

Jan De Lepeleire  
en Manu Keirse (red.)



# Zorgverlener, vergeet jezelf niet

Over kwaliteit van **zorg** en **communicatie**

acco

ZORGVERLENER, VERGEET JEZELF NIET  
OVER KWALITEIT VAN ZORG EN COMMUNICATIE

# Zorgverlener, vergeet jezelf niet

Over kwaliteit van zorg en communicatie

*Jan De Lepeleire en Manu Keirse (red.)*

Acco Leuven / Den Haag

### *Persoonlijke opdracht aan Marleen Brems*

Dit boek wordt opgedragen aan Marleen Brems die als auteur met een bijzonder enthousiasme meeschreef. Ze is op 31 mei 2013 op vijftigjarige leeftijd overleden aan de gevolgen van multiple sclerose. Ze schreef het hoofdstuk 'De dokter is ziek'. In de laatste dagen voor haar sterven bladerde ze met voldoening door de eindversie van de acht hoofdstukken die klaar waren. Ze wilde het zien voor ze stierf.

Door dit hoofdstuk zal ze verder blijven leven in de geesten van zorgverleners. Ze was een huisarts die niet alleen wilde genezen, ze wilde vooral gezondheid brengen. We hopen dat ze door generaties van studenten, artsen en zorgverleners mag worden herinnerd in de lengte van jaren.

Als laatste eerbetoon drukken we hier een gedicht van Jana Beranova af waarmee ze werd geëerd in haar uitvaartviering.

*Nu ik je niet meer  
scherp voor ogen heb  
vat ik je 't liefst samen  
ik denk aan je  
zoals ik denk aan gras  
hoe moedig, strijdbaar snijdend  
hoe koppig ook en toch  
hoe zacht*

*Eerste druk: 2013*

*Gepubliceerd door*  
Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven, België  
E-mail: [uitgeverij@acco.be](mailto:uitgeverij@acco.be) – Website: [www.uitgeverijacco.be](http://www.uitgeverijacco.be)

*Voor Nederland:*  
Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland  
E-mail: [info@uitgeverijacco.nl](mailto:info@uitgeverijacco.nl) – Website: [www.uitgeverijacco.nl](http://www.uitgeverijacco.nl)

*Omslagontwerp: [www.frisco-ontwerpbureau.be](http://www.frisco-ontwerpbureau.be)*

© 2013 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)  
Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.  
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.



# Inhoud

---

Ten geleide	7
<i>Manu Keirse, Jan De Lepeleire</i>	
Auteurs	11
Hoofdstuk 1	
Persoonlijke verdieping als bron van kracht	13
<i>Marc Desmet</i>	
Hoofdstuk 2	
Mensbeeld en communicatie	37
<i>Alfons Marcoen</i>	
Hoofdstuk 3	
Overdracht en tegenoverdracht	53
<i>Marc Hebbrecht</i>	
Hoofdstuk 4	
Burn-out	69
<i>Manu Keirse, Lien Keirse, Wouter Keirse</i>	
Hoofdstuk 5	
Promotie van de praktijk	105
<i>Manu Keirse, Lien Keirse, Wouter Keirse</i>	

Hoofdstuk 6	
Omgaan met onzekerheid	131
<i>Geert Pint</i>	
Hoofdstuk 7	
De virtuele derde partner in de spreekkamer	151
<i>Marc Van Nuland</i>	
Hoofdstuk 8	
De dokter is ziek	165
<i>Marleen Brems</i>	
Hoofdstuk 9	
Door de ogen van de patiënt	183
<i>Annemie Vandermeulen</i>	
Literatuur	197

# Ten geleide

*Manu Keirse, Jan De Lepeleire*

Dit boek is het laatste deel van een vierdelige reeks over patiëntgerichte zorg en communicatie. De basisopvatting die aan deze reeks ten grondslag ligt is dat duidelijke richtingwijzers om adequaat te communiceren met de patiënt even essentieel zijn als het beschikken over zorgvuldige procedures en handleidingen voor medisch-technische interventies en ingrepen. In de eerste drie delen worden heel wat concrete modellen en suggesties aange-reikt voor een adequate communicatie in het gewone alledaagse consult (deel 1), in bijzondere situaties (deel 2) en in het contact met patiënten met bijzondere noden (deel 3). In dit vierde deel wordt ingegaan op de manier waarop je als zorgverlener zelf meer voldoening en plezier kunt vinden in je werk. Zoals in de vorige boeken van deze reeks worden ook hier heel wat concrete suggesties aangeboden.

In het eerste deel, *Aan weerszijden van de stethoscoop. Over kwaliteit van zorg en communicatie*, werd vooral aandacht besteed aan modellen voor de wijze waarop je een vertrouwensrelatie met de patiënt kunt opbouwen. Dat is immers onontbeerlijk om de openheid en de veiligheid te creëren die nodig zijn om tot een juiste kijk op zijn problematiek te komen. Concreet werd ingegaan op motieven die mensen bij een arts brengen, hoe je vanuit het spoor van de patiënt adequate informatie kunt opdoen en hoe je dit tijdens het contact en het klinisch onderzoek kunt onderbouwen om tot een correcte diagnose te komen. Verder werden modellen aangeboden om de verkregen informatie dusdanig over te brengen dat het medisch beleid ook aanvaardbaar overkomt voor de patiënt. Er werden modellen beschreven die een handige leidraad zijn bij het overbrengen van slecht nieuws.

In het tweede deel, *Competenties in moeilijke situaties. Over kwaliteit van zorg en communicatie*, werd belangrijke achtergrondinformatie geboden die je nodig hebt om in diverse moeilijke situaties te communiceren op een manier die

het vertrouwen sterkt en verder onderbouwt. Concreet werd ingegaan op de communicatie met de chronische patiënt, waarbij je wezenlijk van andere uitgangspunten moet vertrekken, de problematiek van de patiënt waarvoor geen curatieve behandeling meer voorhanden is, en communicatiemodellen die bij vroegtijdige zorgplanning kunnen worden gebruikt. In twee aparte hoofdstukken werd de communicatie met mensen in rouw uitgewerkt en werd aangetoond hoe anders de benadering is bij het definitieve verlies van een dierbare dan voor mensen die moeten leven met een levend verlies. Omdat gezondheidszorg zich steeds afspeelt in een samenwerkingsverband werden drie hoofdstukken gewijd aan communicatietechnieken die de samenwerking en de verwijzing efficiënt kunnen laten verlopen. Het boek werd afgesloten met een hoofdstuk over omgaan met klachten en medische fouten.

Het derde deel, *Wegwijzers naar bijzondere noden. Over kwaliteit van zorg en communicatie*, bevatte wegwijzers om een vertrouwensrelatie op te bouwen met patiënten die door hun gedrag of aandoening extra aandacht vragen. Een grote diversiteit aan onderwerpen komt daarbij aan bod. Hoe kun je een escalatie vermijden bij patiënten die agressief gedrag vertonen? Hoe praat je over seksuele problematieken waar vaak nog een maatschappelijk taboe op rust? Verder worden concrete handleidingen aangeboden voor communicatie met diverse groepen van patiënten die vanwege hun afkomst, hun ingesteldheid of hun aandoening een bijzondere aanpak vragen. Zo wordt er ingezoomd op patiënten uit andere culturen, personen die moeilijk te motiveren zijn voor behandeling, personen met een verslaving, patiënten met medisch onverklaarde klachten (ook psychosomatische klachten genoemd), personen met dementie, met een psychotische aandoening, met een doodswens en personen met een verstandelijke beperking.

Waar je ervan uit kunt gaan dat het eerste boek de basiskennis aanreikt die nodig is voor een adequate communicatie in de patiëntenzorg, kun je het tweede en het derde boek zien als een verfijning van de communicatie in moeilijke situaties (tweede boek) en met patiënten met bijzondere noden (derde boek).

In dit vierde boek is de focus gericht op de andere zijde van de stethoscoop: de zorgverlener. De centrale vraag is welke steun en inzichten je als zorgverlener nodig hebt om meer plezier en voldoening te ervaren in je werk met patiënten.

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven hoe spiritualiteit je kan helpen om je op een authentieke wijze staande te houden in een job die vaak hoge



eisen stelt. Je wordt meegenomen op zoek naar de essentie van je leven en je werk. Het gaat over verbinding maken tussen mensen, tussen lichaam en geest, verbinding met je dodehoekspiegel, met de zwakkeren en de armen.

Het tweede hoofdstuk gaat over de bril waarmee je naar mensen kijkt. Het mensbeeld van waaruit je vertrekt, bepaalt of je echt ziet en wat je ziet. Omdat je in de gezondheidszorg vaak met ouderen te maken krijgt, is dat de lens die wordt opgezet. Het kan de kwaliteit van je zorgverlening in sterke mate bepalen.

Het derde hoofdstuk behandelt de problematiek van hevige emoties in de relatie. Het gaat over overdracht en tegenoverdracht. Hoe kun je op een adequate manier omgaan met hevige negatieve of positieve emoties in de praktijk? Hoe ontstaan die? Hoe kun je de nodige professionele afstand bewaren zonder kil en afstandelijk te worden?

In het vierde hoofdstuk wordt aangetoond hoe het komt dat zeer geëngageerde en enthousiaste zorgverleners een burn-out kunnen krijgen en hun betrokkenheid bij patiënten kunnen verliezen. Er wordt ingegaan op de bronnen die burn-out veroorzaken, de consequenties daarvan voor je persoon, je gezin en je job, maar ook hoe je burn-out kunt verhelpen en voorkomen.

In het vijfde hoofdstuk wordt beschreven hoe je als beginnende zorgverlener een bloeiende praktijk kunt opzetten, maar ook hoe je na jaren werken en ervaring je praktijk een nieuw kleedje kunt geven. We reiken heel wat concrete suggesties aan om ervoor te zorgen dat je door patiënten als bijzonder wordt ervaren en in het maatschappelijk veld door je excellentie wordt opgemerkt.

Het zesde hoofdstuk gaat over onzekerheid en hoe je daar adequaat mee om kunt gaan. Het gaat dan om de onzekerheid van de patiënt, maar ook over je eigen onzekerheid over symptomen, diagnose en aanpak. Onzekerheid is een dagelijks gegeven in de praktijk. Er worden concrete strategieën aangeboden die je eigen voldoening en de tevredenheid van patiënten kunnen verhogen, ook al is onzekerheid niet volledig uit te bannen.

In het zevende hoofdstuk wordt de nieuwste partner in de praktijk beschreven. Hij heeft stilaan algemeen zijn intrede gedaan: de licht zoemende aanwezige, de computer. Ook al is hij niet rechtstreeks betrokken bij het

gesprek met de patiënt, toch is hij dominant aanwezig. Hij kan je communicatie met de patiënt storen, maar ook bevorderen en ondersteunen. Dit vraagt echter een nieuwe deskundigheid.

Het achtste hoofdstuk brengt je binnen in het leven van de arts die zelf ziek is. Wat gebeurt er met je als je zelf de diagnose krijgt van een ernstige ziekte? En wat gebeurt er met je patiënten als je zelf wegens ziekte afspraken moet afzeggen of in een rolstoel consultatie moet doen? En wie volgt er je behandeling op? Ben je een geprivilegieerde patiënt of van vele zorgen gedepriveerd?

In het negende hoofdstuk kijken we door de bril van patiënten naar de zorgverlener. Op basis van de ervaringen van lotgenotengroepen wordt beschreven hoe patiënten kijken naar artsen, wat ze verwachten en welke modellen van interactie kunnen worden beschreven.

Kwaliteit van zorg en excelleren in de zorg heeft veel te maken met adequate communicatie. Deze vier boeken bieden een rijk palet van lenzen om dat van dichtbij, van veraf en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken. Ze zijn een bron van gegevens, modellen, suggesties en concrete tips om meer voldoening uit je werk met patiënten te halen en nog steeds echt te genieten van je werk als zorgverlener, ook na vele jaren. En is dat niet de moeite waard voor elke zorgverlener?



# Auteurs

---

**Marleen Brems** was arts (KU Leuven). Zij werkte als huisarts in de Universitaire Groepspraktijk en was als staf lid verbonden aan de Afdeling Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven. Zij is op 31 mei 2013 op vijftigjarige leeftijd overleden aan de gevolgen van een chronische ziekte.

**Jan De Leppeleire** is arts (KU Leuven), doctor in de medische wetenschappen, huisarts en als deeltijds hoogleraar verbonden aan de Afdeling Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven. Hij is voorzitter van de werkgroep coördinerende en raadgevende artsen binnen de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie.

**Marc Desmet** is jezuïet en arts (KU Leuven). Hij studeerde filosofie aan het Centre Sèvres te Parijs en geneeskunde en theologie aan de KU Leuven. Hij is palliatief arts in het Virga Jesse Ziekenhuis te Hasselt.

**Marc Hebbrecht** is psychiater, psychotherapeut en psychoanalyticus. Hij is werkzaam in Asster in Sint-Truiden en in het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, campus Kortenberg.

**Manu Keirse** is klinisch psycholoog (KU Leuven), seksuoloog, master in de medisch-sociale wetenschappen en ziekenhuisbeleid en doctor in de geneeskunde (Universiteit Leiden). Hij is emeritus hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven, voorzitter van de Federale Evaluatiecommissie Palliatieve Zorg, van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen en diverse andere voorzieningen in de gezondheidszorg.

**Lien Keirse** is kinderpsychiater (KU Leuven), verbonden aan de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Dienst van de Algemene Ziekenhuizen Sint-Jan en Sint-Lucas in Brugge en aan het Revalidatiecentrum voor taal- en

ontwikkelingsproblemen te Roeselare. Zij is bestuurder van vzw Victor, een thuisbegeleidingsdienst voor personen met autisme.

**Wouter Keirse** is psychiater-psychotherapeut (KU Leuven), verbonden aan de Therapeutische Gemeenschap De Evenaar en aan het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Andante in Antwerpen. Hij heeft een privé-praktijk in Leuven.

**Alfons Marcoen** is emeritus hoogleraar aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Hij doceerde ontwikkelingspsychologie en deed onder andere onderzoek naar dimensies van welbevinden, gerotranscendentie en spiritualiteit bij ouderen, en de zorgrelatie tussen volwassen kinderen en hun bejaarde ouders. Hij is ook docent aan het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen te Brussel.

**Geert Pint** is arts (KU Leuven), werkt als huisarts en is communicatietrainer verbonden aan de Afdeling Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

**Annemie Vandermeulen** is sociaal verpleegkundige en als stafmedewerkster van bij de start verbonden aan het Trefpunt Zelfhulp, het ondersteuningscentrum voor zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen. Haar hoofdopdracht bestaat uit het ondersteunen en het begeleiden van deze verenigingen, en het uitwerken en aanbieden van vorming voor hun vrijwillige (bestuurs)medewerkers. Op vraag van de patiëntenverenigingen werkte ze een interactief vormingsaanbod uit over de arts-patiëntcommunicatie.

**Marc Van Nuland** is arts (Universiteit Antwerpen), huisarts en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Afdeling Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

# Hoofdstuk 1

## Persoonlijke verdieping als bron van kracht

Marc Desmet

*Wie de essentie raakt,  
ervaart iets intiems en ongrijpbaars  
wat energie geeft en problemen doet verzwinden.*

Naar le Petit Robert

### Hoe als individu staande blijven? Proeven van de essentie

Persoonlijke spiritualiteit heeft te maken met het individu dat bij de essentie geraakt. Bij de essentie geraken heeft te maken met het zien van de harde feiten, en veel meer. De harde maatschappelijke feiten zijn dat het individu weliswaar veel persoonlijke vrijheid heeft, maar zich mede door de complexe multiple choice die zijn leven is geworden vaak bedrukt voelt, dat dit bedrukte individu werkt in een context van sterk ontwikkelde maar soms drukkende zorg in het gezondheidsbedrijf, en dat het zich beweegt in een geweldige maar ook erg drukke netwerkmaatschappij.

Door die harde feiten heen toch 'veel meer' zien, daar gaat het over in spiritualiteit. Wat is dat 'veel meer zien'? Het gaat niet noodzakelijk over veel dingen, maar eerder over het proeven van de 'essentie'. Wat essentie is, wordt mooi geëvoceerd door de verschillende betekenissen van het Franse woord *essence* (*Le Petit Robert*). Vooreerst betekent *essence* 'de intieme aard van de dingen'. De essentie gaat over iets intiems maar ook ondoorgroendelijks. Is dat niet de ervaring van elke echte arts in contact met de zieke? Ten tweede verwijst *essence* naar parfum, bijvoorbeeld *essence de lavande*. De essentie heeft dus iets van een parfum: duidelijk aanwezig en toch moeilijk te vatten. *Essence* is ten slotte ook goed bekend als benzine: de 'zeer vluchtige, geurige, ontvlambare vloeistof gebruikt als brandstof en als oplosmiddel'. De essentie raken geeft energie en lost ook zaken op. Kortom, de essentie gaat over

iets intiems, verspreidt zich als een parfum, geeft energie en heeft een groot oplossend vermogen. Dat is natuurlijk exact de ervaring van liefde, tussen twee partners, maar op een eigen wijze ook tussen arts en patiënt.

Op zoek dus naar de essentie. Je hebt daartoe nood aan echte verbinding in tijden van eindeloze netwerkverbindingen. Je mist iets, misschien de essentie. Vandaar een aantal missing links en daaraan gekoppeld concrete tips om de verbinding te maken met de essentie. Dat wordt in andere publicaties nog uitvoeriger uitgewerkt (Desmet, 1996).

### **Verbinding met de bron: re-member waar het begon**

Je verbinden met de bron van je zorgverlening is als het ware stroomopwaarts varen op de rivier van je beroepsleven tot aan de bron. Beginnen bij het begin betekent je de vraag stellen: waarom doe je dit werk en waarom op deze plaats? Wanneer je daarover nadenkt, stoot je op een aantal min of meer toevallige 'harde feiten', factoren die je leven determineren en waar je vaak geen greep op hebt of die door anderen werden beslist. Waarom iemand begint aan een studie geneeskunde of verpleegkunde, is voor de persoon zelf vaak niet zo duidelijk. Wie bijvoorbeeld uit een doktersfamilie stamt, is meer voorbestemd voor een artsenstudie. Die keuze wordt ook sterk bepaald door een eerder positief wetenschappelijke vorming. Waarom je later in een bepaald ziekenhuis werkt, heeft bijvoorbeeld te maken met het feit dat daar net een plaats werd aangeboden op het moment dat je afstudeerde. Of het wordt mee bepaald door de lotgevallen met je levenspartner. En zo kun je de geschiedenis van je beroepskeuze ontleden in heel wat harde, toevallige factoren. Je kunt in de nuchtere feiten echter ook een 'meer' ontdekken, dat niet objectief te bewijzen valt, maar dat er wel meer betekenis, zin en samenhang aan verleent en waardoor ook de beleving en de praktijk veranderen.

'Meer' kan verschijnen in de vorm van de verwondering dat het leven je door al deze nauwelijks te controleren determinaties en toevalligheden geleid heeft naar deze patiënten. Zij zijn momenteel aan jou toevertrouwd. Natuurlijk ben je perfect vervangbaar, en toch ben je ook uniek. Niemand zal het je nadoen, zoals jij je werk doet. 'Meer' verschijnt ook wanneer je a posteriori bepaalde lijnen in je levensgeschiedenis merkt. Bijvoorbeeld, je was tijdens je opleiding geneeskunde het meest geboeid door huisartsgeneeskunde, psychiatrie en oncologie. Nadien heb je gemerkt hoe die drie interesses mooi zijn samengevloeid in je keuze voor palliatieve zorg. Wanneer je zoiets 'ontdekt',

voel je dat je werk meer verankerd geraakt in diepere verlangens. 'Meer' verschijnt ook in ervaringen, vaak ontmoetingen met patiënten, die je verwoordt als: 'Dit is wat ik eigenlijk al altijd zocht in de geneeskunde, zonder te weten wat het was... Nu pas weet ik waarom ik dit vak gekozen heb... De stukken van de puzzel vallen samen.' Als arts kun je vele jaren omgaan met zieken voordat het op een dag eindelijk echt tot je doordringt wat het betekent voor een zieke om zijn leefwereld beperkt te zien tot enkele vierkante meters. Voordien bestond de zieke in zekere zin niet voor die arts – een beetje zoals je wel eens zegt: 'Ik besta niet voor hem,' ook al weet die ander natuurlijk heel goed dat je bestaat. En vaak moet er iets gebeuren dat je eigen leven raakt – ziekte of ongeval bij een partner, een vriend, jezelf... – om anders aan te kijken tegen je leven en je werk. Stages zijn hierin vaak ook belangrijk.

Iris Murdoch, een Britse filosofe, omschreef deze ervaring ooit als 'liefde, in zijn meest elementaire zin: de ontdekking van de realiteit, het uiterst moeilijk beseft dat iets anders dan jezelf echt bestaat.' Je leven als arts wordt anders wanneer het lijden, maar ook de vreugde van de patiënt echter, levensechter worden. Dat is een ontdekking, een uiterst moeilijk beseft. Dat zijn 'stichtende momenten': ze maken van jou een echte arts. Terugblikken op de scharniermomenten van je geschiedenis (waarom werk ik waar ik nu werk?) kan tot dit beseft leiden en kan zo meer heelheid en energie geven aan je (beroeps)leven. Het Engelse woord *re-member* suggereert prachtig hoe je echt iets herinneren opnieuw 'ledematen' (= *members*), armen en benen, geeft aan het corpus, het lichaam van je innerlijke kennis en je in beweging kan zetten, met een ander woord: motiveren.

#### **Concrete tip: re-member waar het begon**

*Herinner je waar de zieke echt voor je begon te bestaan.*

Gaat het bij jou om bepaalde sterke momenten of zie je een geleidelijke 'lijn' in je persoonlijke geschiedenis?

*Herinner je waar jou vertrouwen werd gegeven.*

Het is belangrijk om bij deze oefening bewust op zoek te gaan naar ervaringen die spreken van een bepaalde droom, een verlangen, een vertrouwen. Deze kunnen weliswaar voortkomen uit een negatieve nood-situatie die je opgemerkt hebt maar die je wel verwijst naar een positief streefdoel. Natuurlijk zijn er veel ervaringen die de realisatie van dit verlangen zullen tegenspreken, die je zullen kwetsen en die kunnen opkomen terwijl

je dankbaar terug probeert te blikken. Naar dat negatieve zal ook moeten worden gekeken (zie verder 'Verbinding van de wonden'), maar pedagogisch en spiritueel is het juist belangrijk om bewust 'selectief' een moment de verbinding te leggen met de bron. Een bron is vaak erg discreet en verborgen. Het is als met de fundamenten van een ziekenhuis: ze zijn onzichtbaar ondergronds en toch wordt het gebouw erdoor gedragen. De verbinding met de bron is een soort 'archeologie' van je fundamenten.

Je echt de diepte van iets herinneren kun je niet forceren. Het is niet zozeer een intellectuele geheugenoefening als wel iets wat je gegeven wordt, maar je kunt wel ruimte scheppen voor zo'n gave door bijvoorbeeld meditatief terug te keren naar een of andere ervaring. Het is een denken dat danken wordt, ondanks alles. Iets waaruit blijkt dat het rechtstreekse, 'eenvoudige' contact met de zieke of de medewerker een eigen, onvervangbare waarde heeft binnen het complex systeem van onze gezondheidszorg met veel middelpuntvliepende krachten.

## Verbinding als binding met de zaak en jezelf

---

Echte verbinding heeft onder meer te maken met binding. Waar kom je in je element? Een van de missing links van deze tijd lijkt me het gebrek aan binding met je taak. De vele personeelwisselingen allerhande lijken dit overigens te stimuleren en verhogen de vrijblijvendheid van de relatie met zieken en medewerkers. Niet dat je dat persoonlijke altijd wilt vermijden, maar de keuze voor schaalvergroting heeft wel organisatorische implicaties: hoe groter de patiëntengroepen en het aantal artsen binnen een groep, hoe onpersoonlijker en meer wisselend je contact met patiënten wordt als arts. Patiënten zien vaak andere artsen. In het algemeen veranderen mensen bovendien vaker van job, zeker managers. Hoe staat het met je binding aan degenen die je leidt? In welke mate ervaar je jezelf als 'huurling' voor een zeer tijdelijk project? In welke mate hoor je werkelijk bij een project dat jezelf in tijd en grootte overstijgt? In welke mate gaat het om je carrière en niet om de zieke? Natuurlijk gaat het altijd om een mengeling. Maar waar verduistert het eigen streven het centrale doel van zorg?

Het punt is niet dat het fout zou zijn om een artsenleven wat minder belastend te maken door het werk onder meerderen te verdelen en daardoor soms minder persoonlijk contact te hebben. Het punt is dat binding een eigen positieve waarde heeft en extra bezieling en liefde voor het werk kan geven. Binding is evenwel niet populair in onze maatschappij van voortdurende



veranderingen, flexibiliteit, 'nieuwe uitdagingen', 'springplanken' en vele keuzemogelijkheden. Binding roept eerder 'verstikking' en vrijheidsbeperking op, terwijl binding juist leven kan geven.

Er zijn natuurlijk veel niveaus en manieren van binding. Een diepe binding is die met het soort werk waar je 'in je element' bent, waar je 'thuiskomt', misschien tot je eigen verwondering, misschien als gevolg van toevallige, zelfs ongewenste omstandigheden. De vraag is dan of je 'ja' zegt op datgene waarin je thuiskomt – voor zover je daar natuurlijk praktisch de kans toe krijgt. Wie 'in zijn element' werkt, ontvangt energie en creativiteit. Je element vinden en daar ja op zeggen, dat zijn de twee stappen van een link die maakt dat je het gevoel kunt krijgen dat je bezig bent met de dingen waar je mee bezig 'moet' zijn. Dit moet nochtans vaak wijken voor andere overwegingen, die je niet altijd zelf maakt, maar soms wel.

Binding kan zich uitdrukken in het feit dat je dezelfde job langdurig uitvoert, waarbij je je ook bindt aan een bepaalde dienst of bepaalde patiënten. Toch kan binding zich ook uiten in verschillende opeenvolgende jobs waarbij je evenwel gebonden weet aan een project dat je persoonlijke inzet overschrijdt en waarvan je misschien zelfs nooit het resultaat zult zien, maar dat betekenis heeft voor vele anderen. Ook dat is wel eens een missing link. Men spreekt in dat geval over 'kathedraalbouwers': mensen werkten in de middeleeuwen aan een soms eeuwenlang bouwproject dat hen ver oversteeg en waarvan ze de voleinding vaak nooit zouden zien (Verstraeten, 2003). Ook wij kunnen in deze tijd het gevoel hebben te behoren tot een breder project.

Nog een ander niveau: kun je je werk zien als betekenisvol voor onze maatschappij en cultuur? Besef je de bredere betekenis van je moeizame en intensieve geneeskundige zorg voor personen met dementie, voor patiënten met CVA en aftakelingsprocessen, voor patiënten met een oncologische aandoening, voor personen met blijvende vruchtbaarheidsproblemen, voor personen met politraumata, en zoveel andere types zieken?

**Concrete tip: (ver)bind je met je zaak**

*Heb oog voor waar je in je element komt en verbind je ermee. Zeg er 'ja' op, voor zover dat binnen je macht ligt.*

*Voel je je een huurling of een kathedraalbouwer? Wat wil je zijn?*

## Verbinding van mijn wonden

---

Wij worden allemaal geconfronteerd met gemengde gevoelens en bij momenten gekwetst. Wat helpt als je je lamlendig voelt? Iedereen wordt geconfronteerd met slecht nieuws.

Als patiënt krijg je te horen dat je ongeneeslijk ziek bent, dat de therapie niet aansloeg, dat je levenslang van medicijnen en apparaten afhankelijk zult zijn.

Als arts word je gekwetst, bijvoorbeeld door de onredelijkheid of veeleisendheid van patiënten of families. Je loopt ook aan tegen collega's. Artsenconflicten kunnen hevig zijn, associaties worden dissociaties, verschillen worden geschillen en incompatibiliteiten. Je botst tegen de leidinggevendenden, het team. 'U spreekt over interdisciplinariteit? Toon mij uw littekens', zei ooit Balfour Mount, een belangrijk Canadees arts en de stichter van de palliatieve zorg in Noord-Amerika. En dan zijn er de verwondingen van de moderne organisatie: gekwetst door de overdosis projecten, controles, middelpuntvliedende krachten en contradicties. Misschien dacht je dat er na een opbouwfase een punt zou komen vanwaar je de dienst rustig verder kon uitbouwen. Maar telkens blijven onverwachte wendingen opduiken. Niemand kan je zekerheid geven over wat de komende jaren gebeurt. En soms is er letterlijk een tekort aan ruimte waardoor je te kort op elkaars vel zit: het zogenaamde duikbooteffect.

Elk van ons wordt op een eigen manier gekwetst. Daarbij stoot je op gemengde gevoelens. Je voelt je tegelijk machteloos (wat kan ik eraan doen?) en toch nog verantwoordelijk (waar heb ik een fout gemaakt in dit slechtnieuwsgesprek, bij deze verzorging, deze medische beslissing, deze beleids optie, deze communicatie met een collega? Hoe had ik het eigenlijk moeten doen?) Je bent slachtoffer en beklaagde. Je zit verstrengeld in een kluwen van weten en niet weten. Je 'weet' dat het er niet zo goed uitziet en tegelijk ontken je het en praat, plan en doe je anders, zoals een patiënt na slecht nieuws. Dat zijn de harde feiten.

Toch is het belangrijk dat er meer gebeurt dan een oppervlakkige inspectie van de wonde. Anders verettert de kwetsuur tot verbittering en wantrouwen, iets van: 'Vroeger had ik idealen – ik dacht dat het met deze medewerker, met deze investering beter zou gaan. Nu weet ik wel beter.' Dat is zonde van het verloren ideaal. Er kan 'mentaalmoetheid' ontstaan, een soort mentaal

desinvesteren en louter kortetermijndenken. Je kijkt niet meer vooruit want het kan voortdurend veranderen en dat vraagt te veel energie en stress. Je leeft volgens de waan van de dag of de week. Dat kan tijdelijk helpen maar kan ook evolueren tot apathie en fatalisme. Of je blijft vriendelijk, maar 'zonder meer', met een tandpastaglimlach. Iets ontbreekt.

Een arts schreef: *'We all need a place to be bad.'* We hebben allemaal een plaats nodig waar we ons boze, gekwetste zelf mogen zijn. Daar kun je 'bekennen' hoe het eigenlijk met je staat, op een veilige manier. Die omgeving kan uiterlijk zijn, maar ook innerlijk. Het kan echt belangrijk zijn je eigen innerlijke stille ruimte op te zoeken.

'Wees jezelf' klinkt het in onze maatschappij. Maar hoe kun je echt jezelf zijn met al die drukte en dat lawaai rondom je? Waar vind je een plaats waar je kunt stil-vallen zodat je merkwaardig genoeg vooruit kunt? Waar vind je de onderbreking die je toelaat je innerlijk weer wat te 'verzamelen'? Het is immers eigen aan onze maatschappij dat alles doorloopt: de zondag is geen rustdag meer, het is de dag waarop je doet wat je in de week nog niet kon doen. Je kunt nu alle dagen inkopen doen, zelfs 's nachts. Je kunt altijd benzine tanken, geld afhalen, elektronisch bankieren, dvd's bekijken, 'ooit gemist' volgen. Je bent altijd bereikbaar via gsm en computer. Je rent van het werk naar de school of de crèche, naar huis, naar een avondvergadering enzovoort. Alles loopt door, tenzij je zelf een onderbreking aanbrengt, een rustpunt inbouwt. Je moet er soms iets voor doen, en vaak zijn dat eenvoudige dingen die je al hebt, maar moet je er enkel bewust van worden.

Het gebeurt, vooral als je merkt dat je als een kip (haan) zonder kop rondloopt, dat je je even terugtrekt in je kantoor – die luxe heb je soms als arts – om een minuut je ogen te sluiten en contact te zoeken met de onderstroom onder de oppervlakkige stormen van je gemoed, je innerlijk te 'verzamelen' en de innerlijke fragmenten te re-collecteren. Je kunt ook een rustig beeld oproepen: onder een mooie boom, kijkend naar een rustig landschap. Zo is het ook heel zinvol om voor elk belangrijk gesprek heel even tot jezelf in te keren, om nadien in staat te zijn om innerlijk bij de ander te komen. Ook het lichaam kan helpen bij dat stilvallen: voor een gesprek even diep ademhalen – het duurt niet lang en toch brengt het een fysiologische relaxatie teweeg – en tijdens het gesprek zitten.

Er valt heel wat te zeggen over **autospiritualiteit**: stilvallen al rijdend. De wagen is een plaats waar velen lang of kort verblijven, vaak alleen en in die

zin ongestoord. Je hebt zelf in de hand of je je wilt laten storen door de radio of door de gsm. Aangepaste muziek kan een hulp zijn voor een soort mentale afzondering ten opzichte van de omgeving, al is het niet de bedoeling om de veiligheid in het gedrang te brengen. De wagen is als een boot waarmee je van de ene oever naar de andere vaart. Vooral bij langere ritten kun je bewust plannen: ik zal gewoon wat genieten van muziek, het landschap, ja zelfs van de nachtverlichting, of ik wil me innerlijk concentreren op wat ik nadien zal doen. Of omgekeerd: ik blik terug op de voorbije dag en wat mij daarin bewogen heeft, om beter vooruit te gaan, net zoals je de achteruitkijkspiegel gebruikt om goed en veilig inhaalmanoeuvres te ondernemen en het verder te 'wagen'.

Vaak gaat het om *eenvoudige rituelen* die juist door hun monotone repetitief karakter toegang bieden tot je innerlijke omgeving: stofzuigen, het gras afrijden volgens een bepaald patroon, het zelfde rondje met de hond, de ochtend- en avondrituelen, je bureau opruimen. In een workshop sprak iemand zelfs over kantklossen: na een tijdje ben je niet meer aan het kantklossen, maar kom je elders... Niet erg verschillend overigens van het effect van een paternoster. En kun je nog leven zonder achtergrondlawaai? Hoe kun je stil-vallen bij patiënten als je altijd lawaai op de achtergrond nodig hebt? Stilte verdragen is een beetje zoals zoutarm kunnen eten: wie altijd erg gezouten en gekruid eet, smaakt niets meer van het voedsel zelf; wie altijd muziek en lawaai nodig heeft, smaakt niet meer de smaak van het zijn zelf. Periodes van radio- en tv-stilte verscherpen onze spirituele smaakpapillen.

Natuurlijk bestaan er meditatietechnieken: mindfulness, yoga, zen, christelijke meditatietechnieken. Sommige mensen trekken zich soms voor een aantal dagen terug in een abdij, als het ware voor een spirituele hoogtestage. Je komt anders, rustiger, minder egocentreed terug. Toch hoeft stilvallen tijdverslindend noch moeilijk te zijn. Luister vijf minuten naar rustige jazzmuziek en beeld je in dat je met een geliefd iemand naar de overkant van een meer vaart: merkwaardig wat er in vijf minuten allemaal kan opkomen en terugkomen. Er zijn zoveel manieren om je bezig-zijn (*your busy-ness*) even achter je te laten.

In de spirituele tradities bestaan er van die kleine tips die erg nuttig zijn in periodes waarin je je gekwetst, lamlendig, verward, teleurgesteld of uitgeput voelt. In wat volgt worden vijf van deze concrete tips weergegeven.

*Ten eerste: verander in periodes van negativiteit niet een beslissing die je voordien positief hebt genomen. Wanneer je je niet goed voelt, ben je soms sterk*

geneigd zaken op te geven. Zeker indien je vroeger positief gekozen hebt voor je job, zijn negatieve gevoelens geen goede basis voor een beslissing. Wie in een negatieve spiraal zit, ontwikkelt immers meestal ook negatieve gedachten en ingevingen. Ook baseert een goede beslissing zich niet alleen op gevoelens, hoe belangrijk ze ook zijn. Tenzij een beslissing zich hoe dan ook opdringt – bijvoorbeeld omdat je werkonbekwaam wordt of omdat een directie een beslissing opdringt – moet je proberen een beslissing te nemen op een positieve basis. Als je beslist om te veranderen van werk, is het beter om dat niet te doen op een ogenblik dat je erg teleurgesteld bent, maar op een moment dat je positief voor iets anders kunt kiezen. Zolang zich geen volwaardig alternatief aanbiedt, is het beter terug te vallen op je laatste positieve keuze. Met een beeld: als je de weg kwijt bent, moet je proberen terug te gaan naar de laatste plek waar een duidelijke wegwijzer stond. Terwijl je dus niet moet doen wat je geneigd bent te doen, namelijk er de brui aan geven, moet je omgekeerd wel een aantal dingen doen waartoe je niet onmiddellijk geneigd bent, maar die je kunnen helpen om uit de negatieve spiraal te geraken. Hieruit volgen vier andere tips.

*Ten tweede: begin met 'iets', zet kleine stapjes.* Zoals in een patstelling: er moet iets gebeuren, je moet 'iets' doen. De vergissing is te denken dat dit iets groots of geweldigs moet zijn. Neen, je moet een kleine stap zetten, een bescheiden verandering aanbrengen. Je bent immers niet in staat tot een grote stap als je in de ellende zit. Maar als je dat kleine stapje niet zet, geraak je helemaal mentaal verlamd. Eigenlijk is het vaak niet zo belangrijk wat je precies doet, als er maar beweging in de zaak komt. Sommige mensen beginnen spontaan op te ruimen, en vaak is dat een goede kleine stap. Nadien kan de richting nog altijd aangepast worden. Je moet als het ware je zeil uitrollen zodat je wat wind kunt vangen en merken vanwaar hij komt, nadien kun je nog altijd de richting aanpassen. Soms denk je vooraf: wat kan dat nu helpen, het trekt toch op niets. Vaak is dat een bekoring. Nadien blijkt dat uit dat onbeduidende zaadje toch iets gegroeid is. Het is zoals wanneer je een brief moet schrijven en je niet weet wat je moet schrijven: bezin voor je begint, maar laat je niet verlammen door het witte vel papier of het lege scherm, door het idee dat het niet goed is. Misschien moet je het nadien veranderen, maar je zult merken: dat beginwoord kan een ander woord meebrengen, de ene gedachte de andere. Als je een probleem moet oplossen en je weet niet waar te beginnen: spreek er even over met een collega. Dat begin kan je op weg zetten, ook al schiet van de suggestie van dat eerste gesprek uiteindelijk bijna niets meer over. Als je een moeilijk gesprek moet aangaan en je bent geneigd om maar van het hele idee af te stappen,

laat je dan niet verlammen door de gedachte 'wat moet ik zeggen?'. Stap binnen, begin met een 'goeie dag' en luister naar wat de ander zegt. Als je geen zin hebt om 's morgens iets te zeggen en je liever in jezelf gesloten blijft: een aanspreking beantwoorden of zelf iets zeggen kan je uit jezelf halen. Als je denkt aan alle ellende die nog komt en die het leven uitzichtloos maakt, weet dan dat al die ellende nooit ineens over je komt en begin fris aan deze dag. Als je niet meer kunt, kun je meestal toch nog een beetje. Dat beetje is niet niks.

*Ten derde: concentreer je op de persoon van je kerntaak.* Wanneer het je niet gaat, kun je proberen om je te concentreren op de zieke en er extra attent voor te zijn. Dat lijkt natuurlijk net moeilijk, want je voelt je ellendig, maar de zieke vormt de bron van de zin van wat je doet, en die moet je opzoeken. Vaak zal je ontdekken dat je daar de mosterd vindt. Ook werkt dat contact soms helend wanneer je bijvoorbeeld bedenkt: wat is mijn miserie in vergelijking met deze jonge persoon die gaat sterven en die bovendien toch altijd vriendelijk is gebleven...

*Ten vierde: probeer dankbaar te zijn.* Wanneer je het moeilijk heb met iemand en de indruk hebt dat hij je dwarsboomt, dan kun je – vaak helemaal tegen je stemming in – bedenken waarvoor je deze persoon dankbaar kunt zijn. Het is niet zelden een probaat middel om het verwijtende discours dat op dat moment in je woedt en de negatieve spiraal die zich in je ontwikkelt enigszins te stillen.

*Ten vijfde: bedenk dat negatieve stemmingen soms verrassend snel kunnen omslaan.* Als je terugblijkt op een dag is het soms verbazend om vast te stellen dat een negatief begonnen dag er tegen de avond al weer heel anders uit kan zien. Een huizenhoog probleem is tot zijn ware proporties ingezakt, wantrouwen en inwendige kritiek zijn soms verdwenen. De truc bij een moeilijke ochtendstemming is dus te bedenken dat je je later op de dag veel beter kunt voelen, hoewel die positieve stemming heel erg ver lijkt te zijn. Bedenk ook dat er spirituele krachten in je schuilen die je pas zult ontdekken in moeilijke tijden.

#### **Concrete tips: als je je lamlendig voelt**

*Laat je gemengde gevoelens toe en laat je helen. Zoek de stille ruimte in jezelf op... Welk middel gebruik jij om in je stille ruimte te komen? Hoe kunnen autoriteiten je helpen om tot innerlijke rust te komen?*

***Wat je niet moet doen, maar waartoe je geneigd bent:***

*Er de brui aan geven. Een besluit dat je ooit positief nam, moet je in tijden van negativiteit niet veranderen.*

***Wat je wel moet doen, maar waartoe je niet zo geneigd bent:***

*Zet kleine stappen, want grote kun je op dat moment niet zetten. Niets doen betekent verlamming, terwijl de kleine stap je in een positieve dynamiek kan brengen.*

*Probeer extra attent te zijn als arts voor de patiënt of de familie. Daar zit de bron van de zin van je werk en van heling van je wonden.*

*Probeer dankbaar te zijn voor wat er wel is. Hoewel het zo niet voelt, geeft het je soms een heel ander perspectief.*

*Bedenk dat de stemming soms onverwacht snel ten goede kan keren en dat je beschikt over spirituele krachten die je pas in moeilijke tijden ontdekt.*

## **Verbinding van geest en lichaam bij beslissingen**

Beslis niet alleen met je verstand: let op sereniteit en luister naar je lichaam. Een beslissing groeit in haar grondvorm altijd uit een reflectie op een aantal gegevens, hoe kort ook. In beslissingen spelen ook innerlijke gemoedsbewegingen mee, die je 'spirituele gegevens' kunt noemen. Die vertalen zich in lichamelijke gewaarwordingen want geest en lichaam zijn verbonden. Deze subtiele gegevens worden echter niet zelden verwaarloosd en zo komen we bij een volgende missing link.

Een klinische beslissing groeit volgens mij uit het afwegen van gegevens van verschillende aard: medische, emotionele en socio-familiale, maar ook spirituele gegevens. Met deze laatste refereren we aan ervaringen als: 'Deze keuze "past"', aan diepe gemoedsbewegingen van vrede of onvrede in de persoon bij een bepaalde keuze. Een voorbeeld: een man ontwikkelt een ongeneeslijk type leukemie, dat misschien wel tijdelijk teruggedrongen kan worden door een belastende chemotherapie in isolatie. De familie vertelt hoe de man zich zeer vredig voelde bij het idee deze therapie niet meer te ondergaan, tot de arts langs kwam en hem overtuigde om dit toch te doen op basis van de statistische kans op remissie. De man overleeft ternauwernood de complicaties van de kuur en sterft een tweetal maanden later in een palliatieve eenheid. In dit beslissingsproces gaat de arts voorbij

aan het spirituele gegeven dat de patiënt er vrede mee heeft om niet meer behandeld te worden met chemotherapie. Hoe belangrijker de levensbeslissingen, hoe meer dit spirituele aspect aandacht zou moeten krijgen. In zekere zin 'neemt' iemand hier geen beslissing, maar 'ontvangt' hij ze vanuit zijn innerlijkheid. 'Iets' in de persoon zegt wat goed is voor hem. Aandacht voor een dergelijk aanvoelen neemt overigens niets weg van het belang van medische informatie (niet zelden te optimistisch voorgesteld) die aangepast is aan de zieke, noch van het belang van emotionele of sociale elementen.

We kunnen op dit punt ook het mooie woord 'con-sensus' herontdekken. In de uitdrukking 'ze hebben een consensus bereikt' klinkt 'consensus' vaak als een plat compromis waar ieder gecompromitteerd uit komt. Dat is zeker niet altijd te vermijden. Toch kan een consensus ook de weergave zijn van een dieper gebeuren bij een beslissing: het betekent letterlijk dat we *samen aanvoelen* dat iets de betere, of de minst slechte oplossing was. Dat samen aanvoelen is geen pure emotionaliteit, maar eerder een 'doorvoeld weten' nadat je de technische, inhoudelijke en menselijke factoren van een beslissing hebt bestudeerd en afgewogen. Niet het minst is dit van belang bij ethische problemen. Aandacht voor spirituele gegevens en voor consensus zal niet altijd leiden tot een ander resultaat van een beslissingsproces, maar door de diepere kwaliteit zal het effect op de betrokkenen altijd verschillend zijn. Niet alleen het meetbare resultaat van een beslissing telt immers, maar ook het niet meetbare effect.

Dat leidt tot de fysieke 'keerzijde' van deze missing link: innerlijke gemoedsbewegingen vertalen zich in lichamelijke effecten. Welke optie geeft onrust, ongezonde vermoeidheid, zwaarte in geest en lichaam, verwarring en complexiteit, leegte of verstrooidheid? Welke optie geeft daarentegen, rust, energie, lichtheid in geest en lichaam, helderheid en eenvoud, volheid of concentratie? Zou het fameuze niet-pluisgevoel van (huis)artsen hier ook niet naar verwijzen? Merk je ook niet dat je in complexe situaties soms het gevoel kunt hebben rustig in het oog van de storm te zitten en het overzicht te behouden, terwijl je op een andere keer meedraait in de kolk van het gebeuren? Een dergelijke gewaarwording kan je beslissing naar de ene of de andere richting doen overhellen of ervoor zorgen dat je een beslissing uitstelt. Verbinding met je innerlijke bewegingen en je lichaam kan een kostbaar kompas zijn bij concrete beslissingen.



**Concrete tip: beslis niet alleen met je verstand**

*Let ook op spirituele gegevens.*

*Beslis niet alleen op basis van technische of psychologische gegevens maar ook van sereniteit en con-sensus.*

*Is een beslissing iets wat je enkel 'neemt' of ook iets wat je als het ware van binnenuit 'ontvangt'?*

*Luister ook naar je lichaam.*

*Wat zorgt voor ongezonde vermoeidheid/zwaarte, wat geeft energie/lichtheid?*

## Verbinding met je dodehoekspiegel

---

Naast de verbinding van geest en lichaam is er een tweede verbinding die een grote, vaak verwaarloosde rol speelt in beslissingen: de verbinding met de dodehoekspiegel. Zoals bekend kan een blinde hoek leiden tot slachtoffers bij inhaal- en afslagmanoeuvres, ook al was de bestuurder zich van geen kwaad bewust. De dode hoek wordt een dodenhoek: een nachtmerrie voor alle betrokkenen. En hoe hoger de bestuurder zit, hoe groter de tol van ongevallen. Zo spelen 'dode hoeken' vaak een beslissende rol bij overleg. De attitude die hierop bedacht is, noem ik 'innerlijke vrijheid'. Ze is als de dodehoekspiegel in je (bedrijfs)wagen of vrachtwagen.

Wat 'innerlijke vrijheid' betekent, wordt duidelijker als je vraagt wat op persoonlijk vlak nodig is om goede geneeskunde te beoefenen: (1) technische competentie, (2) inlevingsvermogen, (3) tijd en ervaring, (4) innerlijke vrijheid. Als arts moet je voortdurend 'schipperen' tussen techniek (wat is deze ziekte, dit klinisch probleem, en wat kan ik eraan doen?) en inleving (wat betekent deze ziekte, dit probleem, voor de zieke?) Om goed te kunnen 'schipperen' is altijd technische competentie vereist, niet alleen om technisch juist te beslissen en te handelen, maar ook omdat precies dat technisch gemak je toelaat ook aandacht te hebben voor niet technische aspecten. Als je niet weet hoe je een pijnprobleem moet oplossen, is je geest benomen door het technische probleem en is er geen mentale ruimte voor het belevingsprobleem. Daarnaast zijn tijd en ervaring vereist. Er zijn nu eenmaal zaken die je enkel met 'tijd en boterhammen' leert. Maar je hebt ook zoiets nodig als 'innerlijke vrijheid': een grondhouding waarin je je

meer bewust bent van wat je drijft in beslissingen, zodat je meer voeling krijgt met wat de ander drijft.

Goede mensen – zijn er andere in de geneeskunde? – worden vooral gedreven door goede drijfveren. Vreemd genoeg kunnen juist die goede drijfveren je in een impasse brengen. Zo zal iedereen begrijpen dat de liefde van ouders voor hun kinderen – uiteraard iets goeds – er toch toe kan leiden dat kinderen nooit echt volwassen worden, bijvoorbeeld omdat die liefde te verstikkend werkt. Die verstikking is dan de dode hoek van de ouderliefde. Hoe kom je op het spoor van je dode hoeken in de klinische praktijk? Daarvoor heb je nood aan een ‘dodehoekspiegel’ die het gevaar reflecteert. Concreet bedoel ik daarmee een moeilijke ‘bespiegeling’ of ‘reflectie’ vanuit vragen als: (1) Hoe vul je de volgende zin aan: ‘Raak niet aan mijn...’? Met andere woorden, wat zijn de goede dingen waar je als arts erg aan gehecht bent? (2) Waar merk je dat deze gehechtheid je soms in impasses brengt?

We geven enkele voorbeelden om de verbeelding te stimuleren.

‘Raak niet aan mijn domein van competentie.’ Iedere arts heeft een domein waar hij of zij goed in is. Toch kan een ongeordende gehechtheid hieraan de patiënt, het team en uiteindelijk jezelf schaden. Zo heeft bijvoorbeeld therapeutische hardnekkigheid te maken met een arts die andere stemmen dan biomedische niet op zijn domein toelaat. Het is dus meestal geen probleem van onedele bedoelingen, maar veeleer van een gebrek aan innerlijke vrijheid: je verkijkt je op biomedische parameters terwijl psychologische en existentiële parameters in de dode hoek blijven. Welke houding neem je aan tegenover collega’s die vragen stellen of suggesties doen? Hoe reageer je wanneer een patiënt min of meer kritische vragen stelt aan een arts of verpleegkundige? Wordt hij of zij bestempeld als een lastige patiënt of als iemand die werkelijk vragen heeft of het gewoon moeilijk heeft? Hoe reageer je als arts wanneer een verpleegkundige verbaal of non-verbaal een bepaalde behandeling in vraag durft te stellen? Is daar ruimte voor of zit de verpleegkundige er telkens ‘met opgekrulde tenen’ bij als ze iets wil vragen of suggereren? Innerlijke vrijheid betekent niet dat iedereen over alles iets relevant te zeggen heeft. Het impliceert wel een houding waarin anderen ondervinden dat ze niet bang hoeven te zijn om iets te zeggen over datgene waar je goed in bent.

‘Raak niet aan mijn patiënt.’ Om financiële redenen, maar ook om subtielere redenen zoals de emotionele verbondenheid met patiënten: zo kan het

gebeuren dat tijdens het ziekte- of stervensproces iemand anders je relatie met een patiënt doorkruist waarbij je een stapje moet terugzetten. Innerlijke vrijheid is een houding waaruit blijkt: 'Mijn patiënt is mijn patiënt niet terwijl ik er toch al het mogelijke en wenselijke voor doe.'

'Raak niet aan mijn principes.' Een aantal stellingen die je verdedigt zijn in feite 'voor-oordelen': meningen die voor een goed oordeel komen, het zelfs in de weg staan. Je huiver tegenover euthanasie mag er niet toe leiden dat je eerste reactie op een euthanasievraag zou zijn: 'Daar doe ik niet aan mee', zodat de patiënt en zijn omgeving in de kou blijven staan en de indruk krijgen dat jouw principe belangrijker is dan hun probleem. Of: 'Sondevoeding stoppen kan niet want je kunt de patiënt toch niet laten verhongeren.' De vraag om sondevoeding stop te zetten is niet eenvoudig, maar mag ze worden gesteld, en kun je luisteren naar wetenschappelijke argumenten erover? Of nog: 'Die zware therapieën, radio- en chemotherapie, die intensieve zorgen, wat baat het om enkele maanden of jaren toe te voegen? Het komt er toch niet op aan jaren aan het leven toe te voegen, maar wel leven aan de jaren.' Ben je er niet blind voor dat sommige mensen echt willen strijden voor hun leven? Innerlijke vrijheid betekent dus niet het loslaten van alle principes, het is eerder het bewustzijn dat principes in feite rationalisaties van onze angsten en vooroordelen kunnen zijn. Een principe in vraag stellen kan leiden tot een dieper inzicht.

De invullingen van de 'Raak niet aan mijn...'-oefening zijn in principe eindeloos en voor iedereen en elke instelling verschillend. De bedoeling is nooit om de goede zaak waarvoor je strijdt, je stokpaardje, zomaar overboord te gooien. Het gaat er ook niet om een soort paranoia te ontwikkelen waarbij je achter elke goede bedoeling gevaar vermoedt. Het is immers niet de bedoeling van de dodehoekspiegel om niet meer met de wagen te rijden uit angst voor ongevallen, want dan geraak je niet vooruit, maar wel om inhaal-, uitwijk- en afslagmanoeuvres veiliger uit te voeren. De bedoeling is met andere woorden om oog te krijgen voor de mogelijke *collateral damage* van je interventie, hoe goed bedoeld ook, zodat je met meer realisme, overzicht en vrijheid in al de genoemde spanningsvelden kunt staan en wijze beslissingen nemen.

Hopelijk daagt het dat innerlijke vrijheid uiterst belangrijk is in alles wat communicatie en beslissingen betreft. Ook is het een soort mentale flexibiliteit die toelaat om in de vele veranderingen en vernieuwingen die zich opdringen een evenwichtige positie in te nemen. Zoals gezegd gaat

het om een delicate verbinding die vaak ontbreekt: een missing link. Daarom zet de concrete tip aan tot een weliswaar lastige maar vruchtbare dodehoekspiegeloefening.

**Concrete tip: maak van je stokpaardje geen nachtmerrie**

*De weg naar de hel loopt over goede intenties. Daarom deze moeilijke maar belangrijke dodehoekspiegel-oefening.*

- (1) Vul aan: 'Raak niet aan mijn...!' (zoek iets wat je erg belangrijk vindt of waar je goed in bent; je stokpaardjes).
- (2) Speur naar je dode hoek: probeer te zien waar je gehechtheid aan je stokpaardje soms tot impasses leidt.
- (3) Gooi je stokpaardje niet weg maar dresseer het en berijd het bedachtzamer.

## Verbinding met de zwaksten

---

In oorsprong gaat het in de geneeskunde om degene die door zijn ziekte zwak is geworden, zelfs al kan die zwakke van je profiteren. In haar kiem draagt geneeskunde een voorkeursoptie voor de zwakste. De diepste zin haalt de 'genees-kunde' immers vreemd genoeg niet uit het feit dat ze iemand geneest, want dat kan ze jammer genoeg niet altijd. Sociale vooruitgang en politieke stabiliteit zijn vaak meer doorslaggevend voor de gemiddelde gezondheid van een bevolking dan de geneeskunde zelf. Waar haalt de geneeskunde dan wel haar diepste zin uit? Uit het feit dat ze *blijft* zorgen voor een zieke, of die nu geneest of niet. 'Patiënt' betekent letterlijk 'lijdende'. De meest lijdende patiënt, degene die je niet kunt genezen, die niet meer interessant is, moet je voorkeur krijgen. Misschien ontdek je dan ook iets als arts wat de essentie van geneeskunde uitmaakt. Daarvoor moet je een attitude ontwikkelen die je *passiviteit-in-de-activiteit* kunt noemen.

Een belangrijk kenmerk van lijden is 'negatieve passiviteit': je ondergaat iets negatiefs en je komt er niet of nauwelijks onderuit. Denk aan allerlei vormen van verlamming, aan langdurige kortademigheid, pijn of misse-lijkheid. Je voelt je de gevangene van je lichaam. Tegenover deze negatieve passiviteit ontwikkelt de geneeskundige terecht een intensieve activiteit. Die maakt het lijden anders, maar lost het vaak niet op. Toch is soms meer mogelijk, namelijk een soort heling in het lijden. Dit 'meer' krijgt ruimte

waar de arts tegenover het gif van het lijden – die ‘negatieve passiviteit’ – een ‘antidotum’ van eigen passiviteit in de activiteit ontwikkelt. Hoezo?

Dit soort passiviteit betekent vooreerst dat je je afvraagt wat het betekent dat jij deze patiënt ‘volgt’. Ja, wie volgt er eigenlijk de patiënt? ‘Volgen’ kan meer worden dan het volgen van het ziekteverloop en de therapie, het kan ook een poging tot ‘volgen’ in de beleving van de patiënt worden. Dat betekent onder andere dat je het besef dat de patiënt geen oplossing ziet ook in jezelf toelaat. Het wonderlijke is dat deze stilstand juist vooruitgang kan teweegbrengen. Geconfronteerd met het onoplosbare lijden word je als het ware ondergedompeld in duisternis. Maar wanneer ogen voldoende tijd krijgen om zich aan te passen aan de duisternis, beginnen ze na een tijd iets te onderscheiden. Als arts mag je dus niet te vlug terug vluchten naar het licht van je – nochtans noodzakelijke – wetenschap en therapeutische pogingen. Ooit geconfronteerd met de duisternis van een 22-jarige jongeman in een persistente vegetatieve toestand en met de agressie van zijn ouders, uitgelokt door het redelijke voorstel om de antibiotica stop te zetten, kon de arts niets anders ‘doen’ dan de ouders proberen te volgen in hun beleving van de situatie. Hij zag ook ‘niets’ tot de ouders na weken begeleiding geleidelijk anders tegen de situatie gingen aankijken en in staat waren om hun zoon te laten gaan en de antibiotica te laten stopzetten.

Passiviteit houdt ook authentieke compassie in. Dit echte medelijden ontstaat maar waar je het onderscheid leert te maken tussen het lijden van de lijdende en je eigen lijden aan het lijden van de lijdende. Compassie betekent ook steeds mede-lijden, je ziet er zelf van af. Echt mede-lijden is op zichzelf reeds een missing link die hierna wordt besproken. Hier benadrukken we: als je probeert te ‘volgen’ en zoekt naar authentiek medelijden, ontvang je vaak een spirituele gave van de zieke en zijn omgeving.

Dit is een derde aspect van de passiviteit-in-de-activiteit. Midden in de negativiteit van het lijden kan toch iets positiefs ontstaan, bijvoorbeeld een soort intimiteit in de relatie, momenten van humor, de ommekeer van angst tot sereniteit in een zieke die in al haar zwakte de indruk geeft opnieuw de situatie te leiden die zij heeft ondergaan, de vader van de jongen in persistente vegetatieve toestand die na het uiteindelijke overlijden zegt: ‘Ik heb van die laatste moeilijke maanden ook genoten.’ Deze spirituele gaven ontvangen is beslist niet het doel van de geneeskunde, maar als je ze ontvangt – in een reflectiemoment – wordt de zorg voor de meest zieken, die van buitenaf een louter verdrietig gebeuren kan lijken, toch meer dan *sad business as usual*.

**Concrete tip: wie 'volgt' de zwakste?**

*Wie volgt deze patiënt? Echt volgen vereist passiviteit-in-de-activiteit:*

*Passiviteit = pas-si-vite*

*Passiviteit = authentieke com-passie die het verschil maakt tussen je eigen lijden en dat van de ander (zie ook de volgende missing link en tip)*

*Passiviteit = ontvangen wat de patiënt je geeft aan spirituele gaven*

## **Verbinding met de ander die je doet lijden**

---

Gezondheidszorg is een sector waar veel conflicten kunnen optreden: conflicten tussen artsen en zieken, maar zeker ook onder artsen, tussen artsen en directies enzovoort. Dat is merkwaardig, want het gaat uiteindelijk om een sector met edele doelstellingen en dito werknemers. Een tip van deze sluier werd al gelicht in het stuk over de dodehoekspiegel: conflicten kunnen het gevolg zijn van goede intenties en daarom is het belangrijk je dode hoeken op het spoor te komen met het dodehoekspiegeltje 'Raak niet aan mijn...!'. Maar er is nog een andere fundamentele oorzaak: of je nu in een zwakke of sterke positie staat, ieder wordt in zorg voor zieken geconfronteerd met lijden en gebrokenheid: het lijden van de patiënt, ziekte bij jezelf of je partner, lijden door een tekort aan tijd of middelen, maar evengoed conflicten in de samenwerking. Hoewel de oorzaak en de beleving van dat lijden erg verschillend en steeds weer uniek zijn, kunnen we toch enkele gemeenschappelijke kenmerken van lijden beschrijven. Zo'n beschrijving doet je inzien dat een confrontatie met lijden vaak – om niet te zeggen altijd – loopt langs conflict. Ze kan ook aangeven waar de kansen, maar ook de valkuilen en de keuzemomenten zich bevinden.

Zo zegt Lytta Basset (1996) dat er in het lijden drie aspecten of lagen schuilen die weliswaar alle drie aanwezig kunnen blijven, maar waarvan er één de boventoon kan voeren: lijden-zonder, lijden-tegen en lijden-met. Hoe abstract deze driedeling ook mag lijken, ze herbergt heel praktische wenken voor je relatie als arts met de zieke en zijn naasten, maar ook met andere artsen of medewerkers en managers. Het praktisch punt is dat je in het lijden kunt evolueren van vooral lijden-zonder over onvermijdelijk lijden-tegen naar eerder lijden-met. Helaas is ook dit vaak een missing link.

## Lijden-zonder

De gebrokenheid is altijd ergens een vorm van verlies. Voor patiënten gaat het dan bijvoorbeeld om het verlies van het perspectief van een lang en gezond leven, van je job, het verlies van een lichaamsdeel, van je geheugen, van de jeugd, van een geliefde, van kunnen spreken, van onafhankelijkheid, van je geloof. Voor artsen is het bijvoorbeeld het verlies van collega's, van belangstelling, van je idealen, motivatie en vertrouwen, van een bepaald idee over hoe het volgens jou had moeten lopen. Dat is wat lijden in eerste instantie is: 'verlies-van' waardoor een eenzaamheid ontstaat. Niemand kan begrijpen wat je meemaakt, en in zekere zin klopt dat ook. Dit onbegrip is gewoon de beschrijving van de realiteit, van iets wat hoe dan ook – ook met de 'besten' – gebeurt als het lijden je treft, als het leven zijn consequenties, zijn gebrokenheid en onafheid toont. Dit onbegrip van de ander is eigen aan de lijdenservaring. Er is deze onvermijdelijke tijd waar de negatieve ervaring isoleert, zelfs of vooral ten opzichte van de meest dierbare mensen. Het is een van de 'kwaadaardigste' kenmerken van diepe gebrokenheid: het feit dat het lijden de capaciteit in zich draagt om je innerlijk te scheiden van wat of wie je het dierbaarst zijn: je geliefden en vrienden, je geloof en vertrouwen. Zo zie je in de geneeskunde ook hoe mensen, koppels bijvoorbeeld, elkaar in geval van slecht nieuws 'sparen' en daardoor gescheiden worden.

Vreemd genoeg schuilt hier toch een kans in. De eenzaamheid van het lijden kan je voeren naar de ervaring van je uniciteit waarin je juist als je de bodem raakt onvermoede spirituele krachten in jezelf ontdekt. Je kunt stoten op iets als de verplichting, de noodzaak om jezelf te engageren, werkelijk 'ik' te zeggen, in elke stap van je leven. Iets wat laat kan komen, nadat je 'alles' verloren hebt wat jou maakt tot wie je dacht te zijn. Dat is een sterke ervaring, en toch schuilt precies daar ook een valkuil in. Nadat je die krachten in jezelf ontdekt hebt, sta je voor de keuze al dan niet 'zelf je plan maar te trekken', vanuit de pijnlijke ervaring van het lijden waarin je werd gescheiden van de ander, om zo een pijnlijke nieuwe teleurstelling te vermijden. Maar deze heroïsche geslotenheid zal leiden tot een misprijzen ten opzichte van de ander die de communicatie niet waard is. Je wordt je er bewust van dat er heel wat kwaadheid in je leeft. Daarom is elke vorm van communicatie, hoe onaf en tegen de ander ook in, beter dan geen communicatie. Zo zie je, vaak na een hele tijd, dat je lijden vooral gekleurd wordt door een lijden-tegen.

## Lijden-tegen

Het is waar dat de ander nooit echt kan weten hoeveel je lijdt. Maar op een bepaald moment komt de neiging sterker naar voren om dat onvermogen te ervaren als een onverschilligheid voor je lijden: 'Ze trekken er zich niets van aan; het kan hen niets schelen.' Of nog erger, als een gebrek aan welwillendheid tegenover jou, als kwaadwilligheid: 'Ze zoeken mij.' Mensen ervaren dat onbegrip overigens niet alleen tegenover de mens, maar ook tegenover God: 'Het kan Hem niets schelen.' 'Waarom hebt Gij mij verlaten?' In feite is het de diepte van je lijden die je doet geloven dat de ander onverschillig of zelfs kwaadwillig is.

Zo zie je patiënten revolteren tegen hun geliefde, en families tegen de arts en tegen andere artsen die ook niet weten wat het betekent daar zo te liggen. Zo zie je je als arts in- en uitwendig revolteren tegen een directie of collega die een voor jou onaangename beslissing neemt. Het lijkt alsof de ander je 'zoekt'. Dat betekent: je ervaart de ander als bedreigend, als stalker, als onverschillig voor je lijden. Toch kan het zijn dat de ander je werkelijk 'zoekt', maar dan in de zin dat de ander je wil weghalen uit je lijden-zonder dat je uitsluit uit het leven.

De meest voorkomende valkuil van het lijden-tegen is dat je je beschermt tegen dat lijden-tegen-de-andere door je lijden niet te delen met je 'stalker', door de confrontatie niet aan te gaan, onder voorwendsel dat de ander het niet zou verdragen. Je houdt het in jezelf, je vermijdt de ander, of je praat er met iedereen over behalve met degene(n) tegen wie je iets hebt... tot je je er bewust van wordt – en vaak moeten anderen je daartoe aanmoedigen – dat je je precies tot die 'stalkende' andere(n) moet richten. Dat impliceert een keuzemoment. Je gaat uiteindelijk in dialoog, zij het nog een confronterende. De kans die hier schuilt is dat je ontdekt dat de ander anders reageert dan je verwachtte: minder of niet kwaadwillig. Deze keuze kan leiden naar een andere modus van het lijden, en naar een volgende keuze. Een hele tijd later kun je inderdaad ervaren dat je er al dan niet voor kunt kiezen om je woede een halt toe te roepen en zo leven weer mogelijk te maken. De bewustwording van die keuzemogelijkheid alleen al geeft je meer leven en helpt effectief.

## Lijden-met

Bestaat echte verbinding (= letterlijk 'religie') er dan niet in dat je eigen lijden, beleefd als zonder de ander, evolueert tot lijden-met na de nauwe



passage door het baringskanaal van het lijden-tegen? Niet meer louter lijden-zonder, niet meer louter lijden-tegen maar ook lijden-met. Niet meer vechten-zonder, niet meer vechten-tegen, maar vechten-met de ander. Je gaat merken dat de ander ook lijdt, het ook moeilijk heeft. Maar dat is een hele weg, en het idee van een lijden-zonder-de-ander dat evolueert naar lijden-met is zelfs een onfatsoenlijke, onaccepteerbare gedachte op een bepaald punt van je eenzaamheid. In het 'mede-lijden' kun je nochtans een van de diepste ervaringen van mens-zijn opdoen. Vandaar dat Lytta Basset tegenover de rationele en solitaire bepaling van mens-zijn volgens Descartes – *Je pense donc je suis* – een existentiële en solidaire definitie plaatst: *Je souffre-avec, donc je suis*. In authentiek mede-lijden ben ik echt mens.

#### Concrete tip: ontwikkel een gezonde vorm van mede-lijden

##### *Vechten en lijden gebeuren...*

*eerst zonder de ander die niet echt kan weten wat ik meemaak.*

*vervolgens vaak tegen de ander (en dat is al een vooruitgang, ondanks de confrontatie).*

*en hopelijk op een bepaald moment met de ander (dat kun je mede-lijden noemen).*

##### *Daar schuilen enkele keuzemomenten in...*

*de keuze om in (confronterende) dialoog te gaan met de ander die mij lijkt te stalken.*

*de keuze om het lijden-tegen een halt toe te roepen zodat je kunt ontdekken dat de ander het ook moeilijk heeft.*

*Echt medelijden is wat de mens typeert: 'Je souffre-avec, donc je suis.'*

## Verbinding met de armen in de wereld

Er bestaat een bijzondere vorm van mede-lijden: mede-lijden met de verre arme die je nooit zult zien. Bedenk twee keer per dag dat je tot de rijken van de wereld behoort. Hier en daar heb je collega's die als 'arts zonder vakantie' in Afrika gaan werken of die in Azië een medische dienst opzetten. Wat een contrast. Die verre zwakken, verre materieel armen geven je plots een andere kijk op je eigen tekorten en problemen. Zijn hier wel nog armen

en zwakken? Je kent die verre armen niet persoonlijk of concreet, maar je hebt wel weet van hen. Dankzij de media zijn we allen op de hoogte van de enorme discrepantie die bestaat tussen onze materiële rijkdom, vrijheid en sociale voorzieningen, en de armoede, onvrijheid en sociale onzekerheid van de meerderheid van de mensen buiten West-Europa en vooral op het zuidelijk halfrond. Je kent ze, en je kent ze niet.

Is het een moraliserend voorstel om jezelf regelmatig te herinneren aan die discrepantie en je zo in gedachten te verbinden met de meerderheid van de mensheid die je eigenlijk niet hoort, *the poor silent majority*? Dit kan je aanzetten tot concrete solidariteit maar ook je verlangens heroriënteren en je eigen economische pijnpunten relativeren. Het gaat hier niet om een handig weg- of goedpraten van je problemen. Die zijn immers reëel. Het gaat om het verhogen van je draagkracht, van je 'relati-veerkracht'. En misschien zal je dan ook wel eens denken, op het vlak van materiële luxe: je mag je veel permitteren, maar niet alles. Waarom niet? Uit solidariteit. Solidariteit met anderen bevrijdt jezelf en kan een wegwijzer zijn in bepaalde keuzes.

**Concrete tip: bedenk twee keer per dag dat je tot de rijken van de wereld hoort**

*Veerkracht schuilt in 'relati-veerkracht'.*

*Op welke manier(en) uit ik als individu mijn solidariteit met de poor silent majority?*

*Op welke manier(en) stimuleren wij als instelling onze solidariteit met de poor silent majority?*

## Verbinding door humor

---

Wees geestig, niet cynisch. Doe nu en dan zot zodat je 't niet wordt. Op de deur van een scanlokaal prijkt een foto van Obama, met de tekst: 'Yes, we scan'! Leuk, en zo sieren wel meer humoristische gadgets diensten en praktijken. Humor is een betrouwbare thermometer voor de warmte van de goede geest in een ziekenhuis of praktijk, in een team of een patiëntenbespreking. Humor is 'geest-ig'. Tegelijk is het een medicijn dat kosteloos, efficiënt en vrij van nevenwerkingen is. Tenminste, indien het echt humor betreft, want wat is humor eigenlijk?

Om het even ingewikkeld te formuleren: Humor houdt de mogelijkheid in om jezelf, de ander, de opvattingen of eventuele gebeurtenissen zodanig te relativieren dat je er tegelijkertijd deel van uitmaakt, en de zaak en de betrokken persoon dus ernstig neemt, maar er tegelijkertijd ook buiten kunt staan, en je dus afstand kunt permitteren tot de zaak en jezelf, of de betrokken persoon. Humor toont dus dat je een juist evenwichtspunt gevonden hebt tussen afstand en betrokkenheid tot de ander. Die moeilijke definitie illustreert dat het heel wat moeite vergt om te beschrijven wat humor is.

Gemakkelijker lijkt het om de effecten ervan te beschrijven, en ook om aan te geven wat humor niet is. Het duidelijkste is vaak het lichamelijke effect van humor: lachen, glimlachen vaak – duidelijk te onderscheiden van een cynische blik, lach of grimas. Maar er is meer. Humor relativeert zonder te minimaliseren. Daardoor is een van de effecten van humor veerkracht: ‘relati-veerkracht’.

Niet zelden hanteer je in geneeskunde een bepaalde vorm van humor: ironie. Het is een milde, subtiele vorm van spot die gebruikmaakt van dubbele bodems. Daardoor is enige geoefendheid van de lezer of toehoorder vereist om haar te herkennen. Interessant daarbij is dat ironie in het Frans wel eens *l'arme du faible* (het wapen van de zwakke) wordt genoemd. Ironie kan zich uiten in de vorm van een overdrijving: ‘Als je ze nodig hebt, zie je ze niet’ (je weet in feite: ‘niet altijd’). Soms verschijnt ironie als een understatement: ‘Het handschrift van de dokter is niet helemaal duidelijk’ (men bedoelt: onleesbaar).

Dit alles staat niet gelijk met cynisme, die soms moeilijk uit te roeien geestelijke ziekenhuiskiem. De volgende psychologische definitie geeft op herkenbare wijze weer wat cynisme verraaft als onderliggend probleem: Cynisme is een houding die vaak in taal tot uiting komt maar die ook onuitsproken kan blijven. De houding is er een van *wantrouwen tegen iemands goede bedoelingen of tegen het nut van* instituties of van grote ongevoeligheid voor de gevolgen van de eigen daden. Het woord ‘cynisch’ komt uit het Grieks: κυνικός (*kunikos*), ‘honds’. De Griekse filosofen die zich cynici noemden concentreerden zich namelijk op de dierlijke natuur van de mens. Een hond lacht niet, behalve dan zijn sinistere ‘neef’ de hyena. Een hond blaft, gromt en huilt. De cynicus blaft, gromt en huilt ook, maar vanbinnen, niet vanbuiten – terwijl humor daarentegen juist tranen van het lachen kan laten zien. Cynisme is een oproep, een uitdaging om iets te doen aan dit innerlijke huilen. Indien sterk aanwezig, is cynisme een alarmsymptoom. Het wijst op iets honds, op iets wat als onmenselijk ervaren wordt, door patiënten of door medewerkers, op een innerlijk huilen dat beluisterd moet

worden. Cynisme is een overlevingsstrategie die geconverteerd zou moeten worden naar ironie en humor.

Wie cynisme hanteert, plaatst zichzelf op verre afstand, stapt uit de relatie: ik geloof er niet echt meer in. Wie tot humor kan komen, neemt weliswaar afstand van de zaak en de anderen, maar blijft tegelijk nog verbonden met hen: er blijft een relatie. Humor 'relatie-veert', en die 'relatie-veerkracht' moet zeker een onderdeel vormen van ons overlevingspakket in de gezondheidszorg.

Cynisme moet je weerstaan, ironie doseren, humor ontwikkelen. Cynisme zal ontdooien in een klimaat van dialoog. Patiënten leren ons ook soms wat humor is: 'Hoe is het met je pijnprobleem?' 'Slecht, ik heb er geen meer.' De patiënt ging goed, zijn pijnprobleem niet. Dat is humor, ondanks het feit dat de man terminaal was. Maar soms wordt het ironie die naar cynisme neigt, zoals de reactie van een andere patiënt aan wie ik een pijnstillende fenolinspuiting had voorgesteld: 'Nu fenol, later formol.'

Natuurlijk ben je bezig met dooierstige dingen, maar pure ernst is dodelijk. 'Deadly serious' zeg je in het Engels. Humor komt soms voor bij lijden en verdriet. Ook in palliatieve zorg wordt gelachen, soms meer dan elders, allicht juist omdat lijden en verdriet er ruimte krijgen. Anderzijds: altijd lachen is problemen weglachen. Humor en ernst zouden de twee keerzijden van onze medaille mogen zijn. Zeker, er mag en moet ernstig gewerkt worden, en zelfrespect is vitaal, en toch moet je jezelf ook niet te ernstig nemen, noch als criticus, noch als bekritiseerde.

Regimes waar geen kritiek geuit mag worden verdragen geen humor. Humor wordt daar iets subversiefs, omdat het regime zichzelf niet kan relativiseren. Humor maakt dat ook moeilijke pillen beter geslikt worden – het woord 'humor' heeft toch te maken met vocht, nietwaar. Alle gekheid op een stokje: humor is ten diepste de uitdrukking van blijvend geloof in verbetering, in opstanding. *Yes, we can (still laugh and care).*

**Concrete tip: wees geestig, niet cynisch**

*Doe nu en dan zot zodat je 't niet wordt.*

*Ontwikkel humor, doseer ironie, weersta cynisme.*

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

In dit vierde deel van een reeks van vier boeken over communicatie in de gezondheidszorg is de invalshoek de zorgverlener zelf. Elke dag met plezier je job in de zorgverlening blijven doen is niet steeds een evidentie. Wat kan je als zorgverlener doen om de motivatie van het eerste uur levendig te houden en niet op te branden? Hoe kom je bij de essentie van je beroepskeuze en hoe kan deze als richtsnoer je handelen bepalen en oriënteren? Er wordt aangetoond dat de kwaliteit van je zorg en je leven mede wordt bepaald door het mensbeeld van waaruit je vertrekt. Hoe kan je adequaat omgaan met de emoties en de onzekerheid die dit beroep ongetwijfeld meebrengt? Hoe bouw je een succesvolle praktijk uit of zorg je ervoor dat je meer plezier aan je werk beleeft? Hoe integreer je de computer als een positieve factor in de communicatie in plaats van een barrière in het contact met de patiënt? Wat verandert er als je als arts zelf ernstig ziek wordt? En hoe kan je even door de ogen van de patiënt kijken naar je beroep? Het gaat om prangende facetten die kunnen bepalen hoe je van een belastende job een bezigheid kunt maken waar je steeds meer plezier aan beleeft.

Ook al richt het boek zich in eerste instantie tot artsen, het bevat nuttige informatie voor allen die in de gezondheids- en welzijnszorg werkzaam zijn als zorgverstrekker, opleider of beleidsmedewerker.

**Jan De Lepeleire** is arts en doctoreerde in de medische wetenschappen aan de KU Leuven. Hij werkt als huisarts en is als hoogleraar verbonden aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Hij is voorzitter van de werkgroep coördinerende en raadgevende artsen binnen de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie.

**Manu Keirse** is klinisch psycholoog en doctoreerde in de geneeskunde aan de R.U. Leiden (NL). Hij is emeritus hoogleraar van de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Daarnaast is hij voorzitter van de Federale Evaluatiecommissie Palliatieve Zorg, van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen en van diverse andere voorzieningen in de zorg.

#### **Aan dit boek schreven mee:**

Marleen Brems, Jan De Lepeleire, Marc Desmet, Marc Hebbrecht, Lien Keirse, Manu Keirse, Wouter Keirse, Fons Marcoen, Geert Pint, Annemie Vandermeulen en Marc Van Nuland.

