

ISSN 1385-4739

# **Mededelingen van de Levinas-Studiekring**

Halfjaarlijks Bulletin

---

9<sup>e</sup> jaargang  
december 2004  
Dubbelnummer

## Mededelingen van de Levinas-Studiekring Halfjaarlijks Bulletin

### *Colofon*

Hoofdredactie: Dr. J. Duyndam  
Dr. R.D.N. van Riessen

Redactieraad: Drs. L. Levy  
Dr. M. Poorthuis

Vormgeving: Drs. M. Kremers

Correspondentieadres: Dr. J. Duyndam  
Universiteit voor Humanistiek  
Postbus 797  
3500 AT Utrecht  
j.duyndam@uvh.nl

Bijdragen en aankondigingen van publicaties (boeken en artikelen) alsook recensie-exemplaren kunnen worden verstuurd naar bovenstaand adres. De tekst wordt geleverd per e-mail of op diskette in een recente versie van Word (7.0 of later) of WordPerfect (6.1 of later) en in tweevoudige afdruk.

De *Mededelingen* worden gratis toegestuurd aan de leden van de Levinas-Studiekring. Losse nummers € 15,-. Verkrijgbaar door storting van dit bedrag op de postrekening van de Levinas-Studiekring: 5179094. Giften worden in dank aanvaard.

ISSN 1385-4739  
Houten (Nederland)

## Inhoud

Woord vooraf: Levinas in het ziekenhuis .....	3
Brand in mijn gebeente. Een nieuw denken over zorg <i>Inge van Nistelrooy</i> .....	4
Zorg en surplus. Tussen onbegrensde verantwoordelijkheid en verdelende rechtvaardigheid <i>Marcel Poorthuis</i> .....	25
Is het denken van Levinas een gevaar voor de zorgverlener? <i>Chaim van Unen</i> .....	43
De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheer- sing (recensie) <i>Hanneke Meulink-Korf</i> .....	56

## Woord vooraf: Levinas in het ziekenhuis

Onder de titel *Levinas in het ziekenhuis* hield de Levinas Studiekring in oktober 2004 een studiedag waar de concretisering of toepassing van het denken van Levinas in de praktijk van de zorg aan een nader onderzoek werd onderworpen. Dit naar aanleiding van een succesvol op Levinas gebaseerd training- en scholingsprogramma in het Erasmus MC in Rotterdam. Hoewel simpele identificaties in de trant van de zorgverlener als het totaliserende subject en de patiënt als de weerloze ander, zoals die eertijds wel zijn geopperd, veel te kort door de bocht zijn, is de ervaring van waaruit Levinas denkt wel degelijk aan de orde in de zorg.

Ook tijdens een grote conferentie in Rotterdam op 26 oktober 2004, georganiseerd door de Kairos-Valeo groep, stond de relevantie van het denken van Levinas voor de zorg centraal.

Dit nummer van de Mededelingen opent met de bijdrage aan de studiedag van Inge van Nistelrooij, die betrokken is bij het project in Rotterdam. Zij verbindt Levinas met noties uit de zorgethiek. Marcel Poorthuis belicht daarna het conflict tussen rechtvaardige verdeling in de zorg en Levinas' idee van oneindige verantwoordelijkheid. Chaim van Unen presenteert vervolgens op persoonlijke wijze zijn eigen visie op de ander in zorg en hulpverlening. Het nummer wordt besloten met een recensie van het boek van Van Unen door Hanneke Meulink-Korf.

Levinas in het ziekenhuis. De aankondiging van deze studiedag was voor een enkeling aanleiding te informeren naar de mogelijkheid een fruitmand te sturen. Voor de echte fan is de dood niet het einde. De redactie hoopt dat de artikelen in dit nummer, evenals de studiedag en de daaropvolgende conferentie, bijdragen tot verder inzicht in de verbanden tussen de filosofie van Levinas en de praktijk van de zorg.

## **Brand in mijn gebeente** **Een nieuw denken over zorg<sup>1</sup>**

*door Inge van Nistelrooy*

Toen ik in 1995 afstudeerde aan de Theologische Faculteit Tilburg, als moraaltheologe, op de scriptie *Martha en Maria revisited*, werd deze bekroond met de emancipatieprijs van de Universiteit van Tilburg en uitgegeven als boek.<sup>2</sup> De publiciteit die daarmee gepaard ging betekende dat ik op heel uiteenlopende plaatsen werd uitgenodigd om een inleiding over zorgethiek te komen geven. De aandacht voor deze stroming in de ethiek brak juist in die tijd in Nederland door, onder invloed van het boek *Ethiek van de zorg* van Henk Manschot en Marian Verkerk en door het werk van Annelies van Heijst. Ik vond het altijd jammer dat ik minder podium vond voor het tweede deel van mijn boek, waarin ik bij Levinas te rade ga voor een waardevolle bijdrage in het denken over autonomie en afhankelijkheid. In het onderstaande wil ik juist dat deel verdiepen.

Op dit moment ben ik werkzaam als trainer / docent in de gezondheidszorg, op de vlakken ethiek, identiteit en zingeving. Hier kom ik veelvuldig in aanraking met vragen over autonomie en afhankelijkheid in de zorgrelatie, waarin zaken als barmhartigheid en machtsuitoefening een rol spelen. Bijvoorbeeld in het zoeken naar de juiste balans tussen opgaan in de ander en het bewaken van je eigen grenzen.

In dit artikel stel ik de volgende vier zaken aan de orde:

Allereerst schets ik de hoofdlijnen van de zorgethiek, met name zoals deze door de Amerikaanse politicologe Joan Tronto

---

<sup>1</sup> Met veel dank aan drs. Thijs Tromp, voor meedenken en advies.

<sup>2</sup> Inge van Nistelrooy, *Martha en Maria revisited. Zorg als ethisch perspectief*, Tilburg 1996 (uitverkocht).

zijn ontwikkeld. Ik heb bij haar werk een centrale vraag rond haar mensbeeld van interdependentie.

In mijn tweede stap wil ik op deze vraag dieper ingaan aan de hand van het werk van Levinas. Zijn werk heeft voor u geen introductie. Ik schets hoe zijn werk mijns inziens een bijdrage kan leveren aan een evenwichtiger mensbeeld dan het in onze tijd vigerende en hoe dit in het denken over zorg kan doorwerken.

Ten derde ga ik in op wat het ter sprake brengen van Levinas in trainingen in de zorgsector teweegbrengt. Omdat ik op meerdere plaatsen scholingen geef – waarbij ik ook Levinas ter sprake breng – en praktisch overal de problematische kant van het hedendaagse autonomie-ideaal ter sprake komt, meen ik hierover in zijn algemeenheid iets te kunnen zeggen, zonder dat ik de privacy van de persoonlijke ervaringen schaadt.

Ten slotte zal ik enige vragen die ik heb bij het denken over zorg aan u voorleggen.

## ***1. Hoofdpijnen van de zorgethiek***

### *Het denken over autonomie en afhankelijkheid*

Allereerst, om misverstanden te voorkomen: zorgethiek is niet een ethiek voor de gezondheidszorg. Het is een andere benadering van ethiek überhaupt. In de zorgethiek staat de basale menselijke activiteit van het zorgen centraal, omdat vanuit ‘zorg’ het menselijk bestaan en ook de ethische dimensie van het menselijk bestaan beter begrepen wordt dan vanuit de traditionele ethische visies.

Om dit uit te leggen wil ik u twee mensbeelden en twee daarbij passende moraliteiten schetsen, hoewel ze in werkelijkheid vaak in elkaar overlopen.

Het eerste mensbeeld is dat van het autonome menszijn. Mensen ervaren zichzelf bij voorkeur als onafhankelijk, zelfvoorzienend en zelfbewust. Ze komen op voor hun eigen belangen, voelen zich vrij en mijden langdurige verbanden. Zijn bij voorkeur liberaal, succesvol, gezond en rijk. Ze hechten aan de eigen verantwoordelijkheid en meten ook anderen hieraan. Bij dit mensbeeld past een moraliteit van rechtvaardigheid. Morele vragen zijn vragen van rechtvaardigheid, van verdeling, van gelijke kansen, gelijke voorwaarden. Vrijheid is belangrijker dan verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid geldt vooral jezelf, je eigen leven, carrière, enzovoorts. Morele problemen zijn op te lossen door op abstracte wijze, rationeel en ongebonden, logisch redenerend principes en waarden tegen elkaar af te wegen. Dat men abstract redeneert wil zeggen dat het concrete geen rol mag spelen. Rationeel sluit de emoties uit. Ongebonden betekent dat relaties geen rol mogen spelen, d.w.z. ‘het maakt niet uit wie het betreft, ik moet iedere ander op dezelfde wijze behandelen’. De uitkomsten zijn universaliseerbaar, dat wil zeggen: als iedereen op dezelfde (dus: rationeel, abstract en ongebonden) wijze redeneert, is het onontkoombaar dat iedereen tot dezelfde conclusie komt. Het gaat er, om zo te zeggen, niet om wat ik moet doen ten opzichte van deze concrete cliënt in deze concrete situatie, maar om wat ieder weldenkend mens zou doen ten opzichte van willekeurig welke cliënt in elke vergelijkbare situatie. Dus een oordeel los van mij, de cliënt en die contingente situatie.

Het tweede mensbeeld wordt gekenmerkt door verbondenheid, door relationaliteit. Mens-zijn is hier gelijk aan verbonden-zijn. Ervaringen van zorg staan centraal. Mens en medemens, mens en dier, mens en omgeving vormen een ‘het leven ondersteunend web’, zoals Tronto het noemt. Met deze verbondenheid is verantwoordelijkheid altijd gegeven. Het ideaal van autonomie en onafhankelijkheid wordt hier bij voorbaat ontmaskerd als een

droombeeld van de moderniteit. Relatie, afhankelijkheid en gave zijn er altijd al. Niet als negatieve kenmerken van het menszijn, die overwonnen dienen te worden, maar als de transcendenten van de menselijke conditie, voorwaarden die het bestaan eerst mogelijk maken. Daarom wordt dit menszijn van meet af aan gekenmerkt door een moraliteit van zorg. Er wordt voor mij gezorgd en ik zorg voor mijn bestaan, mijn naasten, dieren en mijn omgeving. In eerste instantie om mijn eigen bestaan in stand te houden. Je zou kunnen bedenken dat er mogelijk ook een hoger doel wordt gediend, bijvoorbeeld omdat ik inzie dat erkenning van deze moraliteit van zorg een stap is op weg naar een leven in vrede. Maar Tronto gaat zover niet. De aard van de moraliteit wordt door deze gegevenheid, dit perspectief of deze optiek anders. En ook de problemen die verschijnen zijn anders van aard. Dat wat in de liberale moraliteit van rechtvaardigheid werd weggestreept speelt hier juist wel een rol. Morele vragen hebben voor een ‘verbonden’ mens – dat wil zeggen de mens die zich in een wereld bevindt van ‘er wordt voor mij gezorgd en ik zorg voor...’ – altijd te maken met concrete mensen (of dieren, of de omgeving) die in een concrete situatie een appèl op hem doen. Omdat deze mens ‘geeft om’ (*cares about*) nabije personen is hij ook verantwoordelijk voor hun welbevinden. Morele problemen ontstaan als deze verantwoordelijkheid in strijd is met andere verantwoordelijkheden. De moraliteit die geformuleerd wordt vanuit zorg is een moraliteit van verbondenheid, relationaliteit en contextualiteit. De beoordeling van morele problemen gebeurt vooral vanuit een oordeel over de kwaliteit van de verbondenheid.

Deze twee mensbeelden worden in onze tijd en samenleving verschillend gewaardeerd. Het eerste is dominant; het is bepalend voor ons denken, de verantwoording van keuzes, het opstellen van beleid enzovoorts, in het publieke domein. Hiermee rekenen



politiek, management, wetenschap en zorgbeleid. De primaire en basale ervaring van zorg krijgt geen woorden in het officiële (met name publieke) discours over onderlinge verhoudingen en verantwoordelijkheden. Het is nauwelijks merkbaar, het lijkt alleen privé te bestaan. Ook de moraliteiten geldt eenzelfde oordeel, hoewel het opvallend is dat de zorgmoraliteit wel zichtbaar is in de gezondheidsethiek, waar het *niet* gaat om de snelle medisch, op handelen gerichte ethiek, maar om langduriger zorgcontact. Ik ga hier dieper op in aan de hand van het denken van Joan Tronto.

### *Joan Tronto's zorgethiek*

De Amerikaanse politicologe Joan Tronto heeft in haar boek *Moral boundaries*<sup>3</sup> zorg dieper doordacht als een sociaal, politiek en ethisch concept. Zij stelt dat zorg een basale activiteit is in en voor het menselijk leven en dat het denken over zorg ook helpt om de ethische dimensie van het menselijke bestaan beter te begrijpen. Interessant is dat zij in haar analyse van zorg steeds de vraag naar de machtsverhouding betreft. Als politicologe en feministe is die analyse voor haar relevant, en voor ons ook, in het licht van het denken over heteronomie van Levinas. Tronto begint met een definitie van zorg, waarin zorg verschijnt als houding en praxis: zorgen is 'een specifieke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon-zijn en onze omgeving, die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend web'. Zorg omvat daarmee bijna al ons handelen. Het is geen abstract begrip, maar een concrete handeling-soriëntatie.

---

<sup>3</sup> Joan C. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York 1993.

Om het begrip duidelijk afgebakend en hanteerbaar te maken onderscheidt Tronto vier fasen in het proces van zorg. De eerste fase is: ‘oog hebben voor’, het simpelweg opmerken van een behoefte, een nood, waarin voorzien moet worden. De tweede fase is het ‘ervoor zorgen dat’, het organiseren van zorg. Bijvoorbeeld het coördineren van vrijwilligers, het verzamelen van de middelen, zorgen dat de juiste spullen voorhanden zijn die nodig zijn om te kunnen zorgen. In de derde fase vindt meestal de ontmoeting plaats tussen zorggever en zorgontvanger: het concrete zorgwerk, de fysieke arbeid ter leniging van de nood. De vierde fase is het ontvangen van zorg, of beter: de reactie van de zorgontvanger op de zorg, de *feedback*. Dit is van belang om te zien of de gegeven zorg adequaat is. Maar er gebeurt nog iets: de fasen klappen hier om, want de zorggever wordt ontvanger. Hier word je je bewust van de zorg die de zorgontvanger geeft in het ontvangen van zorg. Hoe belangrijk dit is, wordt bijvoorbeeld duidelijk in verhalen van zorggevers waarin ze vertellen van zorgontvangers die bewust niet meewerken. Op dat moment ontvangen ze geen zorg van de zorgontvanger!

In goede zorg zijn deze vier fasen een integraal geheel. Vaak gebeurt dit op vanzelfsprekende wijze, zoals in de zorg voor kinderen: je ziet wat een kind nodig heeft (bijvoorbeeld een schone luier), de huishoudelijke organisatie is daarop ook ingericht, je verzorgt wat er moet gebeuren (de luier verwisselen, de billen insmeren) en ziet dat het daarna weer goed is. Of het nu wat extra aandacht is of een schone luier, in goede zorg wordt een behoefte geconstateerd, de zaak wordt georganiseerd zodat de directe zorghandeling plaats kan vinden en het kind fleurt weer op na de ontvangen zorg.

Om zorg ook als morele oriëntatie te hanteren verbindt Tronto aan iedere fase een morele waarde. Bij de eerste fase hoort aandacht, of beter: aandachtige betrokkenheid. Om de werkelijke

behoefte van een zorgvrager te kunnen opmerken moet een zorgverlener attent zijn, aandacht hebben, ook willen-weten. Onder een zorgethiek is het ‘niet-willen-weten’ een moreel kwaad. Bij de volgende fase past verantwoordelijkheid. Om iets aan een nood te kunnen doen moet je er verantwoordelijkheid voor willen dragen. Het op je nemen van deze verantwoordelijkheid is moreel goed. De waarde ‘competentie’ is van toepassing op de derde fase, want om goede, adequate zorg te kunnen leveren, moet je daartoe wel in staat zijn. Dat betekent scholing en nascholing, om de competentie op peil te houden. Tronto verbindt de term ‘responsiviteit’ aan de vierde en laatste fase, waarmee ze het kunnen en willen reageren op de ontvangen zorg bedoelt, het geven van *feedback*, die nodig is om te zien of de geleverde zorg adequaat is. Deze morele kwaliteiten horen bij goede zorg. Eerst je ogen open doen, willen weten wat er aan de hand is. Dan organiseren, verantwoordelijkheid op je nemen. Vervolgens handelen, op adequate en competente wijze. En dat alles vindt zijn uitgangspunt in wat de zorgontvanger vraagt. Hij is het criterium.

Het model van Tronto helpt ook om te zien hoe zorg is georganiseerd op macroniveau. De diverse fasen zijn dan toe te schrijven aan verschillende sectoren. Ik zal u een voorbeeld geven en daarbij ook laten zien hoe Tronto’s analyse als machtsanalyse werkt.

### *Tronto toegepast in de instituties*

De zorg voor zieken, ouderen en gehandicapten wordt in belangrijke mate aangestuurd door het beleid van de landelijke overheid: deze constateert behoeften en bepaalt welke behoeften wel en niet worden beantwoord. Zij bepaalt de bandbreedte van de zorg (wie betaalt bepaalt) en heeft erg veel macht. De theologe Annelies van Heijst spreekt hier over de definitiemacht, dat wil zeggen het bepalen van de termen waarin de behoefte wordt

geduid. Dat gebeurt in fase 1. Het organiseren van de zorg, fase 2, gebeurt in belangrijke mate door de managementlaag van de vele zorginstellingen. Binnen de ruimte die de overheid – maar ook de verzekeraars en anderen – laat, hebben zij nog altijd veel macht, namelijk in het bepalen van beleid en de toewijzing van middelen. De directe zorg, fase 3, gebeurt weer door anderen, door de mensen van de werkvloer, de mensen aan het bed, aan de balie of op huisbezoek. Deze mensen ontmoeten de zorgvragers, de zorgontvangers. Hoewel zij dus direct contact hebben met hen die zorg behoeven, hebben ze weinig te zeggen over wat ze mogen doen. Ook de zorgontvangers (fase 4) hebben weinig macht. Zij mogen in het beste geval in enquêtes aangeven of de ontvangen zorg adequaat was. Dat onderzoek naar de effectiviteit van de zorgverlening wordt verricht door onderzoeksbureaus of academici met macht, die weer materiaal aanleveren voor het overheidsbeleid.

Tronto stelt dat goede communicatie en afstemming tussen de verschillende fasen voorwaarde is voor goede en adequate zorg. Ook bepleit ze een vergroting van de discretionaire ruimte (d.w.z. de beslissings- en handelingsruimte) van de professional, om alle fasen van het zorgproces, waar mogelijk, tot hun recht te laten komen.

Ik denk dat haar analyse helpt om veel falen in de zorgsector aan te wijzen, namelijk doordat juist deze communicatie en deze discretionaire ruimte tekortschieten. Scherper gezegd: degenen met de macht zijn niet de uitvoerders van het werk. En omdat hun belangen eerder liggen op het vlak van macht dan op dat van de uitvoering, hebben ze geen baat bij het luisteren naar de uitvoerders, noch om hen veel ruimte te geven. Dan raken ze macht – namelijk controle en beheersing – kwijt. Overigens kun je deze machtsanalyse ook toepassen op het micro-niveau. Eén voorbeeld: de eerdergenoemde definitiemacht bestaat ook in een

één-op-één-contact. Immers, de zorgverlener bepaalt het etiketje dat er geplakt wordt op de vraag van de zorgbehoefte. De eerste zegt eigenlijk: u komt bij mij met een vraag, en ik zal u zeggen hoe uw behoefte heet in ons jargon. En dan gaan we over tot zorgverlening. Ook dat is macht.

Het denken over zorg van Tronto en andere zorgethici steunt op een mensbeeld dat recht wil doen aan onderlinge verbondenheid. Teneinde uitgewogen te kunnen spreken over het dilemma van autonomie en afhankelijkheid introduceert Tronto de term ‘interdependentie’. Zij wil hiermee afhankelijkheid als een reëel element van menszijn in beeld brengen. Maar zij is hierin jammer genoeg niet consequent. Enerzijds voert zij afhankelijkheid op als kenmerk van menszijn en stelt zij dat de dreiging van afhankelijkheid schromelijk wordt overdreven. Anderzijds stelt ze dat zorg altijd het ‘gevaar’ van verlies van autonomie bevat. Ook noemt zij als één van de doelen van zorg de ‘beëindiging van de afhankelijkheid’. Het ideaal van autonomie blijft zo zijn plaats opeisen.

Mijns inziens is dat ideaal niet verenigbaar met een ethiek van zorg. Binnen de zorgethiek dient afhankelijkheid niet als negatief te worden gezien. Het autonomie-ideaal moet daarom echt losgelaten worden. Niet om te komen tot pure heteronomie, zelfverlies en zelfverloochening, maar om te komen tot een evenwichtiger mensbeeld, waarin plaats is voor zowel autonomie als afhankelijkheid. Om deze stelling uit te werken ga ik te rade bij Levinas.

## ***2. Levinas: een evenwichtiger mensbeeld, ook in de zorg***

### *De ervaring van de Ander*

Eerder in dit artikel stelde ik: ‘Zorgethiek is een andere benadering van ethiek überhaupt. In de zorgethiek staat de basale menselijke activiteit van het zorgen centraal, omdat vanuit “zorg” het menselijk bestaan en ook de ethische dimensie van het menselijk bestaan beter begrepen wordt dan vanuit de traditionele ethische visies.’ Ook bij Levinas vindt zo’n perspectiefwisseling plaats. Hij heeft niet het fundament van de moraal gezocht, maar heeft de stelling betrokken dat de moraal het fundament is van onze werkelijkheid. Het zou dan ook onjuist zijn om de filosofie van Levinas op te vatten als een moraliserende boodschap, die ons vertelt dat we voortaan de ander boven onszelf moeten stellen. Hij beschrijft, in steeds wisselende bewoordingen, de ervaring, een momentopname, waarin de waan van het imperialistische Ik wordt doorbroken door een werkelijkheidservaring van de onherleidbaarheid van de Ander tot het Ik. Het is een hele mond vol.

Voor zover ik begrepen heb, denkt Levinas na over het vigerende autonome mensbeeld en hoe het dit mensbeeld, dit beeld van onszelf, vergaat. Hij beschrijft dit, analyseert dit, als een fenomeen.<sup>4</sup> Volgens Levinas tracht het autonoom denkende Ik alle waarheid en waarden te herleiden tot zichzelf. Ook de ander ondergaat dit lot, zolang deze slechts verschijnt als nuttig of prettig-voor-mij. Pas in het besef van de onherleidbaarheid van de Ander komt er een einde aan het ‘imperialisme van het Ik’. De Ander dringt van buitenaf, vanuit zelfstandigheid, door in het bewustzijn. Hij blijkt daaraan zelfs vooraf te gaan en het Ik te overstijgen. De soevereine vrijheid van het Ik wordt ruw doorbroken door het appèl van de Ander. Zijn bestaan is een bevel,

---

<sup>4</sup> Emmanuel Levinas, *Het menselijk gelaat*, Bilthoven 1971; Emmanuel Levinas, *Anders dan zijn of het wezen voorbij*, Baarn 1991.

een gebod, namelijk 'altijd-al verantwoordelijk te zijn'. Een verantwoordelijkheid voor de Ander die voorafgaat aan de vrijheid van het Ik, dat is wat Levinas de 'asymmetrie' van de ethische relatie noemt. Deze verantwoordelijkheid is geen engagement of doel van mijn kant, maar ik ben 'geworpen in verantwoordelijkheid'. Deze Ander is uniek en niet-inwisselbaar met andere Anderen. Ik kan hem niet beschouwen als gelijk aan andere 'leden' van dezelfde 'soort', waaraan ik dezelfde consequenties voor iedereen verbind. Daarmee maak ik hem tot een abstractie en ontnem ik hem zijn eigenheid. Het concrete appèl dat hier-en-nu op mij toekomt, stelt mij onder een unieke verantwoordelijkheid, die ik niet kan afschuiven. Zo ver gaat mijn verantwoordelijkheid voor de Ander dat mijn soevereiniteit is opgeheven. Mijn zelfbewustzijn verandert van karakter. Het egoïsme blijkt niet door mijzelf opgericht te zijn, maar te bestaan op basis van de ander die mij aanziet. Het egoïsme wordt verstoord door de Ander, die binnendringt. Het egoïsme wordt in zekere zin ook verlost tot de Ander. Bij Levinas is de heteronomie de oorsprong van de moraliteit. Verantwoordelijkheid gaat voor vrijheid. Hij redt daarmee het besef dat verantwoordelijkheid uiteindelijk niet iets is waarvan je zelf de agenda bepaalt. Je bent verantwoordelijk, of je wilt of niet. Ik ben niet zelf de maat van mijn zorg, maar word daardoor overrompeld, overvallen. Verantwoordelijkheid overstijgt je, de oorsprong ervan is niet te achterhalen.

Bij Levinas is het niet zo dat het Ik zich verliest in de heteronomie. Dit is van belang, want in een bestaan zonder vrijheid en zelfstandigheid zou het dragen en waarmaken van verantwoordelijkheid en zorg onmogelijk zijn. Hij ontdekt alleen dat zelfgenoegzaamheid een beheersende manier van zijn is. Hij beschouwt heteronomie zoals gezegd niet als zelfverlies of vervreemding, maar als vindplaats van zingeving bij uitstek: de

zin van mijn bestaan ligt niet in mijzelf, maar in mijn zijn-voor-de-Ander. Niet het Zijn is de dragende grond onder het menszijn, niet de vrijheid van het Ik, maar de verantwoordelijkheid waarin ik sta toont mij de zin van mijn bestaan. Het besef ‘de plaats van iemand anders bezet te houden’ is de aanvang van de humaniteit zelf. Daarmee verliest het Ik niet zijn identiteit, maar vindt deze, precies in de ontdekking van zijn verantwoordelijkheid en in de onmogelijkheid zich hieraan te onttrekken. Identiteit als verantwoordelijkheid, als nabijheid, als ‘het belast zijn met de zorg voor de ander’.<sup>5</sup>

### *Een evenwichtiger mensbeeld*

Dit denken – in termen van belast zijn met de zorg voor de ander – is in onze tijd, zoals in de hele twintigste eeuw, niet erg gebruikelijk. We zijn, althans in het westen, juist druk bezig geweest aan autonomie te winnen. Kenmerkende ontwikkelingen waren, ten eerste, de secularisatie, het uit de bevoogding van kerken en de verzuilde samenleving komen; en ten tweede de emancipatie, van hele bevolkingsgroepen, die opkwamen voor gelijke rechten en individuele keuzevrijheid. Verder een toenemende gerichtheid op het materiële en geloof in de maakbaarheid van de samenleving en het eigen lichaam.

Juist toen ik op weg was naar scholingsbijeenkomsten over Levinas, kwam ik – midden op een druk verkeersplein – langs reclameborden met een levensgrote advertentie voor borstcorrecties. ‘Bent u wel tevreden over uw borsten?’ stond erop. Plus een telefoonnummer voor hen die ontevreden zijn. Een ander voorbeeld is het denken over zorg zoals onze regering – onder aanvoering van minister Hoogervorst – dit nu ontwikkelt. Daarin komt de zorgvrager maar in één gestalte voor, namelijk als ‘kritische zorgconsument’. Als deze voorbeelden representatief

---

<sup>5</sup> Levinas, 1991.



zijn voor de prioriteiten van velen (namelijk de vrijheid om het eigen lichaam te ‘perfectioneren’ en de vrijheid om te kiezen tussen verschillende aanbieders), wie kan er dan nog spreken over verantwoordelijkheid voor anderen, die voorafgaat aan mijn vrijheid?

Mensen die werken in de zorg kennen echter vaak de betrekkelijkheid van dit soort denken maar al te goed. Dag in dag uit zien zij de kwetsbaarheid van het menselijk bestaan. Zij zien lijden, waarin vrijheid nergens meer te bekennen is. En zij kunnen verhalen van ervaringen van overrompelende verantwoordelijkheid. Wat kan Levinas nu bijdragen aan de zorgethiek? Centraal staan in de zorgethiek de ervaringen van zorg, van verbondenheid, het besef van interdependentie en heteronomie, van leven als leven in een web, een samenhang van mens met mens, dier en omgeving, een web dat scheurt bij ontkenning, uitbuiting, veronachtzaming. Levinas en de zorgethici hebben dit gemeen: de opvatting dat het denken over menszijn louter in termen van autonomie een gemankeerd mensbeeld oplevert.

#### *Asymmetrie in de zorgrelatie bij Tronto en Levinas*

Levinas’ denken kan de zorgethiek verrijken in het alert zijn op eenzijdigheid. Waar sluipt het autonomie-ideaal toch weer binnen? Maar Levinas kan ook helpen bij de machtsanalyse van Tronto. Het is namelijk niet zo gek dat het autonomie-ideaal bij Tronto steeds weer binnensluipt. Ze ziet namelijk de zorgrelatie als een asymmetrische relatie, waarbij de zorgdrager macht heeft over de verzorgde. Dat is een herkenbaar beeld, zoals ik ook illustreerde met de macht die de zorgverlener alleen al heeft door de beschikking die hij heeft over het jargon waarin de behoefte van de zorgvrager wordt gevangen. Daarom heeft Tronto in haar concept van zorg de vierde fase, het ontvangen van zorg, hard nodig als correctie op te paternalistisch bepaalde en gegeven zorg: om

zorg af te kunnen stemmen op de vraag moet de zorgvrager bereid zijn zijn eigen zorgbehoeften adequaat te interpreteren en daarover in die vierde fase *feedback* te geven, zo hebben we gezien.

Deze asymmetrie wordt bij Levinas volledig omgedraaid: de zorgdrager staat in dienst van en is afhankelijk van de verzorgde, vindt in de door hem gegeven zorg, in het ingaan op het appèl, zijn eigen levensvervulling, zin. Asymmetrie bij Levinas is het tegenovergestelde van de asymmetrie van de zorgrelatie bij Tronto. De verzorgde staat nu ‘boven’, de zorgdrager is, hoe paradoxaal dat ook klinkt, de afhankelijke. In mijn ogen is dat echte interdependentie, namelijk dat de verzorgde voor de ontvangen zorg afhankelijk is van de zorgdrager, en dat de zorgdrager voor haar/zijn levensvervulling, voor de zin van het bestaan, afhankelijk is van het appèl van de verzorgde. Interdependentie blijft halfslachtig als we die willen combineren met een streven naar autonomie, als we verzorgd-worden als zwakheid blijven zien, als we zorgdragen verbinden met macht-hebben. De mensvisie van Levinas heeft radicale consequenties voor ons zelfverstaan en voor het beschouwen van de zorgrelatie.<sup>6</sup> Zijn analyse speelt zich af op een andere laag dan die van Tronto, die in een binnenwereldlijk, sociologisch domein blijft. Bij Levinas komt het metafysische, het perspectief van het oneindige in beeld. Het zijn als het ware ongelijkvloerse kruisingen. Levinas benoemt datgene wat je bij Tronto voortdurend mist, namelijk een overdenking van de vraag: waarom zouden we – in godsnaam – voor een ander zorgen?

---

<sup>6</sup> Van Nistelrooy, 1996.

### *3. Levinas in het denken over zorg samen met zorgverleners*

In het derde punt wil ik ingaan op wat het ter sprake brengen van Levinas in trainingen in de zorgsector teweeg brengt. Ik presenteer daarvoor een aantal van mijn observaties uit trainingen en cursussen waarin ik Levinas behandel. In het vierde en laatste punt zal ik daarna ingaan op een problematisch punt dat overblijft, sprekend over zorgethiek en Levinas, en denkend over goede zorg.

Mijn eerste observatie is: mensen die werken in de zorg herkennen de thema's van autonomie en heteronomie, van zelfbeschikking en afhankelijkheid. Zij herkennen deze thema's ook als spanningsvol. Zij hebben weet van de begrensdheid van het autonomie-ideaal. En ze worden geconfronteerd met het doorslaan hiervan, waar mensen, patiënten en cliënten zich claimend gedragen. Patiënten die behandelingen eisen van artsen, patiënten die verpleegkundigen om wissewasjes lastigvallen. Werkers in de zorg hebben ook weet van de kwetsbaarheid, de afhankelijkheid die vaak samengaat met ziekte. De paniek en wanhoop die zich van mensen meester maakt en het vastklampen aan de beschikbare hulp. Waar patiënten in een levensbedreigende situatie verkeren en maximaal afhankelijk zijn, daar willen zorgverleners hen graag maximaal bijstaan. Een verpleegkundige vertelt over een patiënt die wegens keelkanker nauwelijks lucht kreeg. De benauwdheid en bijna-verstikking maakte dat de patiënt in paniek haar hand vastklemde. Zij was blij dat zij beschikbaar was om bij de patiënt te blijven en (letterlijk) houvast te bieden, totdat de behandeling weer lucht gaf.

Verder leidt het gezamenlijk bespreken van deze thema's soms ook tot inzicht in de moeite die enkelen hebben met hun eigen werk. Een paar keer maakte ik mee dat een verpleegkundige zei: 'Het onderscheid tussen autonomie en heteronomie helpt mij.

Want nu weet ik dat ik erg hecht aan mijn eigen plannen, mijn eigen agenda, en dat ik het juist zo lastig vind dat ik daarin steeds onderbroken word. Mijn toekomst ligt niet in de zorg. Ik had dat vermoeden al, maar nu weet ik het zeker.'

Mijn tweede observatie betreft het denken van Levinas over de zgn. 'derde'. Naast die ene ander die een appèl op mij doet, staan er nog meer. Ik moet daarom gaan denken over rechtvaardigheid, om mijn aandacht goed te verdelen. Ik ervaar dat de goede verpleegkundigen (en gelukkig mag ik er daarvan velen ontmoeten) niet zo'n moeite hebben om hun tijd en aandacht te verdelen over meerdere zorgvragers. Het dilemma, zoals dit verondersteld wordt vaak voor te komen in de zorgsector<sup>7</sup>, wordt door hen gezien als onderdeel van hun vakkundigheid. Het speelt vaak nog wel bij de beginnende verpleegkundigen, maar zij die ervaren zijn halen desgevraagd over dit dilemma vaak hun schouders op. 'Dat is je vak,' zeggen ze. Dat meerderen een appèl op je doen, dat je daarin je eigen prioriteiten moet stellen en afwegingen moet maken, is voor hen meestal geen groot probleem.

Ook het zorgen voor jezelf, dat weliswaar onder druk staat tijdens je werk, blijkt geen grote dilemma's op te leveren. Je geeft veel, je komt zelf wel weer aan bod na het werk, zo lijkt men te redeneren. Eerder spelen voor hen de volgende zaken:

- Het aftasten van wat het werkelijke appèl is: wat is mogelijk de vraag áchter de vraag? Welke onvrede, twijfel, angst of welk verdriet wordt er in deze vraag tot uiting gebracht? Mensen die werken met dementen, jonge kinderen, of mensen die anderszins niet mondeling hun vragen kunnen stellen, zijn extra getraind in het verstaan van behoeften, in het aflezen van het appèl van een gezicht, lichaamshouding, een Gelaat.

---

<sup>7</sup> Zo ook in J. Duyndam & M. Poorthuis, *Levinas*. Rotterdam 2003.

- Is de zorg die gevraagd wordt terecht, of is deze patiënt gehospitaliseerd en moet ik hem helpen zijn eigen zelfstandigheid te herwinnen? Ook het inschatten of de patiënt de ernst van zijn situatie juist aangeeft, met andere woorden, of de patiënt zich aanstelt of juist groothoudt. Vaak wordt gezegd dat mensen die een relatief kleine ingreep moeten ondergaan zich claimender gedragen dan zij die zwaar ziek zijn en méér aandacht verdienen.
- Agressie: de manier waarop zij zelf benaderd worden door patiënten. Enerzijds is dit vaak geheel onterecht en is er sprake van een grove inbreuk op hun integriteit. Anderzijds voelen werkers in de zorg zich ook geplaatst voor een dilemma, omdat ze weten dat een zorginstelling – ik denk dan vooral aan ziekenhuizen – ook agressie oproept. Dat komt bijvoorbeeld door de manier waarop de zorg is georganiseerd, door de typerende handelswijzen van veel artsen en verpleegkundigen, door ingesleten vakblindheid. Vaak worden het personeelsgebrek en de geringe financiële middelen als oorzaak aangehaald, maar veel eerlijker vinden mensen in de zorg het om te erkennen dat vriendelijkheid geen tijd kost. Het is de gewoonte die knaagt aan de stoelpoten van de empathie. In april van dit jaar organiseerde een groep van zeven ziekenhuizen de zgn. Prudentia-conferentie rond agressie; een publicatie hiervan is ophanden.

#### *4. Enige vragen in het denken over zorg*

##### *De orde van de economie*

Mijn eerste vraag sluit aan bij een punt uit mijn observaties, namelijk dat goede verpleegkundigen niet zo'n moeite hebben om hun tijd en aandacht te verdelen over meerdere zorgvragers. Met grote vaardigheid weten ze urgentie en prioriteit in te schatten, vragen af te wegen, mensen te bewegen met hun vraag even te wachten tot een later tijdstip, met de belofte dan méér tijd voor ze te hebben. Dit past heel goed in het zorgethische denken van Tronto. Aandacht, om de vraag goed te verstaan, verantwoordelijkheid, om de juiste afweging te maken, competent helpen met de inzet van de juiste middelen en kijken of de goede hulp is gegeven.

Het moge duidelijk zijn dat dit toch wat vlak is. En daarmee raken we aan mijn eerste vraag: blijft het denken over zorg, óók bij Tronto, niet te zeer beperkt tot de orde van de economie van het 'do ut des', ik geef opdat jij weer iets aan mij geeft? Met andere woorden: jij vraagt, ik geef en verwacht iets terug van jou, of van mijn werkgever (salaris).

Dit is niet hetzelfde als wat Levinas bedoelt met heteronomie. Het is níet: gehoorzamen aan de wens, wil, schreeuw, bevel of claim van de patiënt. De ervaring van het gelaat is de basis voor zorg. Maar het tegemoetkomen aan het bevel in dat gelaat is precies de onteigening, de ontkenning van dat bevel. Als werkers in de zorg niet zo'n moeite hebben met de concurrerende vragen van patiënten betekent dat volgens mij dat ze de diepte van die vragen niet verstaan. De vraag om een glaasje water, kan een schreeuw zijn: kijk mij aan, zie mij lijden, maak mij niet dood door hieraan voorbij te gaan. Maar verpleegkundigen zijn meesters geworden in het ordenen van vragen – en halen het glaasje water. Waarmee ze niet doorhebben dat ze de vragen van

zorgvragers onteigenen. Sowieso verschijnen deze zorgvragers al voor hen als patiënten, cliënten of bewoners, dus ze zijn al voorzien van een etiketje! En daarmee is het lijden in het gelaat van die ander onschadelijk gemaakt.

De trek om te veralgemeniseren, die ook zorgverleners eigen is, is voor Levinas een uiting van de kramp van de westerse filosofie om al het andere te reduceren tot hetzelfde. De kracht van de ratio is gelegen in het ‘comprendre’ (begrijpen), reduceren tot het ene. Alles in model brengen en het liefst in piramide-vorm. Maar in dit ontologische, op het ik gerichte denken is niet te verklaren waarom ik zou zorgen. Is er een motivatie, behalve bloedband of nationaliteit, die uitgaat boven het welbegrepen eigenbelang?

Het denken van Levinas helpt om deze dieptedimensie te verkennen. Hij heeft het over een werkelijk andere dimensie. Een dimensie ‘autrement qu’être ou au dela de l’essence’. Een openbaringsdimensie, die luidt: in de economie van het geven en nemen openbaart zich de oneindigheid, door het gelaat van de ander. Hij raakt aan mijn trauma, een diep en pijnlijk bewustzijn van de ‘wetenschap’ dat ik de plaats inneem die ook van een ander kan zijn, moet zijn zelfs. Daar wordt de ons bekende orde onderbroken en opent zich een oneindig perspectief naar verantwoordelijkheid. Het geeft richting aan een doelloos verzamelen en zorgend bestaan, zonder een definitieve weg naar een oplossing van de zinvraag te bieden. Ik bedoel in simpele woorden: de ervaring van verpleegkundigen dat ze gehoor geven aan de patiënt is niet de gijzeling van de ander uit de hoogte.

In deze zoektocht naar de zindimensie van zorg schieten mij, naast Levinas, natuurlijk ook allerlei evangeliewoorden te binnen. Ik wil ook verwijzen naar het denken over de caritas-

traditie zoals Annelies van Heijst dit ontwikkelt.<sup>8</sup> Achter het begrip *caritas* zit het principe van ‘do quia mihi datum est’, ik geef omdat mij (door een ander) gegeven is. Als zorg vanuit deze lijnen wordt gedacht, vanuit Levinas, vanuit het evangelie of vanuit *caritas*, levert het appèl van de ander een grote spanning op. Een spanning die niet opgeheven kan worden door een grotere professionaliteit, door harder werken, door te voldoen aan iedere wens of ieder bevel van de ander. Het is een spanning die ‘slechts’ uitgehouden kan worden – en die perspectief biedt op de zin van het bestaan.

### *De orde der abstractheid*

Een tweede vraag is: is het denken van Levinas niet erg abstract? Het aantrekkelijke van de zorgethiek is dat daarin iets heel essentieels gered is, namelijk de basale menselijke ervaring van verzorgd worden en zorgen. Tronto en Levinas hebben gemeen dat ze het autonomie-ideaal kritiseren. Levinas beschrijft de ervaring van heteronomie. Tronto kritiseert de autonomie omdat ze hierin een ontkenning ziet van de concrete interdependentie. Loskomen van de concrete, contingente situatie is geen moreel hoogstaand standpunt, maar een miskennis van de werkelijkheid. En die werkelijkheid wil Tronto recht doen. Ze beschrijft zorg en de ethische elementen van zorg zo concreet, dat je de zorgbehoefte bijna kunt ruiken. Zorgen bestaat dan precies uit die activiteiten die samenhangen met duidelijk aanwijsbare en concrete anderen. En daar is een andere ethiek voor nodig dan de rationele, beheersende ethiek. Maar hoe concreet is de ander nog in de epifanie van het gelaat van Levinas? De concreetheid van Tronto vervluchtigt hier. Vooral haar oog voor het concrete werk dat

---

<sup>8</sup> Annelies van Heijst, *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*, Hilversum 2002.



moet gebeuren en de competentie die dat vergt, lijken op een heel ander niveau te liggen dan het denken van Levinas.

Deze twee vragen leiden tot een open einde. Een einde met een plan, dat ik verder uitgewerkt zou willen zien.<sup>9</sup> Dat plan bestaat uit het bijeenbrengen van de twee kwaliteiten, enerzijds de concreetheid van de zorgethiek, anderzijds de verdieping van de zindimensie van zorg. Ik vind namelijk dat het hedendaagse denken over zorg blijft steken. Ondanks al het goede wat er gedacht en geschreven wordt, maken we niet écht een sprong vooruit. En dat is wel hard nodig, gezien alle ‘gejeremieer’ in zorgland.

Wat houdt ons tegen? Het zijn de eerdergenoemde vragen, die obstakels zijn en ons weerhouden van de sprong vooruit. Het is enerzijds een grote schroom van bijna alle zorgethische denkers tegen de diepere doordinking van de vraag: waarom zou ik eigenlijk zorgen, ook als ik er niets voor terugkrijg? Deze schroom hangt, denk ik, samen met de moderne weerstand tegen normativiteit. We vinden het beter om te blijven denken in markteconomische termen van gelijkheid en ruil. We vinden dat we opvattingen over goede zorg aan ieders eigen verantwoordelijkheid moeten overlaten. We blijven daarmee weg van de vraag: wat is goede zorg nu eigenlijk en aan welke normen moet zorg voldoen wil ze goed zijn? Met dit neoliberale denken blijven we steken in een individualistische mensopvatting, die geen recht doet aan concrete interdependentie.

Anderzijds worden we tegengehouden doordat de denkers over de zindimensie van ons bestaan, veelal filosofen en theologen, geen meesters zijn in de concrete zorgpraktijk. Bij hen kom je nooit de geur en smaak tegen van zorgen; zorgen is bij hen

---

<sup>9</sup> Reliëf, de christelijke vereniging van zorgaanbieders, waarvoor ik werk, maakt zich ook sterk voor dit denken.

geen lust of last, niet vies, zwaar of veeleisend. Die dimensie is vervluchtigd in de mooie woorden. Het verlies van die concreetheid maakt blind voor het feit dat zorg *gedaan* moet worden.

Kortom, ik bepleit een nieuw denken over zorg, waarin we een kwalitatieve sprong maken. Ik sluit af met een beeld dat bij mij opkomt. Ooit maakte ik deel uit van de commissie spiritualiteit van de theologische faculteit in Tilburg. We hadden enkele jaren op rij een geslaagd programma rond ‘kunst en religie’. Eén van die programma’s had als titel meegekregen ‘Brand in mijn gebeente’. We bedoelden daarmee dat kunst, als het goed is, zich door de tijd heen steeds bevindt in de voorhoede van onze cultuur. Daar wordt de grens van ons denken verkend en geschetst, om haar vervolgens te bekritisieren, te ridiculiseren en te overschrijden. Het is deze culturele voorhoederol die ook ooit door koningin Beatrix aan de moderne kunst is toegeschreven. Deze voorhoederol gebeurt vanuit een innerlijk vuur, een brandende inspiratie, die wij aan wilden duiden met die woorden uit Jeremia ‘brand in mijn gebeente’. Met brand in ons gebeente zouden we – als waren we profeten – vernieuwend moeten werken aan kwalitatieve verbetering van de zorg. Opdat alle zorgen aan kwaliteit wint.

*Inge van Nistelrooy is stafmedewerker en trainer van Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders.*



## Zorg en surplus

### Tussen onbegrensde verantwoordelijkheid en verdelende rechtvaardigheid

*door Marcel Poorthuis*

#### *Inleiding*

Op uitnodiging van de organisatie *Kairos* heb ik een training verzorgd voor zorgmanagers van het Erasmus MC te Rotterdam. Doel van die training was een reflectie te bieden op het begrip zorg en om op die wijze nieuwe ideeën bij de deelnemers zelf te laten opkomen. Mijn taak in deze was dus beperkt: gedachten aanreiken en discussie stimuleren. De experts in het zorgmanagement had ik voor mij: die specifieke deskundigheid en kennis van de werkvloer en logistiek, personeel, budgetbeheer enzovoort hoefde dus niet van mij te worden verwacht.<sup>1</sup>

Als centraal uitgangspunt voor de training was de filosofie van Levinas gekozen. Dat bood mij allerlei mogelijkheden om de relaties waarvan sprake is binnen de zorg te analyseren. De bruikbaarheid van de filosofie van Levinas voor de zorg, specifiek de relaties binnen de zorg, vormt het thema van dit artikel.

Het uitgangspunt van de training voor zorgmanagers: de filosofie van Levinas, is namelijk ook problematisch. Allereerst is er de hoge moeilijkheidsgraad van vele begrippen in een andere dan gebruikelijke betekenis. Dan is er de kwestie dat Levinas een fundamentele doordenking wil bieden van de verhouding tussen mensen: preciezer nog: van de relatie ik-ander, en ik en de totali-

---

<sup>1</sup> Veel meer in dat verband biedt J.A. van den Brink – Tjebbes en J. Keij, *Verplegen in verbondenheid. Verplegingspraktijk en verplegingswetenschap*, Utrecht 1997, en andere publicaties van deze auteurs.

teit. Van een specifieke context van zorg is geen sprake.<sup>2</sup> Het is zeker niet juist om de oneindige verantwoordelijkheid waarover Levinas spreekt onmiddellijk te verbinden aan de relatie hulpverlener-cliënt. Afgezien van de acute dreiging van een burn-out als de hulpverlening onbemiddeld als oneindige verantwoordelijkheid wordt gekenschetst, geldt die verantwoordelijkheid evenzeer van de cliënt naar de hulpverlener. Anders gezegd: de specifieke context van de personen heeft geen betekenis voor de oneindige verantwoordelijkheid die het ik ervaart in de confrontatie met de ander. Het gelaat van de ander is naakt: dus niet gekwalificeerd door een bijzondere hulpbehoefendheid. Het anders-zijn van de ander is zelf die hulpbehoefendheid.

Toch bleek de filosofie van Levinas verhelderend, onder meer omdat zijn denken juist niet beperkt is tot de zorgrelatie, maar algemeen menselijke verhoudingen typeert. Bovendien beperkt zijn denken zich niet tot een beschrijving van een duale relatie ik-ander, maar brengt hij bovendien de notie van 'de derde': de samenleving, het collectieve, de economie, de afweging en de haalbaarheid ter sprake, geen onbekende noties in de zorg.<sup>3</sup>

Om de bruikbaarheid van het denken van Levinas voor de zorg in dit artikel te verkennen, wend ik mij tot enkele spirituele bronnen uit de joodse wijsheid die ons te denken kunnen geven als het gaat om zorg voor de ander. Vandaar ga ik telkens naar de filosoof Levinas wiens denken een bijzondere inspiratie kan bieden voor de zorg en over wie ik aanstonds nog een en ander zal vertellen.<sup>4</sup> Maar eerst het begrip zorg.

---

<sup>2</sup> Deze problematiek is aangestipt in J. Duyndam en M. Poorthuis, *Levinas*. Rotterdam 2003, p. 131.

<sup>3</sup> Terecht wijst daarop C. van Unen, *De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing*, Delft 2003.

<sup>4</sup> Het oeuvre van Levinas is groot. Voor een inleiding, zie J. Duyndam en M. Poorthuis, *Levinas*. Rotterdam 2003, toegespitst op zorg met name pp. 131-140.

## *1. Wat is zorg?*<sup>5</sup>

Zorg is een begrip dat veelomvattend is en de neiging heeft nog uit te dijen, dus een containerbegrip. Ons interesseert hier vooral welke relaties er onder schuil gaan: Is het iets dat de zorgverlener geeft aan de zorgvrager? Zo wordt zorg vaak begrepen, maar de conclusie die eruit volgt laat al zien dat zoiets problematisch is: zorg zou dan namelijk eenrichtingsverkeer zijn. Of is zorg iets dat over en weer gaat? Dat zou kunnen, maar we moeten dan duidelijk maken of dat ‘over en weer’ naar beide kanten toe hetzelfde is. Als ik een gesprek beschrijf als een dialoog kan ik dat inderdaad zeggen. Het gesprek speelt zich af tussen personen in een ogenschijnlijk gelijkwaardige situatie: dialoog is van links naar rechts en van rechts naar links hetzelfde te lezen. Het is verleidelijk om de zorg naar analogie hiervan te begrijpen, al was het alleen al om de mondigheid van de cliënt te waarborgen. We willen immers af van het idee dat zorg alleen maar toegediend wordt aan een passieve en louter ontvangende cliënt? Toch is deze gelijkheid van de dialoog ontoereikend om de zorg te beschrijven. We zijn immers niet opeens allemaal zorgvragers geworden en de hulpverlener heeft een andere positie en taak dan de cliënt. Laten we niettemin het positieve van deze dialogische benadering voor de zorg vasthouden: Deze benadering gaat er van uit dat zorg iets is tussen twee mensen, een intiem gebeuren dat te maken heeft met de verantwoordelijkheid van de ene mens en de behoefte van de ander.

Er is evenwel nog een andere context: het reusachtige apparaat van een zorginstelling, waar miljoenen in omgaan, apparatuur, salarissen en infrastructuur vraagt, research en toepassing. In

---

<sup>5</sup> Zie voor definities van zorg: A. van Heijst, *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*, Hilversum 2002, pp. 24 vv.

dit artikel hoef ik daarover niet verder uit te wijden. Centraal staat nu de ietwat filosofische vraag: hoe verhoudt zich het ene, dat ik persoonlijk of dialogisch noem, tot het andere, dat ik als planmatig, ietwat anoniem en het resultaat van afweging beschouw?

Hebben we hier te maken met een verhouding van een zachte benadering tot harde, realistische benadering, waarbij het werkelijke beslissingen bij de laatstgenoemde thuishoren? Of omgekeerd: gaat het hier om de menselijke benadering tegenover het kille zakelijke management? Is de vraag naar humanisering van de zorg alleen te beantwoorden door het persoonlijke perspectief centraal te stellen? Of is het zo dat we het persoonlijke gewoon maar aan iedere zorgverlener moeten overlaten omdat het ‘van-zelf’ wel goed komt, en gaat de werkelijke inspanning uit naar de materiële omstandigheden? Beide opties, zowel diegene die pleit voor het persoonlijke als degene die het planmatige als de kern ziet, gaan uit van een gespletenheid tussen het persoonlijke en het planmatige.

Er is een derde weg: omvat goed management wellicht beide perspectieven? Maar hoe verhouden zich dan die beide perspectieven, en als we het eerste persoonlijke perspectief serieus nemen, wat gaat dat kosten in termen van tijdsbesteding en financiën?

Het mooiste zou natuurlijk zijn dat we het eerste serieus nemen: de humanisering van de zorg, en dat het nog besparend blijkt te werken ook. Maar we dienen ons ook de vraag te stellen of we humanisering van de zorg ook belangrijk vinden als het toevallig niet besparend werkt op korte termijn? Misschien zijn hier andere calculaties in het spel: lange termijn waarden die niet direct te vertalen zijn in rendement maar toch een rendement van een hogere soort opleveren, namelijk werkelijk goede gezondheidszorg.

In het onderstaande heb ik hier en daar gebruik gemaakt van spirituele wijsheden uit joodse en christelijke tradities, die – minder filosofisch verantwoord, maar directer toegankelijk –noties verwoorden die bij Levinas een rol spelen.

## *2. Dingen zonder maat*

De joodse wijsheid die pakweg 2000 jaar oud is, spreekt over ‘dingen die geen maat hebben’ (Misjna Pea 1,1). Wat zijn dat: dingen zonder maat? Dat wil zeggen: je kunt er wel een minimum-maat voor aangeven (1/60 volgens de rabbijnen), maar je kunt er nooit genoeg van doen. Daartegenover staan dingen die wel een maat hebben. Zo is er bijvoorbeeld voorgeschreven dat je een tiende van de oogst afstaat aan God, d.w.z. bestemt voor de priesters. Ook het uitbetalen van loon aan de arbeider is bepaald niet zonder maat, evenmin als het betalen voor goederen, enzovoort. Je zou zelfs kunnen zeggen dat het normale maatschappelijke verkeer zich juist kenmerkt door het feit dat alles een maat heeft. Zo is ruil mogelijk.

Maar er is ook voorgeschreven dat je de hoeken van het veld bij het maaien moet laten staan zodat de armen die kunnen oogsten. Dat de armen afhankelijk kunnen zijn van wat op het veld te vinden is weten we al uit het bijbelboek Ruth. Voor het ‘vergeten’ van de hoeken nu is geen maat, zeggen de rabbijnen: hoe meer hoe beter. In dezelfde context treffen we het bezoeken van zieken en de werken van barmhartigheid in het algemeen aan als ‘dingen zonder maat’. De werken van barmhartigheid zijn bekend uit het evangelie (Mattheus 25): rouwenden troosten, gevangen bezoeken, hongerigen voeden en dergelijke. Het zijn handelingen die je met je lichaam doet en daarom is er geen maat, is



een joodse uitleg.<sup>6</sup> Ziekenbezoek valt ook onder de dingen zonder maat omdat het niet is voorbehouden aan een geestelijke. Ziekenbezoek is voor het jodendom geen speciale opdracht voor de geestelijke, de rabbijn, maar ieders plicht, en: je kunt er nooit genoeg van doen. Hier ligt een opmerkelijk verschil in ambtsopvatting tussen jodendom en christendom. Ik herinner me een gesprek met een rabbijn waarin ik zei dat ziekenbezoek mij een belangrijke pastorale activiteit leek, zoals ik dat ook in de theologieopleiding heb geleerd. Hij keek mij even aan en zei: ‘Natuurlijk is het een belangrijke vorm van pastoraat. Maar voor mij als rabbijn niet meer dan voor elk ander gemeentelid. “Bik-koer cholim”, ziekenbezoek, is een gebod dat tot iedereen is gericht.’ Ziekenzorg geldt dus voor ieder mens en overstijgt dus al de louter professionele opdracht van pastor of zorgverlener, het overstijgt ook de begrenzing die andere plichten wel kenmerkt: je kunt er nooit genoeg van doen.

### ***3. De verantwoordelijkheid van de patiënt***

Het ‘nooit genoeg doen’ correspondeert met de filosofische notie van onbegrensde verantwoordelijkheid. De ander die ik ontmoet is niet zomaar een fenomeen zoals een stoel of tafel. Nee, de ander kijkt mij aan en daarin vraagt hij – zonder dat hij dat zelf weet – om mijn verantwoordelijkheid. Het is een ethisch appèl dat de ander ongeweten op mij doet, immers ik zie zijn gelaat, maar hijzelf ziet zijn eigen gezicht niet. Maar: de ander ziet wel mijn gezicht! Dat betekent dat hij ook verantwoordelijk is voor mij, ook al weet ik dat zelf niet. De asymmetrie schuilt erin dat ik wel

---

<sup>6</sup> Wat geld geven betreft is er namelijk opmerkelijk genoeg wel een maat; je mag je niet van anderen afhankelijk maken door heel je bezit weg te geven (Talmoed Jeroesjalmi Pea 1,1, 15b; Tosefta Pea 4, 18).

het appèl van de ander op mij ervaar, maar niet ‘weet’ dat ik een claim op de ander leg. Hiermee is de relatie van mij tot de ander een relatie geworden waarin het ethisch appèl klinkt en waaraan feitelijk geen begrenzing is te geven. Het asymmetrische is alleen vanuit mijn perspectief toegankelijk en geen van buitenaf te constateren of op te leggen verplichting. Ik ben alleen zelf verantwoordelijk, noch een buitenstaander, noch de ander kan mij die verantwoordelijkheid dwingend voorhouden. Tegelijkertijd: consequentie en inconsequentie van de filosofie van Levinas, geldt die verantwoordelijkheid zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt. Ik zou willen vaststellen dat dit appèl dat de grondslag vormt voor de zorgrelatie, niettemin twee kanten uitgaat. Niet alleen is de zorgverlener verantwoordelijk voor de patiënt, maar er is ook sprake van een verantwoordelijkheid van de patiënt. Hoe zou ik die verantwoorde-lijkheid kunnen omschrijven?

Allereerst verwijs ik hiervoor naar ideeën over de zorg die erop wijzen dat de patiënt als louter ontvanger van zorg en medicijnen in een afhankelijke, hospitaliserende situatie wordt gedrongen. Het bekende boek van Foudraine, *Wie is van hout*, geschreven in een tijd dat de psychiatrie sterk bekritiseerd werd, is misschien wel al te zeer geschreven als successtory, maar de kern blijft van waarde: mensen zijn zelf mede verantwoordelijk en kunnen door een rol van louter ontvangende in een machteloze positie worden gedrongen. Het lijkt erop dat juist als we alleen maar willen geven, de ander niet meer wordt benaderd als uniek mens die zelf veel te bieden heeft en niet louter ontvanger van zorg is.

Opmerkelijk genoeg is zelfs de filosofische structuur van het proces van genezen veel minder eenrichtingsverkeer dan het lijkt: de arts heeft voor de diagnose de ervaring van de patiënt nodig. Het gesprek is wel degelijk ook een gesprek waarbij de patiënt in zekere zin meer weet dan de arts. Er schuilt een *socra-*

*tisch* element in die verhouding: de arts brengt in de patiënt naar boven wat de patiënt, zonder het te weten, al wist. De arts kan geen diagnose stellen zonder het gesprek met de patiënt en is dus van hem afhankelijk.

#### ***4. Ziekenzorg als surplus***

We zijn nu al gekomen bij de gedachte dat het louter geven van zorg niet oneindig is, maar een begrenzing heeft. Die begrenzing wordt gevormd door de ontvanger die daardoor monddood en anoniem gemaakt dreigt te worden. Ik grijp nog even terug naar de joodse wijsheid, die nu eens niet benadrukt dat dingen zonder maat zijn, maar dat er wel degelijk ook een grens is. Zo zegt een spreuk: *het is beter aan iemand te lenen dan te geven*. Waarom is dat? Louter geven creëert afhankelijkheid en kan zelfs vernederend werken. Ga maar na in ons eigen verkeer met anderen: wij ontvangen van iemand een geschenk, maar we weten niet hoe snel we een tegengeschenk moeten geven. We gaan bij iemand eten en hebben onze fles wijn al klaar in de hand. De ander zegt: ‘dat had je niet moeten doen’. Dat is een goede opmerking, want een werkelijke gave komt niet voort uit noodzaak, maar bevat een *surplus*.

Dat surplus is de lege ruimte tussen mensen waarover de religies spreken als ze *genade* zeggen, de onverdiende goedheid die een mens toevalt. Dat surplus dient te worden opengehouden, maar dreigt maar al te snel weer te worden ingevuld. Dat had je niet moeten doen, ...maar als je het niet doet, dan is er wel iets helemaal fout! Dan wordt die zin tot een holle frase die maar nauwelijks het uitgekiende ruilsysteem verbergt dat erachter schuil gaat. Niettemin willen wij die ruil-economie verbergen en dat feit geeft aan dat we het karakter van geschenk willen

handhaven, hoe moeilijk dat ook is. Het surplus moet dus worden onderscheiden van het economisch verkeer tussen mensen: ik geef wat aan de ander en ander geeft daar iets voor terug. Het economisch verkeer wordt gekenmerkt door ruil: de ene dienst is de andere waard en vormt het domein van rechtvaardigheid. Het surplus wordt gekenmerkt door het geschenk, de belangeloosheid en vormt het domein van barmhartigheid.

Hier ligt een belangrijke filosofische kwestie: is niet elke gave, elke inzet, uiteindelijk heimelijk een ruil? Iemand als Freud zegt van wel. Zelfs de meest onbaatzuchtige handelingen, bijvoorbeeld van gelovigen die zich wijden aan de zorg voor melaatsen, kunnen worden uitgelegd als een uitkijken naar een beloning, in dit geval een beloning in het hiernamaals. Maar schuilt in de gedachte dat elke gave een ruil is niet een zeker cynisme dat zelf niet goed gefundeerd is? Het lijkt erop dat alles als ruil interpreteren een belangrijk aspect van het menszijn ontkent en onderdrukt. Als welbegrepen eigenbelang feitelijk de basis van alle handelen is, kunnen we dan nog protesteren als iemand dan werkelijk zijn eigenbelang dient? En omgekeerd: is elke bewondering voor een hoogstaand ethisch handelen gebaseerd op een illusie?

Dat elk geschenk een ruil is, is dus niet zonder meer waar. Wij vinden het zelf van belang dat het geschenkkarakter van wat we geven wordt gehandhaafd. In sommige culturen, met name Arabische, legt men het geschenk ongeopend weg. Niet uit desinteresse, maar juist om het geschenkkarakter te handhaven: ik ga toch niet kijken of het geschenk wel groot genoeg is? Wij kennen zelf dat gevoel als je een geschenkbond krijgt: maak je de envelop open of niet? Ook kan het storend zijn als de gast na een gezellige avond zegt: 'De volgende week bij mij.' Alsof er iets onmiddellijk vereffend moet worden. Hiermee wordt het geschenkkarakter of de gave toch weer tot ruil. Het lijkt erop dat religies

telkens het geschenkkarakter van de gave willen handhaven en zelfs daartoe de beloning soms als onzichtbaar of zelfs als afwezig voorstellen, om maar te vermijden dat het handelen toch weer uit eigenbelang gebeurt. Niet voor niets zegt de Bergrede in het evangelie: nodig niet mensen uit die jou weer terug uitnodigen. Nodig armen uit, dan pas ben je echt gastvrij.<sup>7</sup> En ook: laat je linkerhand niet weten wat je rechter doet. Want als je het weet, dat wil zeggen als je bewust geeft, heb je het geschenk al tot een ruil gemaakt, want je beseft dat je goed doet. Het surplus handhaven is niet makkelijk, wel essentieel. ‘Wees niet als dienaren die hun heer dienen omwille van het loon, maar wees als dienaren die hun heer dienen niet omwille van loon’, zegt de joodse wijze Antigonos van Socho in het tractaat Spreuken der Vaders, waarbij een ander later toevoegde: ‘Dan zal je loon groot zijn!’

### ***5. De belangeloze inzet in de zorg***

Dat we hier met een paradox te maken hebben is wel duidelijk: we zeggen dat belangeloze inzet belangrijk is, maar vragen tegelijkertijd om die belangrijkheid (als morele voldoening) als het ware te vergeten. We zeggen dat goede zorgmanagement mede gebaseerd is op belangeloze inzet, maar beweren tegelijkertijd dat zorg die die belangeloze inzet exploiteert tot rendement de mist in gaat. Het is dezelfde paradox die de meisjes in het sprookje van vrouw Holle kenmerkt: het goede meisje helpt de broden en de appels zonder van loon te weten en wordt met goud begiftigd; het andere meisje wil alleen maar het goud en helpt tegen heug en meug en alleen om het goud. Haar loon is pek. Is dat niet een mooie parabel voor de zorg? Als de belangeloze inzet plaats

---

<sup>7</sup> Zie voor voorbeelden daarvan mijn artikel: ‘Groot zal je loon zijn’, in idem, *Hamer op de rots*, Hilversum 1989, pp. 39-48.

maakt voor gepland rendement zal het resultaat zijn dat het goud verdwijnt en de pek overblijft.

Ik geef een voorbeeld. Een patiënt vraagt een glaasje water. De zuster brengt het en de patiënt zegt: ‘Bedankt, maar ik weet dat je ervoor betaald wordt om dit te doen.’ Waarom klinkt dit als een belediging? Omdat er wel degelijk een soort van belangeloosheid van de kant van de hulpverlener is. Het gaat hier even niet om een calculatie: ‘Ik krijg betaald dus haal ik dat glaasje’. Maar: ‘Ik haal dat glaasje omdat ik jouw appèl heb vernomen’. Dat is geen zweverige romantiek, of idealisme, maar de erkenning dat zorg dit surplus dient te bevatten, omdat mensen daaraan hun zin ontlenuen. Dat is de ene kant van de zaak: zorg steunt op een surplus, op een inzet die voortkomt uit belangeloze verantwoordelijkheid. Maar er is ook de begrenzing.

## ***6. Het surplus en de begrenzing***

Hier komt nu een tweede beweging die mij essentieel lijkt voor de zorg en die ook in het denken van Levinas sterk wordt benadrukt. Een surplus is altijd een surplus bovenop iets anders. Mensen in de zorg leveren wel degelijk ook een prestatie in ruil voor salaris. Er is sprake van een economie: tijd kan worden begrensd, inspanning kan worden afgemeten.

Dit ontkennen zou een onaanvaardbare hoogspanning geven aan de relatie van zorgverlener tot patiënt. Dit vind ik het bezwaar als je zorg louter definieert als een *dialogische* relatie tussen hulpverlener en patiënt<sup>8</sup> en je niet realiseert dat zorg ook dat management, die infrastructuur, dat miljoenenbedrijf omvat. Zorg is

---

<sup>8</sup> Ik meen dat dit geldt voor de overigens welsprekende bijdrage van K. Waayman, ‘Spiritualiteit in de zorg’ in: J. Bouwer (red.), *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*, Kampen 2004, pp. 25-27.

derhalve een complex gegeven dat zowel de persoonlijke verhouding van zorgverlener en patiënt, als ook het planmatige haast anonieme runnen van een bedrijf omvat. Als ik zorg louter als dialogische relatie definieer laat ik zorgverleners op met een ondragelijk schuldgevoel, dat wel tot een burn-out moet leiden. Als ik zorg louter als een planmatige calculatie van vraag en aanbod definieer, verwordt zorg tot een anoniem bedrijf, waarin de humaniteit is verdwenen. Dergelijke zorg mist het fundament waar het om draait en zal die dan ook niet weten te verwoorden. Anders gezegd: de calculerende zorg weet niet meer waarom het eigenlijk allemaal te doen was, kan zich geen ideaal stellen anders dan efficiency. Een eventueel *mission statement* van een zorginstelling komt dan niet boven een financieel jaarverslag uit. Maar mensen die louter efficiënt behandeld worden, zullen gaan lijden aan zinverlies. Paradoxaal genoeg wordt die efficiënte zorg op die wijze het tegendeel: namelijk hoogst inadequate zorg als het gaat om het werkelijke welbevinden van mensen.

De ik-gij-relatie zoals de joodse filosoof Martin Buber die heeft ontwikkeld kan, toegepast op de zorg, te gauw leiden tot een louter dialogisch gebeuren, waarin de zorg geen begrenzing meer kan vinden. Het ideaal wordt dan hoog opgeschroefd zonder dat er verbinding gelegd wordt met het economisch-politieke niveau van het management. Hier ontstaat een onvruchtbaar dualisme: dialogische zorg enerzijds, anonieme calculatie anderzijds. De spiritualiteit van de zorg die hieruit voortvloeit kan zich niet verdedigen tegen een beschuldiging van onwerkelijke utopie.<sup>9</sup>

Uiteraard is de nadruk op het dialogische van de relatie winst ten aanzien van de opvatting van zorg als eenrichtingsverkeer dat de patiënt onmondig en machteloos maakt. Denkers als

---

<sup>9</sup> Zie voor de kritiek van Levinas op Buber in dit opzicht, mijn boek: *Het gelaat van de Messias*. Messiaanse Talmoedcommentaren van Emmanuel Levinas. Hilversum 2000 (3de druk), pp. 34-36.

Carl Rogers en Paolo Freire hebben de gebreken van dit zogeheten deposito-model aangetoond, waarbij de deskundige niets anders zou doen dan zijn kennis (of zijn medicijn) overplanten in de passieve patiënt. De dialogische relatie biedt daarop een belangrijke correctie. Zorg, helen, en onderricht kunnen niet als losse ‘objectieve’ elementen worden gezien, maar krijgen pas binnen de relatie van hulpverlener en patiënt betekenis. Maar tegelijkertijd dient de eigenheid van de zorgrelatie te worden benadrukt die niet zomaar omkeerbaar is: het is niet zo dat de zorgverlener evenzeer zorg behoeft als de patiënt. Beiden zijn betrokken in de relatie, maar op eigen wijze.<sup>10</sup>

Ik citeerde hierboven de spreuk dat het beter is aan een ander te lenen dan te geven. We zagen dat geven soms kan leiden tot onmondigheid of zelfs vernedering. De geschiedenis van de caritas laat genoeg voorbeelden zien van hoe vernederend het ontvangen van hulp kan zijn.<sup>11</sup> Nogal wat oudere mensen hebben daarom nog steeds een panische angst om van anderen afhankelijk te worden – ten onrechte naar het mij lijkt, maar emoties laten zich in deze niet wegredeneren. Onze samenleving zou in elk geval ondubbelzinnig duidelijk moeten maken dat een dergelijke angst volstrekt ongegrond is. Maar vanwege economische overwegingen – die zelf weer kritisch beschouwd moeten worden – slaagt onze samenleving daar niet in. Overigens is de geschiedenis van de caritas niet alleen een vindplaats van hoe zorg fout kan gaan doordat mensen onmondig en vernederd worden door de zorg, maar kan ook een geschiedenis van onvermoe-

---

<sup>10</sup> Buber zelf kent deze notie wel degelijk, waar hij spreekt over de *Umfassung*. De leraar/hulpverlener verdiept zich zowel in de patiënt als in zijn eigen houding, de patiënt hoeft zich daarentegen niet in de houding van de leraar/=hulpverlener te verdiepen. Op het moment dat hij dat wel doet, bijvoorbeeld in therapie, is dat waarschijnlijk een teken dat hij de therapie niet langer nodig heeft. Zie ‘Dialogo tussen Martin Buber en Carl Rogers’, T. de Bruin (red.), *Adam waar ben je?*, Hilversum 1992, pp. 243 vv.

<sup>11</sup> Mooie voorbeelden zijn te vinden in het boek van Theo Thijssen, *Het taaie omgerief*.



de mogelijkheden zijn, van werkelijke onbaatzuchtigheid en van creatief helpen met zeer beperkte middelen. Deze geschiedenis van de caritas verdient het nauwlettend te worden bestudeerd en wel door mensen die nadenken over zorg.<sup>12</sup>

## ***7. De derde mens***

Er is echter nog een reden waarom lenen beter is dan geven en daarmee komen we bij de tweede hoeksteen van de filosofie van Levinas. Als ik leen, krijg ik het geld weer terug en kan ik een ander ook weer helpen. Als ik geef, eist die ene mens voor me alle inzet op en lijkt ik de andere mensen die ook recht hebben op mijn inzet te vergeten. Ik kan natuurlijk zeggen: die anderen ken ik niet of heb ik niet ontmoet. Maar is niet juist een belangrijke kritiek op de liefdadigheid dat het wel aandacht schenkt aan die ene behoeftige mens voor me, maar niet aandacht wil geven aan al die andere mensen, dichtbij en meer nog ver weg, die uitgesloten worden van mijn liefdadigheid? We hoeven geen marxist te zijn om te beseffen dat gerechtigheid een noodzakelijke tegenhanger is van de individuele barmhartigheid.

Een charmant joods verhaal vertelt dat Abraham spreekwoordelijk gastvrij was. Zijn tent stond naar vier zijden open zodat niemand hoefde om te lopen om binnen te komen en onthaald te worden. Maar er was meer: Abraham plaatste onder bomen (eiken of tamarindes)<sup>13</sup> voedsel en drank. Waarom? Omdat hij zo ook voor mensen iets kon doen zonder dat hij ze persoonlijk ontmoette. Die mensen hoefden ook geen dankjewel

---

<sup>12</sup> Een boeiende poging hiertoe is ondernomen door A. van Heijst, *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*, Hilversum 2002.

<sup>13</sup> *Esjel* in het hebreuws: de letters vormen de beginletters van de woorden: eten, drinken, onderdak.

te zeggen. Is Abraham hiermee niet de eerste die zorginstellingen oprichtte? Deze zorg strekt zich uit tot ook de derde mens, niet slechts tot degene die mij aanziet, maar ook diens naaste en de naaste van diens naaste. Structurele zorg en dialogische relatie gaan in dit model samen. De structurele zorg ontleent zijn diepste inspiratie aan de verantwoordelijkheid tegenover de ander, maar beseft dat die ‘andere andere’ daarvan niet mag worden uitgesloten. Dit besef maakt nu ook calculeren noodzakelijk, immers de zorg voor die ene ander moet worden begrensd. Waarvoor wordt die zorg begrensd? Door de verantwoorde-lijkheid voor nog weer anderen.

In het begin stelde ik dat ook patiënten het appèl van verantwoordelijkheid kennen en derhalve de zorg mee kunnen dragen. Een praktisch voorbeeld kan dit duidelijk maken. Een patiënt die vanaf de eerste kennismaking het gevoel heeft gekregen gezien te zijn: door begroeting, een hand geven, een praatje, juist niet alleen over de ziekte, maar over het leven, zal er begrip voor kunnen opbrengen dat zijn wensen niet allemaal onmiddellijk kunnen worden ingewilligd. Doordat hij/zij zelf is erkend kost het weinig moeite – ondanks de hulpbehoevende situatie – om ook de noodzaak van zorg voor anderen te erkennen. Het geduld wordt op deze wijze zelfs tot iets positiefs: ik houd even rekening met de beschikbaarheid van het personeel en werk zo mee aan de zorg voor anderen. Deze patiënt heeft door de eigen erkenning ruimte gevonden voor de situatie van anderen, zelf al een belangrijk element voor het eigen genezings-proces. Een patiënt die echter voortdurend het gevoel heeft niet te worden erkend, zal geen enkele ruimte ervaren voor de nood van anderen, maar zal het moeten wachten louter als ontkenning van de eigen behoeften ervaren.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Dat hier nog andere factoren kunnen meespelen, zoals karakter en opvoeding, is duidelijk.

## ***8. De samenleving***

Tot nu toe hebben we, misschien onbewust, de zorg gelokaliseerd in een zorginstelling alsof die afgesloten is van de samenleving. Dat is ook vaak het geval en is misschien wel een van de grote problemen van de zorg. Maar uiteraard geldt de verantwoordelijkheid voor de zorg, zoals in het begin al duidelijk werd, niet slechts de professionals, maar heel de samenleving. Ziekenbezoek is zonder maat voor ieder mens, niet slechts voor de professionele zorgverlener. Eerder integendeel, de professionele zorgverlener zal eerder de verantwoordelijkheid voor het geheel voelen die element is van een professionele zorgethiek en zal daarom de aandacht voor de patiënt, hoe oprecht en vanuit een surplus ook, moeten begrenzen. De mensen van buiten die op bezoek komen zullen meer de oprechtheid van werkelijke persoonlijke belangstelling opbrengen. Maar tegelijkertijd is dat contact met buiten ook weer geritualiseerd en begrensd in de tijd.

Laten we nu eens fantaseren zonder op haalbaarheid of waarschijnlijkheid te letten: Stel dat er in een bejaardentehuis flink gerenoveerd moet worden. De werklui zijn gezellige kerels en ze maken geregeld een praatje met de bewoners. Hoe zullen die bewoners dat contact ervaren? Ik denk, vanwege de belangeloosheid, buitengewoon. Die werklui hoeven het namelijk niet te doen en het draagt niet bij aan hun efficiency. Wel ontsluit het weer die lege ruimte, die ruimte van het surplus, die alleen door persoonlijk contact tot stand komt en die door religies wel genade wordt genoemd, omdat er geen economisch principe achter zit van ruil. Een ander voorbeeld: het oude katholieke ziekenhuis in Hilversum had een kapel waar wij als jongeren vaak zongen. De patiënten moesten in hun bed gereden worden om daarbij te kun-

nen zijn. Voor veel patiënten was dat een geweldig uitje om door een opgroeiende tiener naar de kapel gebracht te worden. Het personeel deed dat niet, had daar ook geen tijd voor, maar had ook niet die werking op de patiënten kunnen hebben die die jonge mensen hadden. De spontaniteit en vooral: het willen helpen terwijl niets of niemand het verplichtte, deed wonderen. Ook voor ons jongeren trouwens die op deze wijze in contact kwamen met zorg. Hier komen we weer bij het verschil tussen directe efficiency en hoger rendement: het is wel zeker dat jongeren die op deze wijze met zorg in aanraking zijn gekomen daarvoor een grote draagvlak opbrengen dan jongeren voor wie het allemaal ver van hun bed is.

Ook dat correspondeert met de filosofie van Levinas. De verantwoordelijkheid voor de ander is geen abstractie, maar hangt samen met nabijheid, ja zelfs met aanraking, en groeit naarmate ik de ander meer nabij ben. Vandaar ook dat het lichamelijk contact van de zorg geen gebrekkige relatie is die zich zou moeten spiegelen aan het redelijk gesprek, maar zelf communicatie bij uitstek is. Voor wie in deze vorm van communicatie gelooft, betekent een aftakelingsproces van een geliefde nooit louter verwijdering, maar ook onverwachte diepe momenten van nabijheid en verbondenheid. In elk geval was voor ons als jonge mensen de ervaring van het bedden rijden van de zieken en hun hand vasthouden nog iets anders dan een lezing over de zorg! Maar voor veel jongeren is de situatie van zorg niet anders te zien dan gebrek, afgang en nederlaag, niet omdat ze onverschillig zijn, of minder ethisch voelend dan een oudere generatie, maar omdat ze de nabijheid niet hebben ervaren. Het behoeft geen betoog dat zo iets repercussies heeft op zowel de omgang met ethische vragen: wat is menswaardig leven? als op de bereidheid om een draagvlak voor de zorg vanuit de samenleving in stand te houden.

## ***Besluit***

In deze wat rapsodische verkenning naar zorg vanuit de filosofie van Levinas blijkt dat het denken over de samenleving, de ‘derde mens’ en de planmatige vergelijkende benadering, zowel bedreiging als noodzakelijke complement is van de persoonlijke benadering van mens tot mens. De spanning die hieruit voortvloeit moet worden uitgehouden en kan niet worden opgeheven door voor een van beide perspectieven te kiezen. Zorg verwordt dan hetzij tot individuele liefdadigheid zonder oog voor rechtvaardige verdeling onder mensen die ik niet direct in de ogen zie, of tot anonieme administratie zonder oog voor de uniciteit van de ander.

*Marcel Poorthuis is verbonden aan de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht als coördinator van het project Relatie Jodendom Christendom.*

## Is het denken van Levinas een gevaar voor de zorgverlener?

*door Chaim van Unen*

Er was eens een koning die regeerde over een groot rijk. De koning werd echter oud en krom en kon het regeren op een gegeven moment niet meer aan. Dus liet hij zijn zoon komen. ‘Zoon, jij bent nu zover dat je het bestuur over het koninkrijk moet overnemen’, sprak hij. En de koning instrueerde de jongeman uitgebreid hoe hij het regeren moest aanpakken. Dus toog de prins de volgende dag aan het werk. Met zijn koffertje naar kantoor. En dat deed hij trouw week in week uit. Maar na een poos begon de prins zich vreemd te gedragen. Zo vreemd zelfs, dat, toen hij op een ochtend op kantoor kwam, niet alleen zijn jas, maar al zijn kleren uittrok en onder zijn de vergadertafel ging zitten, tot verbijstering van zijn hofhouding. Daarbij liet hij weten dat hij een kalkoen was en vanaf dat moment kokkelde hij ook nog alleen als een kalkoen. Het enige wat hij wenste te eten waren maïskorrels. De vertwijfelde koning liet de ene na de andere hoogopgeleide en beroemde therapeut komen. Maar geen van allen wist iets tot stand te brengen. Niets hielp. De koning was vertwijfeld en ten einde raad. Toen zich een wat sjofele oude man bij de poort meldde liet de koning ook hem binnen. Onder normale omstandigheden zou hij zijn zoon nooit aan deze vreemde figuur hebben toevertrouwd. De man werd binnengelaten bij de prins. En wat er gebeurde was hoogst verrassend. De man kleepte zich eveneens naakt uit, ging ook onder de tafel zitten en kokkelde precies zo als de prins/kalkoen. Spoedig zaten beide mannen onder de tafel te kokkelen. En dat duurde zo een hele tijd. Maar na een week mompelde de sjofele man tegen de prins kalkoen: ‘Zullen we er

een broek bij aantrekken, dat praat net zo makkelijk.’ En na nog een week zaten de beide mannen op het terras en bespraken indringend de situatie van de overspannen prins.

### *Levinas en het altruïsme*

Tot zover dit chassidische verhaal. Enkele jaren geleden, op een congres over psychiatrie en religie (en dit is géén verhaaltje) hoorde ik een hoogleraar psychiatrie de volgende uitspraak doen: ‘Zoals Sartre de kampioen van het egocentrisme is, zo is Levinas de kampioen van het altruïsme.’ Een korte en bondige oneliner die ongetwijfeld bij veel deelnemers zal zijn blijven hangen. Helaas, zo pakkend als hij klinkt zo onzinnig is hij ook. De professor had Levinas slecht gelezen. Wie in Levinas een altruïst ziet, heeft hem slechts oppervlakkig gelezen. Toch wordt deze vergissing wel vaker gemaakt. Maar laat er geen misverstand over bestaan: Levinas is op geen enkele manier een pleitbezorger van altruïsme. Integendeel! Alain Finkelkraut, prominent leerling en ‘vertolker’ van Levinas, verwoordt diens opvatting op dit punt als volgt: ‘In zekere zin staat niets ons méér in de weg dan de naaste.’<sup>1</sup> De vergissing Levinas als een altruïst te zien, komt voort uit het feit dat hij zich verzet tegen het egoïsme in de gangbare filosofie, die het Ik centraal stelt. Levinas stelt in zijn filosofie de Ander centraal, maar is daarmee nog geen altruïst.

Wat de gangbare filosofie met Levinas deelt, is dat de Ander als een inbreuk op het Ik wordt ervaren. De aanwezigheid van de Ander is vaak knap lastig en het ligt in onze natuur om deze naaste te willen vermijden. We blijven liever uit zijn buurt. Stel je voor dat hij wat van ons wil. Want van nature is de mens niet

---

<sup>1</sup> Alain Finkelkraut, *De wijsheid van de liefde*, Amsterdam 2004, p. 118.

goed. Van nature zijn wij egocentrisch, gericht op zelfbehoud en uit op bescherming van ons eigen ik, onze eigen Totaliteit. Nogmaals in de woorden van Finkelkraut: ‘Liefde voor de naaste? Niet als daar, in navolging van de stichtelijke altruïstische filosofie, de aangeboren sympathie voor de lijdende mens onder wordt verstaan. (...) Ik kan die Ander, waarvan ik gescheiden ben en die aan mijn macht ontsnapt, maar niet van mij afschudden. Hij maakt het mij onmogelijk onbevangen, voluit te leven, als een hedonistisch ik dat zich overgeeft aan zijn plezier. (...) De Ander, die mij belet te zijn.’<sup>2</sup> De roemruchte uitspraak van Thomas Hobbes: *homo homini lupus est* (de mens is de mens een wolf), mogen we dan ook wel parafraseren als: de Ander is de mens een wolf. Zo beleven wij dat niet zelden. Die Ander, die ongekende, die niet op ons lijkt, die van buiten komt, die is een indringer, een vijand. Hij verstoort mijn rust.

De gangbare filosofie gaat terug tot Socrates. Socrates stuurde zijn gesprekspartners in het antieke Athene altijd op weg om uit te zoeken wie zij zélf waren. ‘Ken u zelve’, luidde zijn standaardopdracht. Want hij constateerde steeds weer dat de mens eigenlijk nauwelijks over werkelijke kennis beschikte, laat staan over zelf-kennis. Kennis omtrent het ik is wat de mens verder brengt. Misschien iets te krap door de bocht, maar het Ik werd de ‘maatstaf aller dingen’. Zo ontstond de traditie dat de westerse filosofie zich vrijwel altijd en uitgebreid heeft bezig gehouden met de vraag: *wie ben ik?* Voor de grote verlichtings-filosoof Emmanuel Kant was het Ik zelfs de hoogste oordelende instantie. Ook Kant nam het adagium van Socrates tot uitgangspunt van zijn filosofisch systeem. Begint immers niet alle kennis bij de *ervaring*, zo redeneerde Kant, en begint niet elke ervaring bij het *Ik?* Het Ik neemt alles waar, het Ik oordeelt, het Ik doordenkt de werkelijkheid, interpreteert haar en bouwt daaraan. Wie dat ik is,

---

<sup>2</sup> Ibidem, pp. 12 en 121.



is daarom heel belangrijk en met name zijn rationele zijn. Kant onderscheidt dan ook voor het Ik drie basale vaardigheden:

- kennen
- willen
- oordelen

Het moderne Humanisme heeft daar als vierde vaardigheid aan toegevoegd: *zelfontplooiing*. Zoek naar je eigen mogelijkheden, naar je eigen kracht, ontwikkel je talenten, en... wordt een gelukkig mens. Deze vier basale vaardigheden: kennen, willen, oordelen en zelfontplooiing, stellen het Ik in staat om zijn wereld waar te nemen en te beoordelen, in kaart te brengen. Zich dus een beeld van te vormen en vervolgens zich daarin vooral wel te bevinden. De wereld, de sociale omgeving, wordt dus altijd bekeken en geïnterpreteerd door de bril van ons eigen referentiekader. Vanuit mijn eigen *totaliteit*.

En langs deze weg, die haar vertrekpunt altijd vindt bij het Ik, vormt de mens zich ook altijd een beeld van de Ander. Via mijn ervaring, mijn waarneming en mijn interpretatie ontstaat het beeld dat ik mij van de Ander vorm. De Ander wordt dus langs die weg altijd gevangen binnen mijn referentiekader en dus ook op grond van mijn subjectieve, persoonlijk gekleurde optiek, al dan niet professioneel!

Dit egocentrisme, dit steeds maar weer in het middelpunt plaatsen van het Ik, van mijn/van onze positie, wordt door Levinas, zoals u weet, radicaal omgedraaid. Hij raadt ons dan ook aan de positie van de Ander eens te gaan doordenken in plaats van steeds op het Ik te zijn geconcentreerd. Laten we leren te vertrekken bij de positie van die Ander. Wie is die Ander? En wie is vervolgens die cliënt/patiënt? De vraag die door ons beantwoord moet worden, luidt dan ook: ‘Wat is in dit licht de bijdrage, die Levinas aan de Zorgverlening kan leveren?’

Wij weten dat de filosofie van Levinas draait om betrokkenheid op de Ander. De relatie ik-Ander staat centraal. Zoals reeds gezegd, verlegt Levinas daarmee het accent van ego naar alter. Niet meer 'het Ik' in het centrum naar 'de Ander'. Niet het Ik behoort centraal te staan, zegt hij, maar de Ander. En dat is feitelijk tegen-natuurlijk, dat wil zeggen dat is *voorbij* aan het natuurlijke en daarmee wordt die omkering *meta-fysica*! Levinas is daarin heel consequent. Al in 1945, kort na WO II, constateerde hij dat de belangrijkste opdracht voor de komende tijd is: 'nu de positie van de Ander fundamenteel te doordenken. Immers de centraliteit van het Ik en diens wereld heeft ons alleen maar strijd en oorlog, moord en vernietiging gebracht.'<sup>3</sup>

Maar hoe werkt dat in de praktijk? Wanneer ik de Ander ontmoet heb ik de neiging, bijna automatisch, om van hem een bepaald beeld te maken. Ik vind hem bijvoorbeeld sympathiek, aantrekkelijk of afstotend, onbetrouwbaar of leuk. Een oneindig aantal mogelijkheden. Maar wanneer dat beeld vervolgens niet blijkt te stroken met mijn wereld- en mensbeeld dan verlang ik van de Ander dat deze zich aanpast, zich voegt in mijn beeld, een beeld waar ik mij prettig bij voel. Wanneer dat inpassen niet lukt, wanneer die Ander zich niet naar ons beeld wil voegen, zijn wij bereid desnoods de Ander te vernietigen. Om maar een spectaculair voorbeeld te noemen: zoals zending en missie hele bevolkingsgroepen met ieder hun eigen cultuur en hun eigen religie aan de westerse cultuur hebben onderworpen en vervolgens ingelijfd. Na de WO II heeft Levinas er voor gepleit niet de 'Universele rechten van de Mens' te waarborgen, maar de 'Universele rechten van de Ander'.

---

<sup>3</sup> Vrij geciteerd uit: Marie-Anne Lescouret, *Emmanuel Levinas*, Baarn 1996.

## *Levinas in de praktijk van zorg en hulpverlening*

Hoe zou Levinas ons voorstellen om in onze praktijk de wending van Ik naar Ander in het denken te voltrekken? Kort en bondig: door de Ander niet in een beeld te willen vangen, maar de Ander als Oneindig tegemoet te treden, als een identiteit die oneindig veel mogelijkheden in zich bergt!

En Ik ben er verantwoordelijk voor dat die Ander die kans ook krijgt. Ik beslis daarover, nog voordat ik de Ander heb ontmoet. Want die verantwoordelijkheid is een a priori verantwoordelijkheid voor de Ander. Ethiek gaat daarom vooraf aan de ontmoeting, ook die met mijn cliënten.

Dit alles, merkwaardigerwijze, in navolging van het tweede van de Tien Geboden, dat als volgt luidt: *je mag je géén beeld van God maken*.<sup>4</sup> Want zo'n beeld betekent altijd een ontoelaatbare reductie. En op dezelfde manier reduceren wij de ander. Door die ander tot een beeld te reduceren en (weer kort door de bocht) vervolgens op basis van dat gereduceerde beeld de relatie met de Ander aan te gaan, doen wij hem per definitie onrecht. Levinas spreekt op dit punt zelfs van een daad van Geweld. De cliënt in de zorg is altijd oneindig meer dan zijn ziekte, oneindig meer dan zijn ziektebeeld. Aan dat gevaar van reductie staan alle zorgverleners bloot. Dat geldt in het maatschappelijk verkeer, en al helemaal en expliciet in de zorgverlening.

Zowel de maatschappelijk werker als de psychotherapeut, de huisarts evenzeer als de verpleegkundige. Want zij allen zijn immers voor de uitvoering van hun werk afhankelijk van een beeld, een diagnose, een in kaart brengen van 'wat er aan de hand is'. Het lijkt zelfs volkomen voor de hand te liggen dat er alleen op basis van dat beeld en die diagnose professioneel kan worden aangepakt. Zo hebben wij het in methodieklessen geleerd. Want

---

<sup>4</sup> Exodus 20:4.

hoe moet je anders een behandelplan maken, doelstellingen ontwerpen en de ziektekostenverzekeraar ook nog tevreden stellen?

Maar deze redenering roept vragen op:

1<sup>e</sup> vraag: Als deze laatste redenering juist zou zijn, betekent dat dan dat wij altijd werken op basis van reducties?

2<sup>e</sup> vraag: Is dan niet het gevaar levensgroot dat wij de ander, al reducerend voortdurend onrecht doen?<sup>5</sup>

3<sup>e</sup> vraag: Zijn daarom misschien cursussen, trainingen en bijscholingen in diagnostische methodieken zo populair?

4<sup>e</sup> vraag: Is het denken van Levinas niet een gevaar voor de hulpverlener in de uitvoering van zijn werk? Dat lijkt er immers alleen maar ingewikkelder op te worden.

### ***Beeldvorming of totalisering?***

Het antwoord op deze vragen is dat het niet het werken met beelden is, waarin het gevaar schuilt. Het gevaar schuilt in ons eigen denken en in onze eigen attitude. Want het ontwerpen van een beeld betekent dat wij, als hulp- en zorgverleners, die ene, unieke persoon onderbrengen in een categorie, een verzameling van gemeenschappelijke kenmerken. Schizofrenen worden als een categorie beschouwd, evenals kleptomane, of mensen met een horrelvoet, of mensen die het maar niet kunnen laten steeds naar IKEA te gaan. Vult u zelf maar in. Wij willen het liefst unieke personen scharen onder een koepelbegrip. Dat werkt aanmerkelijk gemakkelijker. We letten daarbij allereerst niet op de uniciteit van die persoon, maar focussen meer op algemene kenmerken, op overeenkomsten. En ja, over die categorie blijkt al van alles bekend te zijn. Daar vanuit kun je vervolgens afleiden hoe men per-

---

<sup>5</sup> Ja, dat gevaar is levensgroot, want zo'n beeld maakt het werken pas mogelijk. Wij kunnen er niet buiten!

sonen die in deze categorie lijken te passen, kan (of moet) behandelen. Dus ook deze unieke persoon, wiens uniciteit daarmee echter *du moment* ter zijde wordt geschoven. Met een beetje geluk bestaat er voor de beoogde behandeling zelfs een protocol. We stoppen ‘het Andere’ dus het liefst in de doos van ‘het Zelfde’, dan kunnen we die ander beter hanteren, beter behandelen naar ons professionele inzicht en ons behandelplan opstellen. Toch is het niet zo simpel dat we de beeldvorming gewoon los moeten laten, wij kunnen niet werken zonder beelden omtrent de ander die onze patiënt, respectievelijk cliënt is.

Het dilemma waar Levinas ons mee opzadelt luidt dan ook: hoe kan ik als zorgverlener werken met een beeld, maar zonder de Ander nodeloos geweld aan te doen? Want: of ik werk zonder diagnose – dus zonder de ander door middel van ‘beeldvorming’ te reduceren – maar dat gaat dan waarschijnlijk onverantwoord lang duren, nog afgezien of je als hulpverlener daartoe in staat bent. Of ik werk toch met een diagnose zodat de relatie werkbaar wordt, maar wetende dat ik de ander dan, al reducerend, onrecht doe. Is hier een uitweg? Schept Levinas niet meer problemen dan er al zijn? Om op deze vraag een enigszins helder antwoord te krijgen, moeten we weer terug naar zijn filosofie.

Ik wees al op de wijze waarop Levinas het tweede van de Tien Geboden uitlegt. Daar zit een sleutel. Want zoals God Oneindig is, en zo min wij God kunnen vangen in een beeld, zo min kunnen wij dat met de mens. Ook de Ander kunnen wij niet in één beeld vangen, al beweren we nog zo stellig het tegendeel. En dat houdt automatisch het volgende in:

- de Ander is geen variant van mij,
- de ander is een volkomen ongekende en ander mens (vandaar het belang van de term ‘Oneindig’),
- de ander is altijd méér dan de categorie waarin wij hem of haar onderbrengen,

- de eerste indruk is niet de beste, maar wél de gevaarlijkste,
- ik kan de Ander onmogelijk vastpinnen op mijn subjectieve en beperkte referentiekader. Ethisch gesproken mag ik dat, in de lijn van Levinas zelfs niet.

Want: ook ikzelf ben immers beperkt; zowel in mijn waarneming als in mijn interpretatie daarvan. Ik ben beperkt als gevolg van mijn persoonlijke belang:

- mijn ambitie,
- mijn innerlijke behoefte zorg te willen verlenen,
- mijn betrokkenheid en inzet beloond te willen zien,
- te willen scoren,
- te willen publiceren,
- mijn caseload te willen verlichten,
- vult u zelf verder maar in.

Ergo: de Ander vlt feitelijk niet in een beeld of plaatje te vangen, ook niet met behulp van de meest uitgekookte diagnostiek. Oneindigheid is daarom een centraal begrip in Levinas' denken. De Ander, dus ook de patiënt, is oneindig anders dan ik denk of dan ik zou willen. Ik kan hem nooit in zijn geheel kennen.

### *De juiste attitude tot de Ander*

Op de vraag 'hoe dit probleem te ondervangen?' valt geen enkele vaardigheid te construeren. Geen behandelvaardigheid, geen diagnostische vaardigheid, niets. Want dit is geen kwestie van vaardigheid, maar van *attitude*. De attitude waarmee ik de Ander benader en tegemoet treedt.

Die attitude is gebaseerd op mijn a priori verantwoordelijkheid voor de ander. Dat wil zeggen in Levinas' terminologie dat ik er verantwoordelijk voor ben dat ik de Ander geen geweld aandoe door hem te reduceren tot 'een bekende' binnen mijn eigen refe-

rentiekader. Ik ben er verantwoordelijk voor dat die Ander de kans krijgt op zijn geheel eigen verhaal te komen. Ik doe dat door er voor te kiezen de Ander in zijn geheel Anderszijn te respecteren. Ik moet altijd weer beslissen: werk ik op basis van die oneindigheid van de ander, of heb ik daar geen boodschap aan en werk ik op basis van mijn professionele aanpak: beeldvorming, plan en doelrealisatie? Op basis van Levinas' benadering, zouden enkele kenmerken van die professionele attitude kunnen zijn:

- in de eerste plaats zoeken naar verschillen, naar het afwijkende, het ándere, het unieke, náást het onvermijdelijk zoeken naar het overeenkomstige en herkenbare (het categorale),
- proberen waar te nemen door de ogen van de ander,
- te luisteren, te kijken,
- open te staan en niet te zoeken naar bevestiging van wat men zelf al dacht,
- gevoelig worden voor, en respecteren van verschillen,
- vooral de gewoonte van regelmatige zelfreflectie.

Hoe dat werkt weten u en ik heel goed. We zouden diep in ons hart de Ander het liefst als zorg-object beschouwen. Want ik word bewogen door zijn lot en wil dus het liefst aanpakken. Zo gauw ik kan vaststellen: 'dat is het probleem', kan ik iets doen; dan kan ik helpen. Zo gauw ik een diagnose heb, kunnen de handen uit de mouwen.

Om het dilemma omtrent het probleem van beeldvorming te illustreren, beschrijf ik nu twee voorbeelden van zorgverleners, die allebei worstelen met dit diagnoseprobleem. Beide voorbeelden zijn uit de praktijk genomen.

No. 1 zegt: Tja, kijk, als ik geen diagnose stel, dan weet noch de patiënt, noch ik zelf wat er aan de hand is. Dan kan ik geen behandelplan en geen doelen opstellen en dus kan ik

ook geen tijdspad uitzetten. Ook kan ik voor de verzekering niet helder maken hoeveel de behandeling gaat kosten. En ik kan dan bovendien mijn *caseload* niet meer in de hand houden. Ik ben dus aan mijn professie verplicht om eerst een goede diagnose te maken.

No. 2 zegt: Tja, kijk, ik maak wel een plaatje, maar ik loop daarmee het grote risico dat ik mijzelf, en dus ook de ander zand in de ogen strooi. En omdat de patiënt denkt: ‘de therapeut weet vast wel wat hij doet’, volgt deze patiënt mij gedwee. Daarom maak ik dus liever elke dag een nieuw plaatje, maar voorlopig liefst helemaal geen. Mijn werkwijze is gericht op het in dialoog gezamenlijk zoeken naar en puzzelen op de vraag: ‘wat is er mis?’

Ik, als therapeut, spiegel waar nodig, geef soms korte en vooral voorlopige conclusies; wij voeren onder mijn begeleiding een dialoog, wij denken samen. En aan het eind, (bijvoorbeeld na een jaar), vatten we alles samen, trekken conclusies en zeggen tegen elkaar: ‘nou dat was dan wat je had’.

De eerste therapeut is uit op *beheersing*. Hij plaatst de ander in de *kwetsbare* positie teneinde het proces van hulpverlening beter te kunnen beheersen. Er ontstaat distantie. De tweede is er op uit dat de ander op zijn eigen verhaal kan komen, zonder sturing van zijn kant. Daarmee maakt de hulpverlener *zichzelf kwetsbaar*, maar er ontstaat nabijheid en dus de mogelijkheid van een heilzame relatie. Die hoeft niet eens langer te duren dan in het geval van de eerste therapeut.

Herinnert u zich de prins-kalkoen en zijn zorgverlener? Ging het daar in de eerste plaats om kennis? Om inzicht, of vaardigheden? Mij lijkt van niet, want een dergelijke inval (noem het



*spontane interventie*) neem je niet op in je handboek methodiek. Naar mijn mening ging het bij de sjofele man in de eerste plaats om een attitude. Een attitude van volkomen ingesteld zijn op de belevingswereld van de prins op dat moment en in die situatie. Deze man ging niet uit van zijn eerste indruk en ook niet van een inderhaast gemaakte diagnose. Hij zocht de nabijheid, om daarvoor meer van de nood van de ander te kunnen zien en te kunnen voelen. Hij zag de ander in zijn gekte-van-dat-moment, en voegde zich daarnaar. Zo ontstond er contact, vertrouwen en genezing. Niet de ander werd in het werkkader van de therapeut gevoegd, maar de therapeut voegde zich in het leefkader van de ander.

### ***Conclusie***

Mijn slotvraag luidt dan ook: is het wenselijk om het denken van Levinas in te voegen in onze theorievorming over denken betreffende hulpverlening? Deze, voorzover relevant, op te nemen in onze theorie betreffende Zorg en Hulpverlening? Nee, ik denk dat dat niet moet. Levinas is niet toepasbaar in een 'Handboek therapeutische vaardigheden' of in welk handboek dan ook. Wij doen er goed aan om filosofie en handelen in eerste instantie uit elkaar te houden. De filosoof lijkt ons het werk lastiger te maken en dat moet in eerste instantie ook zo blijven. Levinas confronteert ons met wat we in de dagelijkse routine doen. Hij dwingt ons daarover na te denken. En dat juist dat kan ons helpen om ons los te maken van de ingeslepen mechanismen en de vanzelfsprekendheden in de zorg. De filosofie in het algemeen en Levinas in het bijzonder houdt ons scherp, dwingt ons tot *zelfreflectie*. Daarom kunnen we daar niet buiten. Want elke zorgverlener die zichzelf niet met regelmaat aan zelfreflectie onderwerpt, is een gevaar voor zijn patiënten respectievelijk cliënten. Niet de kracht van de

professionele beheersing, maar de kwetsbaarheid van de professionele zelfreflectie is in het belang van de cliënt. Het gevaar dat de filosofie van Levinas voor ons zou opleveren, is het gevaar dat we uit onze routine worden gestoten. Dat is geen gevaar, maar een toevoeging van kwaliteit aan onze professie.

*Chaim van Unen is zelfstandig gevestigd adviseur en auteur van het boek De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing.*

## **De professionals**

### **Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing**

Chaim van Unen, *De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing*. Delft 2003 (2de herziene druk). ISBN 90-5166-771

*Recensie door Hanneke Meulink-Korf*

‘Omdat hulpverleners zowel gelegitimeerd als gekwalificeerd zijn tot ingrijpen in het verstoorde leven van een hulpzoekende en dus kwetsbare ander, zijn zij zowel professioneel als moreel verplicht tot regelmatige zelfreflectie. Op grond daarvan kunnen zij een beter inzicht verwerven in hun eigen zowel bekende als potentiële mogelijkheden, alsmede in de vraag hoe betrouwbaar de eigen attitude voor de hulpzoekende is.’

Een pleidooi voor doorgaande supervisie en intervisie, dacht ik dus, toen ik deze stelling las in de inleiding van dit boek. Wie zou daar tegen zijn? Van Unen zeker niet: hij werkte behalve in het vormingswerk, als docent aan de Voortgezette Opleidingen voor Maatschappelijk Werk. Zijn discipline is echter de filosofie, in het bijzonder ethiek en antropologie, en de hierboven geciteerde stelling blijkt geen open deur te zijn maar het begin van een bijzonder boek over de vraag wat nu eigenlijk de professionaliteit van hulpverleners uitmaakt. Van Unen interviewde voor dat doel vijftien hulpverleners (maatschappelijk werkenden, psychiaters en psychotherapeuten) en drie staffunctionarissen. De gesprekken zijn diepte-interviews, deels gestructureerd, doordat Van Unen daarbij een vragenlijst hanteerde die zich concentreert op drie gebieden met specifieke dilemma’s:

- de relatie tussen hulpverlener en cliënt tegenover het gebruik van methodieken of instrumentarium;
- persoonlijke betrokkenheid tegenover ‘affectieve neutraliteit’ in de relatie. De vreemde term ‘affectieve neutraliteit’ stamt uit de discussie over wie wel en wie niet als professionele psychotherapeut mocht worden erkend;<sup>1</sup>
- handelingsvrijheid van de hulpverlener tegenover het gebruik van protocollen.

Uitgangspunt was dat deze drie spanningsvelden ingang geven tot de problematiek van professionalisering. Dat blijkt te kloppen. De verhalen van de geïnterviewden, met hun grote verscheidenheid aan opvattingen en werkwijzen, laten zien hoezeer men is aangewezen op zichzelf en op persoonlijke besluitvorming. Het volgende voorbeeld zal elke ouderbegeleider herkennen. In een hulpverlenende relatie is vertrouwen gegroeid. Langzaam maar zeker heeft de cliënt zijn problemen ontvouwd. De ernst van de problematiek, blijkt dan, gaat op bepaalde (lang niet alle) punten de competentie van de hulpverlener te boven, maar deze vermoedt dat deze cliënt doorverwijzing naar een meer gespecialiseerde instelling als ernstige afwijzing zal ervaren. Het vertrouwen zal breken. Het belang van de cliënt heeft uiteraard de hoogste prioriteit. Maar, dat overwegend, hoe komt de hulpverlener tot een verantwoorde beslissing? Er moeten wel knopen worden doorgehakt, en dat kan niemand anders dan de hulpverlener zelf, op grond van zijn overwegingen, en van de eigen normen en waarden. Beroepscode en advies van collega’s doen daar niets aan af. Het is dus van groot belang inzicht te hebben in eigen motieven.

Attitude is volgens Van Unen uiteindelijk belangrijker dan op vergelijkend empirisch onderzoek gebaseerde kennis en han-

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld Hans Reyzer, *Naar een nieuw beroep. Psychotherapie in Nederland*, 1993.

delingsvaardigheden. Met andere woorden: het gaat meer om professionaliteit op basis van zelfreflectie, dan om professionaliteit uitgaande van methodiek (ontworpen op grond van evidente resultaten van onderzoek). Van Unen keert zich tegen onder meer G. Hutschemaekers en L. Neijmeijer, die voorstellen deden ten behoeve van grotere beheersbaarheid van de (volgens hen veel te pluriforme) GGZ (G.Hutschemaekers e.a., *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire G.G.Z.*, Nijmegen 1998). Volgens Van Unen is een tekort aan beheersing niet datgene waaronder de hulpverlening lijdt. Het euvel is wel een tekort aan ethische bezinning, of met andere woorden: aan 'normatieve professionaliteit' (H. Kunneman). Met het badwater van de door Hutschemaekers en anderen te groot (ofwel: inefficiënt) geachte pluriformiteit, dreigt het kind van een verantwoorde aanpak (dat wil zeggen: verantwoord in de context van een concrete situatie) te worden weggegooid.

Nu is normatieve professionaliteit geen simpel begrip in een periode en een samenleving waarin er geen dominant Groot Verhaal over vooruitgang en verbetering meer geldt en dus veel afhangt van ieders eigen interpretatie van de werkelijkheid. Van Unen heeft geen conservatieve insteek; hij wil niet terug naar een morele autoriteit die algemeen wordt opgelegd. Hij benadert de complexiteit van huidige maatschappelijke situaties in de lijn van de Franse filosoof Lyotard. Diens taalfilosofie analyseert hoe de heersende taal gericht is op het dominante systeem van als rationaliteit, technologie, economie opgevatte wetenschappelijkheid. Vanuit ons 'talige' referentiekader kaderen we een ander in. (En wie de regels van het taalspel niet beheerst, staat buitenspel.) Hoe moet het in dat systeem met de hulpverlening en met die hulpverleners die niet (alleen) op beheersing van problemen uit zijn? Het aantal keuzemogelijkheden in de hulpverlening is in veel opzichten enorm vergroot. Daardoor lijken dilemma's zich niet alleen

eerder voor te doen maar ook moeilijker oplosbaar te worden. Een dilemma is echter niet alleen, en niet per se, een probleem dat om een oplossing vraagt; het is soms eerder een vergrootglas. Van Unen ziet in de veranderingen ‘van modern naar postmodern’ wel degelijk mogelijkheden voor een hulpverlener om in een concrete situatie tot zo verantwoord mogelijke keuzes te komen. Verantwoord ten opzichte van wie? Niemand anders dan de hulpverlener zelf moet handelen en een keuze maken (p. 46). Keuzes maken betekent daarom niet het volgen van algemene richtlijnen maar bereidheid en vermogen tot rekenschap, tot het afleggen van verantwoording: tegenover de cliënt, de instelling en niet in de laatste plaats tegenover zichzelf.

De normatieve professionaliteit die wordt beoogd, veronderstelt dus persoonlijke bezinning. Van Unen gebruikt met socioloog Zygmunt Bauman en filosoof Rosi Braidotti het beeld van een ‘nomadisch bestaan’. De bestemmingen zijn onzeker, de omzwervingen (lees: inspanningen en activiteiten van de hulpverlener) zijn zonder doorgaande lijn of systematiek. ‘Identity building’ lukt niet meer zo goed. Niet alleen de hulpzoekende, maar ook de hulpverlener is onzeker en kwetsbaar, ofschoon niet op dezelfde manier. Algemene syntheses over mensen en hun overeenkomsten werken niet meer. Juist verschillen blijken te kunnen inspireren en ontmoetingen mogelijk te maken. Hoe dan? We neigen er toch toe om ‘de ander *als Ander* over het hoofd te zien omdat we zo sterk op onszelf en ons eigen program betrokken zijn’ (p. 105)? Houvast ontbreekt, en werken louter op basis van subjectiviteit lijkt toch niet gewenst? Precies op dit punt wordt het gedachtengoed van Levinas ingebracht, en daarin vindt Van Unen een oriëntatiepunt: mijn a priori verantwoordelijkheid voor de Ander *als* niet een verlengstuk van mezelf, maar *ánder*. Het gaat in de filosofie van Levinas niet om een functionele opvatting van een taak aangaande een ander mens waarvoor ik – al dan niet

in instituutsverband – een bepaalde verantwoordelijkheid draag, maar om, basaal, verantwoordelijkheid van meet af aan. Niet mijn professionaliteit staat dan centraal maar de hulpvrager als Ander, en daardoor wordt het mogelijk dat een (tweezijdige) communicatie tot stand komt. Dit oriëntatiepunt heeft niet de status van een overkoepelend gezag; het is wel een steun wanneer ik probeer mijn kwetsbaarheid als hulpverlener niet af te schermen maar deze te verkennen en te hanteren in de relatie met de hulpvrager.

De ‘postmoderne hulpverlener’ kan in principe zelf zijn positie bepalen. Hij doet er goed aan zich niet op een concept vast te leggen maar zijn opvattingen regelmatig onder de loep te nemen en waar nodig ‘te herschrijven tot een concept dat hem “past”’. Die laatste uitdrukking zou kunnen doen vermoeden dat de schrijver hierover te gemakkelijk (pragmatisch) denkt; concepten en keuzes als kledingstukken die je een tijdje regelmatig draagt en dan afdankt. Dat nu is niet het geval. Zelfreflectie is een *niet-vrijblijvend* antwoord op het appèl dat de Ander op ons doet (p. 207).

Meer dan te pleiten voor doorgaande supervisie voert de auteur dus een pleidooi voor een regelmatig *herschrijven* van het persoonlijke concept van professionaliteit. De termen ‘beheersing’ en ‘kwetsbaarheid’ zijn daarbij de coördinaten.

Ik wijs nog op een paragraaf over de jeugdpsychiater Oudshoorn die in 1996 een einde aan zijn leven maakte nadat hij was geschorst omdat de relatie met een cliënt trekken van vriendschap was gaan vertonen. Niet alleen was zijn dood een tragedie, alle opwinding er omheen en de aanleiding waren shockerend. Ik las deze paragraaf als klein postuum eerherstel van een hulpverlener wiens warmte als bedreigend werd gezien voor instituut en beroep (p. 194 e.v.).

Dit boek werd me aangeraden door mijn collega Aat van Rhijn, die in 2002 overleed. Hij kon geen bespreking meer schrijven. Het bovenstaande moge duidelijk maken dat ik ook ditmaal zijn enthousiasme deel. Het was de leesinspanning alleszins waard. Wel miste ik voorbeelden van hulpverlening aan een familie, een ouderpaar of überhaupt een relatie. Expliciete dilemma's rond 'veelzijdige partijdigheid' of het samenbrengen van meerdere perspectieven, zoals ouderperspectief en kindperspectief, ontbreken daardoor. De methodiek 'ouderbegeleiding' wordt ook niet vermeld, maar dit laat onverlet dat het thema 'tussen kwetsbaarheid en beheersing' ook voor ouderbegeleiders veelzeggend kan zijn. Het is geen gemakkelijke kost, het is niet evenwichtig gecomponeerd en de betekenis van de interviews is niet altijd helder, maar het lijkt me een mooi boek voor gezamenlijke bestudering. Ook zelfreflectie vraagt om communicatie.

*Hanneke Meulink-Korf is werkzaam aan de Universiteit Leiden. Samen met Aat van Rhijn schreef zij De context en de ander. Nagy herlezen in het spoor van Levinas met het oog op pastoraat.*