

# Ouderenzorg als waardengemeenschap

R.Ruard Ganzevoort

Bijdrage symposium *Communities van en voor ouderen*, Windesheim, Zwolle, 8 oktober 2009

---

Hoewel er in de ouderenzorg veel veranderd is in de afgelopen paar decennia, hebben we nog te weinig nagedacht over wat dat betekent voor de aard en functie van de ouderenzorginstelling als de primaire gemeenschap waar veel mensen in de vierde levensfase in leven. Het is bekend dat mensen tegenwoordig pas op veel hogere leeftijd en in een fase van toegenomen afhankelijkheid verhuizen naar een zorginstelling. Hun kinderen wonen in toenemende mate overal en nergens en hun vrienden en leeftijdgenoten zijn vaak ook meer en meer beperkt en afhankelijk.

Natuurlijk is dit al veel te generaliserend, maar het gaat mij om de vraag hoe we in ons denken over de instelling voor ouderenzorg in zouden kunnen spelen op dergelijke verschuivingen. Wat betekent het voor zorg als we nadenken over de gemeenschap waarin mensen leven? Ik begin met enkele gedachten over (zeer) ouderen en gemeenschap en ga daarna in op de betekenis van waarden in de zorg. Vervolgens betrek ik daarbij de relatie tussen zorggemeenschap en lokale geloofsgemeenschap en ten slotte stel ik de vraag of en hoe ouderen zelf sturing kunnen uitoefenen op de zorginstelling als waardengemeenschap.

## Ouderen en gemeenschap

De zorginstelling is voor veel van de zeer oude bewoners de eerste of enige gemeenschap waarmee ze werkelijk verbonden zijn. Familiebanden, maar ook de betrokkenheid op een buurt of geloofsgemeenschap lijden onder de afstand en onder fysieke en mentale beperkingen. Bovendien vermindert voor een deel van deze zeer oude mensen zowel de behoefte als het vermogen om intensief betrokken te zijn op de bredere wereld. De participatie en interesse nemen af en de aandachtscirkel raakt ingeperkt tot de directe leefomgeving en nabije familie.

Daar komt nog bij dat de zorginstelling voor de meesten een onvrijwillige gemeenschap impliceert. Men kiest er meestal niet voor, maar heeft geen andere mogelijkheid vanwege de zorgafhankelijkheid. Daarbij is het niet zeker dat men een plaats vindt in de instelling van eerste voorkeur. Bovendien heeft een bewoner geen enkele inspraak in de keuze van medebewoners. Natuurlijk kan iemand er voor kiezen om meer of minder contact te zoeken met de andere

bewoners, meer of minder deel uit te maken van de gemeenschap die in de instelling te vinden is. Alternatieven zijn er echter meestal nauwelijks.

Kenmerkend voor de zorginstelling is verder het verlies van privacy. Het maakt uit of men in een verpleeghuis een zaaltje deelt met drie anderen of in een woonzorgcentrum een eigen appartement heeft, maar in beide gevallen is er een groot verlies als het gaat om het recht en de mogelijkheden om zelf te bepalen wie men wel en niet binnenlaat in het eigen leven. Dat is onvermijdelijk, want zorg is altijd een aantasting van privacy. Wie een ander toelaat – toe moet laten – in het eigen leven om zorg te bieden, doet dat altijd tegen de prijs van een verlies aan privacy. Zorgafhankelijkheid betekent dat men de controle over de eigen ruimte en soms over het eigen lichaam deels uit handen geeft.

Dat alles leidt tot de vraag hoeveel gemeenschap een mens wil en kan verdragen, zeker wanneer men verblijft in een zorginstelling. Sommigen zullen zeker prijs stellen op veel intensieve contacten, maar anderen hebben er juist behoefte aan om zich niet helemaal over te geven aan een hen opgedrongen gemeenschap. Ze willen zich niet teveel inlaten met hun medebewoners, maar blijven liever op zichzelf. Ze gaan ook liever niet te persoonlijk om met de verzorgenden. Juist degenen die hen meemaken op hun meest afhankelijke momenten moeten emotioneel op afstand worden gehouden. Het vraagt heel wat afstemming en respect om goed te kunnen inspelen op deze verschillende beleving van de gemeenschap in de zorginstelling.

#### Waarden in de zorg

Daarmee komen we aan bij de vraag welke waarden in de zorg centraal staan. Dat is een vraag die in de afgelopen jaren steeds meer de aandacht vraagt, in reactie op een vooral medisch-technische en economische benadering van de zorg. Goede zorg, zo ervaren zowel de ouderen als de verzorgenden, wordt niet in de eerste plaats gedefinieerd door de correct gehanteerde protocollen of de juist uitgevoerde handelingen. Goede zorg heeft allereerst te maken met waardigheid en menselijkheid. Waardigheid wil op de eerste plaats zeggen dat de mens die zorg ontvangt als persoon bejegend wordt en niet als object van zorg. Dat betekent ook dat de waarden die voor deze persoon bepalend waren sturend moeten zijn in het zorgproces. Dit uitgangspunt wordt aangeduid met termen als 'belevingsgerichte zorg' of 'menslievende zorg'. Het impliceert ook het streven om mensen zo lang mogelijk hun leven te laten vormgeven op een manier die bij henzelf past.

Menselijkheid heeft ook te maken met relationaliteit. Zorg is niet in de eerste plaats een handeling, maar een relatie (Tronto 1993). Of meer nog: het is in de eerste plaats de bereidheid zich te laten raken door de ander, getroffen willen worden door de behoefte van de ander, zich zorgen willen maken om de ander. Dat mondt uit in het op zich nemen van een verantwoordelijkheid voor de ander, wat ook betekent dat men een zorgrelatie aangaat. De derde laag is die van de concrete zorghandelingen. Die laag staat vaak centraal in de manier waarop zorg

wordt beschreven en georganiseerd, maar is dus als het goed is ingebed in de andere lagen. De vierde en laatste laag is die van het ontvangen van zorg, waarmee ook de wederkerigheid en de gezamenlijkheid is aangeduid. Zorg is pas goede zorg als ze ook ontvangen wordt. Goede zorg wordt dus bepaald door aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en wederkerigheid. Dat is een relationele benadering van zorg die veel breder is dan het medisch-technische alleen.

Hoewel deze waarden voor zorgontvangers en zorgverleners van het grootste belang zijn, zijn ze in de organisatie van de zorg vaak gemarginaliseerd. We komen dit soort termen soms nog wel tegen op het niveau van de visie en missie van de zorginstelling, maar uiteindelijk wordt er gestuurd op procedures, cijfers en structuren. Dat is niet zo vreemd, want de instelling zelf wordt ook door de overheid en zorgverzekeraars afgerekend op dergelijke gegevens. Termen als 'evidence based medicine', 'zorgzwaartebekostiging' en 'diagnose-behandelcombinaties' geven aan hoezeer men probeert om de zorg te organiseren volgens kwantificeerbare en objectiveerbare gegevens. Dat is in zichzelf ook niet verkeerd, want het helpt een aantal lastige afwegingen te maken en het geeft ook inzicht in de effecten van de grote investeringen die in de zorg worden gedaan. Tegelijk raken de kernwaarden waar het in zorg om gaat en de relationaliteit die de basis van goede zorg vormt in de knel wanneer vooral of alleen op dergelijke factoren wordt gestuurd.

Als we de zorginstelling als een waardengemeenschap beschouwen, dan betekent dat dat we de feitelijke zorgverlening ingebed zien in een integrale relationele en zorgethische houding. Elke plaats waar mensen samenkomen en samenleven wordt door waarden gestempeld, maar het is een ingewikkelde uitdaging om onze zorginstellingen ook werkelijk te laten bepalen door de waarden die ik hierboven beschreef. Dat maakt het echter ook zo lastig om na te denken over de vraag hoe we meten voor ouderen in een zorginstelling kunnen werken aan gemeenschapsvorming. Uiteindelijk loopt dat immers vaak spaak op het onvermogen de zorginstelling zelf te laten bepalen door de waarden waar het in zorg om te doen is.

Geestelijke verzorging tussen zorggemeenschap en lokale geloofsgemeenschap  
Nu kan men natuurlijk zeggen dat de zorginstelling misschien wel de primaire leefgemeenschap is voor veel oudere bewoners, maar niet noodzakelijkerwijs de enige. Met name als het gaat om waarden en zingeving is er voor velen ook nog de lokale geloofsgemeenschap waar ze deel vanuit maken. Dat roept de vraag op wat die lokale geloofsgemeenschap kan bijdragen aan waarden-volle zorg. Ik spits dat toe op de rol van de geestelijke verzorging, omdat die ook vaak een scharnierfunctie heeft als het gaat om de instelling als waardengemeenschap en om de verbinding met lokale geloofsgemeenschappen. Met die geestelijk verzorger komt ook de levensbeschouwing in beeld als een essentiële dimensie van zorg en gemeenschap. Uiteindelijk zijn onze meest fundamentele waarden

verankerd in onze (al dan niet religieuze) levensbeschouwing. Op dat terrein van de levensbeschouwing is de geestelijk verzorger de specialist.

Nu is er in het veld van de geestelijke verzorging wel veel veranderd in de afgelopen decennia. De klassieke benadering verbindt geestelijke verzorging een op een met de geloofsgemeenschap waar zowel de geestelijk verzorger als degene die de zorg ontvangt deel van uitmaakt. Het specifieke van geestelijke verzorging is dan dat het zich afspeelt in een situatie waar de zorgontvanger niet in staat is in de 'gewone' geloofsgemeenschap te participeren. Dat is ook vanouds de reden geweest om geestelijke verzorging toe te laten binnen instellingen en zelfs vaak te financieren (hoewel dat in de ouderenzorg niet altijd voor zich spreekt). Het recht op geestelijke verzorging is gegrond in de vrijheid van levensovertuiging en in het recht om de eigen godsdienst of levensbeschouwing vorm te geven.

Mede onder invloed van secularisatie en professionalisering is dit confessionele beginsel langzamerhand wat geërodeerd. De geestelijk verzorgers zijn meestal niet meer alleen gericht op bewoners van de eigen achterban, maar beschikbaar voor iedereen die behoefte heeft aan ondersteuning bij levensbeschouwelijke vragen en bij het omgaan met levensvragen. Dat betekent dat niet langer de gedeelde levensbeschouwelijke achterban bepalend is, maar de levensbeschouwelijke professionaliteit van de geestelijk verzorger. Daarmee wordt geestelijke verzorging ook deel van het integrale zorgaanbod van de instelling (al gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat dit nog onvoldoende gestalte krijgt).

In deze nieuwe situatie, en in het licht van de zorginstelling als waardengemeenschap, zou ik willen verdedigen dat het tot de taken van de zorginstelling hoort om bewoners een integrale en integrerende waarden-volle zorg te bieden. Daarbij past het creëren van een ondersteunend levensbeschouwelijk klimaat waarin mensen hun eigen wegen kunnen gaan en zoeken in het omgaan met hun levenssituatie. Geestelijk verzorgers kunnen een belangrijke rol spelen binnen de zorginstelling om precies op dit punt het verschil te maken. Van belang is dan dat ze niet alleen individuele ondersteuning bieden aan bewoners, maar met name ook gericht zijn op het helpen ontwikkelen van een waardengemeenschap in de instelling. Dat betekent dat met leiding, medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers gezocht wordt naar gedeelde waarden en naar ruimte voor wat voor ieder ten diepste van belang is. Deze waardencongruentie en waardenrealisatie zijn de basis van een inhoudelijk geladen zorgverlening.

Naast deze meer professioneel gerichte geestelijke zorg binnen de instelling als waardengemeenschap, kan dan de lokale geloofsgemeenschap haar eigen specifieke zorg en verbondenheid blijven aanbieden. Dat zit bijvoorbeeld in bepaalde rituelen, inhouden en dergelijke, maar ook in de mogelijkheid om buiten de muren van de instelling met een groep verbonden te zijn. Als de zorginstelling een waardengemeenschap is, dan zijn er geen harde muren om heen te plaatsen. Het gaat juist om het besef dat verschillende bewoners ook op dit punt verschillende behoeften en mogelijkheden hebben. Voor sommigen zal gelden dat

de instelling zelf de primaire of zelfs enige waardengemeenschap is waar ze nog in participeren, anderen hebben juist behoefte aan een gemeenschap buiten de grenzen van de instelling.

### Zorg en gemeenschap van en voor ouderen

Ik pleit dus voor twee zaken: meer nadruk op de zorginstelling als waardengemeenschap, én de eigen behoeften en mogelijkheden van bewoners als uitgangspunt. Dat laatste klinkt meer vanzelfsprekend dan het is. Zelfs wanneer de nadruk wordt gelegd op belevingsgerichte zorg, zelfsturing en dergelijke, blijkt dat het in de praktijk vaak neerkomt op aanbodgestuurde zorg. Er worden soms activiteiten aangeboden die bedoeld zijn om aan te sluiten bij de wensen en beleving van ouderen, maar die feitelijk worden ingevuld en aangestuurd door verzorgenden of familieleden. Zelfs als het verhaal van ouderen centraal wordt gesteld, is het soms meer het verhaal over deze ouderen dan het verhaal van henzelf. Voor een deel kan dat liggen aan beperkingen bij de ouderen zelf, voor een deel ligt het echter ook aan het onvermogen van verzorgenden en van de zorginstelling als geheel om zich werkelijk af te stemmen op deze ouderen. Dat roept de vraag op hoe we de beweging kunnen maken van een zorg en gemeenschap voor ouderen naar een zorg en gemeenschap van ouderen.

Het eerste wat nodig is om die beweging te maken is een verandering in onze beeldvorming. Het is waarschijnlijk bijna onvermijdelijk dat de zorgafhankelijkheid van ouderen ons beeld van hen beïnvloedt. Al te makkelijk leidt dat er toe dat we er vanuit gaan dat zij zelf onvoldoende in staat zijn hun leven te sturen. Als we ons al werkelijk richten op hun verhaal, dan zullen we er ook voor open moeten staan dat ze om te beginnen niet alles vertellen en willen vertellen. Juist in een situatie waar veel privacy moet worden opgegeven is het van groot belang dat mensen zelf meester blijven over hun verhaal. Daarnaast moeten we er voor open staan dat hun verhaal soms nog weer anders blijkt te zijn dan wij of hun familie verwachtten. Met andere woorden: we moeten er altijd ruimte voor laten dat het verhaal van hun ouderdom niet alleen maar een epiloog is waarin het levensthema nog eens wordt samengevat. Het kan ook altijd een finale blijken waarin alles in een nieuw licht komt te staan (Ganzevoort 2006). Dat wil niet zeggen dat iedere oudere nog weer met intense zelfreflectie bezig moet zijn, maar alleen dat wij altijd open moeten blijven staan voor het onverwachte in de levens en verhalen van ouderen.

Het tweede wat nodig is om de beweging te maken naar zorg en gemeenschap van ouderen, is een benadering die de ouderen zelf principieel tot actoren maakt. Verzorgenden, familie en vrijwilligers hebben als taak te faciliteren en te ondersteunen, niet om alles over te nemen. Het gaat daarbij nog niet eens zozeer om de feitelijke handelingen, het gaat om de vraag hoe we ons eigen handelen zien. Een typerend voorbeeld zie ik in de kerkdiensten die in allerlei verzorgingshuizen worden gehouden. Vaak worden die gecoördineerd door een geestelijk verzorger, vallen ze onder de kerkelijke verantwoordelijkheid van een

van de lokale geloofsgemeenschappen, en worden ze mogelijk gemaakt door vrijwilligers uit de kerken (hoewel er ook steeds meer vrijwilligers zijn voor wie deze diensten de enige vorm van kerkelijke betrokkenheid zijn!). De ouderen zelf hebben echter in dit geheel geen enkele stem. Het maakt niet uit van welke kerk ze zelf lid zijn of wat ze zouden willen met de kerkdiensten, het wordt zonder hen voor hen geregeld. Dat is allemaal goed bedoeld, maar het is wel precies het probleem dat ik in dit stuk aan de orde stel.

Als we de zorginstelling als waardengemeenschap zien waar ouderen wonen en hun leven vormgeven naar de waarden die voor hen belangrijk zijn, dan is het van belang dat we de hele zorginstelling en ook bijvoorbeeld de kerkelijke activiteiten doordenken vanuit die waarden. Dat betekent dat het daarbij niet gaat om iets wat wij organiseren voor de ouderen, maar om de gemeenschap die daar in de zorginstelling ontstaat en die in principe zelfsturend is. Met andere woorden: de geloofsgemeenschap die de diensten aanbiedt is niet de lokale kerk, maar de gemeenschap van het verzorgingshuis zelf. Dat mag ondersteund worden door vrijwilligers en geestelijk verzorgers en uiteraard ook samenwerken met plaatselijke kerken, maar we zullen moeten leren om de ouderen zelf als dragers van de geloofs- en waardengemeenschap te zien.

Uiteraard gaat het om meer dan dit voorbeeld van de kerkdiensten, maar het voorbeeld laat wel goed zien waar het om gaat: er voor zorgen dat we in de zorg gaan ondersteunen bij het vormen van waardengemeenschappen van ouderen en ontkomen aan een steeds verder geprotocolleerde technische zorg voor ouderen.

Ganzevoort, R.R. (2006) 'Finale of epiloog. De functie van levensverhalen bij het ouder worden.' *Geron* 7 4-7.

Tronto, J. (1993) *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. London: Routledge.