

## Aan de grenzen van de zorg

Vandaag de dag wordt er zeer veel gedacht en geschreven over de grenzen van de gezondheidszorg. De motieven hiervoor stammen hoofdzakelijk uit de toenemende financiële beperkingen die aan de gezondheidszorg worden opgelegd. De grenzen van de zorg blijken in de dagelijkse discussie vooral financiële grenzen te zijn; toonaangevend voor die discussie zijn vooral politici en financiers. In het regeerakkoord wordt de paragraaf over de gezondheidszorg voor een belangrijk deel in beslag genomen door het plan een commissie in het leven te roepen die de verdere bezuinigingen in de gezondheidszorg moet voorbereiden. Wisse Dekker, de oude topman bij Philips, gaat deze commissie leiden. Men moet vrezen voor een aanpak waarin structurele veranderingen niet aan bod zullen komen.

Bezinning op de reikwijdte van het medisch handelen vindt hoofdzakelijk in andere dan politiek-financiële kringen plaats. Zo wordt daaraan deelgenomen door de hoogleraar in de ethiek H.M. Kuitert<sup>1</sup>. In zijn ogen zijn artsen geen artsen omdat ze medische handelingen verrichten, maar bedienen artsen zich van medische handelingen om mensen te helpen te ontkomen aan het kwaad van ziekte, lichamelijke gebreken en dreigende dood. De arts heeft daarbij een helpende functie en dat – aldus Kuitert – veronderstelt een medicus die zich bewust is van de grenzen van de geneeskunde. In feite echter is de geneeskunde zich geleidelijk (ook) met andere dingen dan genezen en helen gaan bezighouden; de definitie van deze beide begrippen is 'ongemerkt samen gaan vallen met bevrijden van natuurlijke beperkingen', schrijft Kuitert. Deze laatste ontwikkeling gaat hand in hand met de verleiding alles wat (technisch) mogelijk is ook inderdaad te doen. Voor wie het daar niet mee eens is wordt een andere dan de financiële grens zichtbaar: medisch handelen dat niet gericht is op het helpen ontkomen aan het kwaad van ziekte, lichamelijke gebreken en dreigende dood gaat zijn grenzen te buiten.

Het medisch handelen van artsen wordt niet alleen beperkt door een ethische (naast een financiële) doelstelling; zij zullen hun werk moeten doen met middelen

**J. C. van Es**  
**Pastorale hulp  
 van een andere dimensie  
 dan medische hulp**

en methoden die zij op een competente manier kunnen hanteren. Zonder de patiënt uit het oog te verliezen zullen zij bij de patiënt pathogenetische processen moeten opsporen en die als aangrijpingspunt voor hun handelen gebruiken. Dit houdt, zoals iedere arts weet, een grote beperking in: de arts is niet in staat en niet in de gelegenheid zijn patiënten met *alles* te helpen. Niet iedere ziekte is te genezen, niet iedere patiënt is van zijn klachten af te helpen, niet ieder verlangen behoeft te worden vervuld. Bovendien: de patiënt moet aangeven wat hij wel of niet wil, en dat vormt óók een grens voor het handelen van de arts jegens die patiënt.

Het gaat erom dat mensen ziek worden en door dat ziek-zijn belemmerd (kunnen) worden in hun mogelijkheden. De zieke loopt op tegen grenzen die ook wel voor gezonden bestaan, maar zieken doen dat eerder en het doet hun meer pijn. Een dergelijke ervaring roept bij een zieke niet zelden de behoefte op na te denken over de zingeving van het bestaan. En dat niet alleen: ook die zingeving kan worden beleefd. Vreemd eigenlijk: als de condities voor het bestaan gunstig zijn – in tijden van gezondheid – ervaart men de zin van het bestaan desondanks vaak veel minder. Het leed waardoor men wordt getroffen moet bovendien worden verwerkt.

Zingeving en verwerking: twee processen waarbij men door anderen kan worden geholpen. Die hulp kan soms worden geboden door artsen of verpleegkundigen, maar vooral als het om vragen van zingeving gaat ligt het voor de hand dat ze het best kan worden gezocht in de

eigen, vertrouwde omgeving. Dit kan het gezin of de vriendenkring zijn, maar ook een gemeenschap waar men in meerdere of mindere mate geestelijke verwantschap vindt. Een van de exponenten van een dergelijke gemeenschap is de pastor. Dit kan de 'eigen' pastor zijn, maar de praktijk leert dat deze in een ziekenhuis vaak onvoldoende tot zijn recht komt; zelfs in 'de wijk' staat het pastoraat om een aantal redenen op een laag pitje, hoewel een aantal 'home-teams' wel inbreng uit die richting krijgt.

In een aantal ziekenhuizen fungeert sinds jaar en dag het ziekenhuispastoraat. Gestreefd wordt naar 'volledige inbedding van de geestelijke verzorgingsstructuur in de organisatiestructuur van de desbetreffende instelling', aldus H. H. van der Kloot Meijburg in het eerste artikel uit een serie van drie over de intramurale geestelijke verzorging (blz. 1035 van dit nummer van Medisch Contact). Uit een oogpunt van efficiency is dit verlangen naar integratie begrijpelijk, al bestaat het risico dat de eigen identiteit van het pastoraat daardoor in het gedrang komt. Die identiteit is toch al een probleem, nu zovelen de uitvalsbasis van het pastoraat niet meer zo zien zitten. Niettemin kan een pastor die goed kan luisteren en die een niet-dogmatisch godsbeeld in zich draagt, velen tot steun zijn.

Sommige pastors en sommige patiënten beleven de definitie die Don Cupitt gaf<sup>2</sup>: 'God is the sum of our values, representing to us their ideal unity, their claims upon us and their creative power'. Pastorale hulp kan bestaan uit een verzoening met dit of een ander godsbeeld; uit het bieden van hulp bij het maken van keuzes in overeenstemming met eigen waarden en het leren kennen van een toekomstperspectief – dimensies die niet per se medische dimensies behoeven te zijn: een andere grens van de gezondheidszorg! □

1. Kuitert H.M. Een filosofie van het medisch handelen. Tijdschrift voor Theologie 1986; 26: 15-27.

2. Cupitt D. The sea of faith. London: British Broadcasting Corporation, 1985.