



To be is to care

Een literatuurstudie van het concept ‘zorg’ en de implicaties voor verpleegkundige zorg

Linus Vanlaere* en Chris Gastmans[†]

1. Inleiding

De laatste decennia is het begrip ‘zorg’ een steeds crucialere rol gaan spelen in het zelfverstaan van de westerse mens. Hierbij hoorde ook een grote aandacht voor de betekenis van zorg in het ethische denken. Zo ontstond ‘zorgethiek’, een ethisch perspectief dat vertrekt van zorg als ethische waarde. Tot ontwikkeling gekomen in de moraalpsychologie¹ en de politieke wetenschappen,² heeft zorgethiek vooral in de gezondheidszorg een hoge vlucht genomen.³ Zo wordt bijvoorbeeld in de verpleegkunde het zorgethische discours aangewend om de inherente ethische betekenis van dagelijkse zorgprocessen te expliciteren.⁴

De notie ‘zorg’ als uitgangspunt van zorgethiek kan echter op flink wat kritiek rekenen.⁵ ‘Zorg’ is een *primaire begrip*: een term die vaak wordt gebruikt in tal van contexten, zonder exact te zijn gedefinieerd. Zonder te worden toegespitst op een specifiek domein, bijvoorbeeld dat van de verpleegkunde, blijkt ‘zorg’ een extreem vage notie te zijn.

Om het concept ‘zorg’ in het ethische discours te laten functioneren, is een intellectuele inspanning nodig met betrekking tot de verheldering van de betekenis ervan. In dit artikel gaan we door middel van literatuuronderzoek op zoek naar de algemene betekenis van zorg in het menselijke bestaan. Om deze algemene betekenis daarna te toetsen aan de praktijk van de gezondheidszorg, nemen we vervolgens de verpleegkunde als casus. Omdat zorg een complex verschijnsel is dat we niet van zijn veelzijdigheid willen ontdoen, lijkt het ons zinvol om enkele wezenlijke kenmerken aan te duiden die mensen aanvoelen als essentieel onderdeel van zorg, in plaats van een alomvattende definitie van zorg te ontwikkelen. De vier fundamentele kenmerken van zorg die we in deze bijdrage nader bekijken, zijn: (1) zorg is een bestaanswijze

* Linus VANLAERE is postdoctoraal wetenschappelijk medewerker ethiek aan de Faculteit Geneeskunde van de K.U.Leuven en coördinator ouderethiek in de Groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg te Kortrijk.
E-mail: linus.vanlaere@med.kuleuven.be

[†] Chris GASTMANS is hoogleraar medische ethiek aan de Faculteit Geneeskunde van de K.U.Leuven.
E-mail: chris.gastmans@med.kuleuven.be



en tegelijk een ethische opgave; (2) zorg is een praktijk die houding en activiteit samenhoudt; (3) zorg is wederkerig; (4) zorg is zinverlenend. Deze vier kenmerken vormen een synthese, omdat ze eigen zijn aan het geheel dat we met de notie ‘zorg’ aanduiden. Al kunnen deze kenmerken niet gescheiden worden, toch moeten we ze onderscheiden en achtereenvolgens bespreken om ze te verduidelijken.

2. Zorg is een fundamentele bestaanswijze en een ethische opgave

De notie ‘zorg’ verwijst naar een bepaalde waarde in het menselijke bestaan. Het betreft de wijze waarop mensen omgaan met de kwetsbaarheid die inherent is aan het leven en de manier waarop ze vorm geven aan de wederzijdse afhankelijkheid die deze kwetsbaarheid met zich brengt. Zorg als waarde verwijst doorgaans naar een positieve kwalificatie: het alert zijn voor de behoeften en noden van de ander. In het menselijke leven verschijnt zorg echter allereerst als een bestaanswijze, en dus niet als ‘moreel gekwalificeerd’. Hoe kunnen beide aspecten van zorg, bestaanswijze en ethische opgave, worden verstaan?

Zorg als fundamentele bestaanswijze

In de meest brede betekenis kan zorg worden omschreven als een fundamentele bestaanswijze van mensen.⁶ Zorg als fundamentele menselijke bestaanswijze omvat alle faciliterende handelingen die mensen stellen om hun menselijke conditie of levenswijze te verbeteren. Het is alles wat mensen doen om een bestaan te leiden dat passend is voor hun mens-zijn.⁷ Door te zorgen zetten mensen het bestaan naar hun hand. Zo is zorg één van de belangrijkste manifestaties van het dagelijkse bestaan; aan de hand van talloze zorgactiviteiten handhaven mensen zich in het bestaan.⁸ Deze betekenis van zorg is ook terug te vinden in de definitie van Joan Tronto. Zij omschrijft zorg als een activiteit die alles omhelst wat mensen doen om hun wereld te laten voortbestaan, te herstellen en te onderhouden, zodat het ‘hun’ wereld wordt waar ze zo goed mogelijk kunnen in leven.⁹

Zorg in deze brede betekenis opgevat vertoont een biologische verankering; zorg kan in zekere zin zelfs worden beschouwd als een soort instinctieve handeling.¹⁰ Het feit dat zorg als fenomeen ook wordt aangetroffen bij dieren vormt hiervoor een aanwijzing. Kijk bijvoorbeeld maar naar de inspanningen die vogels zich getroosten om hun hulpeloze jongen van voedsel te voorzien. Ook bij mensen verschijnt zorg in de meest elementaire vorm als een geheel van instinctieve handelingen waarmee



een antwoord wordt gegeven op biologische behoeften. De meeste van de biologisch verankerde zorgactiviteiten komen op zich echter nauwelijks voor, maar worden in een menselijk milieu gevormd en ontleen daaraan hun betekenis. Op deze wijze worden ze deel van het mens-zijn. Toch is zorg als fundamentele bestaanswijze, precies omwille van de biologische verankering ervan, volgens Cornelis Verhoeven “in elk geval meer elementair” dan als ethische opgave.¹¹ Van zorg als fundamentele bestaanswijze kan immers worden gezegd dat ze zich in het grensgebied van de elementaire vitale genoegens bevindt, er gaat namelijk een soort genot mee gepaard.

Dat zorg biologisch verankerd is en dat er een soort *instinctive drive* is die aanleiding geeft tot zorg, is een overtuiging die door een aantal sociobiologen wordt ondersteund.¹² De moderne sociobiologie stelt dat mensen, als resultaat van de evolutie, niet van nature zelfzuchtig zijn, maar zich van nature zouden schikken naar morele normen die een belangrijke rol hebben gespeeld in het overleven van de menselijke soort. Dit betekent dat bepaalde morele normen niet louter het resultaat zijn van opvoeding alleen, maar tevens een biologische grond hebben.¹³ In de brede betekenis ervan zou zorg een dergelijke morele norm zijn. Zorg verschijnt hier als morele norm precies omdat de neiging tot zorg in de biologische aanleg van de menselijke soort is verankerd.¹⁴ Dit betekent echter niet dat zorg bij mensen als het ware zou aangeboren zijn. Veeleer heeft de evolutie aan de menselijke soort het *vermogen* tot zorg gegeven; *of* dit vermogen tot ontwikkeling komt en *hoe* dit gebeurt, hangt in grote mate af van de omgeving waarin mensen opgroeien. Zorg krijgt immers gestalte via opvoeding en ontwikkeling.¹⁵

Zorg als ethische opgave

Opvallend in het discours van de sociobiologie is het spreken over zorg als ‘morele norm’, dit wil zeggen: als iets nastrevenswaardig. Er treedt hier een betekenisverschuiving op: bij zorg als een morele norm gaat het niet langer om iets dat mensen ‘van nature’ doen om zich in het bestaan te handhaven, maar eerder om een ethische opgave.¹⁶ Het is niet moeilijk om zorg als ethische opgave in het leven van mensen aan te treffen. Mensen zijn verwickeld in praktijken van zorg en verantwoordelijkheid ten aanzien van anderen en ze geven in dat kader zin aan hun eigen bestaan en aan dat van anderen.¹⁷ Zorg verschijnt als een opgave die volwassenen zich stellen en die zij als onmisbaar beschouwen in een volwaardig menselijk bestaan.¹⁸ Zorg als ethische opgave verschijnt in deze zin nooit helemaal als een belasting die van buitenaf wordt opgelegd, maar veeleer als een appel dat van binnenuit wordt aanvoeld.



Zorg als ethische opgave overschrijdt op die manier het instinctmatige dat kenmerkend is voor zorg als fundamentele bestaanswijze.¹⁹ Terwijl zorg als fundamentele bestaanswijze beperkt blijft tot de zorg voor het overleven van zichzelf en de zijnen, kan het bij zorg als ethische opgave ook gaan om de zorg voor hen die niet rechtstreeks verband houden met het eigen zelf. In de zorg als ethische opgave drukken mensen een ethisch engagement uit: ze verbinden zich ertoe aandachtig te zijn voor en zich actief in te laten met de noden en behoeften van een andere persoon.²⁰

Hoewel zorg als fundamentele bestaanswijze duidelijk moet worden onderscheiden van zorg als ethische opgave, bestaat er tussen beide betekenissen ook een band. Dat werd al duidelijk gemaakt met de sociobiologie. De vraag stelt zich hoe die band dan precies moet worden opgevat. Wanneer de band te strikt wordt opgevat, komt men al snel in de naturalistische dwaling terecht, waar er al te vlug van een 'is' naar een 'moeten' wordt overgestapt.²¹ Wanneer de band echter volledig wordt losgemaakt en zorg als ethische opgave helemaal niet in samenhang wordt gezien met zorg als fundamentele bestaanswijze, bestaat het gevaar dat zorg een soort ethisch overwicht krijgt. Wanneer dat gebeurt, zit men al gauw in de sfeer van de drukkende plicht of zelfs in de offerretoriek, waarbij zorg wordt beschouwd als iets dat alleen inspanning en opoffering meebrengt, en dat (bepaalde) mensen *moeten*.²² Een dergelijke moraliserende benadering wordt vermeden wanneer zorg als ethische opgave de band behoudt met zorg als iets wat mensen 'van nature' doen om zich in het bestaan te handhaven. Omdat zorg ook altijd een fundamentele bestaanswijze is die teruggaat op een biologische basis, verschaft zorg mensen een elementair genot. Zorg verschaft genoeg omdat het gepaard gaat met de bevrediging van een natuurlijke behoefte.

Perspectief op verpleegkundige zorg

In de verpleegkundige literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds definities die zorg vooral zien in de brede zin, als een menselijke eigenschap, en anderzijds definities waarin zorg vooral als een morele imperatief naar voor komt.²³ Dit komt neer op het onderscheid tussen zorg als fundamentele bestaanswijze en als ethische opgave. Definities die zorg vooral in de eerste zin benaderen, gaan vaak terug op Heidegger.²⁴ Auteurs die zorg definiëren in de tweede zin spreken eerder over zorg als een morele praktijk²⁵ of als een ethisch engagement.²⁶

Zorg als bestaanswijze manifesteert zich in de dagelijkse situatie van mensen doorgaans als zelfzorg: het omvat alles wat mensen doen om zichzelf in het bestaan te handhaven. Net die zelfzorg is beschadigd op het ogenblik dat mensen beroep doen



op gezondheidszorg. Agich verwijst in dit verband naar de vervreemdende en depersonaliserende invloed van ziekte.²⁷ De situatie van chronisch zieke patiënten die aan het ziekbed gekluisterd zijn en alle contact verliezen met niet alleen de omgeving maar ook het eigen lichaam, is hiervoor typerend. Deze personen zijn voor hun dagelijkse hygiëne en voedselinname afhankelijk van anderen. 'Vreemden' nemen de meest intieme zorghandelingen met betrekking tot het eigen lichaam over. De identificatie met het eigen lichaam komt in gedrang. Deze personen ervaren niet langer dat ze een lichaam 'zijn', veeleer dat ze een lichaam hebben. Het lichaam is iets dat losstaat van henzelf, zoals een object. Geconfronteerd met het verlies van functionele mogelijkheden zijn chronisch zieken vaak niet meer in staat om een leven te leiden waarin zij die dingen doen die ze als waardevol ervaren en waarin ze zichzelf terugvinden. Vanuit de betekenis van zorg als wijze waarop mensen zich handhaven in hun bestaan, zal verpleegkundige zorg hier de voorwaarden scheppen voor het subject-zijn van de zieke persoon, opdat deze zich ondanks alle depersonaliserende invloeden als persoon kan blijven ervaren. Om dit mogelijk te maken zullen verpleegkundigen vooral aandacht hebben voor die elementen die het zelf van de zieke persoon ondersteunen, met name die zaken die de persoon als constitutief ervaart voor zijn identiteit. Door de gerichtheid op bepaalde accommodaties wordt het comfort van de zieke verhoogd, kan het functionele onvermogen enigszins worden opgevangen en kan de zieke persoon zich zo goed mogelijk aanpassen aan de situatie.

Zorg is, naast een fundamentele bestaanswijze, echter ook steeds een ethische opgave. Zo is het eigen aan de mens om ook in te gaan op het appel om anderen in hun nood bij te staan. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn van verpleegkundige zorg dat zij enkel uitmondt in de zelfzorg van de ontvanger. Enkel de zelfzorg stimuleren kan inhouden dat degene die de zorg ontvangt tot een zelfgenoegzaam leven wordt aanzet. Vanuit de geschetste zorgvisie zou dit geen 'menselijk' bestaan zijn, want mensen achten het nu eenmaal eigen aan het menselijke leven dat ze zorg opnemen voor anderen. Verpleegkundigen zullen bijgevolg bij hun patiënten in de mate van het mogelijke deze zorg voor anderen stimuleren.

Dat verpleegkundige zorg steeds geënt moet zijn op zorg als ethische opgave, betekent tevens dat er rekening moet worden gehouden met het maatschappelijke kader waarin deze zorg tot stand komt. De zorg voor de concrete ander in een onmiddellijke zorgrelatie én de zorg voor 'afwezige anderen' zijn twee dimensies van dezelfde opgave.²⁸ Ingaan op het appel van de ene ander ontslaat verpleegkundigen immers niet van de opdracht in te gaan op de noden van nog weer anderen. Daarom mag er geen grens worden getrokken tussen het politieke zorgbeleid en concrete



zorgrelaties.²⁹ Via politieke structuren kan vorm worden gegeven aan een globaal gezondheidszorgbeleid dat verpleegkundigen ondersteunt in hun ethische opgave om ook zorg te dragen voor de ‘afwezige anderen’. Het zorgbeleid moet zo opgevat zijn dat het een evenwichtige en rechtvaardige verdeling van zorg mogelijk maakt. Deze politieke ondersteuning van zorg moet ook leiden tot de nodige wettelijke en organisatorische voorzieningen, zodat verpleegkundigen hun ethische zorgopdracht in de beste omstandigheden kunnen opnemen.

3. Zorg is een praktijk waarin houding en activiteit samengaan

Men spreekt van zorg, enerzijds wanneer handelingen voortkomen uit een houding van zorgzaamheid, anderzijds wanneer deze zorgzame houding wordt veruitwendigd in concrete zorgactiviteiten.

Zorg: houding of activiteit?

In de literatuur wordt bij het definiëren van zorg vaak een onderscheid gemaakt tussen zorg als *houding* en zorg als *activiteit*.³⁰ In deze tweede betekenis gaat het om een activiteit waarmee wordt tegemoet gekomen aan de noden van een persoon door een andere persoon en waarbij de directe interactie tussen beide personen een cruciaal element vormt van de activiteit.³¹ Zorg heeft zo betrekking op een waaier van activiteiten die gericht zijn op het welzijn van iemand en die tegemoet komen aan diens noden. Men kan hier spreken van zorg in praktische zin of van ‘zorg geven’ en ‘(ver)zorgen’.

Zorg als houding betreft de ingesteldheid, het gevoel en/of de bewustzijnstoestand van de persoon die zorg verleent. Het omvat zowel de aandacht voor de noden van de ander (aandachtigheid) als de aandrang om aan deze noden tegemoet te komen (verantwoordelijkheid). Het is een gewaarwording van de ene persoon dat er in een gegeven situatie iets moet worden gedaan aan het welzijn, de kwaliteit van het bestaan van een andere persoon. Het betreft een affectief geraakt zijn, maar ook het cognitieve inzicht dat er iets moet gebeuren.³² Zorg als houding kan daarom omschreven worden als ‘aandachtige betrokkenheid’ en ‘toewijding’.

Sommige theoretici leggen er sterk de nadruk op dat zorg zowel activiteit als houding betreft; beide aspecten van zorg kunnen worden onderscheiden, maar zeker niet gescheiden.³³ Wanneer zorg enkel wordt gezien als activiteit, is het gevaar reëel dat een activiteit als zorgend wordt omschreven zonder dat er van zorgzaamheid – een



betrokken houding van de zorgverlener op de situatie van de ander – sprake is. Zo is zorg in ieder geval *ook* een emotionele en een meer omvattende, mentale relatie dan alleen de intentionele die bij handelingen verondersteld is.³⁴ Zorg omschreven als een geheel van activiteiten raakt volgens sommigen daarom niet de kern van zorg.³⁵ Wanneer zorg echter enkel wordt opgevat als houding, kan zorg de bezorgdheid van een persoon voor de situatie van een ander betreffen, zonder dat deze concreet activiteiten verricht die de bezorgdheid veruitwendigen en daadwerkelijk iets aan de situatie van de ander verandert.

Om beide aspecten van zorg samen te houden, wordt zorg opgevat als een ‘praktijk’ waarin activiteit en houding samengaan. Zorg als praktijk werd voor het eerst gedefinieerd door Fisher en Tronto.³⁶ Volgens hen gaat het bij zorg om een levenspraktijk die zich uitdrukt in specifieke gedragingen, handelingen én houdingen, die erop gericht zijn onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. In deze opvatting van zorg als praktijk onderscheiden Fisher en Tronto vier dimensies. Evengoed kan men spreken van een proces met vier stappen. De eerste stap omhelst het ‘zich zorgen maken om iemand of iets’, namelijk het ‘bekommerd zijn’, ‘bezorgd zijn’, ‘aandacht hebben voor’. Het betreft het zien en erkennen door de zorgverlener van de zorgbehoeften die bij de zorgontvanger aanwezig zijn. Aan deze eerste stap van zorg koppelen ze dan ook de ethische houding van ‘aandachtige betrokkenheid’. In een tweede stap zal de zorgverlener concrete initiatieven ontwikkelen om aan de opgemerkte behoefte tegevoet te komen. Deze stap is die van het ‘op zich nemen van zorg’. Dit vereist dat de zorgverlener de verantwoordelijkheid op zich neemt voor het in gang zetten van zorgactiviteiten. ‘Verantwoordelijkheid’ is dan ook de ethische houding die met deze dimensie correspondeert. In de daaropvolgende fase, die van de concrete zorgverlening, wordt de zorg daadwerkelijk uitgevoerd. Hierbij speelt de ethische houding van deskundigheid een belangrijke rol. Het nagaan of de behoeften van de zorgontvanger effectief zijn gelenigd, behoort tot de vierde fase. Dit noemen Fisher en Tronto de fase van het ‘zorg-ontvangen’. Aandacht voor de reacties van degenen op wie de zorg gericht is, uitgedrukt in de ethische houding van ontvankelijkheid, is van belang voor de kwaliteit van het zorgproces en voor de motivatie van degenen die zorgen.

Deze zorgopvatting correspondeert op minstens twee vlakken met de kenmerken van zorg die hierboven werden beschreven. Ten eerste integreert de zorgopvatting van Fisher en Tronto zorg als fundamentele bestaanswijze én als ethische opgave. Zorg verschijnt niet enkel als een ‘levenspraktijk’ van mensen, namelijk een fundamentele wijze van in het leven staan, maar ook als een ethisch relevant begrip. Zo



koppelen Fisher en Tronto aan elke dimensie van zorg een ethische houding. Ten tweede illustreren de vier dimensies van zorg dat niet alleen observeerbare zorgactiviteiten, maar ook zorgzame houdingen deel uitmaken van een integrale zorgopvatting. Concrete zorghandelingen worden gesteld vanuit een specifieke ethische houding. Aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid en ontvankelijkheid zijn vier essentiële houdingen die de betrokkenen in het zorgproces verwerven, wil er van een integraal zorgproces sprake zijn.

Perspectief op verpleegkundige zorg

Verpleegkunde wordt door een aantal auteurs opgevat als een praktijk waar het engagement van de verpleegkundige ten aanzien van de zorgontvanger en de relatie tussen beiden de kern van uitmaken.³⁷ Verpleegkundige zorg omhelst een aantal handelingen die vertrekken vanuit de poging van de verpleegkundige om de situatie van de zorgontvanger, diens perspectief en kwetsbaarheid, te begrijpen en er op gepaste wijze mee om te gaan. Om goede zorg te verlenen zullen verpleegkundigen zich voldoende verplaatsen in de situatie van de zorgontvanger en zich engageren om aan deze situatie tegemoet te komen. Verpleegkundigen oefenen om zich in te laten met hen voor wie zij zorgen. Dit 'zich inlaten met' vereist een ontvankelijkheid voor de individuele ander, wat betekent dat ze werkelijk bij de ander aanwezig zijn.³⁸

Volgens Van Tongeren is de houding van aandachtige betrokkenheid die van verpleegkundigen wordt verwacht een vorm van 'passiviteit' in de zorgverlening.³⁹ 'Passief zijn' betekent niet 'niets doen', alsof het een vorm van indolentie of luiheid is. Het betreft integendeel de aandacht, het 'ontvankelijk zijn' voor de betekenis van wat er gebeurt met de ander en voor wat de situatie van de ander hen te zeggen heeft. Zorg is veel meer dan het verlenen van een dienst. Het gaat ook om het 'er zijn' als de andere persoon dat nodig heeft en op de wijze waarop deze dat nodig heeft.

Een verpleegkundige kan een zorgzame houding verwerven door zorgzaam te handelen. Een zorgpraktijk geeft uitdrukking aan een houding van aandachtige betrokkenheid en vormt tegelijk deze houding. Dat een houding groeit door de *gewoonte* van het doen, betekent echter niet dat zorgzame handelingen zouden worden gekenmerkt door een soort *routine*. Zorg komt precies daar tot uiting waar taken worden uitgevoerd die niet op voorhand vaststaan. Denk bijvoorbeeld aan de verpleegkundige die op deskundige maar routineuze wijze 'zorghandelingen' uitvoert, terwijl een collega even deskundig maar minder routineus optreedt en meer aandacht schenkt aan de specifieke situatie van het moment: de tweede verpleegkundige zal wellicht vlugger



als 'zorgzaam' worden omschreven dan de eerste. Bij de tweede verpleegkundige schuilt onder de routinewerkzaamheden de alertheid om, wanneer dat noodzakelijk is, actief in te grijpen.⁴⁰ Daarom ook wordt een verpleegkundige als zorgzaam omschreven wanneer deze niet zomaar handelt naar een norm die leidraad is van het handelen, maar deze norm zelfs overschrijdt. Criteria opstellen waaraan zorg moet voldoen, is nooit helemaal mogelijk, omdat het nu eenmaal kenmerkend is voor goede zorg dat bepaalde criteria worden overschreden.⁴¹ In elk geval blijkt de houding waardoor zorghandelingen worden gedragen niet altijd zichtbaar. Een zorgzame houding leidt tot daden wanneer dat noodzakelijk is. Een zorgzame verpleegkundige is in staat om adequaat te reageren op onverwachte gebeurtenissen.

4. *Zorg is wederkerig*

Uit wat tot nog toe over zorg werd gezegd, kan worden afgeleid dat zorg binnen een relationeel kader moet worden gesitueerd: mensen verhouden zich tot elkaar in de context van zorgrelaties. Deze zorgrelatie wordt hieronder geduid als zowel asymmetrisch als wederkerig.

Zorg als asymmetrisch wederkerig

Het menselijke bestaan is fundamenteel relationeel: 'persoon-zijn' betekent 'verbonden-zijn-met-anderen'.⁴² In onze groei tot persoon ontvangen wij van andere personen. Tegelijk geven wij ook aan andere personen. Zorg, als een wijze waarop mensen zich tot elkaar verhouden, betreft een dialectiek van geven en nemen. Zorg betreft de behoefte van de ene persoon en de verantwoordelijkheid die een andere persoon voor deze behoefte opneemt.⁴³ Zorg heeft dus steeds betrekking op asymmetrie: de zorgontvanger is voor het tegemoet komen aan specifieke noden afhankelijk van de zorgverlener. Er is geen gelijkheid in deze relatie, meestal niet in praktisch, en soms ook niet in mentaal en cognitief opzicht.⁴⁴

Het spreekt echter voor zich dat de persoon die zorg ontvangt niet louter passief is. In zorgrelaties verhouden zorgontvangers zich steeds tegenover zorgverleners als een *alter ego*, namelijk als 'zelden' die net als 'ons-zelf' nadenken, voelen en vrij zijn. In de zorg dienen zorgontvangers te worden bejegend als personen die in staat zijn om iets te beginnen in de wereld, om doelgericht te handelen, om prioriteiten te ordenen en om het doel waarop ze hun handelen richten te bepalen.⁴⁵ Als zorgontvangers zijn ze immers geen loutere objecten, maar wel subjecten. In de zorg



verschijnen zorgontvangers bovendien als subjecten die precies in de wijze waarop ze zorg ontvangen aan dit subject-zijn uitdrukking geven. Net hier krijgt de wederkerigheid van zorg volle diepgang: in de wijze van het ontvangen van zorg geeft de zorgontvanger op wederkerige wijze aan de zorgverlener.⁴⁶

Uit het ontvangen van zorg komt een geven voort. Het is precies dit geven dat de zorgverlening verrijkt en zelfs voltooit. Daarom kan worden gezegd dat zorg ontvangen evenwaardig is aan zorg verlenen. Zonder ontvangers die de verleende zorg beantwoorden, kan er van zorg geen sprake zijn. Wanneer zorgontvangers de door de zorgverleners aan de dag gelegde zorgzaamheid en deskundigheid niet ontvangen, als zij hieraan niet tegemoet komen of als zij hieraan niet meewerken, dan kan ook geen zorg worden verleend.⁴⁷ Van zorg kan enkel sprake zijn wanneer deze niet alleen adequaat verstrekt maar ook adequaat wordt ontvangen. In deze zin stelt Lindemann dat wederkerigheid wezenlijk deel is van zorg. Enkel de act van het zorg verlenen als ethisch relevant beschouwen, houdt een ontkenning in van de verantwoordelijkheid, en dus het moreel subject-zijn, van de zorgontvanger. Om deze reden nemen Fisher en Tronto het zorg ontvangen op als vierde dimensie van het zorgproces.

Perspectief op verpleegkundige zorg

Toegepast op de verpleegkundige zorgverlening heeft de wederkerigheid van zorg concrete implicaties voor zowel de verpleegkundige als voor de zorgontvanger. Voor de verpleegkundige dient de wederkerigheid zich te vertalen in de communicatieve actie die deze onderneemt naar de zorgontvanger toe. Het zijn voornamelijk gesprekken, taal en woorden die het medium vormen waarlangs wederkerigheid gestalte krijgt in de zorgrelatie en die het zelfrespect en de verantwoordelijkheid van de zorgontvanger bevorderen.⁴⁸

Van de verpleegkundige mag initieel een houding van morele nederigheid worden gevraagd.⁴⁹ Dit houdt in dat deze niet vertrekt van de assumptie de zorgsituatie vanuit het perspectief van de zorgontvanger te kunnen bekijken en te weten wat de ander nodig heeft, zonder deze persoon voldoende te hebben beluisterd. Het betekent dat de verpleegkundige het eigen perspectief durft te laten openbreken door de zorgontvanger. Volgens Young vraagt dit een respectvolle houding van verwondering: een houding van openheid ten aanzien van andere mensen, namelijk het tegemoet zien van nieuwe inzichten over de behoeften, noden, interesses en waarden van deze mensen.⁵⁰



Het aspect van wederkerigheid betekent voor de zorgontvangers dat zij op hun beurt een verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de verpleegkundige. Zorg moet immers zo zijn dat zowel de gever als de ontvanger van zorg zich gerespecteerd voelt als persoon. Goede zorg kenmerkt zich als een proces waarbij alle betrokkenen groeien in hun persoon-zijn. Volgens Agich kan de zorgontvanger het persoon-zijn van de verpleegkundige respecteren door zich in het zorgproces open te stellen voor de zorg en deze op gepaste wijze te beantwoorden, bijvoorbeeld door het uitdrukken van dankbaarheid of het uitoefenen van kritiek. Uiteraard is de mate van verantwoordelijkheid die de zorgontvanger opneemt in het zorgproces afhankelijk van wie deze persoon is, welke diens capaciteiten zijn en in welke omstandigheden deze verkeert. Toch is Agich ervan overtuigd dat het respecteren van de zorgontvangers als morele subjecten altijd hun medeverantwoordelijkheid impliceert. Het respecteren gaat dus verder dan enkel het ruimte laten voor en het respecteren van hun individuele vrijheid.

Voor zorgontvangers geldt dat ze zich bewust dienen te zijn dat ze een zekere macht uitoefenen op de zorgverleners; ze dienen rekening te houden met de kracht van hun ontvangende act en uit te maken welke houding het beste beantwoordt aan de specifieke zorgsituatie.⁵¹ In bepaalde gevallen zal het meest geschikte ethische antwoord dat van dankbaarheid zijn. Door het uitdrukken van dankbaarheid kan de zorgontvanger het zorgproces in een heel specifieke richting sturen; zo kan de verpleegkundige als reactie op de dankbaarheid nog meer zin putten uit de zorg en zich nog meer inzetten in de zorgverlening. Soms kan ‘weerstand biedend ontvangen’ evenzeer een adequaat en juist ethisch antwoord zijn van de zorgontvanger. Als voorbeeld verwijst Lindemann naar de zorg voor volwassenen die bij wijze van rehabilitatie van bepaalde vaardigheden enkel materiaal toegestopt krijgen dat voor kinderen bestemd is, deze mensen kunnen zich hiertegen verzetten. Het ‘weerstand biedend ontvangen’ kan hier een manier zijn om adequate rehabiliterende zorg te krijgen.⁵² Wanneer verbaal verweer weinig soelaas brengt en de zorgontvanger ervaart onrespectvol bejegend te worden, heeft deze volgens Lindemann het morele recht om zich te verzetten in het zorgproces. Wanneer de zorgontvanger in het zorgproces ervaart niet als persoon gezien te worden, is dit verzet zelfs de enige juiste ethische respons. De voorbeelden van ‘dankbaarheid’ en ‘weerstand biedend verzet’ als mogelijk ethisch antwoord van zorgontvangers op de verleende zorg geven niet alleen aan dat zorgontvangers vanuit ethisch oogpunt gezien een grotere invloed hebben dan algemeen wordt aangenomen, maar evenzeer wijzen ze op hun medeverantwoordelijkheid in de zorg.



5. *Zorg is zinverlenend*

Het laatste fundamentele kenmerk van zorg dat in onze analyse naar voren komt, is het zinverlenende aspect. Zinverlening sluit nauw aan bij de wederkerigheid van zorg.

Zin en zorg

Zorg betreft steeds een dialectiek van geven en ontvangen. Zoals Ricoeur stelt, betreft het geven van de zorgontvanger wel een ander soort geven dan het geven van de zorgverlener. Het is geen afgeleide van het vermogen van de zorgontvanger tot handelen, want deze ontvangt zorg precies omdat hij/zij zelf niet over een bepaald vermogen tot handelen beschikt, maar een geven dat inherent is aan het open karakter van het ontvangen. Voor Ricoeur is dit soort wederkerigheid, waarbij een ongelijkheid in vermogen compensatie vindt, authentieke wederkerigheid die de toetssteen bij uitstek vormt van zorg. Afhankelijk van de eigen betrokkenheid en afhankelijk van de wijze waarop de zorgontvanger de verleende zorg beantwoordt, kunnen zorgverleners 'zin in zorg' ervaren.⁵³ De asymmetrie waarvan sprake is bij zorg wordt hier omgedraaid: de zorgverlener is afhankelijk van de zorgontvanger, want hij/zij vindt in de gegeven zorg een zekere levensvervulling en zin. Voor het zinaspect, het ervaren van voldoening, is de zorgverlener in feite de afhankelijke in de zorgrelatie, hoe paradoxaal dat ook klinkt. Hierin kan de ware aard van de menselijke interdependentie worden ontdekt.⁵⁴

Het zinverlenende aspect van zorg heeft wellicht te maken met het aspect van zelftranscendentie in en door zorg, met name het vermogen van mensen om zich via zorg naar anderen uit te strekken en zich met deze anderen te verbinden. In zorg als uiting van menselijke betrokkenheid lijkt er een natuurlijke behoefte van mensen te worden beantwoord om uit het eigen middelpunt te worden weggetrokken. Het is immers pas door het handelen in de wereld naar anderen toe dat mensen tenvolle actualiseren wat ze in potentie bezitten. Om zichzelf te vinden moeten mensen uit zichzelf treden.⁵⁵ Dat wat zin geeft aan het leven is vaak verbonden met iets dat het individu transcendeert. Zo blijkt de vraag naar de zin van het bestaan eigenlijk een overbodige vraag, want het is precies in de zelftranscendentie dat mensen zin ontdekken, waarbij het kenmerkend is voor zelftranscendentie dat de vraag naar het eigen zelf volstrekt irrelevant is geworden. In het overschrijden van zichzelf, waarbij het 'ik-zelf' naar de achtergrond verdwijnt omdat de ander van belang is, worden mensen net meer zichzelf. In dit paradoxale feit is ook het zinverlenende



aspect van zorg gelegen. Door de zorg als act van zelftranscendentie strekken we ons naar de ander uit. De ander vraagt ons, precies in het beroep dat deze persoon op ons 'kunnen' doet, om te 'doen wat we kunnen'. Hierbij geeft deze ander ons niet alleen de mogelijkheid om te actualiseren wat we in potentie' hebben, maar deze persoon biedt ons, ook zonder daar zelf bewust van te zijn en zonder het bewust te willen, de mogelijkheid om onszelf te verlaten om daarna verrijkt naar onszelf terug te keren. Deze ander speelt hierdoor een uitzonderlijk grote rol in onze levensvervulling.

Perspectief op verpleegkundige zorg

In de verpleegkundige zorg is er sprake van betrokkenheid, contact en wisselwerking. Deze wisselwerking heeft, afhankelijk van de persoon die de zorg ontvangt, de potentie tot het ontstaan van een wederkerige zorgrelatie. Het is door deze wederkerigheid dat verpleegkundigen zich erkend weten, niet alleen in wat ze doen, maar vooral ook in wie ze zijn.⁵⁶ In de wederkerigheid van de zorgrelatie vinden ze erkenning van hun persoon-zijn en dat geeft zin. Het is wellicht hierdoor dat de zorgverlening voor hen haalbaar blijft. Men kan zelfs stellen dat deze zin-motivatie deel moet uitmaken van een evenwichtige optie tot zorgverlening. Alleen door in de zorg voor de ander ook de zin van het eigen bestaan te vinden, zullen verpleegkundigen nieuwe krachten vinden en de creativiteit om goede zorg te verlenen.

Dat deze voldoening of zinervaring zo belangrijk is voor de verpleegkundige maakt Hertogh duidelijk met het voorbeeld van de zorg voor ouderen met dementie.⁵⁷ Dementerende ouderen zijn bij uitstek zorgontvangers die wegens hun situatie onvermogen zijn om de verleende zorg te kunnen beantwoorden op de gangbare wijze. Wat aan persoonlijk contact wordt opgebouwd, wordt door de voortschrijdende dementie van de zorgontvanger weer afgebroken. Door de vergeetachtigheid van de dementerende persoon ontstaat er geen duurzame basis van vertrouwdheid van waaruit het contact tussen zorgontvanger en verpleegkundige kan groeien. Zo schrijft Hertogh dat de patiënt die je 's avonds nog zo dankbaar was voor de geboden hulp de ochtend daarop niet meer weet wie je bent en je resoluut de deur wijst als je hem wil helpen met opstaan. Toch houden verpleegkundigen ook in hun zorg voor dementerende patiënten vast aan wederkerigheid in het dagelijkse contact, ook al is dit slechts een illusie. Het gaat om een noodzakelijke illusie, aldus Hertogh, want zonder deze illusie wordt het zorgverlenen moeilijk, daar gevoelens van onmacht, zinloosheid en demotivatie de kop kunnen opsteken.



Hoewel wederkerigheid als ethische waarde in de zorg onder druk staat, is die toch noodzakelijk voor verpleegkundigen om zin te ervaren in de zorg. Op de werkvloer blijkt de hoge druk waaronder verpleegkundigen vaak moeten werken een verschromping van het persoonlijke contact met de zorgontvangers in de hand te werken. Dit verschaft verpleegkundigen niet zelden een gevoel van zinloosheid, namelijk van een voortdurend tekortschieten tegenover de eigen idealen en van het eigen kunnen.⁵⁸ Praten over hun ervaringen en over de zingeving die zij in de zorg beleven, gebeurt niet of nauwelijks. Ze werken aan een hoog tempo om de zorgverlening rond te krijgen. Dit soort praktijken leidt ertoe dat verpleegkundigen de verbinding kwijtraken tussen de persoonlijke zingeving en datgene wat van hen wordt gevraagd.

Het aanreiken van hulpmiddelen aan verpleegkundigen om hen te leren reflecteren over de zorg die zij verlenen helpt hen bij het ervaren van zin.⁵⁹ Het bewustworden van de manier waarop het zorgproces verloopt leert hen dat het ervaren van zin verband houdt met het opbouwen van een verhaal met de zorgontvanger en dus dat zingeving gestalte krijgt in een relationeel verhaal.⁶⁰ Door het integreren van het zorgproces in een gedeeld verhaal kan zorg worden behoed voor zinloosheid.

6. *Besluit*

Onze bijdrage laat zien dat zorg een veelzijdig concept is. Om recht te doen aan de complexiteit en multidimensionaliteit van zorg, hebben we een aantal fundamentele en blijvende kenmerken van zorg geschetst, in plaats van een centrale definitie te geven. Een dergelijke definitie, als ze al kon ontwikkeld worden, zou het fenomeen zorg te veel vereenvoudigen. Zo heeft zorg als fundamentele bestaanswijze een andere betekenis dan zorg als ethische opgave. Zorg is een praktijk, bestaande uit activiteit en houding, waarin wij als mensen verwickeld zijn en waarmee wij ons in het bestaan handhaven. Bovendien geven we door onze betrokkenheid in zorgrelaties zin aan ons leven. Dit zinverlenende aspect van zorg houdt verband met de wederkerigheid van zorg: de zorgontvanger is voor het ontvangen van zorg afhankelijk van de zorgverlener en de zorgverlener is op zijn beurt voor de zinervaring afhankelijk van het appel van de zorgontvanger.

Zorg is ruimer dan de som van de verschillende kenmerken die in het begrip zijn te onderscheiden. We moeten ons realiseren dat een inhoudelijke beschrijving van zorg in een aantal kenmerken niet het naast elkaar zetten is van een aantal losstaande eigenschappen. De verschillende kenmerken zijn niet los van elkaar te verkrijgen, ze beïnvloeden elkaar en roepen elkaar op. Onze bijdrage laat zien dat de grondige



beschrijving van elk van de kenmerken van het zorgbegrip het andere blijkt nodig te hebben. Men kan stellen dat zorg de optelsom is van deze kenmerken, op voorwaarde dat men inziet dat aan deze optelsom iets wezenlijks is toegevoegd, omdat zij ook de relaties en de dynamiek tussen de delen beschrijft.

Noten

1. C. GILLIGAN. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge (MA)/London: Harvard University Press, 1982.
2. J.C. TRONTO. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge: New York, 1993.
3. N.S. JECKER en W. REICH. „Contemporary Ethics of Care.” In *Encyclopedia of Bioethics*, redactie door S. POST. New York: Thomson & Gale, 2004.
4. A.J. DAVIS en M. FOWLER. “Caring and Caring Ethics Depicted in Selected Literature: What we Know and What we Need to Ask”. In *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics: Perspectives and Methods*, redactie door A.J. DAVIS, V. TSCHUDIN en L. DE RAEVE, 165-179. Elsevier: Oxford, 2006; C. GASTMANS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ en P. SCHOTSMANS. “Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing.” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998): 43-69.
5. P. ALLMARK. “Can There Be an Ethics of Care?” *Journal of Medical Ethics* 21 (1995): 19-24; N.J. CRIGGER. “The Trouble With Caring: A Review of Eight Arguments Against an Ethic of Care.” *Journal of Professional Nursing* 13 (1997): 217-221; A.L. GAUL. “Casuistry, Care, Compassion, and Ethics Data Analysis.” *Advances in Nursing Science* 17:3 (1995): 47-57; H.L. NELSON. “Against Caring.” *The Journal of Clinical Ethics* 3 (1992): 8-30; J. PALEY. “Virtues of Autonomy: The Kantian Ethics of Care.” *Nursing Philosophy* 3 (2002): 133-143.
6. Reich toont aan dat de dimensie van zorg als een fundamentele bestaanswijze reeds terug te vinden is in de Grieks-Romeinse ‘cura-fabel’, in Goethes’ *Faust* en in het werk van Kierkegaard en Heidegger. Zie W. REICH. „Sorge’ in Goethes Faust. Goethe als Moralist.” In *Erzählen und Moral: Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik*, redactie door D. MIETH, 143-165. Tübingen: Attempto, 2000, en W. REICH. „History of the Notion of Care.” In *Encyclopedia of Bioethics*, redactie door S. POST, 349-361. New York: Thomson & Gale, 2004. We moeten er echter op wijzen dat bij Heidegger zorg eerder een ontologische betekenis heeft. Het is hem uiteindelijk niet om de betekenis van zorg te doen, maar om de vraag naar het zijn.
7. Zo wijst Harry Frankfurt erop dat het niet-zorgen voor bepaalde zaken als ‘irrationeel’ kan worden beschouwd, waarbij ‘irrationeel’ verwijst naar het feit dat zoiets niet in overeenstemming kan worden gebracht met onze menselijke conditie. Hij schrijft: “If someone under ordinary conditions cared nothing at all about dying or being mutilated, or about being deprived of all human contact, we would not regard him merely as atypical. We would consider him to be deranged. There is no strictly logical flaw in those attitudes, but they count nonetheless as irrational – i.e., as violating a defining condition of humanity.” H.G. FRANKFURT. *The Reasons of Love*. Princeton (NJ)/Oxford: Princeton University Press, 2004.
8. S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995, p. 84; M. NUSSBAUM. “Long-Term Care and Social Justice: A Challenge to Conventional Ideas of the Social Contract.” In *Ethical Choices in Long-Term Care: What does Justice Require?* 31-65. Geneve: World Health Organization, 2002, p. 33; H.G. FRANKFURT. *The Reasons of Love*. Princeton (NJ)/Oxford: Princeton University Press, 2004, p. 16.



9. J.C. TRONTO. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge: New York, 1993, p. 162.
10. S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995, p. 44; C. VERHOEVEN. "Belangeloze zorg". In *Op verbaal komen: Zorg en vragen naar zijn*, redactie door C. VERGEER, 9-18. Eindhoven: Damon, 2002, p. 15.
11. C. VERHOEVEN. "Belangeloze zorg". In *Op verbaal komen: Zorg en vragen naar zijn*, redactie door C. VERGEER, 9-18. Eindhoven: Damon, 2002, p. 12.
12. F. DE WAAL. *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 2001; D. KREBS en M. JANICKI. "Biological Foundations of Moral Norms." In *The Psychological Foundations of Culture*, redactie door M. SCHALLER en C.S. CRANDALL, 125-148. Mahwah (NJ)/London: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.
13. I. VINE. "Altruism and Human Nature: Resolving the Evolutionary Paradox." In *Embracing the Other: Philosophical, Psychological, and Historical Perspectives on Altruism*, redactie door P.M. OLINER, S.P. OLINER, L. BARON, L.A. BLUM, D.L. KREBS en M.Z. SMOLENSKA, 73-103. New York: University Press, 1992.
14. D. KREBS en M. JANICKI. "Biological Foundations of Moral Norms." In *The Psychological Foundations of Culture*, redactie door M. SCHALLER en C.S. CRANDALL, 125-148, p. 132. Mahwah (NJ)/London: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.
15. F. DE WAAL. *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 2001, p. 36-39.
16. Zie ook R. MAY. *Love and Will*. New York: Norton, 1969; E. ERIKSON. *Insight and Responsibility: Lectures on the Ethical Implications of Psychoanalytic Insight*. New York: Norton, 1964; M. MAYEROFF. *On Caring*. New York: Harper & Row; S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995; en H.G. FRANKFURT. *The Reasons of Love*. Princeton (NJ)/Oxford: Princeton University Press, 2004.
17. R. MAY. *Love and Will*. New York: Norton, 1969; M. MAYEROFF. *On Caring*. New York: Harper & Row; S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995.
18. Erikson heeft zorg als morele waarde aangeduid als cruciaal in het menselijk leven: "Ethical adults involve themselves actively in the work of their world. Such adults maintain the world positively, holding it in trust for future generations, caring deeply and responsibly for children, for their own in an engaged, nurturing way, and for all others by their civic actions." C.H. HOARE. *Erikson and Development in Adulthood: New Insights from the Unpublished Papers*. Oxford/New York: Oxford University Press, 2002, p. 72.
19. Zo zegt Verhoeven over zorg als ethische opgave: "Op dit punt gekomen verandert de 'natuurlijk' te noemen belangeloosheid in een ethische prestatie die als een plicht wordt opgenomen en als een verdienste wordt beschouwd. En waar wij in de dierenwereld de natuurlijke belangeloosheid op de grens van haar mogelijkheden in een totaal gebrek aan belangstelling zien veranderen en het hopeloze geval onbarmhartig en zonder spijt wordt afgeschreven, krijgt de ethische zorg pas haar ware gewicht" C. VERHOEVEN. "Belangeloze zorg". In *Op verbaal komen: Zorg en vragen naar zijn*, redactie door C. VERGEER, 9-18. Eindhoven: Damon, 2002, p. 15.
20. C. VERHOEVEN. "Belangeloze zorg". In *Op verbaal komen: Zorg en vragen naar zijn*, redactie door C. VERGEER, 9-18, p. 10. Eindhoven: Damon, 2002; S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995, p. 86.
21. F. DE WAAL. *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 2001, p. 36-39.
22. C. VERHOEVEN. "Belangeloze zorg". In *Op verbaal komen: Zorg en vragen naar zijn*, redactie door C. VERGEER, 9-18. Eindhoven: Damon, 2002, p. 11.



23. T.V. MCCANCE, H.P. MCKENNA en J.R.P. BOORE. "Caring: Dealing with A Difficult Concept." *International Journal for Nursing Studies* 34 (1997): 241-248, p. 243; J.M. MORSE, S.M. SOLBERG, W.L. NEANDER, J.L. BOTTORFF en J.L. JOHNSON. "Concepts of Caring and Caring as Concept." *Advances in Nursing Science* 13 (1990): 1-14, p. 11; J.M. MORSE, J. BOTTORFF, W. NEANDER en S. SOLBERG. "Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring." *Journal of Nursing Scholarship* 23 (1991): 119-126, p. 126.
24. A.P. GRIFFIN. "A Philosophical Analysis of Caring in Nursing." *Journal of Advanced Nursing* 8 (1983): 289-295, p. 291; A. BOYKIN en S. SCHOENHOFER. *Nursing as Caring: A Model for Transforming Nursing*. New York: National League of Nursing Press, 1993, p. 25; S. ROACH. *The Human Act of Caring: A Blueprint for the Health Professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993, p. 2.
25. A. BISHOP en J. SCUDDER. *The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice*. New York: State University of New York Press, 1990, p. 33; C. GASTMANS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ en P. SCHOTSMANS. "Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998): 43-69, p. 45.
26. J. WATSON. *Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing, 1985, p. 32; S.A. GADOW. "Nurse and Patient: The Caring Relationship." In *Caring, Curing, Coping*, redactie door A.H. BISHOP en J.R. SCUDDER, 31-43. Birmingham (AL): University of Alabama Press, 1985, p. 33.
27. G.J. AGICH. *Dependency and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-Term Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p. 139.
28. P. RICOEUR. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 22.
29. J.C. TRONTO. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge: New York, 1993, p. 144.
30. P. BOLEYN-FITZGERALD. "Care and the Problem of Pity." *Bioethics* 17 (2003): 1-20, p. 2; A.J. DAVIS en M. FOWLER. "Caring and Caring Ethics Depicted in Selected Literature: What we Know and What we Need to Ask". In *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics: Perspectives and Methods*, redactie door A.J. DAVIS, V. TSCHUDIN en L. DE RAEVE, 165-179. Elsevier: Oxford, 2006, p. 169; E.N. GLENN. "Creating a Caring Society." *Contemporary Sociology* 29 (2000): 84-95, p. 87; N.S. JECKER en D.J. SELF. "Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine." *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991): 285-306, p. 294; A. LEIRA. "Concepts of Caring: Loving, Thinking, and Doing." *Social Service Review* 62 (1994): 185-201, p. 187; J. SILK. "Caring at a Distance." *Ethics, Place and Environment* 1 (1998): 165-182, p. 167.
31. D. E. BUBECK. *Care, Gender and Justice*. Oxford: Clarendon, 1995, p. 129.
32. C. GASTMANS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ en P. SCHOTSMANS. "Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998): 43-69; L. BLUM. *Friendship, Altruism and Morality*. London: Routledge, 1980, p. 45.
33. A.J. DAVIS en M. FOWLER. "Caring and Caring Ethics Depicted in Selected Literature: What we Know and What we Need to Ask". In *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics: Perspectives and Methods*, redactie door A.J. DAVIS, V. TSCHUDIN en L. DE RAEVE, 165-179, p. 169. Elsevier: Oxford, 2006; N.S. JECKER en D.J. SELF. "Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine." *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991): 285-306, p. 294; K. WAERNES. "The Rationality of Caring." In *Women and the State*, redactie door A.S. SASSOON, 207-234. London: Hutchinson, 1987, p. 211.
34. J. VORSTENBOSCH. *Zorg: Een filosofische analyse*. Amsterdam: Nieuwezijds, 2005, p. 21.
35. C.J. SABATINO. "Reflections on the Meaning of Care." *Nursing Ethics* 5 (1999): 383-389.
36. B. FISHER en J. TRONTO. "Toward a Feminist Theory of Caring." In *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, redactie door E.K. ABEL en M.K. NELSON, 35-62. Albany (NY): State University of New York Press, 1990, p. 40.



37. W. AUSTIN, V. BERGUM en J. DOSSETOR. „Relational Ethics: An Action Ethic as a Foundation for Health Care” in *Approaches to Ethics: Nursing Beyond Boundaries*, redactie door V. TSCHUDIN, 45-51. Edinburgh: Elsevier, 2003, p. 45; C. GASTMANS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ en P. SCHOTSMANS. “Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing.” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998): 43-69, p. 45.
38. W. AUSTIN, V. BERGUM en J. DOSSETOR. „Relational Ethics: An Action Ethic as a Foundation for Health Care” in *Approaches to Ethics: Nursing Beyond Boundaries*, redactie door V. TSCHUDIN, 45-51. Edinburgh: Elsevier, 2003, p. 49.
39. P. VAN TONGEREN. “Activiteit en passiviteit.” *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 9 (1999): 13-16, p. 16.
40. We verwijzen in dit verband naar het concept ‘*skilled companionship*’, dat opgang maakt in de verpleegkunde en dat, als metafoor voor goede verpleegkundige zorg, precies de noodzakelijke integratie van deskundigheid en zorgzaamheid beoogt (A. TITCHEN. *Professional Craft Knowledge in Patient-Centered Nursing and Facilitation of its Development*. Oxford: University of Oxford, 2000). In de opvatting van de verpleegkundige opdracht als ‘*skilled companionship*’ wordt benadrukt dat een grote professionele deskundigheid – kennis en vaardigheden – voorwaarde is voor verpleegkundige zorg, maar dat deze deskundigheid enkel tot goede zorg leidt wanneer ze vertrekt vanuit een *zorgattitude*. De bekommernis van de verpleegkundige voor de patiënt en diens welzijn is noodzakelijk voor het verlenen van zorg. Deze bekommernis moet echter via kennis en vaardigheden in effectieve zorg worden omgezet. Om goede zorg te verlenen dienen verpleegkundigen hun professionele deskundigheid via een individuele relatie te vertalen in een persoonlijk antwoord op de zorgvraag van de patiënt.
41. Hiermee wordt niet bedoeld dat zorg onder de notie van ‘*supererogation*’ zou vallen. Wel wordt hiermee bedoeld dat goede zorg te maken heeft met het gepast reageren op de behoefte van de ander in onverwachte en particuliere omstandigheden. In die zin is zorg nooit helemaal in vooraf opgestelde criteria te vatten. Zie ook L. BLUM. *Friendship, Altruism and Morality*. London: Routledge, 1980.
42. M. BUBER. *Ich und Du*. Heidelberg: Schneider, 1923.
43. “Ici, l’initiative, en termes précisément de pouvoir-faire, semble revenir exclusivement au soi qui *donne* sa sympathie, sa compassion, ces termes étant pris au sens fort du souhait de partager la peine d’autrui. Confronté à cette bienfaisance, voire à cette bienveillance, l’autre paraît réduit à la condition de seulement *recevoir*.” P. RICOEUR. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 223.
44. J. VORSTENBOSCH. *Zorg: Een filosofische analyse*. Amsterdam: Nieuwezijds, 2005, p. 96.
45. “La similitude est le fruit de l’échange entre estime de soi et sollicitude pour autrui. Cet échange autorise à dire que je ne puis m’estimer moi-même sans estimer autrui *comme* moi-même. Comme moi-même signifie: toi *aussi* tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d’agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, de t’estimer les buts de ton action et, ce faisant, de t’estimer toi-même comme je m’estime moi-même.” P. RICOEUR. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 226
46. “Dans la sympathie vraie, le soi, dont la puissance d’agir est au départ plus grande que celle de son autre, se retrouve affecté par tout ce que l’autre souffrant offre en retour. Car il procède de l’autre souffrant un donner qui n’est précisément plus puisé dans sa puissance d’agir et d’exister, mais dans sa faiblesse même.” P. RICOEUR. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 223
47. K. LINDEMANN. “The Ethics of Receiving.” *Theoretical Medicine and Bioethics* 24 (2003): 501-509, p. 505.
48. L. FREDRIKSSON en K. ERIKSSON. “The Ethics of the Caring Conversation.” *Nursing Ethics* 10 (2003): 138-148, p. 146.
49. P. SMEYERS. “‘Care’ and Wider Ethical Issues.” *Journal of Philosophy of Education* 33 (1999): 233-251, p. 241.



50. I.M. YOUNG. "Asymmetrical Reciprocity: On Moral Respect, Wonder, and Enlarged Thought." *Constellations* 3 (1997): 340-363, p. 358.
51. K. LINDEMANN. "The Ethics of Receiving." *Theoretical Medicine and Bioethics* 24 (2003): 501-509, p. 508.
52. K. LINDEMANN. "The Ethics of Receiving." *Theoretical Medicine and Bioethics* 24 (2003): 501-509, p. 507.
53. K. LINDEMANN. "The Ethics of Receiving." *Theoretical Medicine and Bioethics* 24 (2003): 501-509, p. 507.
54. Ook Cees Hertogh onderschrijft dat de wederkerigheid van zorg ons bij het zinverlenende aspect van zorg brengt. Hij schrijft: "Zorg is bij uitstek een relationeel proces en een belangrijk ethisch aspect van zorg is de wederkerigheid ervan: in het geven wordt ook ontvangen. Precies in deze wederkerigheid ligt in belangrijke mate de voldoening die het zorgdragen de zorggever schenkt en daarom is de ontvankelijkheid van de zorgontvanger op de verleende zorg ook zo'n belangrijke waarde in de ethiek van de zorg" C. HERTOGH. "Ethiek van de zorg voor ouderen met dementie: De positie van verzorgenden." *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*. Augustus (2004), p. 5.
55. H.G. FRANKFURT. *The Reasons of Love*. Princeton (NJ)/Oxford: Princeton University Press, 2004; S. VAN HOOFT. *Caring: An Essay in the Philosophy of Ethics*. Niwot (CO): University Press of Colorado, 1995; M. MAYEROFF. *On Caring*. New York: Harper & Row, 1971.
56. J. WATSON. "Love and Caring: Ethics of Face and Hand. An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity." *Nursing Administration Quarterly* 27 (2003): 197-202, p. 199.
57. C. HERTOGH. "Ethiek van de zorg voor ouderen met dementie: De positie van verzorgenden." *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*. Augustus (2004): 2-8, p. 5.
58. A. GLASBERG, S. ERIKSSON en A. NORBERG. „Burnout and Stress of Conscience Among Healthcare Personnel." *Journal of Advanced Nursing* 57 (2007): 392-403, p. 398; A. NORDAM, K. TORJUUL en V. SORLIE. "Ethical Challenges in the Care of Older People and Risk of Being Burned Out Among Male Nurses". *Journal of Clinical Nursing* 14 (2005): 1248-1256, p. 1251.
59. J. HOOVER. "The Personal and Professional Impact of Undertaking an Educational Module on Human Caring." *Journal of Advanced Nursing* 37 (2002): 79-86, p. 82.
60. J. RASHOTTE. "Dwelling with Stories that Haunt us: Building a Meaningful Nursing Practice." *Nursing Inquiry* 12 (2005): 34-42, p. 38.