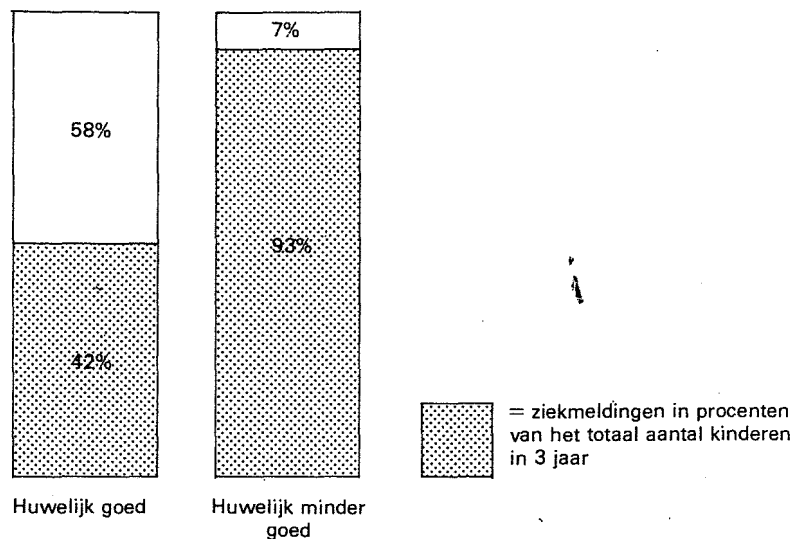
specifiek gevolg zijn van de ziekte: 'Jan moet een dieet hebben; ik moet hem medicijnen geven', etcetera. Bij chronische ziekte of een ernstige handicap kan de mantelzorg voor de zorgverlener een loodzware last gaan betekenen. De uitgevallen functies zijn vaak onherstelbaar en de vereiste mantelzorg moet dan *tot de dood* geleverd worden. De extra zorgfuncties die erbij komen ten gevolge van de ziekte of handicap vereisen dikwijls deskundigheid van handen, hoofd en hart, die nog niet aanwezig is. Een zwakzinnig kind of een echtgenoot die na een ongeval de rest van zijn leven in een invalidenwagentje moet doorbrengen, vormt voor mantelzorgers vaak een te zware belasting. Steun hierbij wordt in onze maatschappij vrijwel niet geboden. Tijdelijke opvang van de verzorgde voor wat weekends of een vakantieperiode is meestal erg moeilijk te realiseren. Voor deze door mij al in 1970 gepropageerde 'gefractioneerde opname'⁷⁹⁾ zijn nog nauwelijks enige voorzieningen getroffen, met een uitzondering voor zwakzinnigen. Juist in deze omstandigheden heeft de mantelzorg intervenierende steun nodig. Het *netwerk* dient zo mogelijk te worden versterkt en uitgebreid. De *kennis* en *vaardigheden* die benodigd zijn, moeten worden bijgebracht. De *psychische spanningsvelden* vereisen vaak een periode van professionele begeleiding. Zo niet, dan klappt het netwerk in elkaar. Het huwelijk! In Nederland binnen 2 jaar na de invaliderende calamiteit in circa de helft van de gevallen! De mantelzorgers knappen af. De patiënt verhuist met veel verdriet naar een verpleeghuis, terwijl dat bij een krachtige gezonde mantelzorg niet nodig was geweest.

Naast haar fysieke functies vervult mantelzorg ook belangrijke *psychische functies* die in sterke mate van invloed zijn op de geestelijke volksgezondheid. In een mantelzorgnetwerk, met name het huishouden, wordt door de genoten het *leefklimaat* geschapen. Het zal de geestelijke gezondheid van de genoten in hoge mate bevorderen als dat een klimaat is van ontspannenheid, onderling begrip en vertrouwen, stabiliteit en veiligheid. Er is hierover langzamerhand heel wat literatuur verschenen.⁸⁰⁾

Als hypothese kan worden gesteld, dat het goed functioneren van het huishouden als mantelzorggroep in de bovenomschreven zin een van de voornaamste mogelijkheden zal blijken te zijn voor de preventie van psychosociale stoornissen van zodanige ernst, dat een beroep op de professionele zorg moet worden gedaan.

De betekenis van ongestoorde mantelzorg in het gezin is in Nederland fraai aangetoond door Huygen.⁸¹⁾ Hij heeft de stabiliteit van de ouders en de kwaliteit van de huwelijksrelatie vergeleken met de frequentie van ziekten van de kinderen die bij de huisarts werden gemeld. Bij een onderzoek in honderd jonge gezinnen bleek dat ziekte bij de kinderen in een verrassend veel hoger percentage voorkwam naarmate het huwelijk minder goed

was, vergeleken met het ziektepercentage van de kinderen in goede huwelijken.



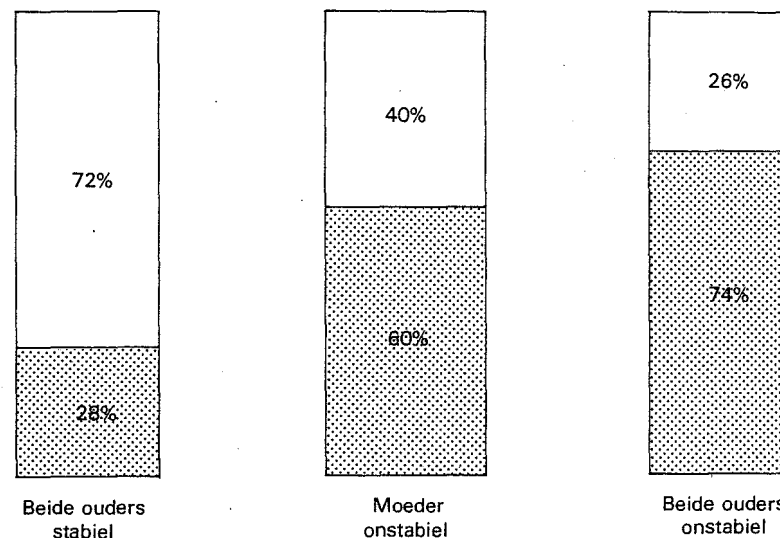
Relatie tussen ziektefrequentie van kinderen en de kwaliteit van de huwelijksrelatie der ouders in jonge gezinnen

Deze invloed is groter dan die van neurotische instabiliteit van één of zelfs van beide ouders. (Zie pag. 127.)

We stuiten hier op een belangrijk verschijnsel. Weliswaar kan de staat de materiële zorg overnemen, waardoor de ouders goeddeels ontlast zijn van de zorg om het bestaan zelf. Maar de zorg die voortvloeit uit een gave mantelzorgsituatie is voor een ongestoorde opvoeding en ontwikkeling eveneens onmisbaar. En ik zie niet hoe de staat hieraan iets zou kunnen doen. Dat is en blijft een taak voor ons zelf, voor elke mens en voor elk ouderpaar.

De vraag is nu of in onze tijd de kwaliteit van deze mantelzorg in het gezin, van ouders voor elkaar en hun kinderen, achteruit gaat. Het verloop van het aantal echtscheidingen kan daar wellicht een indruk van geven. Het is natuurlijk maar het topje van de ijsberg, want men weet niet in hoeveel gezinnen die niet op echtscheiding uitlopen, de kinderen toch emotioneel 'in de kou staan'. Maar een grotere top doet ook een grotere ijsberg vermoeden.

Ten opzichte van de vijftiger jaren blijkt het aantal echtscheidingen per jaar in 1975 ongeveer verdrievoudigd te zijn, evenals het aantal minderjarige kinderen dat erbij betrokken is.



Relatie tussen ziektefrequentie van de kinderen en neurotische instabiliteit van de ouders in 100 jonge gezinnen

Echtscheidingen per miljoen Nederlanders per jaar

Jaar	Aantal echtsch.	Aantal minderj. kinderen daarbij betrokken
1953	519	610
1958	468	570
1963	485	650
1968	636	876
1971	872	1185
1973	1328	1765
1975	1463	1941
1977	1559	2035
<i>In absolute getallen voor geheel Nederland</i>		
1977	21.483	28.086

Uit een enquête wordt de indruk dat het aantal goede huwelijken afneemt, bevestigd. In tien jaar tijd is er een significante verschuiving in de resultaten van de steekproef in de richting van minder goed. (Zie pag. 128)

Nog buiten beschouwing is gelaten, welk effect het op het mantelzorg milieu van het gezin heeft wanneer beide ouders werken. De keurige slaapsteden waar de kinderen dan niet echt meer hun 'nesten' vinden! Ik beweer niet dat dus de *moeders* dan maar weer thuis moeten blijven. Het is overigens nog onvoldoende onderzocht of de mantelzorg in gezinnen zich

	1965	1975	(60.)
<i>Goede huwelijken komen tegenwoordig minder voor dan vroeger</i>			
<i>Volkomen mee eens</i>	12.7	18.1	
<i>In grote lijnen mee eens</i>	18.5	28.4	
<i>Eigenlijk niet mee eens</i>	22.6	21.4	
<i>Helemaal niet mee eens</i>	46.2	32.0	
	(1398)	(1511)	

emotioneel even rijk zou kunnen ontwikkelen als de vaders thuisbleven. Wat zouden kinderen *zelf* het liefste hebben?

De conclusie lijkt gewettigd dat de materiële zorg voor het bestaan, mede door de regelingen die de staat heeft getroffen, thans beter is dan ooit tevoren. Maar de mentaliteit, de attitude en het begrip voor de betekenis van het geven van liefdevolle 'mantelzorg' binnen de gezinnen lijkt afgenomen op een wijze die aandacht en zorg vraagt.

Wij moeten nu nog aandacht besteden aan het *sociale aspect* van zelfzorg en mantelzorg. In de WHO-definitie van gezondheid wordt immers het sociale welbevinden expliciet aan de orde gesteld. De mantelzorggroep is het sociale milieu *bij uitstek* waarin een persoon zichzelf kan beleven als sociaal wezen. In dit netwerk functioneert zijn grootste verantwoordelijkheid voor de gezondheid en dus het welbevinden van de andere leden. Wederkerig geldt dat ook voor de anderen ten opzichte van hem.

Als iemand niet of nauwelijks meer een sociaal netwerk heeft, raakt hij sociaal ontworteld. Hij gaat meestal klagen over eenzaamheid. In de mantelzorgnetwerken kan en moet een kind zich oefenen in het ontwikkelen van zijn communicatie met anderen. Door sociale zelfzorg leert een mens om in zijn verdere leven zijn mantelzorgnetwerken zoveel mogelijk intact te houden en om bij ouder worden de afbrokkeling van het familiale netwerk te compenseren door het aangaan van nieuwe relaties. Maar hoe moet je dat tegenwoordig doen? Vroeger gebeurde dat allemaal veel kleinschaliger en daardoor zoveel gemakkelijker. Nu lukt het veel mensen niet of erg moeilijk als ze ouder worden. Dat verbittert hun leven. Men vereenzaamt en vergalt zijn bestaan. Gezondheid wordt daardoor aangetast. Het gaat bij gezondheid immers niet louter om de lengte van het voortbestaan, maar vooral ook om de *kwaliteit* ervan. In het hoofdstuk over herstel van het zorgen zullen wij aan herstel van het sociale aspect van mantelzorg veel aandacht moeten schenken.

6. WAAROM GEEFT IEMAND MANTELZORG?

Zeker, bij mantelzorg beleeft men zichzelf als sociaal wezen. Zorgen voor een ander geeft zin aan het bestaan. Men ontvangt er kostbare dingen voor terug, soms veel kostbaarder dan geld: satisfactie, dankbaarheid, hulp van een ander als je zelf in nood zit, hartelijkheid, vaak liefde en vriendschap, sociaal contact, gezelligheid. Er is altijd wel sprake van enigerlei vorm van compensatie als men voor een ander zorgt, ook al doet die ander zelf niets terug. Soms is de compensatie een bewust motief, maar in onze surveys troffen wij veel vaker onbewuste motieven aan. Men 'beleeft' het zorg verlenen als vanzelfsprekend, als prettig, of als een onprettige maar nu eenmaal onontkoombare plicht. Zorg verlenen blijkt vaak te geschieden als een *impuls* die optreedt na het ontvangen van een *signaal* van zorgbehoefte. Naast de *keuze* om te zorgen op grond van bewuste motieven, moeten wij ons dus ook afvragen wat voor zorgsignalen en impulsen uit het *onderbewustzijn* een rol spelen bij het uitoefenen van mantelzorg. Die invloeden vanuit het onderbewustzijn zijn lange tijd miskend of onderschat, maar in de twintigste eeuw zijn aandacht ervoor en kennis ervan enorm toegenomen.

Namen als Freud, Adler, Jung en die van hun leerlingen zijn met die ontplooiing verbonden. Voor een antwoord op de vraag naar de zorginhouden van het onderbewuste volgen we hier vooral het werk van Jung. Zijn voornaamste stelling is dat het onderbewuste niet alleen een strikt individuele bewaarplaats van informatie is onder het bewustzijnsoppervlak, maar dat er ook van een *collectief* menselijk onderbewustzijn sprake is. Zowel animale impulsen als cultureel leergedrag lijken daar in erfelijk opzicht grote bijdragen aan te hebben geleverd. De beelden die erin zijn opgeslagen werden door Jung *archetypen* genoemd. Zij komen in de hele mensheid voor. Ze kunnen het bewustzijn beïnvloeden via eigen kanalen die niets met het menselijk geheugen te maken hebben en ook niet aan de wil onderworpen zijn. De voornaamste kanalen naar het bewustzijn zijn: visioenen, hallucinaties, dromen, vrije associatie; maar ook emotionele verlangens en behoeften worden ertoe gerekend. In het dagelijks handelen waarschijnlijk het meest invloedrijk is onze intuïtie: 'ergens wel of niet voor voelen', spontaan handelen zonder erbij na te denken. In deze schat van archetypen komen duidelijk genuanceerde *zorgbeelden* voor. In deze archetypische zorgbeelden zijn de menselijke sporen duidelijk herkenbaar. De betekenis van zorg wordt gewogen. Tegenover het goede van zorg ontvangen staat het kwade: de afhankelijkheid, de onvrijheid. De zorg is geen automatisme meer dat eenvoudig 'gebeurt', maar er zijn voorwaardelijke kanten. De strikte binding tussen zorg en bestaan begint losser te worden. Omtrent deze zorglaag van het onbewuste moet nog veel onderzoek gebeuren. Wij proberen hier een paar schetslijnen te trekken.

Wij moeten de zorgarchetypen allereerst zoeken bij de oer-zorg-verleners en oer-zorgontvangers: ouders en kinderen. Carp schrijft daarover: Vader, moeder en kind behoren tot de belangrijkste archetypen. In deze drie typen ligt een hele wereld van verhoudingen vervat.

Veel van deze verhoudingen zijn zorgverhoudingen. Het voor onze vraagstelling boeiendste type is het archetype van de moeder.

Naarmate de kern dieper in het onderbewuste ligt is het archetype belangrijker en kan het zich meer differentiëren in allerlei richtingen. Plokker spreekt dan ook van een hiërarchie van archetypen. Voor het archetype van de moeder lijkt dit toepasselijk. Als de scheppende, barende, leven gevende en instandhoudende is de moeder het oerbeeld van het zorgende principe. Geen wonder dat bij tal van volkeren het beeld ontstond van een machtige moedergodin, dikwijls geïdentificeerd met de vruchtbare aarde.⁸²⁾

Van bijzonder belang is, dat uit de mythen en dromen duidelijk blijkt *dat dit zorgbeeld tweezijdig kan worden ervaren*. Het ontvangen van zorg is noodzakelijk en goed voor de ontvanger, het kind. Maar anderzijds onderstreept het zijn afhankelijkheid en onvrijheid. De zorg verleent aan de zorggever niet alleen het aureool van toeneiging en toewijding, maar tegelijk ook het beeld van macht. De zorgverlener is machtig tegenover de ontvanger. De ontvanger is onmachtig zolang hij zorg ontvangt. Hij moet er zich van bevrijden om zichzelf te kunnen worden.

In de diepste lagen van het mens-zijn lijken als onbewuste, oermenselijke schat beelden van zorg te zijn opgeslagen die op veel dramatischer wijze dan in het algemeen taalgebruik deze innerlijke spanningen tonen in de vorm van mythen. Geen wonder dat het archetype van de moeder een aantal differentiaties vertoont die uit dit inwendige spanningsveld voortvloeien. De kern van het moederlijke archetype wordt gevormd door de moeder als voortbrengster van het leven. Zij is de zorgster bij uitstek; zonder haar zou het kind omkomen. Zij is de 'magna mater'. Latere idealisering van dit archetype vinden wij in de gedaante van Maria, de moeder van Jezus. De Genia bij de Grieken en de ideale vrouwenfiguur in de literatuur (mater animatrix) zijn mythische expressies van het positieve moederbeeld, het kernarchetype van de magna mater.

Maar daar tegenover staat het moedertype van de vernietigster, die haar zorg maar blijft geven zonder haar kinderen de volwassenheid te gunnen. Het symbool hiervan is de spin. In zijn meest extreme gedaante is dit archetype de 'mater amorosa': de moeder als verleidster, voor wie het kind een bezit is dat geen eigen ontwikkeling wordt gegund, in een mengeling van huichelachtige behulpzaamheid, bezorgdheid, jaloezie en verraderlijkheid (Carp). Hier wordt niet uit waarachtige liefde voor de ander zorg verleend, maar uit eigenliefde. De volksmond noemt dit 'apenliefde', maar

bij ethologisch napluizen is gebleken dat die naam veel te goed is. Dit perverse moederbeeld komt volgens Plokker vaak voor bij neurotici en beginnende schizofrenieën. Het heeft onmiskenbaar een bedreigend karakter. Interessant voor onze zorganalyse is voorts het feit, dat uit de mythen is af te leiden dat het zorgende archetype van de moeder zich in de lunaire sfeer beweegt, terwijl het vaderlijke archetype van solair karakter is.

De maan schijnt dankzij het licht dat zij van de zon ontvangt.

Haar licht is zachter, milder, meer teder. De zon als bron van leven en licht is feller. Hij verbeeldt veeleer de geest die scheidt en ordent. Het vaderlijke archetype is dan ook veel meer geladen met kracht, macht, gezag, orde, beheersing.

In het onderbewustzijn zijn wij gestoten op twee heel verschillende archetypen voor de zorg van de vader en die van de moeder. Het zal in de beleving van de zorgontvanger wel degelijk een belangrijk verschil kunnen zijn, of de zorgverlener een man of een vrouw is. Het beleven van de relatie van de patiënt met verpleger of verpleegster verdient daarom meer aandacht en onderzoek. Is het grote verschil tussen man en vrouw in deze archetypische benadering een interpretatie vanuit de westerse cultuur of is het werkelijk diep verankerd? Over de betekenis van geslachtverschillen in de zorgverlening is nog heel wat op te helderen. Zo wijst Gaylin⁵⁴⁾ erop, dat bij sterke cultuurverandering soms bepaalde signalen uit het onderbewuste niet meer 'passen' en dan tot foutief handelen kunnen leiden.

Onderzoek naar menselijke zorgsignalen en zorgimpulsen en de culturele inpasbaarheid daarvan lijkt dringend noodzakelijk om de zorgverlening bij sterke cultuurverandering te kunnen behoeden voor ernstige ontsporing. Hierover is nog veel te weinig bekend.

Tot hertoe hebben wij steeds gesproken over het waarom van het *verlenen* van zorg in een mantelzorgnetwerk. De keerzijde van deze medaille is de vraag naar het waarom van het *ontvangen* van mantelzorg: Hoe zit het met de *zorgbehoeften*? Bij elk individu vinden we weer andere variaties van zorgbehoeften. Niettemin zijn er toch wel een aantal punten van overeenkomst tussen individuen te vinden die zelfs in zekere mate geldig zijn voor hele groepen in een bevolking. Wij laten daarvan een overzicht volgen.

Kinderen hebben behoefte aan voortdurende *aanvulling* van hun aanvankelijk nog heel geringe zelfzorgcapaciteit. Daarnaast is er behoefte aan *begeleiding* van de zelfzorgontwikkeling. Het kinderlijke ontwikkelingsproces vraagt om een gunstig klimaat. Dat moet vooral door de naaste omgeving worden geschapen, dus door zijn mantelzorgnetwerken met op de eerste plaats het huishouden. Consistente gedragspatronen van de

netwerkpartners scheppen het klimaat van geborgenheid, herkenbaarheid, duidelijkheid en warmte, waarin het kind zich psychisch en sociaal gaaf kan ontplooien.

Bejaarden. Met het geleidelijk aan afnemen van een aantal functies die door zelfzorg geheel of grotendeels werden vervuld, ontstaat een toenevende behoefte aan *aanvulling* door zorg van anderen. Wanneer dit door mantelzorg kan geschieden zijn de beste voorwaarden aanwezig voor het intact houden van de identiteit en sociale ingepastheid van de bejaarde. Het verlenen van mantelzorg heeft weliswaar doorgaans een praktisch, technisch karakter (zoals bij helpen met een wasbeurt, boodschappen doen, eten koken), maar daarmee is niet alles gezegd. Dit zorgen pleegt een voortdurend signaal te zijn van het bij elkaar horen en van het naar elkaar toegewend zijn. Dat hiermee de situatie wordt aangegeven zoals ze behoort te zijn, maar in onze maatschappij helaas niet altijd is, doet aan het beginsel niets af.

Gezonde volwassenen hebben weinig materieel-technische mantelzorg nodig. Zij redden zich wel op hun eentje. Toch zien we hen meestal functioneren in huishoudens. Het motief dat overheerst in onze cultuur is, naast gewoonte, de *taakverdeling*. Het is prettig om niet overal alleen voor te hoeven zorgen. Dat geeft steun aan het bestaan. Het maakt het makkelijker. Door de groep wordt men bovendien geholpen om in evenwicht te blijven temidden van de wederwaardigheden van het bestaan. Men vindt een klankbord in de groep. Men kan iets kwijt. Men kan raad krijgen of minstens begrip ervaren. De groep functioneert vaak ook als sociale controle, waardoor men minder kans heeft op ontsporen. De groep waarin men leeft blijkt hoogst belangrijk als veld van identificatie. De gevoelsmatige kanten aan het bestaan vereisen een groepsverband om tot volle bloei te kunnen komen.

Acuut zieken. Die hebben in de eerste plaats aanvulling nodig op zelfzorgfuncties die door het ziek zijn tijdelijk zijn uitgeschakeld. Daarnaast is er behoefte aan *nieuwe* zorg die specifiek is voor dit bepaalde ziek zijn: zorg voor een dieet, voor toediening van medicijnen, voor aanleggen van verbanden. Maar daarenboven is er vaak behoefte aan steun bij de ziekzijns-zelfzorg. Steun bij de onzekerheid, de ongemakken, de pijn, de verveling. Voor het vervullen van deze specifieke mantelzorgfuncties ontbreekt niet zelden het vereiste competentieniveau. De mantelzorgers zullen veelal professioneel advies nodig hebben, en soms hun daadwerkelijke ondersteuning behoeven. Vooral voor de wijkverpleging ligt hier een voorname taak, die daar ook duidelijk gestalte krijgt. De medische

professie is op dit gebied echter nalatig geweest, de specialist veel meer nog dan de huisarts.

Chronisch zieken en gehandicapten hebben veel bredere zorgbehoeften dan die we al bij de acuut zieken beschreven, en bovendien zal de mantelzorg die geleverd moet worden *levenslang* gaan duren. Dat is een geweldige opgave. Om die naar behoren te kunnen blijven volbrengen is meer begrip en steun nodig dan onze huidige maatschappij pleegt te bieden. In het volgende hoofdstuk zullen wij nagaan wat er veranderd is en hersteld behoort te worden om deze zwaarste vorm van mantelzorg intact te houden, te steunen en te verlichten.

7. KWALITEIT VAN MANTELZORG

Zorg voor een gezond bestaan

Goede kwaliteit van mantelzorg vereist allereerst het bestaan van adequate netwerken. Een huishouden van twee personen kan een voortreffelijk functionerend netwerk zijn. Maar het is wel *kwetsbaar*, want als een van beiden uitvalt door dood of invaliditeit, is het afgelopen. Grotere netwerken bieden meer stabiliteit. In onze tijd zijn de gezinsnetwerken veel kleiner dan bij vroegere generaties. Er zijn veel minder kinderen en het drie-generatiegezin is zeldzaam geworden. Door migratie zijn netwerken van familieleden, vrienden en burens veel minder stabiel geworden dan vroeger en ze neigen daardoor tot verschraving. Daarbij komt dat vele jongeren de sociale controle in hun mantelzorgnetwerken niet meer aanvaarden en er zich dus vervroegd van losmaken.

Anderzijds ontstaan nieuwe vormen van huishoudens met grotere netwerken en dus gunstiger voorwaarden van continuïteit, bijvoorbeeld wanneer twee of meer kleine gezinnen gaan samenwonen.

Het functioneren van een mantelzorgnetwerk wordt bemoeilijkt doordat de maatschappij zoveel *gecompliceerder* is geworden. Meer kennis en vaardigheid zijn er bij nodig. Per huishouden zijn er meer leden met banen dan vroeger het geval was. De *beschikbaarheid* van mantelzorgers neemt daardoor af. Anderzijds kan deze weer toenemen door arbeidstijdverkorting.

De ontwikkeling van een nieuwe '*mantelzorgtechnologie*' aangepast aan de nieuwe maatschappelijke verhoudingen is nog in haar beginfase. Voor een goed functioneren van een mantelzorggroep is voorts noodzakelijk dat de leden een tweetal eigenschappen bezitten die elkaars complement zijn, namelijk *oplettendheid* en *tolerantie*. Oplettendheid is als het ware de 'ontvanger' via welke wij de behoeften, stemmingen, mogelijkheden en wensen van anderen waarnemen. Met het waargenomene kunnen we in ons eigen gedrag rekening houden. Oplettende mensen zullen snel bemerken

wanneer zij anderen irriteren en vervolgens hun gedrag veranderen, bij voorbeeld door de radio wat zachter te zetten of op te houden met ander onnodig kabaal. Tolerantie is een eigenschap die het afwijkende of storende gedrag van anderen aanvaardbaar maakt. Wanneer één van deze eigenschappen ontbreekt, worden intermenselijke relaties gestoord. Bij gebrek aan tolerantie is ook oplettend gedrag nimmer volmaakt genoeg. Bij gebrek aan oplettendheid wordt er al te veel geëist van de tolerantie van de ander.

In onze cultuurperiode waarin vrijheid, gelijkheid en individueel recht zozeer worden beklemtoond hebben oplettendheid en tolerantie ernstig geleden, waardoor de mantelzorgkwaliteit ongunstig wordt beïnvloed.

Mantelzorg bij ziekte en handicap

Hier zijn twee factoren aanwijsbaar die een goede mantelzorg ernstig belemmeren. Door de sterke professionalisering is de neiging ontstaan om mantelzorgtaken over te hevelen naar de professionele zorg, met alle nadelen van dien. Voorts is de traditionele mantelzorg er niet in geslaagd gelijke tred te houden met de ontwikkeling die de professionele zorg heeft doorgemaakt. Ze is daardoor achtergebleven in competentie. Ze ontvangt ook in de individuele gevallen te weinig steun om haar taken adequaat te kunnen vervullen. Vaak stort een netwerk dan ook in wanneer het de zorg moet dragen voor een ernstig gehandicapt lid.

8. MANTELZORG EN PROFESSIONELE ZORG

In het begin van dit hoofdstuk hebben we al de vraag gesteld waar de grens ligt tussen mantelzorg en professionele zorg. De beantwoording willen we plaatsen in een ruimer kader, namelijk: hoe die twee soorten zorg zich verhouden. Allereerst de kwestie: Zijn mantelzorg en professionele zorg complementair of substituerend? Vullen ze elkaar aan of kunnen ze elkaar vervangen? Om dit in de werkelijkheid te onderzoeken nemen we een eenvoudig concreet ziektegeval, een patiënt met een zweer aan de twaalfvingerige darm. De diverse zorgstappen die plaatsvonden maken we expliciet met behulp van het zorgfunctiemodel.⁸³⁾

Wij vonden voor een nerveuze man van middelbare leeftijd, in een moeilijke werkkring werkend en levend in gezinsverband, een invulling zoals weergegeven in fig. 9. Allereerst moet worden opgemerkt dat gelijksoortige diagrammen worden verkregen bij allerlei acute ziekten. Het diagram is dus geen uitzondering, maar veeleer een voorbeeld van een gebeuren met vrij algemene geldigheid. Tussen de nood, door de patiënt als 'maagklachten' ervaren, en het verlangde effect: verdwijnen van de klachten, ligt een proces waarin de *zorgmix* tussen de drie soorten zorg direct zichtbaar is.

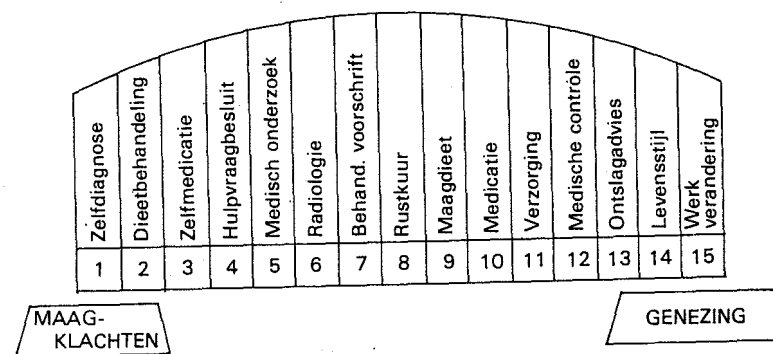
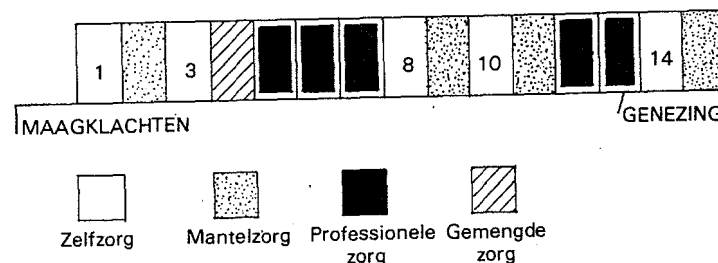


Fig. 9. Zorgfunctiediagram van een ulcus-duodenipatiënt

In een blokkengrafiek is dat nog duidelijker zichtbaar.



De zorgsoorten zijn sterk *alternerend*. Zij vullen elkaar aan. Elke zorgsoort heeft zijn eigen specifieke functiegebied. Wat niet door zelfzorg kan geschieden, gebeurt door mantelzorg. Waar beiden tekort schieten wordt professionele zorg ingeroepen. De patiënt geneest echter niet door dieet- en receptvoorschrift, maar door *toepassing* daarvan via zelfzorg en mantelzorg. Iedere arts ervaart zulk een zorgproces als vanzelfsprekend, of beter: stilzwijgend. Door zorganalyse worden echter tal van aspecten van deze processen expliciet en daardoor beter bespreekbaar c.q. onderzoekbaar gemaakt. Aan de hand van de zorgstappen van fig. 9 zullen wij dit nader uitwerken. Stap 1. De *zelfdiagnose*. De persoon in kwestie moet klachten met een bepaalde ernstigheidsgraad hebben, zodat zijn 'alarminstallatie' in werking treedt, om de drempel te passeren van de bewustwording 'ik mankeer wat'. Deze bewustwording gaat vrijwel steeds gepaard met een verklaring. In dit geval was die: 'Ik heb gisteren slecht gegeten en ik heb me te druk gemaakt'.

Na deze zelfdiagnose worden maatregelen genomen. Deze man vroeg om lichte kost en kocht bij de drogist wat antacida.

De eerste drie stappen zijn te karakteriseren als *raakvlakzelfzorg* en *raakvlakmantelzorg*. Zowel in Engeland¹¹¹) als in Nederland⁸⁵) is uit onderzoek gebleken dat zulke raakvlakzorg een algemeen verspreid verschijnsel is. In de Verenigde Staten zijn honderden boeken verschenen, gericht op competentieverhoging ervan. Anderzijds komen er ook veel waarschuwingen van de zijde van de medische professie. De keuze tussen *onderdrukken* van zelfdiagnose en zelfmedicatie, ze laten *voortbestaan* zonder er veel notitie van te nemen en het bevorderen van *competentieverhoging* door voorlichting en opvoeding, is nog niet algemeen gemaakt. De vierde stap is het *hulpvraagbesluit*, waardoor de persoon formeel patiënt wordt en het professionele zorgsysteem binnentreedt. Het is steeds een noodzakelijke stap die genomen wordt op basis van het zelfzorg- en mantelzorgpatroon waarin de patiënt leeft. Dit soort besluitvorming dat zo belangrijk is bij het zorgen voor de gezondheid kan goed of slecht uitwerken, tijdig of te laat, nodig of onnodig zijn en gebaseerd op juiste of onjuiste inschatting van de aard van de nood en dus ook van de keuze van de hulpverlener. Het is merkwaardig dat niettemin aan het hulpvraagbesluit vanuit de medische professie relatief weinig aandacht wordt besteed. De vraag naar competentieverhoging van de Nederlandse bevolking terzake houdt nog slechts weinigen bezig.

Heel anders is dat met de kwaliteitsvraag bij de prestaties van het *professionele systeem* (stappen 5,6,7,12 en 13). Men krijgt de indruk dat thans alle aandacht gericht is op kwaliteitsverhoging van het medisch handelen, veelal culminerend in de vraag naar steeds verfijnder meetapparatuur ten behoeve van de medische specialismen. Zorgfunctieanalyse wijst echter uit dat het verlangde effect: genezing, het resultaat is van een *zorgmix* en dat dus de kwaliteit van *alle* zorgstappen in het geding is en niet slechts die van de professionele, laat staan slechts die van de medisch-specialistische zorgverlening.

De vraag naar de *kwaliteit van het zorgpatroon van de patiënt* komt hiermee aan de orde (stappen 8,9,10,11,14 en 15). Is de patiënt er psychisch toe in staat om de voorschriften goed op te volgen? Is hij voldoende gemotiveerd, en is hij ertoe bekwaam? Heeft hij een mantelzorgnetwerk dat hem qua verzorging, sociaal contact, sociale controle en steun voldoende zekerheid biedt? Als de arts zijn bemoeienis inzake deze problematiek beperkt tot de opmerking 'En nu moet u goed meewerken, hoor', is dat niet meer dan een dooddoener.

Het goed *uitvoeren* van de voorschriften is niet minder belangrijk dan het correct *verstrekken* ervan. Het is het adequaat samenwerken van arts en patiënt – de juiste voorschriften, op de juiste manier nagekomen – dat tot

het beoogde resultaat leidt. De rol van de patiënt te reduceren tot 'compliance' (meegaandheid, plooibaarheid) zoals de Engelstalige zorgverlening doet, is een affront, want ontkent de betekenis van zijn zelfzorg en mantelzorg. Wij hebben deze zelfzorg en mantelzorg daarom 'complementaire medische zorg' genoemd. Niet alleen het *voorschrift* is een medische handeling; de *uitvoering* ervan is niet minder medisch van aard, want evenzeer gericht op het herstel van gezondheid. Mantelzorg is dus complementair voor professionele medische zorg.

Geldt dit ook voor de *verpleegkundige zorg*? Dat blijkt voor de patiënt thuis wel meestal het geval te zijn. Naast informatie en instructie aan de mantelzorgers van een patiënt zal de wijkverpleegkundige veelal alleen die verrichtingen doen, die de mogelijkheden van de mantelzorgers te boven gaan. In de ziekenhuizen is echter een andere situatie ontstaan. Daar zijn de mantelzorgers weggefallen. Ze zijn zelfs organisatorisch uitgeschakeld. De professionele hulpverleners hebben dan ook tal van mantelzorgactiviteiten aan zich getrokken en ze 'geritualiseerd' om dit handelen te kunnen rechtvaardigen. Bij de intramurale verpleegkundige zorg is dus heel wat *substitutie* van mantelzorg door professionele verzorging ingeslopen. Hier ligt een belangrijk veld van herstelbehoeften, dat in hoofdstuk 9 wordt behandeld.

Vanuit mantelzorg (en zelfzorg) dreigt echter eveneens een overschrijding van deze grens plaats te vinden. Wij doelen niet zozeer op het zelf wat 'dokters' met behulp van de volop aanwezige literatuur (soms ook niet ongevaarlijk) als wel op een tendens die in de Verenigde Staten zeer duidelijk is: het afwijken van de gangbare geneeskunde en het bejubelen van alternatieve geneeskunde, ook van methoden waarvan allerminst vaststaat dat ze de toets van een wetenschappelijke kritiek kunnen doorstaan. Die ontwikkeling draagt ertoe bij dat mantelzorg en zelfzorg in diskrediet raken.

Anderzijds zijn er ontwikkelingen op het gebied van de mantelzorg die de professionele hulpverleners met verbazing vervullen. Dat geldt bij voorbeeld in sterke mate voor de thuisdialyse. Daarbij is gebleken dat mantelzorgers kunnen worden opgeleid tot een competentieniveau waarop zij op volstrekt verantwoorde wijze de technisch ingewikkelde procedure van het toepassen van een kunstnierbehandeling thuis kunnen uitvoeren zonder verdere professionele hulp.

Wanneer men de gehandicapte bewoners van een verpleeghuis helpt weer een stuk zelfzorg en mantelzorg op te bouwen, blijkt dat de patiënten tot veel meer zelf in staat zijn dan de hulpverleners hadden verwacht.

Samenvattend kan gesteld worden dat mantelzorg en professionele zorg

elk een geheel eigen identiteit bezitten en dat zij ten opzichte van elkaar complementair moeten functioneren. Die identiteit wordt enigermate vertekend door wederzijdse gebiedsoverschrijding. Omdat beide zorgsoorten in sterke mate van elkaar afhankelijk zijn, dienen zij een steeds betere en helderder samenwerking te ontwikkelen. *Zij zijn partners in de gezondheidszorg, niet rivalen!*

9. MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

Tenslotte moeten wij ons nog verdiepen in de verhouding tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk. Is dat eigenlijk niet zo ongeveer hetzelfde? Om dat uit te maken bekijken we eerst de definities van vrijwilligerswerk en daarna dat werk zelf. Wat voor soorten werk vallen eronder en wie worden er allemaal bestempeld als vrijwilligers?

Definitie van vrijwilligerswerk

In het eerste deelrapport Vrijwilligersbeleid, van het ministerie van C.R.M.⁸⁶) wordt als werkdefinitie gebruikt: 'Vrijwilligerswerk is werk dat in enig georganiseerd verband wordt verricht ten behoeve van anderen en/of de samenleving, zonder dat degene die het verricht daar voor zijn of haar levensonderhoud van afhankelijk is'. Een vrijwilliger is dus een onbetaalde part-time-kracht in een organisatie. Wat betekenen nu de diverse elementen van die definitie? Het rapport geeft daaromtrent zelf ook nadere informatie.

'*Werk*'. Vrijwilligerswerk is dus altijd werk. Zorg is ook altijd werk. Maar dat wil niet zeggen dat dat werk ook altijd zorg is, laat staan zorg voor de gezondheid.

'*Enig georganiseerd verband*'. Is dat ook van toepassing op het gezinsverband? Een gezin vertoont wel een aantal aspecten die eigen zijn aan een organisatie, zoals informatie, overleg, delegatie, taakverdeling en controle. Toch wordt in het spraakgebruik een gezin of een huishouden geen organisatie genoemd.

Dat komt, denken wij, omdat in een echte 'organisatie' de aspecten die wij zojuist genoemd hebben, *geformaliseerd* zijn (in statuten, dienstroosters, taakomschrijvingen). Mensen die vrijwillig in een huishouden voor elkaar zorg dragen, noemt men in het spraakgebruik dan ook nooit vrijwilligers. '*Ten behoeve van anderen*'. Alle zelfzorg wordt in de definitie dus buiten het begrip vrijwilligerswerk gehouden, en terecht. Ook al gaat iemand vrijwillig trimmen voor zijn gezondheid of stopt hij vrijwillig met roken, toch zal niemand hem 'een vrijwilliger' noemen. Mantelzorg echter geschiedt net als vrijwilligerswerk ten behoeve van anderen, maar in veel persoonlijker relaties. Het vrijwilligerswerk draagt vaak de sporen van zijn herkomst uit traditionele filantropische overwegingen en organisaties.

De geldelijke beloning. Deze kan hoogstens een bijkomstige zijn. Dat is bij mantelzorg eveneens het geval. Wanneer we echter de definities van vrijwilligerswerk en mantelzorg naast elkaar zetten, blijken er wezenlijke verschillen te bestaan. Mantelzorg is *zorg verlenen en zorg ontvangen*. Ze omvat uitsluitend zorg en geen ander werk. Ze vindt plaats in al bestaande of spontaan ontstane kleine groepen op informele basis. Het 'vrijwilligerswerk' verschilt van mantelzorg vooral daarin, dat het in 'organisaties' geschiedt. Het werk geschiedt op afroep (bloeddonors, leden van de vrijwillige brandweer), op rooster (telefonische hulpdiensten) of volgens een reglement (bestuurswerk). (Zie⁸⁶), pag. 38.)

Het lijkt in dat opzicht meer op professioneel werk, dat eveneens veelal in organisatorisch verband wordt uitgeoefend.

Niet in de werkdefinitie opgenomen maar toch een belangrijk aspect is de *specificiteit* van de vrijwilligerstaken. Terwijl mantelzorg *alle* zorg kan omvatten die individuele personen aan elkaar kunnen geven, is het werk van een vrijwilliger vrijwel steeds gericht op bepaalde specifieke taken. Ook hierin lijkt vrijwilligerswerk meer op professioneel werk dan op mantelzorg. Ook het rapport Vrijwilligersbeleid (zie⁸⁶), pag. 32) rekent 'onderlinge diensten tussen bijvoorbeeld familie en burens' en meedoen aan een zelfhulpgroep niet tot vrijwilligerswerk, tenzij het 'georganiseerd' geschiedt.

Taken in vrijwilligerswerk

Wanneer we het overzicht bekijken waarin de soorten vrijwilligers en hun taken volgens opgave van de diverse ministeries en sommige grote organisaties worden vermeld, dan blijkt duidelijk dat het over een andere sector dan mantelzorg gaat.

Wij doen een greep uit het overzicht in het rapport. Er werken vrijwilligers in reclassering, kinderbescherming, bureaus voor rechtshulp en rechtswinkels, brandweer, reservepolitie, stembureaus, gemeenteraden en andere bestuurscolleges, schoolbesturen en raden, vrouwenorganisaties, actiegroepen voor talrijke doeleinden, oudercommissies, politieke partijen, kerkewerk etcetera. Het ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne geeft een totaal aantal van 903 000 vrijwilligers op, die als volgt verdeeld zijn:

46 000 collectanten nierstichting, 600 bestuursleden diabetesvereniging, 250 vrijwilligers bij de NVSH, 5 000 vrijwilligers bij de nationale kruisvereniging, 529 000 bij het Rode Kruis, 240 000 bij het Oranje Kruis en de EHBO's, 28 000 bij de Zonnebloem, 8 000 bij de verenigingen voor voor- en nazorg bij hartziekten, 35 000 bij natuurgeneeswijze kanker, 2 500 bij de vereniging van stomapatiënten, ± 250 bij de vereniging nazorg borstamputatie, 200 bij de vereniging van Hodgkin-patiënten, 250 bij de

Nederlandse stichting voor gelaryngectomeerden; de 17 overige patiëntenverenigingen hebben naar schatting 1 700 vrijwilligers, en 6 000 vrijwilligers bij ziekenomroepen.

Vergelijken we nu dit veld van vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg met het werkterrein van mantelzorg zoals in dit boek nader uitgewerkt, dan blijkt nog sprekender dan door vergelijking van de definities *dat het om twee heel verschillende velden van activiteiten gaat.*

De twee verschillende terreinen hebben natuurlijk een *raakvlak*. Voor zover het werk van individuele vrijwilligers zich richt op een enkele persoon of een kleine groep en men elkaar persoonlijk kent, en voor zover dit samenwerken rechtstreeks op de zorg voor gezondheid gericht is, is er ook sprake van een mantelzorgnetwerk. Dat zal zich vooral voordoen bij licht georganiseerde burenhulp en bij zelfhulpgroepen met een vrijwilliger als begeleider.

Omvang van de diverse zorgsoorten

Is het belangrijk om vast te stellen dat vrijwilligerswerk in de gezondheidszorgsector en mantelzorg voor gezondheid heel verschillende velden van activiteiten zijn? Ja, wij zijn ervan overtuigd dat dat heel belangrijk is. Duidelijkheid in onderscheid is een voorwaarde voor duidelijk beleid, en dat is weer een voorwaarde voor een gezonde ontwikkeling. Het feit dat er bij de bevolking en ook bij de overheid thans grote belangstelling is voor de ontwikkeling van vrijwilligerswerk, betekent volstrekt niet dat ook mantelzorg nu de aandacht krijgt die ze verdient. Naarmate een bepaald soort zorg grotere betekenis heeft voor de gezondheidstoestand van een hele bevolking, dient dat soort zorg meer aandacht, steun, onderzoek, ontwikkelingskansen en stimulering te ontvangen. De betekenis van elk van de genoemde zorgsoorten in termen van gezondheidsverbetering is natuurlijk niet meetbaar. Wat echter wel kan worden ingeschat is de hoeveelheid tijd (uitgedrukt in miljoenen uren) die de Nederlandse bevolking jaarlijks besteedt aan gezondheidszorg in al haar aspecten. We hebben vijf soorten zorg met betrekking tot voortbestaan en gezondheid onderscheiden, die wij hier, elk met een voorbeeld, op een rijtje zetten.

Incidentele zorg

'Ik help een onbekende dame een gevaarlijk kruispunt oversteken.'

Zelfzorg

'Ik heb honger en zorg ervoor dat ik te eten krijg.'

Mantelzorg

'Ik ben ziek en mijn vrouw verzorgt me.'

Vrijwilligerszorg

'Ik ben bestuurslid van een buurtvereniging die boodschappen doet voor de gehandicapten en bejaarden die in onze buurt wonen.'

Professionele zorg

'Ik werk als verpleegkundige in een ziekenhuis.'

Het aantal uren per kalenderjaar dat in Nederland aan professionele gezondheidszorg wordt besteed is vrij nauwkeurig te berekenen uit de personeelsstatistieken van het CBS. In 1978 bedroeg het totale aantal personeelsleden in de gezondheidszorg rond een kwart miljoen. Bij 1 700 uren effectieve arbeid per jaar (na aftrek van vakanties en arbeidsverzuim door ziekte) komen wij globaal op vierhonderd miljoen werkuren. Het aantal uren vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg kan bij benadering worden berekend uit het Rapport Vrijwilligersbeleid. Daartoe zijn de soorten vrijwilligerswerk zoals opgegeven door het ministerie van volksgezondheid, aangevuld met nadere informatie over ontbrekende gegevens, met behulp van het tijdsbeslag-onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau van mei 1977 omgerekend in uren. Wij komen uit op een grootteorde van negentig miljoen uren. De tijdsbesteding aan incidentele zorg, zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid is nog niet grondig onderzocht. Wij beschikken slechts over de getallen uit onze eigen kleine steekproeven, die slechts een ruwe schatting toelaten. Maar omdat het hier slechts om een globale kwantificering gaat, is het toelaatbaar ze te gebruiken om althans een indruk te krijgen van de verhoudingen. De lezer beoordele zelf de redelijkheid van mijn schattingen.

Incidentele zorg voor andermans gezondheid

Gemiddeld twee minuten per volwassen Nederlander per dag lijkt ons ruim geschat. Op acht miljoen volwassen Nederlanders betekent dit een grootteorde van honderd miljoen uren per jaar.

Zelfzorg voor gezondheid

Gemiddeld besteden Nederlanders hieraan volgens onze normen minstens circa drie uur per dag (zorg voor aan- en uitkleden, zorg voor warmteregulatie, maaltijden, uitrusten, ontspanning, trimmen, toilet, wassen en verdere hygiëne, zelfzorg bij ziekte of handicap etcetera). We gaan ook voor bejaarden (die er meer tijd aan besteden) en kinderen (die er minder tijd aan besteden omdat een deel door mantelzorg geschiedt) van dit gemiddelde uit. Omgerekend betekent dit een grootteorde van vijftien miljard uren per jaar.

Mantelzorg voor gezondheid

Gemiddeld besteden volwassen Nederlanders (tussen 18 en 65 jaar) minstens circa één uur per dag aan mantelzorg voor gezondheid (zorg voor kinderen, zorg voor hygiëne, maaltijdbereiding, zieken, invaliden, chronisch zieken en gehandicapten thuis verzorgen, zorg voor bejaarden die thuis verblijven etcetera).

Omgerekend betekent dit een grootteorde van drie miljard uren per jaar.

Zetten wij nu eens alle uren die per jaar in Nederland besteed worden aan het direct of indirect zorgen voor gezondheid en bij ziekte bij elkaar in een grafiek, dan is het aandeel van elk der vijf soorten van zorg in één oogopslag te overzien.

ZELFZORG 15 MILJARD UREN PER JAAR	MANTELZORG 3 MILJARD UREN/JAAR	PROFESSIELE ZORG 400 MILJOEN UREN/JAAR	VRIJWILLIGERS 'ZORG' 90 MILJOEN UREN/JAAR
---	-----------------------------------	---	--

Relatieve hoeveelheden zorg ten behoeve van de gezondheid, bij de Nederlandse bevolking, in uren.

Ofschoon vrijwilligerswerk voor gezondheid erg belangrijk is, neemt het toch in het geheel slechts een klein part voor zijn rekening. In veel gevallen is het voorwaarden-scheppend werk; daardoor kan het belang ervan niet worden afgemeten aan de omvang van de bijdrage in uren. Maar wij hechten waarde aan dit overzicht, omdat daaruit aanstonds blijkt dat het niet aangaat om mantelzorg te beschouwen als een randverschijnsel van het vrijwilligerswerk. Zelfzorg en mantelzorg zijn in tijd gemeten nog steeds de grootste zorgsectoren in het totaal van de gezondheidszorg. *De wijze waarop die tijd wordt benut, is uiterst belangrijk voor het in stand houden van de gezondheid en het leren omgaan met ziekte. De belangstelling voor dit zorggedrag voor gezondheid zal sterk dienen toe te nemen. Ook in de landspolitiek!*

HERSTELLEN VAN EEN ZORGENDE SAMENLEVING

1. DE OPGAVE

Pogingen tot herstel van zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid zijn erop gericht dat mensen verstandiger gaan eten, rusten, werken. Dat zijn goede dingen, maar een herstel betekent nog veel meer. Men zal zich niet moeten beperken tot het lichamelijke, maar vooral moeten streven naar een geestelijk en sociaal gezonder leven: het scheppen van *welzijn* dient voorop te staan. Dit betekent dat wij opnieuw zelf de verantwoordelijkheid voor een zo gezond en gaaf mogelijk persoonlijk voortbestaan op ons moeten nemen. Wij zullen daartoe weer ons heil moeten zoeken in de kleine herkenbare structuren van onze eigen sociale netwerken, onze eigen 'plekken' waar je wortel kunt schieten: evenwichtiger, prettiger en emotioneel warmere huishoudens, beter en rijker functioneren van de relaties met buren, vrienden en familieleden, het weerrecht zorg hebben voor *elkaar*. Meer zelfhulpgroepen voor de vele mensen die met een levensprobleem worstelen waar ze alleen niet uitkomen, zoals een handicap of een ongeneeslijke aandoening. Weer zelf zorgen, als het maar enigszins kan, voor een eigen zieke thuis, een gehandicapte, een stervende. Dat herstel van de *autonomie* van de mensen moet door de professionele zorgverleners worden gerespecteerd. Zij zullen erop moeten aansluiten met hun specifieke aandeel, en hun 'systeem' aan die nieuwe waarden moeten aanpassen. Een veel bescheidener en terughoudender opstelling is nodig, een herwaardering van de kleine instelling, een afbreken van de te hoog opgeschroefde verwachtingen omtrent een schier almachtige medische deskundigheid. De bevolking moet niet langer beperkingen opschroeven tot ongerief, ongerief tot nood en leniging van die nood tot recht, want zo blaast zij zelf het voorzieningssysteem op tot ongewenste en tenslotte schadelijke omvang. Een waarachtig herstel van het zorgen zal heel diep in onze samenleving kunnen ingrijpen. We hebben immers het zorgen onderkend als de basislaag van het menselijke bezig zijn? Herstel van een zorgende maatschappij levert ons een nieuwe cultuur op, die haaks staat op die van

onze huidige welvaarts- en verzorgingsstaat.

Van centralistisch wordt ze gedecentraliseerd. Van heteronoom, van buitenaf bepaald, wordt de mens weer autonoom: steunend op eigen kracht en op die van zijn naaste omgeving. Van grootschalig, onoverzichtelijk, gecompliceerd wordt ze kleinschalig, helder, eenvoudig. Zorg houdt op alleen maar koopwaar te zijn. Ze wordt ook weer toewending, eigen verantwoordelijkheid, levensopgave.

Het is duidelijk dat de verstatelijking op velerlei terrein is opgetreden en niet alleen de zorg voor gezondheid heeft aangetast. De opgave om van een verzorgingsstaat naar een zorgende samenleving te komen⁸⁷) is er een die een heel volk raakt. Er is misschien wel een hele generatie voor nodig om het nieuwe panorama in te vullen, dat wij hierboven slechts met enkele lijntjes hebben kunnen aangeven.

Nu echter is het belangrijkste de vraag: 'Wat kunnen *wij zelf* doen?' Wat kan een individuele burger doen, een patiënt, een individuele hulpverlener, een wetenschapper? Vooral dat willen wij in dit hoofdstuk onderzoeken. Abstracties en algemene beschouwingen willen we tot het uiterste beperken.

2. ZIJN ER KRACHTEN VOOR HERSTEL?

Er zijn mensen die baanbrekend werk verrichten omdat ze door aanleg of omstandigheden daartoe worden gedreven: Zieners, geboren leiders, creatieve mensen die graag het initiatief nemen, wetenschapsmensen die nieuwe samenhangen aan het licht brengen of gedupeerden die uit diepe frustratie over de bestaande toestand op verandering uit zijn. Samen is dit nog maar een kleine groep. Met de Leuvense socioloog Nuyens⁸⁴) kan ik instemmen als hij zegt dat de hele gemeenschap van mensen het zorgen moet herstellen en dat wij daarbij alleen maar een handje kunnen helpen. Hij vergelijkt dat met het beter maken van patiënten: de natuur doet het en wij helpen een handje. Nu is de natuur wetmatiger dan een mensengemeenschap, en dat 'handje helpen' is in menig opzicht ook niet uit te vlakken. Door vaccinaties bijvoorbeeld zijn vele miljoenen mensenlevens gered, die de natuur anders niet gespaard zou hebben.

Laten we dus eerst eens kijken wat voor krachten zich in de bevolking roeren in de richting van zorgherstel. Wij zien in onze cultuur ten aanzien van de huidige patronen van zorggedrag steeds meer kritiek en weerstand ontstaan. Verandering is dus al aan de gang: we zitten er midden in!

- In brede lagen van de jeugd keert men zich af van de *overmaat* van zorg. De jeugd heeft veel gevoel voor het vrijheidsberovend karakter van zorg, en wil niet meer zo verzorgd worden door derden als vroeger het geval was, noch lichamelijk, noch geestelijk. Ofschoon de wegen tot positievere

ontwikkeling van adequate zelfzorg nog niet duidelijk voor de jeugd openliggen, is toch het afwijzen van het huidige zorgklimaat een gunstig teken.

- Een ander belangrijk verschijnsel is het op tal van plaatsen ontstaan van *onderlinge zorgverlening in woonwijken*. Men bouwt in stadswijken nieuwe netwerken op van menselijke relaties. De zorgrelatie neemt daarbij vaak een belangrijke plaats in. Het is een duidelijke herleving van mantelzorg zoals die vroeger algemeen verbreid was, vooral in de dorpen. De zorg voor elkaar, voor kinderen, voor bejaarden, voor zieken geschiedt meestal grotendeels of geheel op basis van vrijwilligheid. Deze nieuwe zorgontwikkeling staat los van 'economische principes' of, harder gezegd, van 'geld verdienen'. Ze doet zich niet alleen voor op fysiek gebied. Er ontwikkelt zich ook zorg voor elkaars psychische nood.

- Opvallend is voorts dat bij veel zorgverleners onbehagen is ontstaan over de inhoud van hun werk. De verpleging bijvoorbeeld zoekt expliciet naar een nieuwe identiteit.^{88,89}) Men zoekt naar nieuwe wegen van zorgverlening, dichterbij en meer gericht op de zorgbehoeften van de patiënt. Teamverpleging en therapeutisch klimaat zijn termen die men geregeld hoort. Het begrip 'mantelzorg' raakt ingeburgerd.

- In groepen van zorgverleners is evaluatie aan de orde van de dag. Naar mijn (beperkte) persoonlijke ervaring is die evaluatie nogal eens gericht op randgegevens van zorg: hoe het vandaag feitelijk liep, of we iets beter kunnen organiseren, hoe men elkaar persoonlijk ervaart in de samenwerking. In het evaluatieverschijnsel ligt toch mogelijk een verlangen besloten naar herleving van 'common sense'. De vraag ligt al dichtbij: 'Maar wat zijn we *eigenlijk* aan het doen? Wat is de *wezenlijke* zin van zorgverlening? Doen we het misschien fout?'

- De idee dat men *zelf* moet en kan zorgen voor zijn eigen gezonde bestaan, lijkt veld te winnen. Men is bereid om overtollig vet kwijt te raken en meer fit te worden door bij voorbeeld trimmen. In enkele jaren zijn er in heel ons land overal trimbanen aangelegd. De propaganda voor zelfzorg voor een gezond bestaan neemt toe. Men denke aan de activiteit van bijvoorbeeld de Nederlandse Hartstichting. Een van Nederlands grootste boekenclubs meldde dat een boek over natuurgeneeswijzen tot haar tien bestsellers behoorde. De ontwikkeling van GVO, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, begint nu toch werkelijk op gang te komen.

- Maar het belangrijkste verschijnsel is misschien wel, dat veel mensen zich willen bezighouden met de zin van hun eigen bestaan. Dat roept noodzakelijkerwijs de vraag op naar de relatie tot de ander. Het kan voeren naar een nieuwe geest van toewending, verbondenheid, zorgverlangens en -bereidheid. Het zoeken gaat in tal van richtingen. Oosterse heilsleren, westerse sekten, stilte en nadenken, yoga, zen, transcendentie meditatie,

kernen van evangelisch reveil. Diep in veel mensen ontstaat toenemende twijfel of het wel waar is, dat God dood is en dat hij alleen maar een menselijke projectie was, de laatste mythe. Men denke aan de grote belangstelling voor het werk van de godsdienst- en cultuurpsycholoog Han Fortmann⁹⁰).

Een ander interessant feit is dat de vormen van zelfzorg en mantelzorg zoals die in de Chinese Volksrepubliek ontwikkeld werden op ideologische gronden, in sommige kringen in het westen grote weerklank vinden.

– Het opkomen van tal van patiëntenverenigingen in de laatste jaren is eveneens een teken aan de wand. Men verlangt mondigheid ten opzichte van de professionele zorgverlening. En meer dan dat: men ontdekt de krachten die in een groep, in ons zelf schuilen. Zelfhulpgroepen zijn schuchter begonnen, maar blijken snel in betekenis toe te nemen.

– Er is bereidheid bij de overheid om aan de groei van de professionele zorgverlening paal en perk te stellen. Het moet anders!

– Maar bovenal proeven veel mensen nu de bittere medicijn van de ervaring, dat *welzijn* niet zonder meer in het verlengde ligt van *welvaart*. Welvaart kan evengoed tot ernstige malaise leiden. Een oude volkswijsheid zegt: 'Het zijn sterke benen die de weelde kunnen dragen'. We zien dat nu volop om ons heen. Zeker, het is goed (en mag nimmermeer verloren gaan) dat de goederen van de aarde nu eerlijker verdeeld zijn onder de mensen dan vroeger. Daarmee bedoel ik dat niemand *armoede* lijdt, en iedereen de *kans* krijgt om wat meer aan luxe te bezitten dan zijn buurman, als hij daarvoor *extra moeite* over heeft. Maar de huidige zogenaamde welvaart heeft tot griezelige overconsumptie, levensversnippering, overdreven geldzucht en verkwisting geleid, ook van de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van veel mensen. Meer en meer mensen gaan dat alles inzien. Het is een kwestie van maatschappelijke bewustwording. Je zou het kunnen vergelijken met de periode waarin de arbeiders zich bewust werden van de betekenis van hun arbeid, van hun situatie, van hun mogelijkheden en macht. De zelfhulpgroepen zullen in dergelijke bewustwordingsprocessen een belangrijke rol kunnen spelen. Ook de verpleegkundigen, vooral de wijkverplegenden, zullen een sterke invloed kunnen uitoefenen. De tijd lijkt rijp om uit alle macht mee te helpen om de zorgende maatschappij te gaan realiseren.

3. CONCRETE UITWERKING

Wat moet er precies gebeuren in de beperkte sector van de gezondheidszorg? Wij vatten de hoofdzaken samen in het volgende overzicht.

– *Zelfzorg versterken*. Qua motivatie, gewoontevorming, informatie en vaardigheid, zowel wat betreft het gezonde bestaan als bij ziekte.

– *Mantelzorg versterken*. Er dient aandacht te worden besteed aan de

mantelzorgnetwerken: hun omvang, dichtheid, competentie. Dat betreft versterking van gezinnen, ontwikkeling van goede mantelzorgpatronen in andere soorten huishoudens, versterking van zorgnetwerken onder buurtgenoten, meer en beter werkende zelfhulp-mantelzorggroepen van mensen met problemen betreffende hun gezondheid.

Verder gelden de aspecten die voor zelfzorg al genoemd zijn ook voor mantelzorg.

– *Professionele zorg terugbrengen* tot de juiste proporties. Alle zorg die door zelfzorg of mantelzorg van de cliënten evengoed of beter kan worden gedaan, moet aan hen worden overgelaten. Professionele zorgverleners dienen meer kennis en respect te krijgen betreffende zelfzorg en mantelzorg en deze te helpen versterken. In de intramurale zorg dient naar kleinschaligheid en 'bevrijding' van cliënten gestreefd te worden.

– *De drie zorgtypen* moeten koste wat het kost uit de competitieve of zelfs vijandige sfeer worden gehouden. Zij moeten juist leren om optimaal samen te werken omdat zoveel processen, vooral bij ziekte, een *zorgmix* zijn waarbij elk van de drie typen zijn eigen bijdrage moet leveren in goede samenwerking met de andere.

De vraag rijst bij sommigen of dit alles niet te idealistisch is voorgesteld: een pleidooi voor de goede oude tijd. Die vraag doet me denken aan de industriële revolutie. Het goede oude ambacht kwam toen in de knel en er waren mensen die in verzet kwamen tegen de machinale productie. Er werd voorgesteld om alle machines in de oceaan te dumpen en terug te keren tot het edele oude ambacht, het handwerk. Dat is nonsens gebleken. Het kan natuurlijk niet; het zou ook hoogst ongewenst zijn. Net als de industriële revolutie heeft ook de zorgrevolutie ons vele goede dingen gebracht die we niet meer kwijt zouden willen. Dus: geen nostalgie naar zorgpatronen uit de 'goede oude tijd'. Wat er wél moet gebeuren is: ons bezinnen op de *wildgroei* die de professionele zorg is gaan vertonen. We zullen ons moeten afvragen of de professionele zorg met zijn eigen deskundigheid en kwaliteit wel al die positieve eigenschappen *kan* hebben die wij in de mantelzorg zo waardeerden. Is het bovendien absoluut onontkoombaar dat er zo'n grote kloof is tussen mantelzorg en professionele zorg? Dit zijn vragen die niet gaan over een weg terug, maar over de weg die voor ons ligt.

Het moet mogelijk zijn om met de ervaringen die we nu hebben de diverse vormen van professionele zorgverlening een zuiverder en meer menselijke gestalte te geven.

De voorkeur om vooruit te willen zien sluit niet uit dat we de oude mantelzorg zoals we die van vroeger kennen van gezin, familie en burens, tevens weer zouden kunnen doen functioneren. De machines hebben de oude ambachten immers ook niet uitgeroeid!

Bij al deze zaken zijn er steeds in meerdere of mindere mate drie soorten processen aan de orde, die we achtereenvolgens zullen behandelen:

1. Hoe de *motivatie* van mensen voor betere zelfzorg en mantelzorg te versterken?
2. Hoe kunnen wij de benodigde *informatie* en *training* verschaffen om de competentie van zelfzorg en mantelzorg te vergroten?
3. Welke *structurele veranderingen* zijn er nodig om de professionele zorg weer haar eigen plaats te geven in een evenwichtig zorgpatroon?

4. MOTIVATIE VOOR GEDRAGSVERANDERING

Motivatie is het belangrijkste. Als men goed gemotiveerd is, neemt men informatie over zelfzorg en mantelzorg goed op. Informatie zonder goede motivatie is onwerkzaam.^{91,92,93,94)}

Motivatieversterking van *gezonde mensen* om hun gezondheid te bevorderen is misschien wel het moeilijkst te bereiken. Maar omdat verwacht mag worden dat op de lange duur het effect van betere gezondheidsgewoonten het grootst zal zijn, verdient ze desondanks volle aandacht. Wat zijn concrete mogelijkheden?

– *Confrontatie* met ziekte, verval en sterven herstellen. In de voorbije decennia is het vergankelijkheidsbesef weggedrukt uit de maatschappij; het paste niet in de overwinningroes van technologie en welvaart die een hemel op aarde beloofden en een vage notie van onsterfelijkheid teweegbrachten. De confrontatie met het sterven begint gelukkig wat terug te komen. Door structureel te bevorderen dat veel meer bejaarden en gehandicapten thuis kunnen blijven en door de mantelzorgnetwerken rond hen uit te breiden worden beide groepen gediend: zijzelf kunnen in de maatschappij blijven en hun gezonde mantelzorgverleners worden meer geconfronteerd met ouderdom en verlies van gezondheid. Daaraan kunnen ze motieven ontleenen om ervoor te zorgen dat ze zelf zo lang mogelijk gezond blijven.

– Wat zelfzorg betreft moet onze hoop worden gevestigd op *spontane gedragsverandering*. Guardini heeft in zijn studie *De levensstijlperken van de mens*⁹⁵⁾ gewezen op een 'knik' in de doelstellingen die vele mensen zich bewust of onbewust stellen: geld en macht. In het midden van een succesvolle carrière krijgen velen het gevoel 'En wat nu? Is mijn toekomst nu verder alleen nog maar: meer geld en meer te zeggen hebben? Betekent het alleen: een nog mooiere flat of gerieflijker huis, een camera waar je nog wat meer mee kunt doen, een caravan die nog comfortabeler is, een motor die weer zwaarder is, meer lawaai maakt of nog wat harder lopen kan?'

De nadenkers ontdekken dat dit een teleurstellende reeks zonder einde is, want een vriend heeft een nog mooiere camera dan jouw nieuwste, de

buurman heeft een gerieflijker caravan dan jij, meneer Jansen heeft toch iets meer 'status' dan jij hebt kunnen bereiken. De teleurstelling over het 'hebben' als levensdoel kan dan doorbreken. Op dat wendingspunt is het belang van méér bezit dan nodig is voor de basale levensbehoeften heel relatief geworden. Men gaat het ervaren als in wezen *onbelangrijk*. Men kiest zich nieuwe, hogere doeleinden. Guardini noemt dat *de tweede puberteit*, de wending naar echte, volwassen menselijkheid. Dit nieuwe belang bij heel andere waarden blijkt een machtige stimulans te kunnen zijn, ook voor dienend, zorgend, liefdevol handelen.

Het is geenszins uitgesloten dat er zich ook ten aanzien van de zorg voor het eigen bestaan zo'n wending zal voordoen in een deel van de 'midden- en bovenlaag' van de bevolking.

Het kan ook zijn dat er een *subcultuur* ontstaat die gericht is op gezond leven. Daar zijn al duidelijke aanzetten van zichtbaar. De belangstelling voor 'biologisch-dynamisch voedsel' is daar een uiting van. Wanneer een wat rijper en algemener gezondheidsideologie gaat ontstaan, kan van zo'n subcultuur een enorme invloed uitgaan, vooral op de grote massa van de meelopers. De beloning voor ideologisch gevormd gedrag is het toegelaten worden binnen een aparte maatschappelijke groep die als select wordt ervaren. Voorbeelden zijn er te over. Een milde vorm was de padvinderij van de twintiger en dertiger jaren met haar belofte en padvinderswet waarin het gedragspatroon voor elk lid werd omschreven, niet als iets dat moet tot stand worden gebracht, maar als iets dat zo is. Een verkenner *doet* dit, hij *is* dat! Maar evenzeer vinden wij dit soort motivatie bij gelovige kerkleden, marxisten, nazi's en aanhangers van elke willekeurige andere ideologie.

Zulke groepen kunnen een cultuur bepalen of, indien zij daarvoor niet groot en krachtig genoeg zijn, een subcultuur vormen die vroeg of laat haar invloed op de totaliteit doet gelden.

– Een bijzondere vorm van het bovenstaande model is de 'peer-group', de groep van gelijken waarin een gedragscode tot stand wordt gebracht. Evengoed als er spontaan gedragscodes ontstaan voor 'gangs' van jongeren, is het denkbaar dat er peer-groups van zorgverleners ontstaan die grote invloed kunnen gaan uitoefenen door gedragscodes te ontwikkelen voor een nieuwe, herstelde zorgverlening.

In dit kader zijn ook 'bewustwordingsprojecten' van bijzondere betekenis. Jonge artsen en vooral verpleegkundigen vertonen in dit opzicht veelbelovende ontwikkelingen.

– *Opbouwwerk*. Als mensen zelf verantwoordelijk zijn en moeten zijn voor hun eigen welzijn en dat van de samenleving als geheel, volgt daaruit dat participatie aan en democratisering van die samenleving noodzakelijk zijn.

Voorwaarden voor een actieve participatie in de welzijnsbevordering van de maatschappij zijn een gevoel van *betrokkenheid* bij de maatschappij, *kennis* van en *inzicht* in die maatschappij, een gevoel van *verantwoordelijkheid* voor de maatschappij en daaruit volgend een eventuele *actiebereidheid* om zelf deel te nemen aan de vormgeving van de maatschappij, in wat voor richting dan ook, afhankelijk van de persoonlijke stellingname. Dit laatste duidt op het feit, dat er verschillende persoonlijke visies op welzijn mogelijk zijn. Het gaat ons hier echter primair om de bereidheid van de mensen consequenties te trekken uit hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de maatschappij. Vrijblijvendheid is de tegenpool van actiebereidheid en leidt niet tot participatie.

Bij het opbouwwerk gaat het om het realiseren en intensiveren van de betrokkenheid en actiebereidheid van de mensen ten aanzien van hun sociale omgeving. Het brengt methodisch sociale processen op gang met het oog op het beïnvloeden van de sociale omgeving in de richting van meer welzijn (meer overeenkomst tussen de wensen van de betrokkenen en de realiteit), waarbij zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de mensen centraal staan.

Het opbouwwerk kan zich richten op verschillende kringen: gezin, buurt, wijk of stad. In ons perspectief is het *buurtniveau* erg belangrijk. We gaan niet uit van het *bestaan* van buurtgebondenheid (dit kan wel eventueel een gevolg zijn), maar er is een aantal *praktische* argumenten om op buurtniveau te beginnen:

- De buurt is voor de mensen concreet *herkenbaar, bekend en bereikbaar*.
- Al bestaat de enige band met de buurt misschien uit het feit dat men er toevallig woont, dan nog is men waarschijnlijk eerder *aanspreekbaar* voor zaken op buurtniveau dan voor zaken op grotere schaal.
- De behoeften van buurtbewoners zullen waarschijnlijk iets *minder gedifferentieerd* zijn dan op andere niveaus, omdat het directe woon- en leefklimaat het zelfde is en omdat ze vaak in overeenkomstige sociaal-economische omstandigheden verkeren (hoeft niet natuurlijk).
- De buurt biedt concrete *aanknopingspunten* voor activiteiten en acties (de verkeerssituatie bij voorbeeld).
- De idee is, dat vanuit de buurt de aandacht gericht wordt op kleinere en grotere structuren en dat de aandacht vanuit de meer materiële zaken gericht wordt op meer principiële zaken.

De methode van het opbouwwerk:

1. Informatie geven, de mensen *bewust maken* van de situatie waarin ze verkeren door verband te leggen tussen hun situatie en grotere structuren, eventuele problemen verduidelijken.
2. *Motiveren en activeren* om gezamenlijk iets aan die problemen te doen, het verantwoordelijkheidsgevoel bevorderen.

3. Aangeven van de *mogelijkheden* en de te verwachten moeilijkheden bij het oplossen van bepaalde problemen.

4. Technisch deskundige *begeleiding* geven bij activiteiten en initiatieven. Dit alles staat of valt met de vrijwillige medewerking van de buurtbewoners. Zij hebben natuurlijk de persoonlijke vrijheid om niet enthousiast te zijn. In dat geval moet de opbouwwerker er voor proberen te zorgen dat ook deze afzijdigheid een bewuste keuze is van de betrokkenen. Aanvankelijk richt opbouwwerk zich het gemakkelijkst op materiële doelen: speeltuinen, bankjes voor wandelende moeders etcetera. Dat is ook niet verwonderlijk als men bedenkt met hoeveel belemmeringen het opbouwwerk te maken heeft. De aanwezige betrokkenheid is vaak nihil, met name in de vele nieuwbouwwijken; geld, mankracht, outillage en ervaring zijn schaars; het werk mag niet worden opgedrongen. Er moet een bewustwordingsproces op gang zijn gekomen eer de problemen vanuit de deelnemers duidelijk naar voren kunnen komen. Ook kan men niet met een kleine actieve kern werken, want de verantwoordelijkheid moet zoveel mogelijk gespreid worden.

Wil dit moeilijke werk van de grond komen, dan moeten er op allerlei niveaus structurele mogelijkheden worden geschapen voor een echte participatie door de betrokkenen. Dit vereist een meer en meer actieve democratisering. In de praktijk is gebleken dat de beste manier om mensen bij hun welzijnszorgen te betrekken is, hen er van meet af aan verantwoordelijkheid voor te geven.

Mantelzorgontplooiing door opbouwwerk, direct gericht op zorg voor de gezondheid troffen wij als 'Dana-Sehatprojecten'.⁶⁴) aan op west- en midden-Java.

Zulk een Dana Sehat, stichting voor gezondheid, heeft tot doel in de kampong of desa een kader te vormen van mensen die beter op de hoogte zijn van zorg voor het gezonde bestaan en zorg voor zieken dan de meesten. Tevens worden de mensen geholpen om de benodigde mate van organisatie in het leven te roepen. Men gaat uit van een eenheid van circa vierhonderd huisgezinnen. Deze wordt onderverdeeld in groepen van zesendertig en die elk weer in drie groepjes van twaalf gezinnen. Per twaalf gezinnen wordt één kaderlid opgeleid. Hij of zij blijft gewoon het dagelijkse werk doen. Gedurende drie maanden wordt twee middagen per week een cursus gevolgd. De cursus wordt afgesloten met een fraai gedrukt diploma dat de bezitter enige status verleent. Het werk doet men in de vrije tijd. De kaderleden dragen hun kennis omtrent betere zelfzorg voor gezondheid uit in de gezinnen. Dat kan in de eerste plaats resulteren in een veel betere besteding van het vaak zo krappe budget door verstandiger voedselkeuze. Voor een zelfde bedrag als thans besteed wordt per gezin is een veel hoogwaardiger voedselpakket te krijgen. Deze aanpak van het kwalitatieve

ve ondervoedingsprobleem is uiteraard veel directer werkzaam dan de (eveneens noodzakelijke) verhoging van het BNP per hoofd van de bevolking. Ook andere aspecten van zorg voor een gezond bestaan komen aan de orde, zoals hygiëne, huidverzorging, etcetera.

Per drie groepen van twaalf gezinnen maakt men een 'obatpost', een soort grotere hypotheek, bevattende een aantal westerse geneesmiddelen als analgetica, ontsmettings- en verbandmiddelen, aspirine. Zo'n obatcentrum wordt door de gezinnen benut bij lichte ongesteldheden. Men geeft geneesmiddelen uit in doses voor hooguit twee dagen. Verspilling blijft hierdoor tot een minimum beperkt. Bovendien heeft de houder van de obatpost kennis van zaken, vergelijkbaar met die van een ontwikkelde huismoeder bij ons. Gevaar voor misbruik is gering. Alle werk geschiedt als mantelzorg, dus pro deo in vrije tijd. Voor de onkosten aan materiaal en geneesmiddelen wordt per gezin per maand 100 Rp. bijgedragen (35 cent).

De hele gemeenschap van rond vierhonderd gezinnen kiest een bestuur dat toeziet op de hele gang van zaken. Loopt een Dana Sehat eenmaal goed, dan blijkt zij ook bruikbaar voor het organiseren van andere collectieve zaken zoals het zorgen voor het schoonhouden van collectieve ruimten en straatjes, reparatie van straatjes en goten, etcetera. Een van de Dana Sehats die wij bezochten had voor haar leden korting bedongen op de verpleegprijs van het ziekenhuis in hun stadsdeel. Zulke groepsvorming kan een belangrijke brugfunctie vervullen tussen het (onmachtige) individu en de (machtige) gezondheidsinstelling.

Bij ziekte en handicaps tenslotte kan het kaderlid advies geven aan familie of burens die de zorg de facto verlenen, opdat de zorg voor de zieken thuis meer in overeenstemming wordt gebracht met het niveau dat als vereist beschouwd moet worden.

Het Dana-Sehatproject komt 'van bovenaf'. Het wordt aan een bevolkingsgroep aangeboden. Aanvankelijk was de motivatie tot meedoen gering, maar na een aanlooptijd van zo'n anderhalf jaar is het project dat wij bezochten tot volle ontwikkeling gekomen en functioneert nu goed. Rond 90% van de gezinnen in de desbetreffende kampong neemt vrijwillig eraan deel.

Het is niet verwonderlijk dat we juist in ontwikkelingslanden uitstekende voorbeelden aantreffen van competentieverhoging van mantelzorg voor gezondheid met mobilisering van de buurtbewoners daarbij. In ontwikkelingslanden is het professionele systeem veel minder overheersend. Men is dus in sterkere mate op mantelzorg aangewezen. De Wereld Gezondheids Organisatie is zich van dit feit al lang bewust en staat helemaal achter zulk soort ontwikkelingen.

- Ten slotte, als laatste, de vraag in hoeverre *dwang* toepasbaar is bij het

verbeteren van het gezondheidsgedrag van een bevolking. Nu kan men boos worden en zeggen dat zoiets niet geoorloofd is en strijdig met de menselijke vrijheid, maar laten wij realistisch blijven en eens kijken naar de geschiedenis. Dwang is zo oud als de mensheid. Wie zich niet gedroeg volgens het door de machthebbers vastgestelde patroon, of die macht nu de staat was of een religieuze, werd gestraft, soms gedood. Dat geschiedde soms op grove wijze ('Laat je dopen of we hakken je kop eraf'), soms op zeer verfijnde wijze, zoals tegenwoordig nog met gebruik van moderne wetenschappelijke ontdekkingen zowel op psychologisch als farmacologisch gebied. De 'hersenspoeling' is er een voorbeeld van, de 'politieke heropvoeding' een ander. Ofschoon deze methoden ons tegenstaan is het nog maar de vraag of het niet ten slotte de *macht van de omstandigheden* zal zijn, die ons zal dwingen om onze zorgpatronen te zuiveren. Een centrale overheid kan zeer wel de spreekbuis zijn die deze macht van de omstandigheden naar de bevolking toe moet vertalen. De eerste tekenen daarvan zijn al duidelijk waarneembaar. De politiek wordt dan via structuurveranderingen een sterke cultuurdeterminant.

Wanneer zo'n ontwikkeling een revolutionair karakter heeft, is de vormende kracht ervan op de cultuur vaak ongehoord groot. De volksrepubliek China lijkt daarvan een frappant voorbeeld. Culturele verbeteringen als gelijkwaardigheid van man en vrouw, afschaffing van prostitutie, geplande gezinsgrootte, zelfzorg voor gezondheid, zorg voor bejaarden en hulpbehoevenden, zijn als politieke doeleinden geformuleerd en - niet zonder 'surplus-repressie' (Marcuse) - in verbazend korte tijd aanvaard door de hele bevolking. De ideologische motivering bij niet al te kleine actieve kernen speelde daarbij natuurlijk een belangrijke rol. Een ander frappant voorbeeld troffen we aan in Singapore. Doordat zeer hoge boetes werden ingesteld op vervuiling van het milieu, en doordat die boetes ook onbarmhartig worden geïnd, is Singapore de zindelijkste stad van heel het Verre Oosten geworden. De propaganda voor zelfzorg voor gezondheid is er dreigend nadrukkelijk. Gezinsplanning wordt met harde methoden afgedwongen. We komen hier griezelig dicht bij een dictatuur. Maar zonder krachtig overheidsbeleid komt men griezelig dicht bij de chaos.

Er moet ergens een *middenweg* zijn. Onze eigen regering doet trouwens ook aan dwang ten bate van de volksgezondheid. Een mooi voorbeeld daarvan is de snelheidsbeperking tot honderd kilometer per uur voor het wegverkeer. Dit is onmiskenbaar een dwangmaatregel die gericht is op een veiliger rijgedrag opdat er minder ongelukken op de weg voorkomen. Het is een uiterst belangrijke vraag in hoeverre een regering in een democratisch bestel maatregelen kan nemen om haar bevolking te dwingen tot een

gezonder bestaan. Wat voor straffen kunnen er redelijkerwijs gesteld worden op ongezonder gedrag, en wat voor beloningen voor gezond gedrag? Thans is het nog zo dat er een flinke beloning staat op ziekte! Immers, men *behoeft* niet te werken en steeds vaker is ziekte de manier waarop men probeert te ontsnappen aan een situatie die sterk aan leefbaarheid heeft ingeboet. Het arbeidsvrije inkomen tijdens ziekte en invaliditeit is verhoudingsgewijs hoog en benadert in orde van grootte het normale arbeidsinkomen. Bovendien ontvangt men bij ziekte meestal meer aandacht, belangstelling en consideratie. Ziek zijn vormt in veel gevallen de enige legitieme vluchtweg uit situaties die men niet meer de baas kan. Beloning van ziektegedrag is een typisch verschijnsel van de westerse cultuur; het bestaat niet overal. Het trof mij in Japan dat veel werknemers daar wat snipperdagen bewaren om op te nemen als ze ziek zijn. Ze zouden zich ervoor schamen om hun werk niet te kunnen doen en door hun collega's als zwak te worden beschouwd.⁹⁶) Wij zullen straks na moeten gaan of er aan onze situatie structureel iets veranderd kan worden.

Eerst bespreken we de motieven voor de diverse soorten zelfzorg en mantelzorg bij *ziekte*. Gaan we bij onze inventarisatie van motieven te rade (pag. 36 e.v.), dan komt vooral het motief van het 'harde moeten' naar voren. Men *moet* wel allerlei zorg op zich nemen om de ziekte tot een goed einde te helpen brengen. Wanneer echter volop professionele voorzieningen ter beschikking staan, kan gemakkelijk de neiging ontstaan om de mantelzorg dan maar te staken met alle kwalijke gevolgen die we in de voorgaande hoofdstukken uitvoerig hebben besproken. De *kwaliteit van de zorgmix* geeft ons dus een belangrijke reden om te waken voor een overdaad aan professionele zorg!

Bij het ziek zijn doet zich nog een ander verschijnsel voor dat misschien heel belangrijk kan zijn.

Het is evident dat mensen hun gezondheid pas waarderen zodra ze hem kwijt zijn. Het zullen dus juist de zieken zijn die openstaan voor zelfzorgontplooiing voor hun gezondheid. De vraag ligt dan ook voor de hand of programma's van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding niet in de eerste plaats moeten worden opgesteld voor mensen die ziek zijn. 10% van de Nederlandse bevolking ligt jaarlijks in ziekenhuizen. Men zou via de ziekenhuizen dus nogal wat mensen kunnen bereiken bij wie een extra motivatie tot betere zelfzorg aanwezig is, voortkomend uit de ervaring van direct gevaar voor gezondheid en leven die het ziek zijn met zich brengt. Wat is dan de rolverandering die we beogen voor de intramurale professionele zorgverleners? Uit al het voorgaande komt dat in principe duidelijk naar voren:

- Opletten dat de patiënt niet allerlei zorg krijgt die hij even goed of beter zichzelf zou kunnen verschaffen.
- De familie sterker bij de zorg betrekken.
- Er vooral voor zorgen dat de patiënt en zijn genoten goed geïnformeerd worden over de zorgbijdrage die van hen verwacht wordt.
- De professionele zorg vergezeld doen gaan van uitleg voor patiënt en familie, opdat de patiënt goed geïnformeerd is als hij een belangrijke beslissing moet nemen.
- De zelfzorg en mantelzorg van de patiënt zoveel mogelijk versterken.
- Motivatie en informatie aangaande zelfzorg en mantelzorg vergroten met het oog op het leven na ontslag uit het ziekenhuis.

Niet alle zorgverleners zullen in gelijke mate al deze functies behoeven te vervullen.

De attitudeverandering die hier in het kort geschetst is, zal diep ingrijpen in het bestaan van de zorgverleners. Men bereikt zulk een attitudeverandering niet door informatie alleen.

De hele opleiding en training van toekomstige hulpverleners zal ervan doortrokken moeten zijn, zodat de uitgangspunten wezenlijk anders komen te liggen. Wat betreft zorgverleners die in functie zijn hebben wij zeer goede ervaringen met een 'bottom-up'-veranderingsproces dat wij in hoofdstuk 9 nader zullen beschrijven.

5. TEGENKRACHTEN TEGEN VERANDERING

Bij het analyseren van de krachten voor verandering hebben wij hier en daar al tegenkrachten ontmoet. Nog afgezien van de menselijke traagheid in het algemeen, waardoor men graag kiest voor een vertrouwd gedragspatroon, zijn er een aantal specifieke krachten aan te wijzen die de zorgvernieuwing ernstig zullen kunnen belemmeren.

- Wij noemden al de *beloning op ziekte* die in onze maatschappij een schadelijke invloed heeft.
- Voorts bestaan er natuurlijk bij veel mensen grote weerstanden tegen herstel van mantelzorg voor chronisch zieken en gehandicapten. De *last* daarvan die thans door het professionele systeem in veel instellingen wordt gedragen, wordt immers op de bevolking afgewenteld, althans de last voor de minder zware gevallen. Terecht klagen ook nu al heel wat mantelzorgers over de grote zwaarte van die last. Als men driehonderdvijfenzestig dagen van het jaar mantelzorg moet geven aan een bejaarde, een gehandicapte of een geestelijk sterk achtergebleven kind of volwassene, betekent dat vaak een *loodzware* last, ook al doet men het met nog zoveel toewijding en liefde. Het zou billijk zijn om deze mantelzorg veel meer steun te geven dan tot nog toe gebruikelijk is; mijn gedachten gaan hiervoor uit naar 'gefractio-

neerde' opname. Instellingen zullen voortreffelijk werk kunnen doen door de mogelijkheid aanzienlijk te vergroten om zorgbehoevenden *voor korte perioden*, bijvoorbeeld elke maand een lang weekend en een of meer perioden van enkele weken per jaar, op te nemen, zodat hun mantelzorgers *ook eens vrij hebben* en ook eens met vakantie kunnen. Wanneer dan bovendien meer advies, bijscholing en professionele ondersteuning thuis wordt gegeven, kan veel van het genoemde bezwaar van overbelasting van de mantelzorg worden weggenomen.^{79, 97)}

– De gedachtengang van veel bejaarden: hun kinderen of burens *niet tot last* te willen zijn en daarom maar liever professionele hulp willen ontvangen, komt typisch voort uit de huidige consumptiemaatschappij. Zij hebben toch zelf ook de last gedragen van de opvoeding van hun kinderen? Als je altijd voor anderen hebt klaargestaan, heb je toch ook het *morele recht* om in ruil daarvoor een beroep te doen op die anderen als het nodig is?⁹⁸⁾

– De sterkste tegenkrachten zijn helaas te verwachten van de zijde van de medische professie. Dat is niet alleen kwaadwilligheid of gebrek aan inzicht. Het is een logisch gevolg van het algemeen aanvaarde feit dat in de westerse landen de medische professie de weg is opgegaan van industrialisatie van de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 5). Wanneer zelfzorg en mantelzorg tot volle bloei zullen komen, veroorzaakt dat zonder twijfel een afname van de 'productie' in het professionele systeem zoals dat thans functioneert. Minder verpleegdagen, minder verrichtingen, minder patiënten met psycho-sociaal geïnduceerde stoornissen. De afname van de activiteiten zal niet alleen gepaard gaan met verlies aan inkomsten, maar ook met verlies aan status en macht. Te verwachten dat in onze maatschappij een grote en goed georganiseerde groep daar vrijwillig afstand van zal doen, zou naïef idealisme zijn. De medische professie zal dus onder allerlei voorwendsels niet meewerken aan zorgvernieuwing en desnoods met grote kracht tegenwerken. De weinige artsen die moedig genoeg zijn en helder zien waar het schort, worden nu reeds bestempeld als dissident of alternatief.

– Een laatste tegenkracht tegen zorgvernieuwing komt onbewust en ongewild bij de vernieuwers zelf vandaan. Wanneer men in zijn enthousiasme vervalt tot ideologische dweperij en hierdoor een gaaf nieuw zorgconcept gaat vermengen met allerlei andere elementen van discutabele waarde, bewijst men de zorgvernieuwing een slechte dienst, want men speelt de tegenstanders scherpe wapens in handen en vertroebelt het beeld van waar het in de kern om gaat.

6. INFORMATIE EN TRAINING INZAKE ZELFZORG EN MANTELZORG

Alleen bij goede motivatie kunnen informatie en training effectief zijn. Daarom hebben wij de meeste aandacht besteed aan het ingewikkelde probleem van de motivatie, en kunnen we nu volstaan met een korte opsomming van de informatiemogelijkheden, die van meer technische aard zijn.

De informatie kan gericht worden op drie *doelgroepen*: de gezonden, de mensen met een aangetaste gezondheid en de hulpverleners in de gezondheidszorg. De *inhoud* van de informatie c.q. training zal per doelgroep verschillen. Voor alle drie de groepen geldt echter dat hij niet slechts moet bestaan uit de technische aspecten van het zorgen (hoeveel eiwit moet een bejaarde per dag gebruiken, hoeveel aspirine geef je een kind van 6 jaar, etcetera). Omdat een zorgende maatschappij het leven als geheel tot onderwerp heeft, dient ook de hele wijze van leven kritisch aan de orde te komen. Stalpers⁸⁷⁾ heeft als hoofdmotief aangegeven: De mensen moeten ophouden zich te wentelen in de overvloed van mogelijkheden en indrukken. Dat geeft een overprikkeling die uitloopt in een chronische stress-situatie. In de Verenigde Staten is de volgende fase al ingetreden: die van de apathie als laatste afweer. Ophouden dus om 'van bloem tot bloem' te fladderen, maar eindelijk 'het anker van je keuze' laten vallen en je weer gaan *bepersen*: je eigen hoekje, je stekje, je nest weer hebben, ook in geestelijke zin. Dat is een hoofdmotief voor zelfzorg en mantelzorg voor een geestelijk gezond bestaan.

De *informatiekanalen* die benut kunnen worden zijn vele:

– Op de scholen zal de *zorgkunde* een plaats moeten krijgen in de leerprogramma's.

– De *gezondheidskunde* komt aardig van de grond, maar staat nog te veel in het teken van medische kennis over gezondheid. Meer aandacht voor het *zorgen* voor gezondheid zou een verrijking zijn. Voor GVO is dit mijns inziens een onmisbaar Leitmotif.

– De *media* zullen steeds meer informatie over het zorgen gaan geven naarmate dat er bij de lezers en kijkers beter 'ingaat'. Commercieel is dat een gezond beginsel.

– *Specifieke informatie*, bijvoorbeeld over het gebruik van medicamenten, wordt van de zijde van de apothekers in toenemende mate verstrekt. Meer en meer informatie treft men aan in wachtruimten voor patiënten.

– De ziekenhuizen zouden als '*leerhuis*' een véél belangrijker functie dienen te vervullen.⁵²⁾ Wie zijn gezondheid kwijt is begint hem pas ten volle te waarderen. De motivatie van patiënten om meer over te hebben voor een gezond voortbestaan biedt een waardevol aanknopingspunt.

– In de *opleiding* van zorgverleners dient aan de zorgkunde een centrale

plaats te worden gegeven. Wij schreven daarvoor een eenvoudig boekje¹¹⁸).

- *Bijscholing* van zorgverleners is aan de gang in de vorm van voordrachten, studiebijeenkomsten en discussierapporten waarbij de vernieuwing van het zorgen het centrale thema is.
 - De *huisarts* kan een belangrijk aandeel hebben in de zorgvernieuwing door de persoonlijke zorginformatie die hij zijn patiënten geven kan over hun individuele gezondheidssituaties en individuele verhoogde risico's voortvloeiende uit aanleg, beroep of andere aspecten van hun leefsituatie.
 - Meer nog dan de arts zal de *verpleegkundige* invloed kunnen hebben op herstel en competentieverhoging van zelfzorg en mantelzorg. De verpleegkundige is immers in veel intensiever contact met de patiënten. De wijkverplegenden zijn dat bij uitstek ook met de naaste omgeving van de zieke. Van alle zorgverleners zijn waarschijnlijk zij het meest geroepen om een groot aandeel in de vernieuwing te leveren.
 - Vooral in het toenemend aantal *zelfhulpgroepen* kan discussie over een gezonder bestaan veel mensen de ogen openen.
 - *Cursussen* voor volwassenen of bejaarden om tot een nieuwe en gezonder levensstijl te geraken zijn in de Verenigde Staten talrijk, maar schijnen toch niet uit te groeien tot een massale volksbeweging.
- Samenvattend: Er ligt een geweldig programma vóór ons, dat in de toekomst, als de motivatie tot vernieuwing toeneemt, om steeds verdere nuancering zal vragen.

7. STRUCTURELE VERANDERINGEN

Een nieuw zorgevenwicht zal ook veel veranderingen in de structuur van de maatschappij als voorwaarde hebben en dergelijke structuurwijzigingen met name in de professionele gezondheidszorg noodzakelijk maken. In een maatschappij die de mensen niet langer ziek maakt door overmatig aanbod van consumptieve prikkels en door een arbeidstempo en-klimaat waaraan voornamelijk de noodzaak om zo snel en zoveel mogelijk te produceren ten grondslag lag, zal het epidemiologisch patroon veranderen.

- Een verdere *inperking van intramurale zorg* wordt dan mogelijk, in de eerste plaats wat betreft de 'acute' ziekenhuisbedden. Bij stijgende aantallen bejaarden en vooral hoogbejaarden zal echter de intramurale accommodatie voor verpleegpatiënten onder druk komen te staan. Maar door toenemende mantelzorg en zelfhulp van gehandicapten, ondersteund door een beter daarvoor geschoold en ruimer aantal van diverse professionele hulpverleners in de wijk, zullen de opname-indicaties van verzorgings- en verpleeghuizen scherper gesteld kunnen worden. Veel patiënten die thans naar het oordeel van tal van deskundigen niet per sé in deze huizen thuishoren, kunnen dan in hun eigen vertrouwde woonomge-

ving blijven. Het is waard om na te streven dat beide groepen elkaar in omvang benaderen. Ophouden met bedden bijbouwen in intramurale instellingen dus.

- De intramurale zorg dient zich te richten op *kleinschaligheid*. De tijd dat elk klein of middelgroot ziekenhuis ernaar streefde om door het aantrekken van allerlei specialisten een 'micro-academisch ziekenhuisje' te worden, is voorbij. De overheid is begonnen dat te blokkeren door het stellen van functiecriteria.

Het ziekenhuis van beperkte omvang is *bij uitstek* de accommodatie die geschikt is om de basisspecialismen te beoefenen in een klimaat waarin de patiënt zich nog thuis kan voelen. De grote superspecialistische ziekenhuizen, waarvan een beperkt aantal nodig zal blijven, zal men beter tegen de beruchte industriële massificatie kunnen beveiligen door het aanbrengen van een duidelijke interne geleiding in kleinere eenheden op basis van het P-model⁴⁷).

Bij dit alles zal het ziekenhuismanagement heel wat organisatorische en bouwkundige aanpassingen moeten bewerkstelligen.

- In de inrichtingen voor langdurig verblijf zal in toenemende mate het '*gefractioneerde opnemen*' van *thuispatiënten* moeten worden ingevoerd. Van het grootste belang lijkt mij daarbij dat het 'cohortstelsel' daarbij wordt toegepast. Dat betekent dat telkens op een zelfde afdeling, liefst in de zelfde bedden, een zelfde groep van patiënten in een zelfde weekend of vakantieperiode wordt opgenomen. De patiënten gaan elkaar dan kennen. Ze komen bij opname niet meer telkens in een nieuwe situatie met steeds weer andere mensen.

- Voor de thuiszorg zal intussen stapsgewijs het *ondersteunend systeem* voor zelfzorg en mantelzorg ontwikkeld moeten worden. Het is al een goed ding dat er in de gezondheidszorg een verschuiving plaatsvindt naar professionele eerste-lijns zorgverlening. Maar zelfzorg en mantelzorg liggen nog vóór die eerste lijn! Er zal heel wat personeel voor nodig zijn. Anderzijds zal er minder personeel in de intramurale zorg kunnen werken zodra die wat tot bedaren komt. De veranderingsprocessen zullen dus geen toename van de werkloosheid tengevolge hoeven hebben.

- De financiering van de gezondheidszorg op basis van draagkracht gaat uit van het solidariteitsbeginsel. Dat is toelaatbaar wanneer die solidariteit ook maakt dat zoveel mogelijk door allen wordt voorkomen dat men professionele voorzieningen nodig heeft. Kortom: gezamenlijk opdraaien voor de kosten is billijk als iedereen *ziek makend gedrag* zoveel mogelijk vermijdt en zelf waakt tegen overconsumptie van diensten.

- De structuurwijziging vindt zijn *grondprincipe* tenslotte in het *deelgenootschap van de zorgverlening*: zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg voor gezondheid in goede samenwerking, ieder op zijn eigen terrein

blijvend, goed op elkaar aansluitend en elkaar respecterend. Aan dit beginsel kan elke concrete maatregel op zijn wenselijkheid worden getoetst.

Hoofdstuk 9

INTRAMURALE GEZONDHEIDS- ZORG

1. HET BELANG VAN ZORGVERANDERING IN DE INSTELLINGEN

Er is in de maatschappij een toenemend besef dat instellingen een noodzakelijk kwaad zijn en dat we moeten proberen zoveel mogelijk mensen in hun vertrouwde huiselijke situatie te laten. Niettemin zijn er heel wat mensen die professionele zorg in instellingen beslist nodig hebben. Al zullen de aantallen aanzienlijk kunnen worden ingekrompen, toch schatten wij dat tenminste twee derden van het aantal van de thans beschikbare plaatsen wel de uiterste ondergrens zal vormen van de wezenlijke behoefte van de Nederlandse bevolking in dezen.

Er waren in 1977 de volgende aantallen plaatsen voor cliënten in de diverse soorten voorzieningen afgerond op duizendtallen.

Ziekenhuizen	74 000
Verpleeghuizen	43 000
Psychiatrische ziekenhuizen	25 000
Instellingen voor zwakzinnigen	28 000
Totaal	170 000 plaatsen

Daarenboven moet nog gedacht worden aan de plaatsen in de verzorgings-tehuizen en aan die in de intramurale instellingen voor gezonde bejaarden. Het gaat daarbij om nog eens circa 250.000 plaatsen waarop onze conclusies, zij het in geringere mate, mede van toepassing zijn.

Het personeelsbestand in de gezondheidszorginstellingen had in 1979 een omvang van in totaal 230 000 mensen full-time.

Kwantitatief is er dus alle reden om aan deze sector veel aandacht te besteden.

Daar komt nog een tweede belangrijke reden bij. Zonneklaar is gebleken dat het verblijf in een instelling diepgaande en soms schadelijke invloed kan hebben op de mensen die dat overkomt.

Voor sommige patiënten in ziekenhuizen leidt die schadelijke invloed tot het welbekende 'hospitalisatiesyndroom'. Dat gebeurt vooral naarmate de verblijfsduur in de instelling langer is. Nu wij al jaren de verpleegduur in de ziekenhuizen korter zien worden, neemt dit gevaar geleidelijk af.

In de instellingen, waar de patiënten veel langer verblijven dan in ziekenhuizen, is de invloed op de persoonlijkheidsstructuur echter veel ernstiger. De kritiek op de psychiatrische ziekenhuizen terzake is het laatste decennium zeer toegenomen en heeft daar al geleid tot veel meer aandacht voor extramurale voorzieningen.

Het meest bedenkelijke is echter de toestand waarbij een mens *levenslang* wordt opgenomen, zoals het geval is bij een aanzienlijk aantal bewoners in verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigenzorg. Aan deze categorie zullen wij daarom de meeste aandacht besteden.

2. ZORGVERANDERING IN ZIEKENHUIZEN

De vele mensen in de arbeidende leeftijd die voor een korte observatie of ingreep die niet levensbedreigend is worden opgenomen, worden in het huidige systeem van zorgverlening redelijk opgevangen. Zij lopen daarbij meestal geen psychische schade op, al hoort men dat velen het verblijf in het ziekenhuis onprettig, onpersoonlijk of infantiliserend vinden.

Er zijn echter enkele groepen patiënten die in hoge mate gebaat zijn bij een herstel van zelfzorg en mantelzorg tijdens hun opname, te weten zij die in het ziekenhuis wél in een levensbedreigende situatie verkeren (grote operatie, confrontatie met het sterven) of behoren tot een zeer kwetsbare groep (kinderen, bejaarden).⁹⁹⁾

Voor erg *zieke kinderen* in het ziekenhuis wordt thans steeds vaker het eigen mantelzorgnetwerk van het kind 'ingeschakeld'. Dat betekent dat in de eerste plaats de sterk beveiligende rol van de moeder (of vader) weer wordt onderkend en kan functioneren. Een ouder mag het eigen kind mee verzorgen, het *nabij* zijn en het kind opvangen, in de eerste plaats door gewoon aanwezig te zijn en het kind mantelzorg te geven zoals het die van huis uit gewend is. De rol van broertjes, zusjes en vriendjes komt op de tweede plaats. Wanneer het tussen mantelzorgers, verpleging en medici tot een goed onderling begrip komt en tot echt goede samenwerking, geeft dit het kind en zijn mantelzorgers een enorme troost en verlichting. We moeten echter nog een stap verder gaan: het concept *overal* invoeren, het tot verdere ontplooiing brengen en er ook accommodatie voor scheppen. Nu veel kinderafdelingen onderbezet raken, kunnen zonder grote kosten enkele voormalige verpleegruimten heel wel geschikt gemaakt worden voor tijdelijk verblijf van mantelzorgers, die zo hun *eigen* plaats op de afdeling verwerven.

Ook in de zorg voor *stervenden* wordt de unieke functie van de mantelzorgers steeds meer onderkend. De overbekende mogelijkheden van het professionele stervensbegeleidingsteam en de actieve euthanasie staan alsmaar in het centrum van de belangstelling. Maar de derde oplossing is zonder twijfel meestal het beste: Sterven in de kleine kring van geliefden, zonder daarbij de professionele zorg te hoeven ontberen die vaak zo weldadig kan werken bij ondraaglijk wordende pijn, explosies van onrust of angst, aanvallen van benauwdheid etcetera.

Dit alternatief vereist een nieuwe stervensbenadering waarvoor het ziekenhuis de juiste bouwkundige situaties moet scheppen. Thiadens heeft dit in detail uitgewerkt.¹⁰⁰⁾ De stervende wordt vroegtijdig overgebracht naar een 'tweekamerflat' in het ziekenhuis. In de ene kamer bevindt zich de stervende, in de aangrenzende kunnen familieleden en vrienden op gerieflijke wijze geruime tijd aanwezig zijn. Enerzijds is dan alle professionele hulp bij de hand die het stervensproces kan verlichten, anderzijds is de *nabijheid* van dierbaren (niet hun voortdurend bezig zijn met de stervende of rond het bed zitten) in veel gevallen een grote troost bij die eenzame laatste reis.

Ten slotte is er de groep van de *bejaarden*, die bij opname in een kwetsbare positie verkeert. Zelfzorg en mantelzorg tenderen bij bejaarden toch al tot verschraling. Wanneer men die door een opname blokkeert, kan dat bijzonder schadelijke gevolgen hebben. Belangrijk is dan ook dat er bij opname alles aan wordt gedaan om de zelfzorg en mantelzorg van de bejaarde niet slechts op peil te houden, maar ze bovendien in het zorgonderzoek te betrekken en zoveel mogelijk te revalideren. Bij de bespreking van de verpleeghuisbewoners werken we dat verder uit.

Al wint het inzicht veld dat zelfzorg en mantelzorg in het algemene ziekenhuis moeten worden gerespecteerd en gestimuleerd, toch staan wij nog maar aan het begin van een echt herstel. De weerstanden zijn groot. Globaal kan men zeggen dat de verpleegkundige de eigen mogelijkheden van de patiënt en diens sociale netwerk meestal onderschat, dat de medicus het belang van zelfzorg en mantelzorg voor de gezondheid niet onderkent, dat de diëtiste de betekenis van diëten overschat en dat de directies opzien tegen de last van organisatieverandering en verbouwing.

Ook hier zullen de krachten der verandering vooral uit de bevolking en met name de jongere generatie moeten voortkomen.

3. ZORGVERANDERING IN VERPLEEGHUIZEN

Voor de hulpvrager is er een enorm verschil tussen een ziekenhuis en een verpleeghuis. In het ziekenhuis is men meestal maar voor een korte

periode: gemiddeld twee weken. Maar het verpleeghuis betekent voor veel mensen 'levenslang'. In het strafrecht is veroordeling tot levenslang een zeldzaamheid, maar het vonnis 'voor de rest van je leven in een verpleeghuis' wordt heel vaak gevelde! Maar daar is men toch gegarandeerd goed verzorgd, en dan is er toch alle reden tot dankbaarheid? Dat lijkt wel zo, maar helaas is intussen uit onderzoek gebleken dat veel bewoners van verpleeghuizen zich niet gelukkig voelen. Een triest gevoel van leegte, nutteloosheid, eenzaamheid, verloren zijn en alleen maar wachten op het einde. Het onderzoek van Ten Have⁴²⁾ heeft duidelijk aangetoond dat de bewoners in het verpleeghuis geen *zingevingveld* vinden waarmee zij zich kunnen identificeren. Wat dat te betekenen heeft, wordt nog duidelijker als we de moeite nemen om het kleine heldere boekje van Goffman te lezen: *Totale instituties*¹⁰¹⁾.

De inrichting pleegt te functioneren op haar geheel eigen manier. We noemen dat het 'inrichtingsmodel'. Ze is allereerst een organisatie met een duidelijk doel. Er werkt beroepspersoneel. Op grond van de omvang moet er veel waarde gehecht worden aan *orde*. Dat gebeurt onder andere door een *dagorde* waarbij op vastgestelde tijden de diverse handelingen plaatsvinden. Daarnaast zijn er *huisregels* nodig die — ook ongeschreven — geboden en verboden bevatten waaraan de subjecten van de instelling zich te houden hebben. De instelling behoort zijn middelen, die meestal door de gemeenschap ter beschikking worden gesteld, *efficiënt* aan te wenden. Ook dat vereist weer een strakke organisatie.

Die tot doelstelling uitgegroeide aspecten van de inrichting blijken voor alle te gelden, of het nu weeshuizen, gevangenissen, kostscholen, ziekenhuizen of verpleeghuizen betreft. Dus dat 'levenslang' in een verpleeghuis heeft niet alleen te maken met de tijdsduur: er zitten in het inrichtingsmodel ook elementen die bij de gevangenis horen. Is het dan een wonder dat veel bewoners er niet bijster gelukkig zijn? Vergelijken we het verpleeghuis eens met de 'thuisituatie' waarin de mensen in de maatschappij leven. Ook daar heerst natuurlijk, zij het veel soepeler, een zekere mate van orde en efficiency. Maar het grote verschil is dat men in de leefgemeenschappen in de maatschappij: in gezin, huishouden, werkring, club, buurt, etcetera, *bezig is*. Dat bezig zijn is voor een groot deel een *zorgend bezig zijn*: zorgend voor de dingen, voor de planten, de dieren en mensen. Zorgen voor de kanarie en zorgen voor het eten, zorgen voor veiligheid en zorgen voor gezelligheid. Zorgen voor jezelf en zorgen voor de anderen, waarvan je vanzelfsprekend wederkerig ook zorg ontvangt.

Een leefgemeenschap als het huishouden is dus meer een 'actorenveld': een veld waarin mensen samen met allerlei bezig zijn, dan een organisatie. Het zorgend bezig zijn wordt al eeuwenlang beschouwd als een van de allervoornaamste kenmerken van het menselijk bestaan. Al vijf eeuwen

voor Christus heeft de Griekse wijsgeer Aristoteles gezegd: 'Karakter schenkt ons kwaliteiten, maar het is in onze activiteiten — wat we doen — dat we gelukkig zijn of het tegendeel'.

Wanneer we het verpleeghuis aan dit alles spiegelen wordt het duidelijker waarom we onze zorg moeten veranderen. In één zin samengevat: Een mens wordt door opname in een verpleeghuis van een *zorgend* wezen tot een *verzorgd wordend* wezen gemaakt dat van eigen activiteiten — behalve zijn ADL-verrichtingen — verstoken is, deels door zijn handicap, *maar deels ook door het inrichtingsmodel dat hem de zelfzorg- en mantelzorgactiviteiten afnam die nog aanwezig waren!*

Als we dit onderkennen, staan we voor de belangrijke humane opgave om zelfzorg en mantelzorg in het verpleeghuis opnieuw ruimte te geven, zoveel als maar mogelijk is. We maken dan van de passieve verzorgde weer een 'actor', al gaat het vaak maar om heel kleine 'acties'. Met andere woorden, wij brengen kenmerken van de leefgemeenschap binnen het inrichtingsmodel opdat de bewoners beter de gelegenheid krijgen om zich in de verpleeghuissituatie te integreren, hun identiteit te behouden, zin te blijven geven aan hun bestaan en dus gelukkiger te zijn.

Een zo diepgaande veranderingsstrategie in het verpleeghuis doorvoeren eist van alle betrokkenen meer dan men zou denken. Er bestaat een grote kans dat het personeel zich bedreigd gaat voelen, hetzij in status en 'macht', hetzij door verandering van de vertrouwde routine.¹⁰²⁾ Maar ook patiënten die zich in doffe berusting of soms onder het bedrijven van ware zorgvraag-tirannie bij de inrichtingssituatie hebben neergelegd, gaan zich vaak bedreigd voelen bij tekenen die duiden op naderende hervatting van een leefpatroon dat zij voor altijd achter zich dachten te hebben gelaten. Voor een succesvol veranderingsproces is hulp van buiten vaak noodzakelijk of in ieder geval minstens zeer stimulerend. Die hulp kan bestaan uit wetenschappelijke begeleiding van het type action-research en uit het te rade gaan bij verpleegafdelingen die zich als ontwikkelingsafdeling hebben aangeboden en waar zich belangrijke ervaring pleegt te vormen.

Op grond van deze overwegingen is door mij in 1979 het initiatief genomen tot het oprichten van de ZOEV-werkgroep, de werkgroep Zorgverlening En Verpleeghuis. Die bestaat uit vijf wetenschappelijk medewerkers en een dertigtal representanten van verpleeghuizen die ervoor voelen om het leefgemeenschapsmodel in hun huizen te gaan ontwikkelen. Als eerste activiteit zette deze werkgroep het 'eettafelproject' op.¹⁰⁴⁾ Dat bestond in het beëindigen van het proportioneren van het voedsel per bewoner. Stap 7 van de voedingszorgfunctie (pag. 122) werd weer teruggebracht naar zelfzorg en mantelzorg; meer niet! Het stuitte aanvankelijk op allerlei weerstanden bij personeelsleden. Maar na invoering was men verbaasd over het effect. De bewoners moesten zelf allerlei keuzen doen, hun

boterhammen aan tafel klaarmaken, elkaar dingen doorgeven en voor bedlegerige medepatiënten zorgen.

Die kleine noodzakelijke beetjes zorg bleken het stramien te zijn waarop zich een veelheid van nieuwe communicatie gemakkelijker kon ontwikkelen. Het project werd een overtuigend succes¹⁰⁵), en geleidelijk aan werd het experiment door steeds meer verpleegafdelingen, ook in andere huizen, overgenomen.

Goed beschouwd gaat het nog maar om een *kleinigheid*, een eerste stapje naar herstel van zelfzorg en mantelzorg. Wij hebben het hier toch uitvoerig beschreven, omdat het als *model voor verandering* belangrijk is. Er zet een attitudeverandering in bij de zorgverleners, doordat zij *uit directe ervaring de effecten kunnen zien*. Zij zijn vaak verbaasd omdat de patiënten *veel* meer blijken te kunnen dan ze dachten en haast allen *er* na korte tijd plezier in krijgen.

Vele stappen moeten op die eenvoudige eerste stap volgen, maar de hoofdzaak is dat steeds meer verpleeghuismensen op weg zijn naar herstel van zelfzorg en mantelzorg.¹⁰⁶)

Wat in het voorgaande is gezegd over verpleeghuizen geldt in zekere mate ook voor andere instellingen, zoals verzorgingshuizen en bejaardentehuizen. Er zijn frappante verschillen te vinden tussen huizen die nog strak volgens het inrichtingsmodel functioneren en andere die een leefklimaat hebben geschapen waarin zelfzorg en mantelzorg een vanzelfsprekende plaats hebben.

De zwakzinnigeninrichtingen zijn vaak het verst gevorderd in het scheppen van leefgemeenschapjes van pupillen. Het is duidelijk dat zij niet, zoals de verpleeghuizen, stammen uit de medische sfeer. Wij kunnen heel wat van hen leren. Met name zal het van belang zijn dat hun ervaringen ten nutte worden gemaakt in de verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten.

OVERZICHT EN VOORUITBLIK

Het is *de* dwaling van de twintigste eeuw geweest, te verwachten dat de welvaarts- en verzorgingsstaat automatisch zou leiden tot een soort paradijs op aarde waar niemand iets tekort zou komen en waar *dus* welzijn, vrede en geluk zouden heersen. Na de jubel van de zestiger jaren is de ontnuchtering gekomen. Er moeten nieuwe wegen gezocht worden. De 'radarmens' van Riesmann die zijn gedrag bepaalt door zich in eindeloze groepsprocessen te spiegelen aan anderen, is gebleken niet het type te zijn dat de oplossing kan leveren. Slechts voor zelfhulpgroepen van lotgenoten bood deze methode een werkelijk nieuwe oplossing. Een andere weg leek gevonden in de *ego-verwerkelijking*sformule.⁸⁷) De mens keert zich af van de vervreemdende en uitbuitende samenleving en zoekt zijn heil in zichzelf, in het ontdekken en ontwikkelen van het eigen ik, in vrijheid en onafhankelijkheid van de gewoonten en normen van een cultuur die men niet langer kan aanvaarden. Beide wegen worden begaan, maar het wordt steeds duidelijker dat zij geen van beiden een uitweg bieden uit het bankroet van de welvaarts- en verzorgingsstaat.

In de zeventiger jaren nam het geloof in een derde oplossingsmogelijkheid steeds meer toe: *Het gestalte geven aan een zorgende samenleving: het scheppen van vele kleine zorgende wereldjes, waarin de mens gekend wordt en de ander kent, waar men thuis is en zich veilig kan voelen omdat men er omringd is met vertrouwdheid en zorg. De vertrouwdheid van de dingen om je heen; de zorg voor jou van de mensen om je heen. Een nestelplek, een ankerplaats, waar de mens gekozen heeft voor een heilzame beperking van de baaierd van indrukken en mogelijkheden. Waar hij weer zichzelf kan zijn, autonoom en verantwoordelijk voor zichzelf; waar hij zelf kan voorzien in zijn behoeften zoveel hij kan. Maar tegelijkertijd een bestaan dat zin put uit het zorgend bezig zijn voor anderen. Zelfzorg en mantelzorg niet louter uit nuttigheidsoverwegingen, maar als hoekstenen van een nieuwe cultuur, een zorgende samenleving.*

Als dit perspectief de uitweg is, dan is het voor heel de samenleving van groot belang om zoveel mogelijk te weten te komen wat zorg en zorgen allemaal inhouden. Daarom hebben wij de primitieve maar fundamentele zorgverschijnselen bestudeerd die zich in het dierenrijk voordoen. Het kon niet meer zijn dan een eerste verkenning, maar de bevindingen zijn veelbelovend. Hoe *mensen* door de eeuwen heen gezorgd hebben kan men achterhalen door de waarden en gewoonten van andere volkeren en van vroeger tijden te onderzoeken. Hoe Nederlanders door de eeuwen heen over zorg gedacht hebben, kunnen we voor een stuk afleiden uit het woordgebruik en de taal. Die benadering kon in het kader van dit boek niet verder strekken dan een poging om enkele hoofdlijnen te schetsen, een handleiding om zelf verder te denken. Maar het staat buiten kijf dat al deze verkenningen de fundamentele betekenis van het koppel zelfzorg-mantelzorg aan het licht brengen. In dit licht kan de professionele zorg kritisch worden geëvalueerd. Om niet kopje-onder te gaan in de overweldigende hoeveelheid gegevens moest een keuze worden gemaakt. Uit het geheel van de verzorgingsstaat hebben wij daarom een deelsysteem gekozen aan de hand waarvan de verschijnselen bestudeerd konden worden. Dat is de gezondheidszorg geworden, deels omdat zij als professioneel systeem zo duidelijk aan kritiek is komen bloot te staan, deels ook omdat hier mijn eigen ervaringswereld ligt en ik dit veld het best kan overzien. Maar men moet bedenken dat de gezondheidszorg hier niet slechts is onderzocht om wille van zichzelf, maar *als exemplarisch onderdeel van de verzorgingsstaat*. Vanuit een groeiende literatuur op dit gebied en toenemende informatie uit eigen wetenschappelijk onderzoek konden zelfzorg en mantelzorg thans veel completer worden behandeld in aparte hoofdstukken. Nu dit werk is volbracht blijft de vraag over, of de formule van de zorgende samenleving uiteindelijk ook weer een utopie zal blijken te zijn, een voorbijgaand ethisch aandoend modeverschijnsel, een wensdroom die geen wortels heeft in de diepte, die niet gedragen wordt door een onweerstaanbare onderstroom.

VOORUITBLIK

Er zijn drie perspectieven die een gunstig uitzicht bieden op sterke ontwikkeling van zelfzorg en mantelzorg.

Allereerst is er bij veel politieke partijen in Nederland het besef dat de stoornissen in de gezondheidstoestand van de bevolking samenhangen met ongezonde gewoonten en waarden. Aan het desbetreffende rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid⁸⁵⁾ ontlene wij de volgende tabel.

Zowel PvdA als CDA en VVD achten de leefgewoonten van de Nederland-

Meningen van de Nederlandse politieke partijen over de invloed van cultuur en gedrag op de gezondheidstoestand.

Cultureel niveau	Partijen										
	CPN	PSP	PPR	PvdA	D'66	CDA	DS'70	VVD	BP	GPV	SGP
Leefgewoonten		+	+	+				+			
Eetgewoonten		+	+			+					
Roken		+	+			+					
Alcoholgebruik		+				+	+				+
Druggebruik		+	+		+	+	+			+	+
Gebruik van psychofarmaca						+					+

+ = ongunstig geacht blanco = niet genoemd

se bevolking schadelijk voor de gezondheid. Dit betekent dat er politieke kracht ontwikkeld zal kunnen worden, gericht op verbetering van die leefgewoonten. Dat is een belangrijke drijfveer voor allerlei veranderingsprocessen die we in het hoofdstuk over herstel van het evenwicht in de zorgverlening meer gedetailleerd hebben uitgewerkt.

Een tweede ontwikkeling is werkzaam op langere termijn. Voor het eerst sedert het bestaan van de mensheid zijn er zodanige productieprocessen tot ontwikkeling gekomen, dat alle mensen meer dan voldoende goederen kunnen bezitten zonder daarvoor al hun tijd in arbeid te hoeven steken. Met dertig uur arbeid per volwassen lid van de bevolking per week kunnen binnen enkele decennia alle goederen geproduceerd worden die we nodig hebben. Betere arbeidsverdeling zal leiden tot zodanige arbeidstijdverkorting dat allen die dat kunnen, aan het productieproces zullen deelnemen. Maar arbeidstijdverkorting betekent tegelijkertijd *vrijtijdsverlenging*. Die vrije tijd is niet meer nodig om uit te rusten van de arbeid en zich te herstellen: *ontspanning en recreatie*. Zo komt er voor iedereen meer tijd beschikbaar die naar eigen keuze kan worden ingevuld en waarvoor voldoende *rest-energie* beschikbaar is. De structuur van de maatschappij verandert dus in een richting waarin meer mogelijkheden liggen voor betere zelfzorg en mantelzorgontplooiing.

Tot slot een derde perspectief dat op lange termijn werkzaam zal kunnen zijn: *de lang verbeide verwezenlijking van het derde ideaal van de Franse Revolutie: broederschap*.

De feodale maatschappijen van Europa vonden hun breekpunt in de

Fransche Revolutie. De drie peilers waarop een nieuwe stabiele wereld gebouwd moest worden werden te zamen genoemd in de ene leuze 'vrijheid, gelijkheid en broederschap'. De westerse wereld is die nieuwe weg ingeslagen. Dat bleek een lange weg om af te leggen. Ze duurt misschien wel twee of drie eeuwen.

Voorop kwam de *vrijheid*. De tirannie van de vorst werd uitgeschakeld. In felle, telkens weer opvlammende strijd werd de absolute monarchie verbannen en de constitutionele bestuursvorm gerealiseerd. Die verbanning is niet definitief geweest. Als dictatuur stak de tirannie haar kop weer op. De democratische bestuursvormen hadden hun kinderziekten, en in langdurige leerprocessen trachtten zij zich te vervolmaken. Andere machtsstructuren die de vrijheid belemmerden werden eveneens bestreden: de kerk, de adel, de 'upper class', de bazen, de ouders. En ook de waarden, de gewoonten, de wetten. Steeds verder gaande vrijheden leidden echter tot toenemende *chaos*. Vrijheid voor de één betekende *onvrijheid* voor de ander. Bovendien moest de vrijheid *bevochten* worden in een conflict. In zo'n tijdperk kon de *broederschap* niet gedijen. Het bleek dat op *alleen maar vrijheid* geen maatschappij gebouwd kon worden.

Het streven naar *gelijkheid* kon zich beter gaan ontplooiën toen de mens vrijer werd. Gelijkheid in bejegening, gelijkheid in kansen en in rechten, gelijkheid van man en vrouw namen toe. Maar zoals de vrijheid als limiet de chaos heeft, zo heeft de gelijkheid als limiet de *nivellering*. In de drang naar steeds meer gelijkheid wordt gelijk verklaard wat wezenlijk ongelijk is. Verschillen in intelligentie, talent, ijver en ambitie kan men niet ontkennen of uitsluitend op rekening schrijven van het milieu dat de één meer kansen heeft gegeven dan de ander. Rembrandt was een genie; zelfs met de meest perfecte kunstacademies kan toch niet iedereen een Rembrandt worden. Gelijkheid ontaardt in vervlakking en onderdrukking als slimme Jantje niet leren mag waar slome Pietje te dom voor is. Nivellering komt haaks op vrijheid te staan zodra ze de ontplooiing van mensen gaat belemmeren. Het *bijzondere* is nu juist iets dat elke mens graag heeft. De kleine bijzonderheid onderscheidt de een van de ander en draagt bij tot ieders identiteit. Daarom willen wij verschillen in kleding, verschil in wonen, in meubels, vakantie etcetera. Maar die verschillen worden storend, irriterend, en leiden tot jaloezie als de derde peiler, de *broederschap*, die zich nog niet heeft ontwikkeld.

Aan *broederschap* zijn we nog nauwelijks toegekomen. In de christelijke samenleving stond weliswaar de broederschap voorop, maar de vrijheid en gelijkheid waren te klein om dat christelijke ideaal in de storm van deze eeuw ongeschonden overeind te houden. Anderzijds: vrijheid en gelijkheid hebben zonder broederschap geen enkele zin!

Agressiviteit is de vrucht van de terechte strijd. Zonder gelijkheid is

vrijheid in gevaar. Zonder vrijheid heeft gelijkheid geen kans. *Maar beide ontaarden zonder het sluitstuk van de broederschap.*

De leuze van de Fransche Revolutie blijkt een geniale formule te zijn. Slechts de drie peilers te zamen en onderling verbonden scheppen het fundament voor een nieuwe *stabiele* samenleving. Zou dan niet nu eindelijk de tijd kunnen zijn aangebroken om een nieuwe broederschap in de mensheid te vestigen? Broederschap is niet iets van mooie woorden alleen. Haar bestaán uit zich in *zorg voor elkaar*. Wie de woorden spreekt: 'Ben ik soms mijn broeders hoeder?' plaatst zich naast Kaïn.

Vrijheid en gelijkheid zijn grondstromen die zich keren tegen het professionalisme met zijn onvrijheid door de macht en de status van de deskundigheid en met zijn ongelijkheid door de kloof tussen professional en leek, tussen hulpvrager en hulpverlener. *Broederschap* vormt de grondstroom die mantelzorg versterkt, die netwerkjes opbouwt, die hoofd en hart bereid maakt om te zorgen voor de ander, ook als dat een last wordt.

Het voortbestaan van de westerse cultuur en misschien wel dat van de aarde lijkt meer dan ooit af te hangen van de ontwikkeling van de broederschap. Het bezig zijn met zorgverandering gebeurt dus in een grondstroom die thans karakteristiek is voor het hele menselijke gebeuren op aarde. Zorgen is een sleutel geworden tot het voortbestaan.

BIBLIOGRAFIE

1. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid. Een bibliografisch profiel', *Medisch Contact* 34/1979, pag. 1380.
2. M. G. van Nieuwenhuijzen, *Zorg-voor-Zorg*. Universitaire Pers, Leiden 1969.
3. I. Illich, *Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?* Het Wereldvenster, Baarn 1975.
4. Hannah Arendt, *De mens, bestaan en bestemming*. Aula-boeken, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1968.
5. N. Tinbergen, *Het dier in zijn wereld, I*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1976.
6. A. A. Saunders, *An introduction to bird life for bird watchers*. Dover Publications, New York 1964.
7. F. J. Verheyen, *Ik zie ik zie wat jij niet ziet. Kijken op de wereld*. Oratie; gehouden te Utrecht 1976.
8. D. Burkhardt (red.), *Dier en signaal*. Kosmos, Amsterdam/Antwerpen 1969.
9. N. Tinbergen, *Sociaal gedrag bij dieren*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1968.
10. D. Morris, *De naakte aap*. Bruna, Utrecht/Antwerpen 1968.
11. F. Sierksma, 'De geklede aap tussen ethologie en antropologie', in *Ethologie. De biologie van gedrag*. Pudoc, centrum voor landbouwpublicaties en landbouwdocumentatie, Wageningen 1973.
12. A. de Froe, *De mens, een vraag zonder antwoord*. Meulenhoff, Amsterdam 1979.
13. Koenen/Endepols, *Verklarend woordenboek der Nederlandse taal*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
14. A. de Swaan, 'De mens is de mens een zorg; over verstatelijking van verzorgingsarrangementen', *De Gids* 35/1976.
15. E. Fromm, *De gezonde samenleving*. Bijleveld, Utrecht 1971.
16. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg', *Het Ziekenhuis* 2/1972, pag. 500.
17. C. Aalders, J. H. Plokker en G. Quispel, *Jung, een mens voor deze tijd*. Lemniscaat, Rotterdam 1975.
18. G. Jansen, *The doctor-patient relationship in an African tribal society*. Van Gorcum, Assen 1973.
19. E. Haaf, *Die Kusase. Eine medizinisch-ethnologische Studie über einen Stamm in Nord-Ghana*. Fischer Verlag, Stuttgart 1967.
20. V. F. P. M. van Amelsvoort, *Culture, stone age and modern medicine*. Van Gorcum, Assen 1964.
21. A. Kiev, *Magic, faith and healing*. Collier-Macmillan, Londen 1964.
22. J. Piaget, *Het structuralisme*. Boom, Meppel 1969.
23. C. A. van Peursen, *Strategie van de cultuur*. Elsevier, Amsterdam 1970.
24. *The genuine works of Hippocrates*. Medical Classics, vol. III, 1, 2, 3. Williams & Wilkins, 1938.
25. De Raze, De Lachaud en Flandrin, *Concordantiarum Sacrae Scripturae manuale*. Gabalda, Parijs 1939.
26. W. van Gorp, J. C. M. Hattinga Verschure en J. L. M. Zuidberg, *Heel het ziekenhuis*. De Tijdstroom, Lochem 1980 (tweede druk).
27. P. J. Roscam Abbing, *Diakonia*. Boekencentrum, Den Haag 1950.
28. J. A. Stalpers, *Wat is de taak van de charitas in een welzijns-samenleving?* Bijdrage aan de herdenking van het 400-jarig bestaan van het R. C. Maagdenhuis. Amsterdam, 1971.
29. T. Lemaire, *De tederheid*. Ambo, Bilthoven 1968.
30. H. Böll, *Liefdevolle belegering*. Elsevier/Manteau, 1979.
31. H. van den Berg, *Graven naar hulp*. Oratie gehouden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, 1976.
32. F. J. J. Buytendijk, P. Christian en H. M. M. Fortmann, *De geneeskraft der liefde*. Het Spectrum, Utrecht 1958.
33. A. de Froe, *Fatum en Fortuna*. Oratie gehouden aan de Universiteit van Amsterdam. Meulenhoff, Amsterdam 1954.
34. M. Heidegger, *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag, Tübingen 1972.
35. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Verschuiving in de zorgverlening', in *Ziekenhuis-nieuwbouw en variabiliteit; herfstvoordrachten 1978*, een uitgave van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.
36. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Kritisch onderzoek naar de zorgverlening rond de verpleeghuispatiënt', in *De identiteit van het verpleeghuis*. De Tijdstroom, Lochem 1979.
- 37. C. N. Parkinson, *De wet van Parkinson. Oefeningen in beleid*. Scheltema & Holkema, Amsterdam 1958.
38. P. A. Idenburg, 'Regionalisatie in de gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 54/1976, pag. 451.
39. *Zorg in kleine ziekenhuizen*, I en II. Een uitgave van de Nationale Ziekenhuis Raad, Utrecht 1974.
40. *Lachspiegels. Onderzoek naar informatie die in folders aan patiënten over het ziekenhuis wordt gegeven*. Werkgroep 2000, Amersfoort 1976.
41. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Het verpleeghuis. Inrichtings- of leefgemeenschapsmodel', *Het Ziekenhuis* 9/1979, pag. 214.
42. H. ten Have, *Het verpleeghuis: veld van onderzoek*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979.
43. L. M. J. Groot, in *Changes in caring for health*. De Tijdstroom, Lochem en HM+M, Aylesbury, 1980.
44. J. Rolin, *Qu'attendez-vous du médecin? France Catholique*. Plon, Parijs 1949.
45. E. Goffman, 'The medical model and mental hospitalization. Some notes on the vicissitudes of the tinkering trades', in *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, 1961.
46. R. Coops, in *The quiet art, a doctors' anthology*. Livingstone, Edinburgh 1952.
47. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Het "P-model"'. Een alternatieve geleiding van de ziekenhuisstructuur', in *Het Ziekenhuis* 1/1971, pag. 376.
48. G. Kraus, 'Mental health aspects of public health', in *Maandblad voor Geestelijke Gezondheidszorg* 9/1954, pag. 75.
49. C. Trimbos, *Geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Het Spectrum, Utrecht 1960.
50. C. Puylaert, *Nascitur ex radiis lux*. Oratie gehouden aan de Rijks Universiteit te Utrecht, 1975.
51. M. A. Frederichs et al., 'Willingness to serve. The medical profession and poverty programs', *Social Science & Medicine* 8/1974, pag. 51.
52. A. J. H. Thiadens, in *Ziekenhuis, menselijk en modern*. Kluwer/Van Loghum Slaterus, Deventer.
53. B. van Bergen en L. Hollands (red.), *Over de verpleging*. De Tijdstroom, Lochem 1979.
54. W. Gaylin, *Caring*. Knopf, 1976.
55. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid', *Metamedica* 56/1977, pag. 105.

56. *Treating yourself. A guide to self-medication.* Health Education Council, 78 New Oxford Street, Londen.
57. L. V. Miller, J. Goldstein en G. Nicolaisen, 'Evaluation of patients' knowledge of diabetes selfcare', *Diabetes Care* 1/1978, pag. 275.
58. J. W. Simon en M. M. Stewart, 'Assessing patient knowledge about diabetes', *Mount Sinai J. Med.* 43/1976, pag. 189.
59. Citaat H. Vos, *Solidariteit, elementen, complicaties, perspectieven.* Ambo, Baarn 1976.
60. *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1974. Deel I: Kerncijfers.* Staatsdrukkerij, Den Haag 1975.
61. L. Durrell, *Reflections on a marine Venus.* Penguin Books, 1978.
62. *Tacuinum Sanitatis. Middeleeuwse gezondheidsleer.* Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1976.
63. J. A. Weyel, *De mensen hebben geen leven.* Erven F. Bohn, Haarlem 1972.
64. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Indonesische lessen voor de westerse gezondheidszorg', in *Medisch Contact* 1980, pag. 519.
65. A. Gehlen, *Anthropologische Forschung: zur Selbstbegegnung und Selbstentdeckung des Menschen.* Rowohlt, 1961.
66. I. de Sola Pool en M. Kochen, 'Contacts and influence', *Social Networks* 1/1979, pag. 5.
67. M. Bremer-Schulte, in *Changes in caring for health.* De Tijdstroom 1980.
68. P. L. Berger, en R. J. Neuhous, *To empower people.* American Enterprises Institute for Public Policy Research, Washington D.C.
69. S. Smiles, *Selfhelp.* Murray, Londen 1960.
70. P. Kropotkin, *Mutual aid, a factor of evolution.* Heinemann, Londen 1904.
71. A. H. Katz en E. J. Bender, *The strength in us.* New Viewpoints/Watts, New York/Londen 1976.
72. P. van Harberden en R. Lafaille (red.), *Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?* Vuga-boekerij, Den Haag 1978.
73. *Wie helpt wie?*, een uitgave van het Prinses Beatrixfonds. Samsom, Alphen a/d Rijn 1979.
74. B. Bakker en M. Karel (red.), *Zelfhulp en welzijnswerk.* Samsom, Alphen a/d Rijn 1979.
75. L. Hoekendijk, *Werkboek zelfhulp.* Landelijke Stichting Wereldwinkel, Utrecht 1979.
76. R. Kagie, *Op eigen kracht.* Nelissen, Bloemendaal 1979.
77. C. van Velzen en V. van Wijlen, *Waar sta je zelf?*, een uitgave van de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht.
78. A. Gardner en F. Riessman, 'Selfhelp models and consumer intensive health practice', *American Journal for Public Health* 66/1976, pag. 783.
79. J. C. M. Hattinga Verschure, *Patiënt, ziekenhuis, gezondheidszorg, op weg naar 2000.* Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel 1971.
80. T. J. Litman, 'The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioural overview', *Social Science & Medicine* 8/1974, pag. 495.
81. F. J. A. Huygen, *Family medicine. The medical life history of families.* Dekker & v/d Vegt, Nijmegen 1978.
82. C. J. Bleeker, *De moedergodin in de oudheid.* Bakker/Daamen, Den Haag 1960.
83. J. C. M. Hattinga Verschure, 'De relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Het begrip "zorgmix"', *Medisch Contact* 1979, pag. 773.
84. Y. Nuyens, *Grenzen aan de medische macht.* Davidsfonds. Leuven 1976.
85. *Rapport Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.*
86. *Vrijwilligersbeleid. Eerste deelrapport ministerie van CRM.* Staatsuitgeverij, 1980.
87. J. A. Stalpers, 'Van een verzorgingsstaat naar een zorgende samenleving', in *Zorgverlening in beweging.* De Tijdstroom, Lochem 1979.
88. B. van Bergen en L. Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkunde. Verpleegkundige studies, 12.* De Tijdstroom, Lochem 1979.
89. *Alleen samen. Discussie-nota over de toekomst van het Kruiswerk.* 1979.
90. H. Fortmann, *Wat is er met de mens gebeurd?* Ambo, Bilthoven 1971. H. Fortmann, *Als ziende de onzienlijke, I en II.* Gooi en Sticht, Hilversum 1974.
- H. Fortmann, *Heel de mens.* Ambo, Bilthoven 1972.
- H. Fortmann, *Oosterse renaissance.* Ambo, Bilthoven 1971.
91. W. F. M. de Haes, J. H. Schuurman en F. Sturmans, 'Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Gedragdeterminanten', *Medisch Contact* 31/1976, pag. 385.
92. J. H. Schuurman, W. F. M. de Haes en F. Sturmans, 'Verandering van gedrag', *Medisch Contact* 31/1976, pag. 421.
93. J. H. Schuurman, W. F. M. de Haes en F. Sturmans, 'Opvoeding tot gezond gedrag'. *Medisch Contact* 31/1976, pag. 475.
94. C. Hosman, 'Mentaliteitsbeïnvloeding als preventief instrument in de gezondheidszorg', in *Waarheen met onze gezondheidszorg.* Ambo, Baarn 1977.
95. R. Guardini, *De levensstijlperken van de mens.* Lannoo, Tiel (België) 1963.
96. J. C. M. Hattinga Verschure, *Kostenvermindering in de gezondheidszorg door afnemen van de vraag.* Nederlandse Ver. Ziekenfondsen, Zeist 1979.
97. J. J. M. Michels, *Positie en taak van het verpleeghuis. Cursus ziekenhuisbeleid.* Tilburg.
98. I. Boszörmenye Nagy, en G. M. Sparks, *Invisible loyalties.* Harper & Row, 1973.
99. J. C. M. Hattinga Verschure, 'De ontwikkeling van mantelzorg in het ziekenhuis', in *Over zorg gesproken*, een uitgave van het psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk, Ermelo 1979.
100. A. J. H. Thiadens, *Crisisverwerking en stervensbegeleiding. Levenskunst.* Van Loghum Slaterus, Deventer 1979.
101. E. Goffman, *Totale instituties.* Universitaire Pers, Rotterdam 1975.
102. E. M. Straight, R. C. Schaffer en J. C. Fulson, 'Patient selfcare; its impact on psychiatric hospital staff', *Psychiatric Quarterly* 47/1973, pag. 377.
103. M. Hersen, 'Independent living as a threat to the institutionalized mental patient', *Journal for Clinical Psychology* 25/1969, pag. 316.
104. J. C. M. Hattinga Verschure en M. van den Brink, 'Zelfzorg en mantelzorg in het verpleeghuis', *Het Ziekenhuis* 10/1980, pag. 400.
105. *Jaarverslag 1979 Humanitas-kliniek Rotterdam.*
106. J. C. M. Hattinga Verschure, 'Mantelzorg in het verpleeghuis', *Het Ziekenhuis* 11/1981, pag. 212
- Aanbevolen voor verdere studie:**
107. J. C. M. Hattinga Verschure (red.), *Zorgverlening in beweging.* De Tijdstroom, Lochem 1980.
108. J. P. Kuiper, *Mensopvatting en gezondheidszorg.* Van Gorcum, Assen 1980.
109. P. van Harberden en R. Lafaille (red.), *Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?* Vuga-boekerij, Den Haag 1978.
110. L. S. Levin, A. H. Katz en E. Holst, *Selfcare. Lay initiatives in health.* Prodist, New York 1979 (tweede druk).
111. J. D. Williamson en K. Danaher, *Selfcare for health.* Croom Helm, Londen 1978.
112. J. C. M. Hattinga Verschure (red.), *Changes in caring for health.* De Tijdstroom, Lochem en HM+M, Aylesbury, 1980.
113. *Wie helpt wie?*, een uitgave van het Prinses Beatrixfonds. Samsom, Alphen a/d Rijn 1979.
114. B. Bakker en M. Karel (red.), *Zelfhulp en welzijnswerk.* Samsom, Alphen a/d Rijn 1979.
115. L. Hoekendijk, *Werkboek zelfhulp.* Landelijke Stichting Wereldwinkel, Utrecht 1979.
116. R. Kagie, *Op eigen kracht.* Nelissen, Bloemendaal 1979.
117. A. H. Katz en E. J. Bender, *The strength in us.* New Viewpoints/Watts, New York/Londen 1976.
118. J. C. M. Hattinga Verschure, *Algemene zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen.* De Tijdstroom, Lochem 1981.
119. *De identiteit van het verpleeghuis.* De Tijdstroom, Lochem 1980.

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----