

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/22997>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Sociaal cement met zorg

Een rondetafelgesprek tussen Annelies van Heijst (H), Godelieve van Heteren (G), Annemarie Mol (A) en Marian Verkerk (M)

Zorg, zo klinkt steeds luider de kritiek, is te lang een verontachtzaam deel van de sociale werkelijkheid geweest. Zorg was niet jazzy genoeg, voor de media, politici en sociaal-theoretici te weinig aansprekend. Met verhalen over zorg viel in publieke discussies niet makkelijk te 'scoren'. Het zijn in eerste instantie feministen geweest, die met de nodige tamtam hebben gepoogd zorg weer een centrale plaats te geven in het openbare debat. Hun inzet was aan te geven hoezeer zorg traditioneel een hoofdmoot van veel vrouwenarbeid uitmaakte. Uit hun analyses volgde dat met de herverdeling van arbeid en publieke verantwoordelijkheden noodzakelijkerwijs ook zorgtaken zouden moeten worden herschikt. Het gemancipeerde zelfbegrip van vrouwen, zichtbaar in de feministische discussies over zorg, arbeid en publieke macht, is één van de bouwstenen geworden van het nog fundamentele debat, dat nu in snel tempo een democratische sleuteldiscussie lijkt te gaan worden. Dit is het brede debat over sociaal-politieke moraal en vormgeving van Westerse samenlevingen.

Want met groot enthousiasme zet een heterogeen gezelschap sociaal-critici zich momenteel in om voor zorgrelaties nieuwe taal te componeren; niet zomaar, maar om een adequate herformulering te geven van het democratische politiek-ethische vertoog. Aan academische initiatieven geen gebrek. Zo werd in maart aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht een studiedag georganiseerd, waar geïnteresseerden zich bogen over twee recente oraties 'Zorgethiek, principe of praktijk' (Widdershoven, 1995) en 'Mijnheer, heb ik met U een zorgrelatie?' (Verkerk, 1995). Een deel van die discussie vindt U elders in dit nummer (Van Tongeren, 1996; Widdershoven, 1996). In mei werd 'Oordelen met zorg' (Sevenhuijsen, 1996) ten doop gehouden, een boek dat een aantal van de recente discussies rond zorg nader met elkaar verbindt, en politiek, recht en feministische zorgethiek op interessante wijze met elkaar verknoopt.

De snelle verbreding van het zorgdebat tot een kernkritiek-beweging, waarin de fundamentele relaties van de democratische samenleving het speerpunt zijn, was voor vier vrouwen aanleiding voor een rondetafelgesprek. Welk debat, vroegen zij zich af, wordt er op dit moment in Nederland eigenlijk precies gevoerd als het over zorg gaat? Wat is het belang van een nieuwe gedetailleerde beschrijving van zorgrelaties?

Wat is er spannend aan een zorgdebat?

G: Het zorgdebat weerspiegelt de enorme behoefte aan nieuw sociaal-politiek élan en de onvrede met de forse 'verhaalkloven' op allerlei terreinen van sociale activiteit. Kijk naar de gezondheidszorg. Daar komen op de werkvloer steeds meer verhalen los. Professionele zorg lijkt in de knel. Op macroniveau gaat in de gezondheidszorg het debat over zorg mank aan al te zeer verkorte versies van wat in de praktijk gaande is. In het beleid wordt gesproken in termen van 'zorg als product', en verworpen zorgrelaties tot 'productieketens'. Dit bevredigt de meeste mensen niet, erger nog, het werkt als een wurrgreep.

Eén provocerende gedachte die de discussie mogelijk verder zou kunnen helpen is de intuïtie dat zorgprocessen zich beter zouden laten begrijpen als het zorgvragen en zorgdragen opnieuw gezamenlijk, als twee kanten van eenzelfde medaille, besproken zouden worden. Mensen zouden zichzelf opnieuw als zorgdragers en zorgvragers moeten leren verstaan. Dit zou interessante consequenties hebben voor de praktijk van zorg en zorgtheorie als sociale theorie. Hoe zou een samenleving eruit zien die stoelt op mensen die eerlijk en open zijn over zichzelf als zowel zorgvrager en zorgdrager? Daarin zouden onmiddellijk spannende alternatieven mogelijk worden voor professionele zorg en de theorie over professionelen. Door de mens consequent voor te stellen als een soort 'hybride', van zorgvrager en zorgdrager, raken we wellicht ook af van een aantal oude hiërarchieën tussen mensen in zwakkere of sterkere posities. Het is toch een oude wijsheid dat een mens die de eigen zorgvraag hardop durft uit te spreken ook de eigen zorg voor anderen beter verstaat. Ook buiten de gereguleerde zorg zou dit nadenken een ander licht werpen op onszelf en onze onderlinge verhoudingen. Ik zou graag verder uitzoeken welke voedingsbodem het huidige zorggedrag – op die manier opgevat – biedt voor een adequatere vormgeving van onze samenleving.

H: Ik deel die interesse. Daarom wil ik een aantal belangrijke zorgvertogen opnieuw in ogenschouw nemen die te veel zijn ondergesneeuwd. Terwijl niet duidelijk is of die manieren van de zaken zien hun betekenis compleet verloren hebben. Ik denk bijvoorbeeld aan het vertoog van 'liefde'. In verband met zorg lijkt je dat nauwelijks meer te mogen gebruiken. Een onderzoek naar die vertogen en de zorgpraktijken waarmee ze samenhangen, kan vruchtbaar zijn om nieuw zicht te krijgen op zorgrelaties nu.

A: Wat mij vooral intrigeert zijn de manieren waarop de gezondheidszorg al van oudsher in haar theorieën en praktijken een idee van 'goede zorg' had ingebouwd. Aan de ene kant ging dat uit van het liefdevol zorgen waar Annelies over spreekt, aan de andere kant waren ook medische behandelingen en het voorkomen van ziekten expliciet normatief ingericht. Wat in die theorieën en praktijken omging wil ik weer omhoog halen en confronteren met de wijzen waarop goede zorg momenteel onder druk lijkt te staan, en nog slechts door de bril van kritische machtsanalyses en neo-liberale manieren van spreken over vrije keuzen kan worden beschouwd.

M: Van vitaal belang is dus scherp in beeld te krijgen wat een moderne zorgrelatie precies inhoudt, wat daar allemaal in kan omgaan. Ook ik ga er intuïtief van uit dat zorg een intrinsieke waarde heeft. Veel van de manieren waarop in de sociale wetenschappen en de zorgethiek over het onderwerp wordt gesproken, bevredigen mij niet. Die vertogen raken vaak de kern niet van huidige zorgrelaties. Ik ben het eens met ieder die stelt dat de discussie over zorgrelaties zich niet moet beperken tot professionele zorg. Deze discussies gaan zonder meer over de centrale verbanden in ons maatschappelijk bestel.

Ondergesneeuwd?

M: Er is in het verleden op vele manieren over zorg nagedacht. Sommige ideeën zijn in de moderne tijd uit de mode geraakt, door een kritiek die inging op machtsmisbruik en ongelijkheid. Selma Sevenhuijsen gaat in haar nieuwste boek uitgebreid in op hoe de feministische beweging zorg als handeling, identiteit en moraal heeft gehervardeerd. Zij geeft tegelijkertijd aan dat er door dat eerste feministische streven nogal wat spanningen ontstonden rond de vraag hoe de verschillende emanciperende doelstellingen die men najoeg in de politieke praktijk met elkaar verenigd konden worden. De nadruk op arbeidsparticipatie, autonomie en gelijke rechten maakte soms dat er in de hoofden van mensen het idee ontstond dat zorg totaal niet te verenigen zou zijn met zelfverwerkelijking.

Met zulke spanningsvelden zijn we nu druk bezig. Omdat wij zorg weer als eigen positieve waarde in het publieke bestel willen inbrengen. Omdat wij tegenstellingen als tussen zorg en zelfverwerkelijking willen ontmaskeren als ten dele valse tegenstellingen. Een mogelijke manier om dat te doen is door weer eens kritisch te kijken naar traditionele vertogen. Annelies, jij hebt gesteld dat je het betreurt dat het oude jargon van liefde en zorg teveel is ondergesneeuwd. Nu zijn er mensen die de rillingen over de rug zullen lopen als ze in verband met zorg het woord 'liefde' horen.

H: Daarom alleen al is het interessant. Ik wil niet zomaar de caritas opnieuw introduceren, alsof daar geen terechte kritiek op is geleverd. Maar ik denk ik dat in het christelijke denken over naastenliefde de verbintenis tussen zorgvragen en zorgdragen op een interessante manier bewaard is gebleven. Ik heb mijn oude theologische woordenboeken nog eens nageslagen op 'caritas'. Het is verbijsterend te merken hoezeer die combinatie van zorgvragen en zorgdragen daar principieel al in zat. Dat zijn dingen die wij nu herontdekken, maar die in die caritas-traditie al glashelder aan de orde zijn gesteld. Het belangeloos zorgdragen voor de ander, werd gemotiveerd door de overtuiging dat een ander (God) zorgdraagt voor jou. Je wist jezelf, als zorgdrager, dus al principieel verzorgd. Je wist daarmee ook dat jijzelf niet die autonome, eigenmachtige actor bent, of hoeft te zijn, die de zaken wel eens eventjes zal regelen.

Te weten dat je ook zorgvrager bent: daarin zit de wortel van het besef dat je je ook altijd tot de kwetsbare kant van jezelf moet verhouden. Vrouwelijke religieuzen bijvoorbeeld, die de ziekenhuizen opzetten, hadden hun levensdoel gelegd in de zorg voor anderen. Hun eigen behoeften aan zorg werden niet in seculiere termen verwoord, maar in godsdienstige. Zij wisten zich gedragen door de liefde van

God. Die 'gezietsloze mensenliefde' lijkt me ook vandaag voor het nadenken over zorg interessant. Zulke liefde psychologiseert bijvoorbeeld niet en bouwt dus ook geen psychologiserend paternalisme op. Zij biedt plaats voor ervaringen van afhankelijkheid, ervaringen, waarmee je duurzaam besef krijgt van eindigheid: het besef dat ook de vrolijke verpleger, die nu nog jolig aan je bed rondhuppelt, uiteindelijk een eindig bestaan leidt. Als meer van dat besef bij ons allen ingebakken zou zijn, zou dit helpen je te realiseren dat de bijvoorbeeld de rolverdeling in een professionele zorgsetting een tamelijk willekeurige is.

Voordat iedereen gaat tegensputteren: natuurlijk moet je tegen de caritas-traditie in onze gesecculariseerde tijd het nodige inzeggen. We zullen de traditionele christelijke taal van de liefde moeten uitzuiveren. Maar we hoeven die niet te verwaarlozen.

G: Eén probleem lijkt me dat een analogie voor de oude steunpilaar in onze gesecculariseerde omgeving ontbreekt, terwijl de behoefte dat iemand voor je zorgt, zeker niet uit de harten van mensen verdwenen is.

H: Ja, we weten dat het verschil in grondmotief in de praktijk ook aanleiding heeft gegeven tot grote conflicten. Toen in ziekenhuizen lekenzusters de religieuzen gingen vervangen, wilden de eersten reguliere werktijden, terwijl de laatsten na werktijd de ziekenhuizen niet uit te slaan waren; dat hoorde bij hun zorgopvatting. Het zijn zulke motivatieverschillen die ik verder wil onderzoeken. Ik wil zien of er in de beweegredenen van bijvoorbeeld religieuzen elementen zitten die in onze gesecculariseerde zorg bruikbaar zijn. Ik wil helder krijgen hoe nodig een grondovertuiging is dat je 'gedragen wordt', hoe dit het zorg-geven motiveert en het zorg-vragen kleurt. Niet om dat dan meteen in de huidige praktijken in te passen, maar wel om helderheid te krijgen over de feministische weerzin tegen het thema.

M: Maar wat spreekt je nu precies zo aan in dat caritas-verteog? Wat heeft dat vertoog vóór op de verschillende seculiere manieren van praten over zorgrelaties?

H: Het caritas-verteog is voor mij zeker geen superieur vertoog. Wel gaat het me aan het hart dat het in een taboesfeer geraakt is. Het is zó verdacht geworden dat er geen redelijk gesprek meer over mogelijk lijkt, ook binnen vrouwenstudies. Het lijkt iets geworden te zijn waar we helemaal niet meer naar mogen kijken. Maar dan kunnen we het überhaupt niet meer evalueren. Ik vind de caritas daarvoor te interessant. Wel deel ik de kritiek die erop gekomen is, van Nietzsche tot Foucault. Natuurlijk ben ik me ook bewust van de spanning tussen de normativiteit die spreekt uit wat religieuzen schreven in teksten en de geleefde werkelijkheid, een ferm punt van feministische kritiek.

A: De scheidslijn ligt volgens mij niet zozeer langs de as tussen 'religieus of seculier', maar eerder langs die van vertogen 'met of zonder liefde'. Bij een gemiddelde bejaardenverzorgster in Nederland vind je toch nog erg veel zorg uit toewijding.

G: Interessant zou zijn eens in detail in te gaan op wat je zo vaak hoort in het zorgcircuit: 'Ik krijg er zoveel voor terug'.

H: Juist in dat genre opmerkingen zijn duidelijke verschuivingen waar te nemen. Zo hoorde ik laatst verpleegsters in een verpleeghuis zeggen dat ze meer en meer bevelen van patiënten te incasseren kregen. Zo van: 'doe dat zo, dat ben ik thuis ook zo gewend'. Aan de kant van het zorgvragen in de professionele sector gebeurt dus ook het nodige: zorgvragers gaan klantentaal spreken. In het caritas-model was behalve de rol van de zorgdrager ook de rol van de zorgvrager helderder gedefinieerd: die lag in zijn ziekbed afhankelijk van de genade Gods. Het hele rollenspel was duidelijker.

M: En symmetrischer. Het caritas-model kenmerkt zich juist door die heel specifieke symmetrie, waarin zowel zorgvragers als dragers verenigd zijn in de liefde Gods. Daarin zijn allen gelijk.

A: Nou, vergeet het maar...

M: Ik bedoel natuurlijk in het caritas-*vertoog*. Als je binnen dat vertoog vraagt naar motivaties voor zorg dan is het antwoord niet alleen dat ik een ander *kan* helpen, maar ook dat die ander en ik verenigd zijn in eenzelfde grondhouding tot het leven.

H: Dat werd in zekere zin ook zichtbaar gemaakt in de inrichting van zorginstellingen. In een van de oudste hospitalen van Europa, in Beaune, kun je als toerist nog de grote ziekenzalen bezichtigen. Vóór de rijen bedden staat een groot altaar met een altaarstuk. Tweemaal daags werd daar vroeger de mis opgedragen. Het onderscheid tussen gezonden en zieken viel dan weg in het gelijkelijk opzien naar de Heer.

M: Zo'n symmetrische basismotivatie lijkt in de seculiere vertogen te ontbreken. Dat maakt voor ons de primaire vraag waarom iemand eigenlijk zorgt, zoveel lastiger te beantwoorden. Wij hebben in onze huidige discussies grote moeite met het gegeven dat mensen voor wie gezorgd wordt *afhankelijk* zijn. In een seculiere omgeving geeft dat enorme spanningen, misschien wel omdat we in de zorgrelatie geen goede basis van gelijkheid hebben gedefinieerd.

G: De diepere vraag is dus wat mensen gelijk maakt.

M: Naar zoiets ben ik op zoek. Daarom wil ik het ook weer hardop over kwetsbaarheid hebben. Want volgens mij zijn wij daarin allen gelijk. Wij zijn zowel afhankelijke als onafhankelijke wezens.

G: Mijn vermoeden is dat wanneer je tot je zou laten doordringen dat ieder mens wezenlijk een zorgvrager/zorgdrager is dit – mentaal in ieder geval – een enorme egalisering met zich mee zou kunnen brengen. Je zou op basis daarvan dan nog een

stap verder moeten gaan: je zou bestaande publieke vertogen opnieuw moeten inrichten, met meer ruimte voor kwetsbaarheid.

M: Dat zou ik toejuichen. Kwetsbaarheid heeft voor mij dezelfde functie als de liefde had in het caritasvertoog: het is iets in de menselijke conditie dat ons allen verenigt. Daarom denk ik dat het van cruciaal belang is dat we durven praten over onze eigen concrete zorgbehoeften. En die discussie moet je dan ook niet voeren in termen van professionele zorgdragers versus de rest van de mensheid, maar kamerbreed. Het zorgdebat nodigt daartoe uit.

G: Je hebt gelijk als je zegt dat in zorgrelaties patronen van afhankelijkheid vervat liggen. Wat dat inhoudt verandert van tijd tot tijd. Significant wordt dus het gemak of ongemak dat zulke relaties in seculiere omgevingen oproepen. In de vaak opgefokte toestanden van onze huidige sociale milieus is het thema afhankelijkheid een ondergeschoven kind. Desalniettemin blijft het een bittere noodzaak het te bespreken.

A: De socioloog Abram de Swaan heeft altijd al beweerd dat zorgrelaties de paradigmatische sociale relaties waren, de barometers van het sociale bestel.

Spotlights op de zorgmilieus

H: Gooien wij niet teveel op een hoop? Is er niet een groot verschil tussen wat professionele zorgdragers onder goede zorg verstaan en wat zorg betekent voor de mensen buiten die professionele circuits? Neem alleen al de vormgeving van zorgrelaties. In de professionele zorg zijn het zorgdragen en zorgvragen toch in duidelijke rollenspelen neergelegd, terwijl je in de zorg tussen bijvoorbeeld ouders en kinderen steeds wisselende posities ziet?

G: Ja, maar ieder mens gaat zorgrelaties aan en doet zorgervaringen op. Denken over zorgrelaties is nadenken over het menszijn.

H: Prachtig. Maar als je stelt dat het goed zou zijn als iedereen zichzelf tegelijk als zorgvrager en zorgdrager kon zien, dan lijkt dat in de niet-professionele zorg toch al veel evenwichtiger gerealiseerd? Zouden zorgverhoudingen in het professionele veld gecorrigeerd kunnen worden door eens beter te kijken naar zorgpatronen buiten dit veld?

G: De wisselwerking is daar meer zichtbaar. Toch kunnen we ook aan professionele zorgrelaties veel meer aflezen over fundamentele sociale verhoudingen dan nu in de kritiek gebeurt. Zo valt bij veel werkers in de gezondheidszorg een diep besef van tijdelijkheid, kwetsbaarheid en eindigheid van dingen te bespeuren.

H: Toch zie ik van die persoonlijke ervaringen weinig terug in opleidingen van zorginstellingen en in het management van de zorg. Daar is 'professionaliteit' het toverwoord, en als professioneel geldt: dat wat juist niet persoonlijk is. Die per-

soonlijke dimensies van zorg wordt veel te weinig in cultuur gebracht. Ik hamer hierop, omdat ik meen dat we als critici onze niet te veel moeten richten naar de professionele zorgstructuren. De professionele zorg heeft in de loop der jaren haar eigen vormen, wetten en middelen ontwikkeld. Men draagt vanuit die professionele structuren een heel specifieke visie op zorg de samenleving in. Ik vind die visie te functionalistisch en te institutioneel. Daarom benadruk ik dat wij, gewone mensen en géén zorgprofessionals, subject van zorg zijn. Het gaat om ons. Die gewone mens moet de maat zijn waarmee zorg gemeten wordt.

G: Niemand zal dat tegenspreken. Maar in zwart-wit tegenstellingen praten over professionele zorg en andere zorgrelaties is niet erg vruchtbaar. De zorgervaringen waar jij over spreekt, zijn wel degelijk ook de ervaringen van professionele zorgdragers. Waar wel een spanningsveld ligt – een spanningsveld dat steeds explosiever wordt – is tussen de officiële bewegingen en structuren op instellings- en macroniveau, en de enorm indringende ervaringen van individuele zorgdragers op de werkvloer. Praat met leerling-verpleegsters, met beginnende co-assistenten of met assistenten op afdelingen: je krijgt een berg verhalen over je heen. Er stukt iets: wezenlijke ervaringen blijven ergens in het luchtledige hangen, komen niet verder door in de structurele vormgeving van een veld.

A: Maar je moet dat potentieel van zorgdragenden in de zorginstellingen wel mobiliseren. Iedere zorgverlener maakt per jaar een aantal patiëntengeschiedenissen mee die diep snijden en verder doorgrond moeten worden; want het zijn ervaringen met een algemenere strekking.

H: Dan is de centrale vraag: welke elementen van die persoonlijke zorgrelaties die maatschappelijk moeten institutioneel worden doorvertaald? Voor mij ligt het startpunt bij gewone mensen. Goede zorg gaat van hen uit, niet van het institutionele perspectief.

A: De verhouding tussen professionele zorg en de 'wereld daarbuiten' is overigens aan grote veranderingen onderhevig. Patiënten worden klanten...

H: ... doordat de professionele zorgsector in marktjargon spreekt.

A: Dat zal er ongetwijfeld toe bijdragen. Maar de oorzaak van consumentisme ligt niet alleen in de zorgsector. Mensen komen te weinig met de zorgsector in aanraking om louter daardoor de metamorfose van patiënt tot 'cliënt' te ondergaan. We weten welke bredere maatschappelijke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan. Het wegvallen van bepaalde gemeenschapsideeën, het liberaliseren van het leven, het atomiseren, de veranderende houding van de overheid ten opzichte van burgers, het ineenstorten van patriarchale verhoudingen. De zorgsector is hiervan niet de motor.

G: Toch is dat weer te passief geformuleerd. De professionele zorgsector draagt momenteel ook onvoldoende bij om algemene sociale alternatieven te ontwikke-

len. Terwijl er in de ervaringen van zorgdragers een enorm potentieel ligt. Binnen de georganiseerde patiëntenbeweging is men overigens niet onverdeeld gelukkig is met de neoliberale cliëntenrol. Je kunt het patiënten echter niet aanwrijven dat zij in hun onderhandelingen met het veld bijna niets anders meer doen dan in termen van genformeerde consument over zichzelf oreren. Daaruit blijkt hoe groot de maatschappelijke druk is om een heel bepaald vertoog te omarmen.

A: Al met al blijft de professionele zorg dus een concentratiegebied voor sociaal-theoretische reflectie. Hier wordt veel van wat een zorgrelatie kan betekenen toch wel extra belicht. De schijnwerpers staan vooralsnog gericht op het bieden van zorg. De verhalen van zorgverleners gaan meestal niet over 'dat wat je wil krijgen', maar over wat je allemaal geeft. De dramatiek van het veld laat zich goed illustreren in de typische 'kick' die optreedt in de omgang met de dood. Neem een bloedvatoperatie. Dat is een ingreep die niet per se moeilijk hoeft te zijn. Maar als het verkeerd loopt kan er iemand doodgaan. Sta je als waarnemer bij zo 'n operatie, dan zie je lange tijd een vrij ontspannen gebeuren. Tot er iets fout dreigt te gaan. Dan merk je ineens een enorme toename van spanning. Is dat moment weer voorbij, dan worden er grapjes gemaakt. In dit alles ligt een intensiteit aan emoties besloten die je in weinig andere sociale situaties aantreft. Als het fout gaat, gaat er iemand dood. Iedereen die eromheenstaat weet dat, en voelt zich dus vreselijk verantwoordelijk. Dat geeft een heel speciale betrokkenheid, die ik maar even met 'kick' aanduid. Iets loopt tragisch af of het komt net op tijd weer goed. De spanningsbogen die je in dergelijke verhalen aantreft hoor je in de rest van het dagelijks leven niet zo veel. Betrokkenen worden er doodmoe van, maar tegelijkertijd heeft het iets heel verslavends.

G: De verslaving aan het drama van bepaalde aspecten van de zorgverlening zie je ook bij het grote publiek, in al zijn fascinatie met medische televisieseries en 'reality t.v.'. Je ziet het ook in de toenemende inhoudelijke bemoeienis van bijvoorbeeld managers met het zorgveld, waar vergeleken met andere soorten management nu heel eigen geluiden worden ontwikkeld. Je zou die nieuwe managementtheorie kunnen samenvatten als een moralisering van het management. Want op de keper beschouwd spelen zelfs bij deze nieuwe regelaars identificaties met de moraliteit die gezondheidszorg substantieel in zich draagt, omdat die uiteindelijk over het mens-zijn als zodanig gaan.

A: Daar komt nog bij dat bij velen de fantasie voortleeft van de gezondheidswerker en zorgdrager als de machtige actor. Dat is volgens mij ook een van de redenen waarom liberale ethici zich nu ook zo massaal op de gezondheidszorg storten. Ik vind het niet toevallig dat het gros van medische ethische debatten gaat over die eigenlijk relatief schaarse momenten waarin werkelijk over leven en dood wordt beslist.

Macht, dood en professionals

H: Een persoonlijke ervaring die hierop aansluit is het verhaal van het sterven van mijn moeder. Voor de dokters die haar behandelden was haar ziekte een raadsel.

Het omgaan met haar stervensproces in het ziekenhuis heb ik ervaren als het tegendeel van de kick waar Annemarie over spreekt. Er was eerder sprake van schaamte, omdat men geen diagnose kon stellen. Na mijn moeders overlijden is sectie verricht, we wilden weten waaraan ze gestorven was, niemand had enig idee. Toen wij zes weken nadien de uitslag te horen kregen was de behandelend neuroloog niet eens aanwezig. Hij liet dat door een – overigens heel menselijke – co-assistent afhandelen. Het sterven van mijn moeder was voor het ziekenhuis duidelijk een soort ‘dood achter de gordijnen’. Ze konden er niets mee.

G: Vanuit een machtsanalyse lijkt dat de keerzijde van dezelfde medaille. Men kon niet accepteren dat men niks kon uitrichten.

H: Dat was het ook. Toen machtige interventies niet mogelijk bleken trok men zich beschaamd terug. Men wist zich eigenlijk geen houding te geven.

G: Toch moeten we oppassen met zulke verhalen. De kritiek op de professionele zorg heeft zich de laatste decennia erg vastgebeten in het deconstrueren van machtsvertoon en machtsrelaties. Ook hier moeten we verder vragen. We zouden kunnen proberen dezelfde situaties opnieuw te beschrijven, voorbij de termen van macht en machteloosheid.

A: Ben ik het mee eens. Sommige theoretici gooien te makkelijk alles over de boeg van het machtsdiscours. Ook ethici roepen opnieuw dat dokters wel erg veel macht hebben om over leven en dood te beslissen, terwijl dokters zichzelf vaak machteloos voelen. Een deel van het publieke verhaal over gezondheidszorg is, denk ik, gebaseerd op een soort fantasie over macht. Wat iets anders is dan de sociologische bewering dat de medische beroepsgroep ook drager van macht is.

G: Dit raakt in bredere zin de voor- en nadelen van gangbare modellen van kritiek op professionele zorg. Veel kritiek die nu circuleert lijkt maar zeer ten dele aan te sluiten bij wat er in de praktijken van professionele zorg omgaat. Helaas constateer ik tegelijkertijd, dat werkers in de zorg zich de beelden van macht soms ook laten aanleunen, gelet op de manieren waarop men zich soms manifesteert in de media of in de politiek. Dat het er vervolgens in de spreekkamer anders uitziet is duidelijk aan iedereen die wel eens in de zorg gewerkt heeft.

A: Het debat over sterfelijkheid is maar één uiting van de fundamenteelere discussies die vanuit het professionele zorgveld veel algemener zouden moeten gaan doorklinken, als onderdeel van het nieuwe brede sociale debat. We zouden het maatschappelijk eens echt moeten hebben over waar we nog aan dood willen gaan. Het heeft in een land als Nederland toch eigenlijk geen enkele zin meer om nog te spreken over verder terugdringen van sterfte opdat wij de gemiddelde levensverwachting zouden verlengen.

G: Op ieder terrein van de geneeskunde waar men veel met de dood te maken heeft

hoor je volop discussies over het aanvaarden van sterven; en niet alleen in het kader van euthanasiediscussies. Ik geef toe dat je hiervan te weinig terugziet in de theorie: in de ziekteleer, in de therapeutische verhandelingen of de onderzoeksrapporten. Maar de persoonlijke verhalen van verzorgers of verplegers, oncologen of huisartsen gaan toch vaak over acceptatie van eindigheid.

H: Maar welke dood wordt er dan geaccepteerd? Neem de recente discussies over de vraag of het zogenaamde 'versterven' een goede manier van doodgaan is. Je leest dan uitlatingen van artsen als 'mensen die geen eten of drinken tot zich nemen worden heus geen zielige stumpers: als ze daar bewust voor kiezen kunnen zij fier en waardig doodgaan'. Daar zit 'm de kneep: zelfs als je ligt te creperen mag je nog niet ziek, zwak of zielig zijn. Dat benadrukken van het heroïsche, fiere sterven... dat heet dan omgaan met lijden! Voor mij ligt de kern van het omgaan met dood en lijden in het je kunnen overgeven. Dus juist de keerzijde van het heldhaftige, bewuste kiezen. Is het wel zo dat in de gezondheidszorg, met name in de medische sector, werkelijk nieuwe houdingen ontstaan ten aanzien van het accepteren van lijden en sterfelijkheid? Of steekt er veel ouds in de nieuwe bewoordingen?

G: Wanneer je de gemeenschap van oncologen van dertig jaar geleden zou vergelijken met die van nu, zijn ze nu vermoedelijk heel wat relativistischer over wat ze kunnen en niet kunnen. Maar men heeft voor dit nieuwe besef niet onmiddellijk een hele nieuwe taal ter beschikking.

M: Wij worstelen daar zelf ook mee, met die nieuwe taal. Zo valt het mij op dat jij, Annelies, zorg voortdurend nog koppelt aan het traditionele accepteren van lijden. Daarmee blijf je zorg als sociaal fenomeen in de wat tobberige hoek wegzetten. Zelf ben ik meer op zoek naar formuleringen van zorg die ook andere aspecten ervan weergeven. Die zoektocht hangt sterk samen met een belangrijke periode in mijn eigen leven rond de zorgrelatie met mijn moeder, die lange tijd in een verpleeghuis heeft gezeten voordat zij stierf. Vijfjaar lang ben ik daar elke dag heengegaan. En in het weekend kwam zij bij ons thuis. Die vijfjaar van mijn leven zijn hiermee in het licht komen te staan van mijn moeders ziekte en de zorg daaromheen. Die jaren hebben mijn persoonlijk leven in hoge mate beïnvloed. Toch zal ik nooit stellen dat wat ik toen deed heroïsch was. Ik deed het gewoon. Waarom? Daarom! Ik ben er nog niet uit wat het precies te betekenen heeft gehad. Wel weet ik dat ik er ook veel lol in had. Het gaf mij ervaringen die ik anders nooit gekend zou hebben. Een banaal voorbeeld: het spelen van Bingo 's-avonds, met een moeder die vroeger haar neus zou hebben opgetrokken voor zulke spelletjes. Ik vond dat leuk.

Hoe je dergelijke ervaringen algemener kunt plaatsen, daar ben ik nog niet uit. Eén ding staat echter als een paal boven water: zorg heeft niet alleen te maken met lijden, maar ook met een heel scala aan sociale activiteiten. En met het cruciale gegeven dat je door zorg voor anderen ook zelf verandert. Ik weet zeker dat ik door de zorg voor mijn moeder een ander mens ben geworden.

A: Hoe anders?

M: Het heeft deels te maken met een voortdurende strijd tussen persoonlijke autonomie en het je in dienst stellen van een ander: maar geen van beide vlaggen dekt de lading, er zijn eigenlijk geen woorden voor. Vooralsnog vertel ik dus maar verhalen, bijvoorbeeld over mijn moeder. Zij was tot haar zeventigste een zelfstandig type. Een mengeling van oude adel en sjiek. Op haar vijfenzestigste was zij weduwe geworden. Nadat zij alleen kwam te staan raakte zij geweldig in de contramine. Zo iemand die in een bontjas een oude school hielp kraken, naar vrouwenpraatgroepen ging. Ze kon me in die dagen opbellen en met een ondertoon van verbazing zeggen: 'ik heb vandaag theegedronken uit een plastic bekertje'. Dat had ze haar leven lang nog nooit gedaan. Toen kreeg ze een infarct en een hartstilstand en daarna nog dertien, met pacemakers en open-hartoperaties. Ze kwam in een rolstoel terecht en is uiteindelijk opgenomen in een somatisch verpleeghuis. Haar korte geheugen haperde maar verder was ze goed in staat te communiceren.

Ik kreeg met dit alles een moeder die behoorlijk afhankelijk was geworden. Van een mooie, dominante vrouw waar ik een leven lang naar had opgekeken werd zij iemand anders. Dat was heel lastig. Ze wilde nog heel veel, maar kon weinig meer. In concreto zocht ik haar iedere dag op. Ik zat dan vaak drie kwartier bij haar sigaretjes te roken en zo wat te praten.

A: Wat motiveerde je dag-in dag-uit te gaan?

M: Ik ging gewoon. Nu ik dit zelf zo heb ervaren fascineren de verhalen mij ook van andere mensen die zeggen dingen 'gewoon maar te doen'. In mijn oratie heb ik het voorbeeld gegeven van een man die eindeloos zijn demente vrouw verzorgde. Hetzelfde tref je in de verhalen in het proefschrift van Mia Duynstee over het verzorgen van dementerende familieleden. 'Personen die dit doen zeggen meestal: dat doe ik gewoon. Dat herken ik nu. Daar zitten ongetwijfeld allerlei ervaringslagen in, maar men zegt: ik doe het gewoon. Ik wil zelf uiteindelijk beter kunnen verwoorden wat de periode van zorg mij heeft gebracht. Want ik weet dat ik er erg door veranderd ben, en dat deze ervaringen een algemenere strekking hebben.

Mijn moeder was door haar ziekte op diverse manieren van mij afhankelijk geworden, maar liet mij tegelijkertijd zien wat een immens vermogen tot onafhankelijkheid een mens heeft. Want zij kon haar situatie erg relativeren. Uiteindelijk is misschien het belangrijkste geweest dat ik door de situaties met mijn moeder opeens aan de lijve voelde dat afhankelijkheid 'het ook is', gewoon bij het leven hoort en zich niet laat regelen of vooraf bepalen. Toen mijn moeder haar eerste hartstilstand had en haar linker been niet kon bewegen heeft men dit in de paniek over het hoofd gezien. Toen is mijn moeder voor de keuze komen staan: of U overlijdt binnen een paar dagen, of Uw been zal moeten worden geamputeerd. Mijn moeder had altijd geroepen dat zij nooit in een rolstoel terecht wilde komen. Toen men mij dus vroeg wat er moest gebeuren, zei ik: operatie, no way. Maar mijn moeder bleek al te hebben toegestemd. Ik weet nog goed hoe verward ik hierdoor was. Met zulke ervaringen begint een proces van verandering van denken over keuze, planning en zelfbeschikking; toch grote termen in onze tijd.

Deze hele episode met mijn moeder diep ik zo uit omdat het voor mij de belang-

rijkste persoonlijke ervaring is geweest in mijn verkenning van afhankelijkheid- en onafhankelijkheidsrelaties, die toch het cement zijn van sociale betrekkingen. Ik was in die periode zelf erg kwetsbaar. Maar ik kon haar niet laten stikken in dat huis, juist omdat ik wist hoe haar weekenden eruit zouden zien zonder mij.

H: Die opmerking heeft een algemene geldigheid. Het duidt op de ingrijpende veranderingen in de identiteit die zich binnen zorgrelaties kunnen voordoen: je bent niet zomaar meer eigen baas, maar ervaart in die ander voor wie je zorgt een soort uitbreiding – een extensie – van jezelf. Dat verschijnsel van extensie wordt in de professionele praktijk niet voldoende onderkend. Daar wordt een hele scherpe scheiding getrokken tussen jou als verzorger en de zieke persoon. Die scheiding wordt gezien als 'echt professioneel'. Ik heb dat ervaren aan het bed van mijn moeder. Formeel heb je als dochter van een doodzieke moeder natuurlijk rechten, je mag zelfs in het ziekenhuis blijven slapen. Maar toch trekken zorgdragers een scheidingslijn tussen jou en je moeder die je zelf niet zo voelt. Je ervaart dingen die ze haar aandoen alsof ze met jezelf gebeuren. Mijn moeder heeft men in het ziekenhuis bijvoorbeeld een keer laten vallen, omdat men wilde testen of ze haar verlamming niet simuleerde. Dat heeft mij meer pijn gedaan dan enige verwonding die ik zelf ooit heb gehad. Dat wordt niet begrepen. Men vindt dat onzin. Het is echter een relationele realiteit, waarvan nog te weinig besef is.

A: Bij al deze opmerkingen over identiteiten, morele en sociale verbanden, en gebrekkige taal schieten mij voorbeelden te binnen uit een ander zorgmilieu: dat van zorg voor kinderen. Ook daar speelt de dominantie van een keuze-vocabulaire. Zo is het tegenwoordig heel gewoon te vragen: hoe heb jij er nu voor gekozen om kinderen te krijgen? Ik zeg dan meestal: daar heb ik helemaal niet voor gekozen. Waarop gesprekspartners mij verdwaasd aankijken: want kinderen krijgen is in onze tijd óf een keuze, óf een ongelukje. Daartussenin lijken geen opties meer te liggen.

Ook bij andere praatjes over kinderen heb je meestal maar twee varianten: enerzijds verhalen over 'hoe-zwaar-het-allemaal-is-dat-zorgen-voor-kinderen', een soort 'accepteren-van-lijden'-vertoog; omgekeerd verhalen over 'hoe leuk kinderen wel niet zijn, hoe schattig en geweldig'. Beide varianten zijn volslagen ontoereikend om de realiteiten van 'zorgen voor kinderen' in weer te geven. Betere genres lijken niet voorhanden. Voor een ander taalspel dan dat van de 'bewuste keuze' is bijna geen ruimte. Accepteren van lijden of heroek, en bewust kiezen als basisverhouding, dat is het. In alternatieve termen over ons leven spreken lukt ons nog niet goed.

Kleine verhalen, grote beweringen, nieuwe termen

M: Wat beweegt nu al die auteurs die zorgrelaties tot studie-object verheffen, die proberen daar nieuwe taal voor te scheppen? Waarom maakt men zich momenteel zo druk over zorg? Waarom lijkt juist in deze tijd de belangstelling voor zorgrelaties, zorgethiek en zorgtheorie weer te groeien?

A: Ik vermoed dat we historisch op een cruciaal punt staan. Dertig jaar geleden functioneerden afgeleiden van het liefdevertoog met betrekking tot zorg nog aardig. Sindsdien heeft de secularisering zich doorgezet en heeft de vrouwenbeweging zich stevig met zorg beziggehouden. Eerst ging men op allerlei fronten druk in de aanval op verouderde visies. Maar die fase is nu voorbij. Wat ons nu tegemoetgaapt is de leegte van het koude liberalisme, en dat willen wij ook weer niet.

M: Mij intrigeert hierbij de verhouding tussen de micromilieus van zorg waarover we spraken en de grote verhalen die momenteel pretenderen aan te geven waar het met onze samenleving heen zou gaan. Als jij, Annemarie, spreekt over de grote trends van liberalisering, atomisering en individualisering, over wie heb je het dan eigenlijk? Zijn dat geen nieuwe mantra's? Als ik op de camping kom, in de Achterhoek, zie ik namelijk iets heel anders. Daar leeft men nog helemaal niet zo in een geliberaliseerde, geïndividualiseerde wereld. Die grote koppen dekken de lading daar niet. Ik ben vaak bang dat wij als theoretische figuren ook te makkelijk in zulke termen meepraten, zonder ons rekenschap te geven of dit eigenlijk slechts een klein deel van het verhaal is. Wij praten zo, omdat wij ons zorgen maken over tendenzen als het doorslaan van liberalisering en individualisering of het te dogmatisch accentueren van autonomie. We moeten ons echter wel blijven afvragen of het in de praktijk allemaal die vaart ook loopt.

A: We kunnen nog zo praten omdat we nog een spanning voelen tussen oude en nieuwe patronen. Waren de tradities cultureel helemaal in het moeras gezakt, waren wij totaal doorgeliberaliseerd, dan konden we überhaupt niet meer spreken in termen van zulke kritiek.

M: Dat vind ik ook het aardige aan de verhalen over bemoeizorg. Dat fenomeen zie je op een camping veel scherper: wat daar niet allemaal gezorgd, verzorgd en georganiseerd wordt. Dat moet je niet onderschatten: zulke zorg is nog steeds aan de gang, ondanks al onze onrust over vereconomisering en verzakelijking. Kijk ook eens naar de getallen over mantelzorg. Voor een deel zijn dus de grote verhalen niet de geleefde werkelijkheid. We moeten niet de vergissing maken te denken dat elke burger in Nederland alle grote trends ook werkelijk geïnternaliseerd heeft.

G: Maar wacht even. Als je als theoreticus grote verhalen ophangt, dan doe je dit toch welbewust, juist omdat je de brede structuren niet uit het oog wil verliezen. Macrostructuren scheppen randvoorwaarden. Ook de mensen op de camping, in die prettige micromilieus, zullen op termijn de gevolgen van grotere bewegingen dragen. Zeker, de micromilieus zijn van onschatbaar belang. Daar kun je de reële verhoudingen tussen mensen in het kleinste en fijnste détail in het oog houden. Daarmee kun je de grote verhalen corrigeren en bijschaven.

M: Dus op naar de camping, voor veldwerk!

A: En naar de micromilieus van ziekenhuizen of zorginstellingen.

H: Maar wat zou je precies willen gaan onderzoeken?

M: Heel ouderwets, patronen van menselijk gedrag. Hoe dingen worden georganiseerd en praktisch gemotiveerd. Hoe iemand voor wat zorgt en waarom. Kijk maar eens als er op de camping iemand valt of struikelt; daar loopt iedereen voor te hoop: men vraagt hoe het met je gaat, men reddert en tutfelt, kortom, je ziet op een camping een soort micro-samenleving. Je ziet daar ook vormen van zorg die zich niet in contractuele relaties laten begrijpen. Die ook niet zielig ogen of met lijden te maken hebben. Er ontstaan op de camping bijvoorbeeld gezamenlijke verantwoordelijkheden, zoals: dit is ons sanitair, jongens, we dragen zorg voor een prettige omgeving.

H: Maar als de micromilieus van zorg inderdaad niet aansluiten bij de sociale theorie hierover, of bij de grote beweringen over waar het heengaat met onze samenleving, op welk niveau lopen dingen dan uit de rails?

A: Ergens treedt een botsing op, van soorten normativiteit: tussen mensen die geacht worden zelf te kiezen en iets anders. Kijken we weer naar het medisch zorgveld, en naar medische kennis, dan waren die er traditioneel op gericht aan te geven wat goed is voor mensen. Dit spreken over zorg in termen van wat 'goed is voor de mens', deze vorm van moraliteit, is principieel in strijd met het liberale morele idee van eigen keuzes. Dit weerspiegelt zich in de frictie tussen de patiëntenrol en de klantenrol, als gepropageerde rollen voor zieke mensen. Deels door invloeden van buitenaf is er nieuwe ruimte ontstaan voor 'de cliënt die moet kiezen'.

G: Wat jij nieuwe ruimte noemt, zou ik liever een vacuüm willen noemen dat aan twee kanten wordt getrokken. Uit de macrostructuren van de huidige gezondheidszorg vloeit het dominante beeld voort van de patiënt als consument. Men heeft die consumentenrol deels geïnternaliseerd, en dat is niet automatisch fout. Maar voor een wezenlijk aspect van ziek of behoeftig zijn, namelijk afhankelijkheid, is in zo'n constellatie nergens nog plek.

A: Het blijkt overigens dat ook professionele zorgdraggers met die klantenrollen van zieke of zwakke mensen ook goed in hun maag zitten. Voor zorgdraggers zijn zorgvragers traditioneel ook geen klant. De oudere morele opvattingen hieromtrent stroken niet met de consumenistische rollen. Ik blijf het spannend vinden, hoe het neoliberale verhaal in de huidige gezondheidszorg aan alle kanten botst op de traditionele zorgmoraal.

A: Maar waarom is dat oudere besef van 'goede zorg' zo gemarginaliseerd raakt.

G: Die vraag laat men glippen. Professionele zorgdraggers laten kansen lopen in het publieke debat. Ik denk soms dat dat te maken heeft met hun overleven binnen systemen. Het huidige zorgsysteem wordt op een heel bepaalde manier gedefinieerd, in financieel-economische termen. Wil je als werker daarin staande houden, dan

veer je mee. Zo zat ik laatst bij een politiek debat over Rob Oudkerks nota 'Gepaste Zorg'. In het gehoor zaten meerdere doktoren die zich alleen nog maar uitlieten in economische termen als 'het zorgproduct van de specialist' en 'producttypering'. Men nam probleemloos werkdefinities over waarin effectieve zorg werd omschreven als 'dat wat meetbaar en weegbaar is'. Voor patiënten zinvolle handelingen en gedragingen werden onder die definitie van zorg ineens waardeloos gemaakt. Maar geen specialist in die zaal die hiertegen in het harnas trad. Men blijkt op dat beleidsmatige niveau geen taal meer te willen toelaten, die zorg anders dan in maat of getal uitdrukt.

H: Hoe komt dat? Je sprak van overleven in het systeem; wat is voor deze specialisten dan precies de bedreiging?

G: De rechtvaardigingen die ik hoor zijn meestal gegoten in termen van overleven van afdelingen, onderzoekslijnen, vakgroepen, instellingen. Vraag je mensen persoonlijk naar hun ideeën over zorgrelaties, dan zeggen ze natuurlijk dat er over zorg een hoop zinnigs te zeggen valt. Maar in beleidsdiscussies heeft niemand de puf meer. Men stelt dat het helemaal geen nut heeft hierover te beginnen. In politieke contreien heeft het geen zin om in kwalitatieve termen goede zorg te thematiseren.

H: Wat een kaalslag: de econoom stuurt je het bos in met de opmerking: zorg is goed als je er meetbaar beter van wordt...

A: Erger nog: beter worden is niet eens nodig; als de dingen maar meetbaar zijn.

Een nieuw publiek debat met zorg?

G: Nu de krantekolommen overstromen van de worstelingen met de publieke moraal lijkt het moment daar om het project om nieuwe zorgtaal te ontwikkelen ook onder de aandacht van het grotere publiek te brengen. Er zijn de laatste jaren mooie manieren gevonden om de zorgdiscussies tot brede sociaal-politieke discussies te verheffen. Selma Sevenhuijsen draagt in haar nieuwe boek hieraan weer belangrijke stenen bij. Zij pleit ervoor veel van de losse initiatieven die er al waren verder te verbinden tot een politiek concept van zorgethiek dat in staat zal zijn zorg opnieuw een volwassen plaats te geven in opvattingen rond democratisch burgerschap. Daarvoor kunnen verschillende marsroutes worden ontwikkeld. Zelf zou ik de eerder geopperde antropologische denkfiguur van mensen als zorgvrager/zorgdrager als politiek-sociaal motief willen uitwerken. Ik denk dat dat zou kunnen helpen allerlei maatschappelijke scheefgroei eens door een andere bril te beschouwen en mogelijk rechter te trekken. We hebben gezien hoe in het professionele zorgveld de zorgdragersrollen de eigen zorgvraag zwaar overschaduwden. Dat is niet goed. In andere velden is dat omgekeerd. Ook niet goed.

A: Over de gevolgen van scheefgroei herinner ik mij een schitterend verhaal van Juul van Ogtrop jaren geleden in het tijdschrift *Gezondheid en Politiek* waarin zij

vertelde hoe zij zich als wijkverpleegster ergerde aan een groep oudere vrouwen die van haar op een zuigende manier steeds meer zorg vroeg. Zij heeft die situatie geanalyseerd en kwam tot de slotsom dat het leven van deze vrouwen tot dan toe bijna totaal uit zorggeven had bestaan. De vrouwen waren op een punt aanbeland van 'nu wil ik eens aan de beurt komen'. Ogtrop maakte van haar verhaal een politiek betoog in het kader van de discussies over het stimuleren van mantelzorg. Haar stelling was dat je met teveel beroep op zorggeven de volgende generatie zuigers ontwikkelde die gulzig de eigen zorgbehoefte moesten compenseren. Ik vind het met het oog hierop belangrijk te bepalen welke vitale ruimtes we in onze nieuwe sociale orde voor zorgrelaties hebben. Welk deel van het leven bestaat uit zorgrelaties? Is er een leven naast de zorg?

M: Dat zijn de praktische vragen naar zorgruimte en zorgdeling. Ik heb hier gepleit voor een heel gedetailleerde nieuwe empirische beschrijving van wat momenteel in zorgverbanden omgaat. Dat moet aan de andere zaken vooraf gaan. Wat me daarvoor ook heel nodig lijkt is een diepere vertrouwdheid met de eigen zorgvraag in samenhang met het zorggeven. Hierop kunnen we dan onze pleidooien voor verbetering van sociale en culturele samenhang beter enten.

Noot

1. M. Duijstee (1992), *De belasting van familieleden van dementerenden*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.

Literatuur

- Sevenhuijsen, S., (1996), *Oordelen met zorg, feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Verkerk, M., (1995), *Mijnheer, heb ik met U een zorgrelatie? Over ethiek, over zorg en over een ethiek van de zorg* (Oratie RU Groningen).
- Widdershoven, G., (1995), *Principe of praktijk? Een hermeneutische visie op gezondheid en zorg* (Oratie RU Limburg).

Minister

Gij telt.

Ik noem.

En met één naam heb ik u in uw miljoenen geraakt.

Ik maak de wet. Ik beweeg mij sprongsgewijze.

De wet maakt u. Gij gaat ruggelings verder.

Er is tussen ons een ondempbare diepte.

(Gezien van uw kant.)

Gij rangschikt.

Ik ben altijd weer mijn eigen winst.

(Die gij rangschikt.)

Ik ben mijn eigen verlies; het nulpunt, waarop gij

loert en roept: o moeder der getallen.

Maar als ik volschiet met kristallen,

staart gij en wendt u af.

(Gerrit Achterberg, *Verzamelde gedichten*, 1980.)