

Exposure en zorgethiek: na-denken bij een symposium

Mieke Grypdonck

Van 6-8 september 2016 organiseerde sTimul, het zorgethisch lab van Moorsele (www.stimul.be), een symposium over zorgethiek en exposure. Uitgenodigd waren onderzoekers uit binnen- en buitenland (Nederland, Engeland, Frankrijk, Denemarken) die over exposure hebben gewerkt en professionals die in de praktijk met vormen van exposure aan de slag zijn. De aanleiding tot het symposium waren de onderzoeken die Linus Vanlaere met Sarah Janssens en Nele Janssens over vormen van exposure heeft opgezet. In het symposium werden verschillende vormen van exposure en onderzoek daarover voorgesteld en besproken. Centraal stond de vraag over de betekenis voor (vormen van) exposure voor de zorgethische praktijk.

Een symposium is per definitie een gebeuren, en als dusdanig ook moeilijk te verslaan. In wat volgt geven we een inkijkje in wat in het symposium aan de orde is gekomen, en reflecties daarover, deels tijdens, deels na het symposium gemaakt. Hierbij kan geen volledigheid nagestreefd worden. De keuze is subjectief zoals het hele verslag is, dat wel waarachtig wil zijn, maar geen objectiviteit nastreeft.

1. Wat is exposure

De eerste vraag die in het symposium aan de orde diende te komen, is wat exposure wel en niet is.

Exposure zoals het op het symposium behandeld, is een concept dat in de presentietheorie van Andries Baart een wezenlijke plaats inneemt en voor de zorgethische praktijk in het algemeen cruciaal geacht mag worden. Voor de presentiebeoefening is een voorafgaande exposure nodig, is Baarts (vast)stelling. Exposure is de onderdompeling in de leefwereld van de ander ([Andries Baart¹](#)). Vooraleer bewust en bedoeld als presentiebeoefenaar aan de slag te gaan, is een formele exposure-ervaring bijna altijd (de relativering is van mij) nodig. De Stichting Presentie biedt een waaier van exposure-ervaringen aan die in die behoefte kunnen voorzien ([Elly Beurskens](#)). Exposure, betoogt Baart verder, moet ook begeleid worden. Zoals Argyris en Schön (1974) al in de jaren zeventig betoogden, houdt niet begeleide reflectie het gevaar in van geslotenheid: men ontdekt de eigen blinde vlekken niet.

Wezenlijk bij exposure is de perspectiefwissel. In plaats van vanuit de professionele rol en deskundigheid te bepalen wat de problemen van de zorgontvanger zijn en wat men dus voor hem

¹ De blauwgedrukte namen verwijzen naar de auteurs van de presentaties.

kan of zal doen, kijkt de professional vanuit de positie van de zorgontvanger naar de werkelijkheid, en probeert dan te ontdekken wat hij als professional als antwoord op de (benarde) situatie van de zorgontvanger kan geven. Soms zal dat zijn: iets doen, (bijna) altijd ook er zijn voor de zorgontvanger en niet zelden ook (voorlopig) laten (de latende modus, Baart) en waakzaam aanwezig zijn.

Men moet over exposure niet te licht denken, en opdat ervaringen als exposure zouden kunnen gelden, zijn er condities die vervuld moeten zijn (Baart). Niet alle vormen van exposure zijn echter formeel. Er zijn immers zorgverleners die heel present werken, maar nooit een formele exposure-sessie hebben meegemaakt. Vaak is de exposure onbedoeld, niet als dusdanig opgezocht. Zorgverleners worden geraakt door wat ze meemaken, zien, horen, lezen, en dat beïnvloedt hun (verdere) denken en voelen. Artsen of verpleegkundigen die (ernstig) ziek worden en daarvan heel veel leren, vooral ook leren “wat ze nooit meer zullen doen” zijn voorbeelden van onbedoelde exposure, maar ook kwalitatieve onderzoekers die zich verdiepen in de geleefde werkelijkheid van hun respondenten of participanten zullen hun onderzoek vaak als exposure ervaren. (Zie bijv. Benoot en Bilsen, 2016).

Van een exposure-ervaring mag men specifieke, voor de presentiebeoefening en voor het zorgethisch handelen in het algemeen relevante resultaten verwachten (Baart, Mieke Grypdonck). De professional ontdekt er de leefwereld van de ander door, en is daardoor in staat de eigen denkbeelden, die soms ver van de werkelijkheid afstaan te corrigeren. Hij/zij kan daardoor meer open aandacht geven, veel scherper zien wat er te zien is, de zwaarte van de pijn en de last beter aanvoelen, maar ook de kracht waarmee gestreden of gehandeld wordt om de moeilijkheden het hoofd te bieden. Dat is voor afstemming van wezenlijk belang. De professional leert ook dat de bijdrage van de hulp- en zorgverlening maar beperkt is. Exposure leidt - als het goed is - tot professionele bescheidenheid. Veel waaraan mensen lijden, is niet te remediëren. De meeste hulp is maar partiële hulp, en de tragiek van het leven is niet met hulp weg te poetsen, slechts te verlichten (vgl. Eriksson, 1992). Als het goed is heeft een exposure tot gevolg dat de zorgverlener dat niet alleen inziet, maar ook sterk gemotiveerd is om er “het beste van te maken”, te doen wat hij kan, zonder de pretentie te hebben dat daarmee alles opgelost is. De professional is zo door het bewustzijn van het lijden van de potentiële zorgontvangers aangedaan, dat hij/zij zijn/haar best wil doen eraan te verhelpen, zonder de behoefte te hebben weg te kijken van wat dan nog aan lijden en moeilijkheden overblijft.

2. Vormen van exposure

De Stichting Presentie (www.presentie.nl) heeft een lange geschiedenis en veel ervaring met het organiseren van exposure-ervaringen (Baart, Beurskens). Het zijn varianten op en afgeleiden van de

exposure-ervaring die Baart ont-dekte, beschreven heeft en op begrip gebracht in zijn *Theorie van de presentie* (Baart, 2001). Exposure-ervaringen kunnen geplaatst worden in meerdere theoretische kaders (Baart). Het kader van de zorgethiek lijkt het meest passende (Baart).

In de verschillende sTimulhuizen neemt het organiseren van exposure-ervaringen een belangrijke plaats in als strategie om het zorgethisch gehalte van de zorg te bevorderen. De eerste activiteit van sTimul, en wellicht nog steeds de meest bekende, was het organiseren van inleefsessies. Ze worden georganiseerd voor verpleegkundigen, verzorgenden en andere personeelsleden uit de zorgsector. De personeelsleden nemen gedurende anderhalve dag de plaats in van een bewoner van een woon- en zorgcentrum (verpleeghuis) of van een patiënt in een ziekenhuis. Organisaties en instellingen voor gezondheidszorg laten hun werknemers aan inleefsessies in sTimul deelnemen of zenden hen ernaartoe om de zorg in hun instelling te verbeteren. Het concept van de sTimulsessies is naar meerdere landen uitgedragen. In een *pragmatische cluster trial* in Groot Brittannië door Gallagher c.s. in het kader van het RIPE-project

(<http://www.surrey.ac.uk/fhms/research/centres/ICE/research/RIPE%20Project>) uitgevoerd, wordt deze vorm van exposure vergeleken met andere vormen van zorgethische educatie. De trial loopt nog en de resultaten zijn nog niet bekend (Ann Gallagher mede namens M. Zasda en M. Peacock).

In de inleefsessies krijgen de deelnemers een “profiel” dat meegeeft welke beperkingen ze hebben, en dus ook de zorgen die zullen gegeven worden. Daardoor houdt de deelnemer controle over wat hij/zij wel en niet wil ondergaan. De zorgverleners worden verzorgd door studenten die, anders dan op hun stages, zelf bepalen welke zorg ze de bewoner of patiënt willen geven. Dat biedt de studenten ruimte om goede zorg te geven, in overeenstemming met wat zijzelf voor de hun toevertrouwde bewoners of patiënten goede zorg vinden.

Voor de zorgverleners in de rol van bewoner of patiënt, is de ervaring meestal beklijvend. Daarin speelt de lichamelijke ervaring een cruciale rol: aan den lijve ervaren ze hoe indringend het is gewassen te worden, terwijl ze de activiteit dagelijks uitvoeren en het heel normaal zijn gaan vinden. Aan den lijve ondervinden ze wat het is van anderen afhankelijk te zijn voor de vervulling van basale behoeften zoals naar het toilet gaan, drinken, van houding veranderen, etc. Aan den lijve ervaren ze hoe het is als iemand je kamer binnenkomt en je niet weet wie het is en wat hij doet, omdat je hem niet kan zien. En, heel vaak vermeld: aan den lijve ondervinden ze hoe pijnlijk het is als de tijd voorbijkruipt, er lange tijd niets te verwachten is en, als er dan eindelijk iemand komt, zij weer weg is vooraleer je je gerealiseerd hebt dat zij er was (Vanlaere, Timmermann, Stevens, en Gastmans, 2012).

De deelname aan de inleefsessies leidt dan ook vaak tot goede voornemens: wat ik hier ervaren heb als bijzonder pijnlijk en lastig, dat wil ik onze bewoners of patiënten niet meer aandoen. “Ik zal nooit meer” zeggen ze dan. Bij meerdere deelnemers leidt de ervaring er ook toe dat ze geestesgenoten zoeken op de afdeling om samen iets aan de zorg te kunnen veranderen (De Bock, 2015). Maar dat valt niet altijd mee. Daarom zoeken de deelnemers na hun terugkeer bondgenoten, en daarom vinden ze het ook zo belangrijk dat ze met meerderen van de afdeling deel kunnen nemen. Steun van het management wordt vaak genoemd als een voorwaarde om de sTimulervaring een passend vervolg te geven in de praktijk. Bij sommigen leidt de ervaring ook tot een volwaardige exposure-ervaring: ze hebben niet alleen veel meer inzicht gekregen in de lijdensdruk die van lichamelijke beperkingen, afhankelijkheid en eenzaamheid uitgaat, ze hebben ook ontdekt dat veel van wat ze goed bedoeld doen het probleem niet kan oplossen: ze hebben meer oog gekregen voor de tragiek van het leven van de hun toevertrouwde bewoners, en zijn nederiger geworden in wat ze voor hen kunnen betekenen, zonder dat dit de motivatie of de kracht om ervoor te gaan aantast. Tot hun ervaring behoort ook dat aandachtige aanwezigheid veel betekent, ook al lost het de problemen niet op. Veel deelnemers hebben een grotere waardering gekregen voor presentie.

Een inleefsessie vraagt een deskundige begeleiding, zowel in de voorbereiding als tijdens en na de sessie om de valkuilen te vermijden die ook bij sTimulsessies zich kunnen voordoen ([Joke Lemiengre en Leentje Dewachter](#)). De voorbereiding moet de deelnemer in de juiste *mindset* brengen. De verwachting te zullen ervaren hoe het is om bijvoorbeeld gewassen te worden of incontinentiemateriaal te dragen leidt, indien niet gecorrigeerd, tot onverantwoorde generalisatie van de eigen ervaring. In de reflectie wordt daarom denken in verschillen, zo wezenlijk voor afgestemde zorg, aangemoedigd. Het is inderdaad een bijzondere uitdaging voor de begeleiding te helpen voorkomen dat de eigen ervaring gegeneraliseerd wordt en tot een nieuw interventionisme aanleiding geeft. “Ik zal nooit meer geprakte voeding geven, zo iets vies” zegt een cafetariawerker, en het komt niet bij haar op zich af te vragen of sommige mensen niet de geprakte voeding verkiezen boven de eetproblemen die ze anders ondervinden. Ook laat het onderzoek dat gedaan is zien dat de het overdragen van specifieke gewaarwordingen of ervaringen (van in een rolstoel zitten krijg je onhoudbare rugpijn, het is hinderlijk als iemand je kamer binnenkomt die je niet kan zien en die zich niet voorstelt) naar andere aspecten van de zorg niet evident is (Vanlaere, Timmermann, en Grypdonck, 2016). Het is een opgave voor de begeleiding ervoor te zorgen dat de deelnemers niet blijven steken in concrete voornemens om niet meer te doen wat ze zelf als storend ervaren hebben, maar die ervaring verbreden naar de noodzaak van aandachtige toewending en afgestemde zorg.

De inleefsessies zijn (naar Vlaamse normen) arbeidsintensief en duur. Ook is niet iedereen er “klaar” voor of even gemotiveerd. De drempel tot deelname is redelijk hoog. De deelnemers moeten een

nacht buitenhuis slapen en wat ze te beleven gaan krijgen maakt hen vaak zenuwachtig. Wanneer de deelnemers niet van ganser harte deelnemen, is het resultaat zeker niet gegarandeerd. sTimul wilde daarom op zoek gaan naar andere vormen van exposure die in de plaats van, aanvullend op of voorafgaand aan de sessies zouden kunnen ingezet worden.

Op het symposium werden de eerste ervaringen met thuiszorgexposure besproken ([Nele Janssens](#)). In de thuiszorgexposure worden verzorgenden van een thuiszorgorganisatie in een vergelijkbare vorm als bij de inleefsessies bij hen thuis blootgesteld aan de zorg van leerling- verzorgenden. Zoals in de inleefsessies kiezen ze een “profiel”. Er is dus een gefingeerde maar voor alle deelnemers bekende reden waarom ze zorg thuis krijgen. Ook hier wordt de deelnemers gevraagd zich zoveel mogelijk te gedragen in overeenstemming met het door hen bepaalde profiel. De blootstelling aan de zorg duurt maar een voormiddag. In de namiddag heeft een door de sTimul-staf begeleid reflectiegesprek plaats met de andere deelnemers. Om pragmatische redenen namen de studenten niet aan deze reflectiegesprekken deel. De ervaringen van de verzorgenden werden in een kwalitatief onderzoek bestudeerd; de ervaringen van studenten zijn nog niet systematisch bevraagd. Uit het onderzoek blijkt dat ook nu de deelname beklijvend is. Opvallend is het grote werkelijkheidsgehalte van de “oefening”. De deelnemers identificeerden zich sterk met hun rol, en hun ervaringen als zorgontvanger zijn echt. De verzorgenden zijn sterk onder de indruk van wat deze oefening met hen heeft gedaan. Ze zijn blij dat ze de kans gehad hebben te participeren, en ze vinden dat iedereen zoiets zou moeten kunnen meemaken. Twee punten springen naar voor: de impact van het moeten toelaten van vreemden in je eigen huis, en de moeilijkheid te accepteren dat je zelf niet meer kan bepalen hoe de dingen waar je tot dan toe meester over was, gebeuren. Daarnaast blijkt ook een opvallend onderscheid gemaakt te kunnen worden tussen ongevraagde zorg die ervaren worden als “door de hulpverlener gezien worden” en ongevraagde zorg die als betuttelend ervaren wordt. Het eerste was een deugddoende ervaring, het tweede - uiteraard - niet. Deelnemers die vooraf (naar eigen zeggen) al veel aandacht gaven aan respect voor privacy en zeggenschap van hun cliënten weten het nu zeker: zo moet het, en ze voelen aan dat ze er in het vervolg nog sterker zullen voor gaan staan. Bij andere deelnemers is de motivatie om op privacy en zeggenschap te letten van extern (dat horen we van onze leidinggevende te doen) intern geworden: ik weet dat dit zo moet omdat ik ervaren heb hoe ingrijpend het is om thuis hulp te moeten krijgen. Merkwaardig is dat de meeste verzorgenden die deelnamen de eigen ervaring veel gewicht geven maar wel in zijn concrete vorm niet generaliseren. Ze hebben geleerd dat thuiszorg ontvangen een moeilijke opgave is. Daartegenover moet van de zorgverlenerskant respect, bescheidenheid en voorzichtigheid staan. De meeste deelnemers zijn zich duidelijk bewust van het belang van afstemming. Die afstemming is het gepaste antwoord op de kwetsbaarheid die de nood aan thuiszorg genereert. De voorlopige

conclusie van het experiment is zeker dat deze vorm van thuiszorgexposure voor professionals die aan huis komen (verzorgenden, verpleegkundigen) zeker een belangrijke bijdrage kan leveren aan meer zorgethische zorg. Vooral de overgang van externe motivatie ('het hoort zo') naar interne ('dit moet ik doen om goede zorg te geven') is veelbelovend. Immers, voor werkers die bijna altijd aan direct toezicht onttrokken zijn, is de interne motivatie de beste kwaliteitsgarantie.

Uit de interviews blijkt ook dat de verzorgenden door de deelname aan de sessie de betekenis van hun eigen werk sterk zijn gaan beseffen. Ze koken of poetsen niet alleen, ze dragen, als ze huner opdracht goed vervullen, bij tot een leven dat de kwetsbaarheid van de ander vermindert. Nu ze zelf ervaren hebben hoe kwetsbaar je bent als iemand je eigen huis binnenkomt en je gebruikelijke taken overneemt, en je tegen wat hij/zij doet nauwelijks kan teweestellen, is de betekenis daarvan voor hen veel duidelijker geworden.

Het experiment liet ook zien dat de thuisverzorgenden zeer goed in staat waren niet alleen over hun werk en hun ervaringen te reflecteren, maar daarover ook een stevig gesprek konden voeren. In welke mate interviews zoals in dit onderzoek gevoerd zijn bijdragen tot het resultaat (en dus van de sessies deel zouden kunnen of moeten uitmaken) is een vraag die (nog) niet beantwoord kan worden. Ook over de rol van de studenten is nog weinig helder. Onderzoek daarnaar is dringend geboden. (zie verder)

Een derde vorm van exposure waarmee sTimul geëxperimenteerd heeft, en die op het symposium aan de orde kwam, heeft de vorm van open gesprekken van hulpverleners met (geriatrie) patiënten ([Sarah Janssens](#)). Aan de deelnemende zorgverleners wordt gevraagd met een patiënt voor wie ze al een tijdje gezorgd hebben en die ze dus redelijk goed kennen, een open gesprek te voeren over hoe het voor hem/haar is, nu hij/zij in het ziekenhuis is. Er is geen andere agenda dan dat de zorgverlener dat wil achterhalen, en er is geen ander doel dan daarin inzicht te krijgen. Voor de zorgverleners, die gewoon zijn taakgerichte of doelgerichte gesprekken met hun patiënten te voeren, is dat een vreemde, en ook wat angstwekkende opdracht. Ze moeten bij de patiënt gaan zitten, en kunnen zich niet achter een *assessment tool* of iets dergelijks verschuilen. De gesprekken worden opgenomen, letterlijk getranscribeerd, door hen herlezen en in tweetallen besproken; als ze dat wensen is daarbij een begeleider aanwezig. Nadien volgt nog een focusgroepgesprek. Vooral de gesprekken aan te gaan wordt een voorbereiding gegeven, die echter expliciet niet ingaat op gesprekstechnieken. Het is vooral de bedoeling uit te leggen wat met de gesprekken beoogd wordt en de deelnemers het gevoel te geven dat het wel zal lukken. Uitdrukkelijk wordt vermeden dat de deelnemers aandacht gaan geven aan (het volgen van de regels van) gespreksmethodiek in plaats van zich te concentreren op wat in het gesprek aan de orde komt. Er worden alleen enkele valkuilen genoemd en enkele tips gegeven om het gesprek open te houden.

Het doel van de oefening is zich bloot te stellen aan de leefwereld van diegenen die men dagelijks verzorgt. Daarom kan deze oefening terecht een exposure genoemd worden. De gevolgen ervan blijken echter alle verwachtingen te overtreffen. Verschillende inzichten worden gegeneerd: dat er voor de patiënt veel meer lastig is en op het spel staat dan zij als zorgverleners aandacht geven; dat men de patiënt wel meent te kennen, maar eigenlijk heel weinig over zijn leven en zijn ervaringen weet; dat het zonder agenda de patiënt benaderen heel veel aan het licht brengt; dat men als zorgverlener vaak aanneemt dat iets voor de patiënt belangrijk is of waarde heeft, zonder dat men dat gevraagd heeft of bij hem getoetst heeft; dat men als zorgverlener te snel naar de taak of opdracht overgaat, zonder eerst voldoende bij de patiënt aansluiting te zoeken, hem als persoon erkenning te geven etc. Die inzichten leiden tot voornemens en ook tot daadwerkelijke veranderingen in de praktijk naar een meer persoonsafgerichte en afgestemde zorg, die de patiënt meer open benadert en meer ruimte geeft.

Exposure kan vele vormen aannemen, en evengoed als zorg afgestemd moet zijn op de noden van de zorgontvanger moet de vorm van exposure afgestemd zijn op de noden van de professional. De vraag wat werkt voor wie onder welke omstandigheden heeft een belangrijke plaats op de onderzoeksagenda.

De studenten in de inleefsessies

In de inleefsessies, zowel in de sTimul-huizen als in de thuiszorgexposure spelen studenten een belangrijke rol. Zij geven immers de zorg die de zorgverleners toelaat te ervaren hoe het kan zijn om zorg te krijgen. Deze deelname van de studenten kan niet als een exposure gekarakteriseerd worden. Daarvoor ontbreekt immers iets zeer wezenlijks: de omkering van perspectief. Ze blijven immers vanuit het zorgverlenerperspectief kijken. Dat wil niet zeggen dat het zorgethisch lab de studenten geen uitzonderlijke (leer)kansen biedt. De sessies bieden hen een experimenteeruimte die ze in de praktijk nooit hebben. Ze kunnen, zonder gevaar voor de zorgontvangers, dingen uitproberen en ook nog informatie krijgen over wat dat dan teweeg brengt. Ervaringen van zorgontvangers en zorgverleners worden expliciet besproken, veel meer dan op hun stages het geval is. In welke mate dat ook voor de thuiszorgexposure geldt, is nog niet bekend. Toch is de positie en de houding van de studenten niet zonder problemen ([Lemiengre en Dewachter](#)). Zoals ook tijdens de stages zijn de studenten vaak vooral met zichzelf bezig ('doe ik het goed') eerder dan met het leren van wat het is om zorg te ontvangen en wat er aan de orde is als men die zorg moet geven. Het is een permanente maar moeilijke opdracht van de begeleiders om ervoor te zorgen dat de studenten zich niet richten op hun prestaties maar op het begrijpen van wat er voor de

zorgontvangers op het spel staat. Soms worden ze wel (onbewust) op dat spoor gezet door hun docenten maar ook door de als zorgontvangers optredende verpleegkundigen. “Evaluatie” is immers diep verankerd in de dominante opleidingsconcepten. Verder onderzoek over hoe studenten het beste begeleid kunnen worden voor, tijdens en na de sessies is een prioriteit.

In sommige inleefsessies nemen studenten zowel de plaats in van zorgverlener als van zorgontvanger. Dat brengt hen dan nauwer in contact met de leefwereld van de verzorgden. Het voorkomt ook dat de studenten de indruk krijgen dat ze mee moeten doen om de inleefsessies voor de personeelsleden mogelijk te maken, een overtuiging die zeker niet bevorderlijk is voor het (zorgethisch) leren van de studenten.

3. Wat na de exposure

In sTimul zijn de exposure-sessies of ervaringen vooral ingezet om de praktijk in de richting van meer zorgethisch geïnspireerde zorg te veranderen. Al snel groeide de overtuiging dat een sTimul-sessie niet voldoende was om dat doel te bereiken, een overtuiging die ook Baart deelt (Baart). Steeds meer probeert sTimul daarom de sessies in te bedden in een traject van verandering. sTimul biedt verschillende vormen aan. Wat die trajecten kunnen en moeten inhouden is nog te weinig gesystematiseerd. In het UZ in Gent is na de gespreksexposure met de deelnemers een groep gevormd, door Karen Versluys (UZ Gent) expeditiegroep genoemd, die erop gericht is zowel de ervaringen van de gespreksexposure verder te vertalen in het eigen handelen als een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling naar meer afgestemde en persoonsgerichte zorg op de afdelingen waar ze werken. Ook op dit terrein ligt een belangrijke opgave voor verder onderzoek.

Een conclusie uit de verwerking van de informatie die de gespreksexposure heeft opgeleverd is dat een exposure wellicht niet als een eenmalig gebeurtenis moet gezien worden, maar dat professionals herhaaldelijk exposure-ervaringen nodig hebben. Professionals kunnen immers moeilijk vermijden gewend te geraken aan de dingen die voor de zorgontvanger wel ingrijpend zijn, maar waar zij zo vaak mee geconfronteerd worden. Als het goed gaat, mag men verwachten dat de herhaalde exposures korter kunnen zijn, verder uit elkaar kunnen liggen, en een dieper effect zullen ressorteren. Men mag immers hopen op een groei in de competenties(s) om zorgethisch te handelen.

Gedurende enkele jaren loopt bij sTimul een project “Learning Community Zorgethisch Coach” (LCZEC) (Madeleine Timmermann mede namens M. Grypdonck en L. Vanlaere). Met een twintigtal deelnemers (aanvankelijk 24) zijn Madeleine Timmermann, Linus Vanlaere en ikzelf ondertussen

meer dan drie jaar op weg om ons te verdiepen in de mogelijkheden om in een organisatie of instelling (zowel zorg- als opleidingsinstellingen) op te treden als zorgethisch coach. De vraag kwam van het “werkveld”, dat behoefte had aan een figuur die op een permanente basis, als onderdeel van zijn of haar job, zich zou bemoeien met het ondersteunen van zorgverleners in het geven van zorgethische zorg. Om deze personen te vormen werd gekozen voor een Learning Community. Typend voor *deze* Learning Community - en daarin verschilt ze waarschijnlijk van veel andere - is dat er niet alleen samen geleerd wordt door een combinatie van persoonlijke ervaring, en persoonlijke en gezamenlijke reflectie, maar dat die reflectie ook gevoed wordt door kennis die aangereikt wordt door de begeleiders, en dat die reflectie weer op wezenlijke punten de kennis verrijkt. De LCZEC maakt een intensieve wisselwerking mogelijk tussen persoonlijke ervaringen, “academische” inzichten, en gemeenschappelijke reflectie. Die wisselwerking genereert zowel persoonlijke kennis als mededeelbare kennis.

In de LCZEC werd gewerkt aan de hand van 5 zorgethische competenties: zorgethisch zien (*pars pro toto*: waarnemen), zorgethisch weten; zorgethisch doen; zorgethisch reflecteren en zorgethisch zijn. Gallagher, aan wiens werk deze competenties ontleend zijn, noemt ze deelaspecten van de ethische competentie die studenten moeten ontwikkelen, en waarop het onderwijs dus gericht moet zijn (Gallagher, 2006). In de LCZEC zijn ze ieder tot een volwaardige competentie uitgegroeid, onlosmakelijk met elkaar verbonden, en steeds alle vijf nodig om tot zorgethische praktijk te komen. Daarbij is ook helder geworden dat de zorgethische competentie *zijn* niet de kroon op het werk is maar de basis van de andere competenties. De term competentie moet hierbij in haar rijke betekenis worden opgevat als een geheel van cognitieve en niet cognitieve elementen, van rationele en niet rationele elementen, die tot een bepaalde vorm van handelen bereid maakt, in staat stelt en het (daardoor) ook voortbrengt. Deze zorgethische competenties wil Linus Vanlaere ook als onderliggend kader voor de sTimul-sessies en de andere veranderingsgerichte activiteiten van sTimul hanteren (zie Vanlaere, Timmermann, en Grypdonck, 2016). Ze zouden de sTimul-activiteiten een steviger uitgangspunt kunnen bieden.

Een belangrijk inzicht van de LCZEC is dat veel mogelijkheden voor zorgethisch coachen in de dagelijkse omgang met der zorg en de zorgenden ligt, en dat het zorgethisch coach zijn niet noodzakelijk projecten of andere formele activiteiten veronderstelt. Op deze wijze zorgethisch coach zijn veronderstelt dat de zorgethisch coach in de eerste plaats een zorgethische omgang met de zorgenden zelf laat zien.

In de LCZEC heeft men zich ook verdiept in de didactiek van het coachen. Alle deelnemers zijn ervan overtuigd dat daarbij een didactiek van groeibevordering nodig is, niet een didactiek van overtuiging,

en al helemaal niet een werkwijze geïnspireerd op *planned change*. Dat gras niet sneller groeit door eraan te trekken, is een basisovertuiging van de LCZEC geworden. Als een referentiekader heeft de LCZEC de “didactiek van de liefde” omarmd van Van den Nieuwenhof en De Weerd (2006). De vier basishoudingen die die didactiek veronderstelt, aandachtigheid, verbondenheid, nederigheid en discipline, zijn zeer passend bij het ondersteunen en stimuleren van zorgethische zorg. Zorgethisch werken stimuleren veronderstelt liefde voor de *coachee* en geduld om de tijd te laten voor zorgethische groei. Zorgethisch werken is immers niet afdwingbaar en kan alleen tot stand komen vanuit interne motivatie.

Een *learning community*, zoals toegepast in het project LCZEC is zeker een gepast vervolg op een exposure-ervaring om de zorgethische inzichten en het eigen zorgethisch handelen te verdiepen. Vooral de vervlechting van het vergroten van inzichten, het ervaren (van zowel hoe het leven van de anderen eruit ziet als van de eigen pogingen om meer zorgethisch te handelen en anderen daartoe te ondersteunen) als de individuele en gezamenlijke reflectie daarop dragen bij aan een persoonlijk en geïntegreerd “leren”. Voor opleidingen zoals de verpleegkunde zou een Learning Community mooie kansen kunnen bieden, hoewel het erg arbeidsintensief is. Onderzoek (Vandelanotte e.a., publicatie in voorbereiding) laat immers zien dat de beïnvloeding van studenten naar meer zorgethisch geïnspireerde praktijk ver van een eenvoudige opdracht is.

Actieonderzoek is een vorm van veranderen die zeker bij de uitgangspunten van zorgethiek kan aansluiten (Vivianne Baur). Het participatieve karakter van actieonderzoeken, wanneer goed vorm gegeven, past bij de zorgethische inhoud van de verandering. Het past ook bij de waardering voor de praktijkkennis van zorgverleners (zie Baart en Vosman, 2008).

4. Exposureprocessen begrijpen

Om effectieve exposure-ervaringen in te richten, is het nodig de processen te begrijpen die tot de verwachte en de vastgestelde effecten kunnen leiden. Ook op dat vlak is nog veel werk te doen.

Empathie speelt zeker een rol. Die rol verhelderen wordt bemoeilijkt door de verschillende empathiebegrippen die in het wetenschappelijke veld aanwezig zijn, om niet te spreken van de (soms meer soms minder) vertekende betekenissen die het woord in het (semi-)professionele taalgebruik heeft. Het is immers een “plastic word” (Poerksen, 1995).

Empathie is zeker niet genoeg om het effect van exposure te verklaren en om het gewenste effect te bereiken. Trees Coucke buigt zich over de vraag wat verder nog van belang kan zijn. Ze exploreert de betekenis van verwante concepten als sympathie, compathie, compassie. Mogelijk is moral imagination, morele verbeelding een sleutelconcept in het proces van zorgethische verandering die

een exposure-ervaring bij studenten die als zorgontvanger aan een sTimulsessie hebben deelgenomen, teweegbrengt ([Trees Coucke](#)).

De vijf zorgethische competenties, zoals ze in de LCZEC vorm hebben gekregen (zie Vanlaere, Timmermann, en Grypdonck, 2016) kunnen helpen om de veranderingen die exposure of andere zorgethische leerervaringen teweegbrengen te analyseren. Het is te verwachten dat de verschillende ethische competenties door andere processen worden beïnvloed, en daarop zicht krijgen zou het onderzoek en de praktijk aanzienlijk vooruit kunnen helpen.

Deelnemers laten verwoorden wat sTimul-sessies met hen doen, blijkt geen gemakkelijke opgave. Dat hoeft ook niet te verwonderen, omdat het immers gaat om een gebeuren. Anders dan de taal toelaat te reconstrueren, grijpen de gebeurtenissen op meerdere dimensies tegelijkertijd in. Bovendien gaat het - zeker als het goed gaat - om een groeiproces waarin de ervaringen van bijvoorbeeld een inleefsessie met andere, nieuwe maar ook oude ervaringen geïntegreerd worden, en alleen voor het onderzoek is het uiteenleggen daarvan van belang. Interviews zoals in de onderzoeken van Nele Janssens c.s. en Sarah Janssens c.s. gebruikt zijn, waarin de deelnemers in de interviews geholpen worden via reflectie tot verwoording te komen van wat een exposure-ervaring met hen deed, kunnen helpen aan het licht te brengen wat de essentie van de exposure-ervaring is. Maar dan nog blijft het alleen een benadering van de werkelijkheid.

De relatie met leerstijlen is een ander, voor leerervaringen als exposure nog grotendeels onontgonnen terrein. Verpleegkundigen karakteriseren zich vaak als “doe-mensen”. Wat ervaringen zoals ze georganiseerd worden in een inleefsessie nodig hebben om tot inzichten te leiden die daadwerkelijk het handelen sturen, is zeker de moeite van het exploreren waard.

5. Het organisatorische en maatschappelijke speelveld

Exposure-ervaringen betreffen zorgverleners in organisaties en instellingen. Zowel de invloed van de exposure-ervaring als wat de zorgverlener er in de praktijk kan mee aanvangen, worden in aanzienlijke mate bepaald door de organisatorische en maatschappelijke context waarin zorg gegeven wordt. Aan die context moet voldoende aandacht gegeven worden. In het symposium gebeurde dat bijvoorbeeld door stil te staan bij de vraag hoe men een exposure-ervaring kan laten landen in organisaties. Zonder begeleidende maatregelen is er een risico dat de deelname aan de sTimulsessie vooral de morele stress vergroot. Dat is zo als de inzichten over het belang van persoonsgerichte, afgestemde zorg niet in de praktijk omgezet kunnen worden, en de deelnemers vooral machteloosheid ervaren ([Lemiengre en Dewachter](#)). Deelname aan een sTimulsessie kan ook de spanning vergroten tussen de behoefte het handelen vooral af te stemmen op wat collega's

waarderen en wat de patiënt nodig heeft. Dat zou verklaren waarom deelnemers zo graag willen dat ook anderen van hun afdeling meedoen.

Toch mag men niet over het hoofd zien dat een exposure-ervaring - als het goed is - de zorgverleners minder beïnvloedbaar zal maken door die maatschappelijke context. Het is een terugkerend thema in het werk van Baart. Je zou het ook zo kunnen formuleren: door de exposure-ervaring zou de zorgverlener krachtiger moeten of kunnen worden om weerstand te bieden aan ongewenste beperkingen waar de organisatorische en maatschappelijke context de zorgverlener (en de zorgontvanger) mee opzadelt. De wijze professional zal vaker afwijken van wat organisatorisch opgelegd wordt maar de belangen van de zorgontvanger(s) (als individu of als collectief) niet dient.

De “organisatorische inbedding” van exposure-ervaringen is meer dan het verkopen van de exposure-ervaringen aan managers door hen ervan te overtuigen dat de sTimulsessies hun belangen dienen. Het gaat over de vraag hoe, in een toenemende spanning tussen de taal en het denken van het management en de taal en het denken van de zorg (vgl Verstraeten, 2014) een redelijke plaats verworven kan worden voor zorg die afgestemd is op wat mensen echt nodig hebben om tot hun recht te komen. Het is geen eenvoudige opgave (Gallagher). Congruentie tussen wat het management als boodschap geeft door werknemers aan exposuresessies te laten deelnemen, en wat het verder van zijn werknemers vraagt, is een belangrijk punt dat vaker wordt genoemd.

Ondersteuning vanuit de organisatie van initiatieven van deelnemers aan exposuresessies om de inzichten die ze hebben opgedaan in de praktijk handen en voeten te geven, is een andere. Meerdere deelnemers uit eenzelfde werkomgeving verkleint daarbij het gevoel van de deelnemers er alleen voor te staan. Vervolgactiviteiten, waarin wat men aan inzichten gewonnen heeft verder verdiept en in de praktijk vertaald wordt, zoals in de “expeditiegroep” die na de gespreksexposure in het UZ Gent in het leven is geroepen, kunnen allemaal helpen, zo blijkt of wordt vermoed. Andries Baart voegde er nog een heel andere bij: misschien zou de dialoog tussen management en zorgverleners op effectieve wijze geïntensiveerd kunnen worden als we een exposure zouden bedenken waarbij de zorgverleners de rol van de management zouden vervullen.

6. Besluit

Exposure is als fenomeen en als strategie uit de zorgethiek niet meer weg te denken. Er is veel ervaring, er is theorievorming, maar veel is nog onbegrepen. In dit verslag zijn een aantal vragen geformuleerd die (dringend) op antwoord wachten. Voor de beantwoording schept de verwevenheid tussen ervaring, onderzoek, reflectie en theorievorming wellicht de beste mogelijkheden. Immers niet alleen het zorgethisch handelen veronderstelt een groeiproces, ook het doorgronden ervan.

7. Verwijzingen

Argyris C, Schön D. 1974. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass.

Baart A. 2001. *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Baart A, Vosman F. 2008. *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Lemma.

Benoot C, Bilsen J. 2016. An Auto-Ethnographic Study of the Disembodied Experience of a Novice Researcher Doing Qualitative Cancer Research. *Qual Health Res* 26:482-489.

De Bock, M. Een beklijvende ervaring? Een studie van zelfbeoordelingen van de gevolgen van deelname aan een sTimul-inleefsessie. 2015. Masterscriptie, Universiteit Gent.

Eriksson K. 1992. The Alleviation of Suffering-The Idea of Caring. *Scand J Caring Sci* 6:119-123.

Gallagher A. 2006. The teaching of nursing ethics: content and method. Promoting ethical competence. In: Davis A, Tschudin V, De Raeve L, editors. *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics*. p 223-239.

Poerksen U. 1995. *Plastic Words*. University Park, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Van den Nieuwenhof R, De Weerd S. 2006. Didactiek van de liefde: een pleidooi voor diepgaand leren in coaching, training en opleidingen. In: Hovelynck J, De Weerd S, Dewulf A, editors. *Relationeel organiseren : samen leren en werken in en tussen organisaties*. Leuven: LanooCampus. p 75-105.

Vanlaere L, Timmermann M, Grypdonck M. 2016. Pflegehandeln am eigenen Körper erfahren - 'Ausgesetztsein' in simulierten Situationen. In: Conradi E, Vosman F, editors. *Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Praxis der Achtsamkeit*. Frankfurt: Campus.

Vanlaere L, Timmermann M, Stevens M, Gastmans C. 2012. An explorative study of experiences of healthcare providers posing as simulated care receivers in a 'care-ethical' lab. *Nurs Ethics* 19:68-79.

Verstraeten J. 2014. *Taal en stilte. Naar een leiderschap voorbij de angst*. Averbode: Uitgeverij Averbode.