

# ROUW BIJ HULPVERLENERS

Lieneke Koornstra

## Een rouwende hulpverlener: kan dat? Mag dat? Voegt dat iets toe?

‘Dat jij dat volhoudt!’; ‘Ik zou er niet tegen kunnen!’ Welke hulpverlener kent dergelijke uitspraken niet? Bloed zien, akelige verhalen horen, aldoor geconfronteerd worden met ziek en zeer: je moet er inderdaad maar tegen kunnen. Iedere werkdag weer.

Afdelingen als oncologie, dialyse, cardiologie en neurologie: daar wil je toch eigenlijk niet komen?

Maar de hulpverlener komt er niet als patiënt, die is geen lijdend voorwerp. De hulpverlener heeft een missie, die biedt de patiënt het laatste houvast, heeft de status van redder. Maar soms is er helemaal niets meer te redden. Sta je met lege handen. Voel je je machteloos.

### Hulpverlener als nabestaande

Het is niet gebruikelijk een hulpverlener als nabestaande te zien. Die betiteling is gereserveerd voor familie, vrienden, kennissen en burens. Maar het overlijden van een patiënt kan een hulpverlener wel degelijk in het hart raken.

### Hulpverlener privé

Ook privé kan er van alles spelen waardoor een hulpverlener ten diepste wordt beroerd. Opvoedingsperikelen, een dementerende ouder, huwelijksproblemen, een overlijden, een ziek kind, een huisdier dat is aangereden. Blijve verwickelingen zoals een aanstaand huwelijk, een gewenste zwangerschap of een verhuizing kunnen de gemoederen eveneens flink bezighouden.

### Hulpverlener in de organisatie

Reorganisaties kunnen je het gevoel geven dat er aan de poten van je stoel wordt gezaagd. De hedendaagse toverwoorden van de markteconomie

kunnen verstrekken gevolgen hebben voor je positie, je manier van hulpverlenen, je patiënten. De samenwerking met je collega's kan soms moeizaam verlopen. Of een collega met wie de samenwerking heel prettig is, vertrekt.

Ook in het privéleven van collega's kunnen zich verliezen voordoen. Bij de dochter van de secretaresse wordt leukemie vastgesteld, de diëtiste heeft een miskraam, een verpleegkundige komt om bij een verkeersongeluk en tot overmaat van ramp matchen haar nieren met die van een racistische patiënt.

### Roerloze zee

Rouw hoort bij het leven, we vinden het een normaal verschijnsel. Tegelijkertijd: het moet wel heel gauw over zijn. Een jaar en dan is het wel genoeg geweest. Maar wanneer is het werkelijk genoeg geweest, zeker als het jezelf, een professional betreft.

De natuurlijkheid van een reactie in de vorm van somberheid, verdriet, onvrede of angst op ziekte, dood en ander diep ingrijpend leed wordt sinds de in 1980 radicaal vernieuwde versie van de DSM III in toenemende mate psychiatrisch geïdentificeerd. Rouw wordt al heel snel gezien als depressieve stoornis. De stap om je eigen gewondheid te erkennen is hierdoor extra groot, waarbij ook nog eens in ogenschouw genomen dient te worden dat het niet als professioneel wordt gezien als 'negatieve' gevoelens aan de orde van de dag zijn.

‘Een hulpverlener moet zijn als een roerloze zee’, las ik ooit, ergens. ‘Hij moet emotioneel neutraal zijn, anders kan hij niet professioneel handelen.’ Is dat een menselijke eis?

## Risicofactoren

Soms komt er zo veel op een hulpverlener af dat het wel aan *moet* grijpen, anders zou hij geen mens meer zijn.

Of de professional zich compleet laat overheersen door zijn emoties of in staat is ze te beheren, hangt van verschillende factoren af. Deze zogenaamde risicofactoren zijn in te delen in hulpverlenergebonden factoren, situatiegebonden factoren en patiëntgebonden factoren.

## Hulpverlenergebonden factoren

**Herkenning en identificatie** is een hulpverlenergebonden factor. Natuurlijk is de diagnose terminale nierinsufficiëntie voor iedereen verschrikkelijk. Maar vind je een dergelijk lot voor iedereen even verschrikkelijk?

Met wie heb je het meer te doen: met een oude alleenstaande dame die dialyseafhankelijk wordt of met een jonge moeder die dat lot treft?

Met een 34-jarige alleenstaande vrouw die fulltime in een boekhandel werkt of met een 34-jarige gehuwde vrouw met twee kinderen en een parttime baan in diezelfde boekenzaak?

Hoe meer je van jezelf herkent in de situatie van de patiënt hoe beter je je in kunt leven.

Empathie kan maken dat je de dingen te veel op jezelf betreft, dat je het verschil niet meer ziet tussen het mijn en dijn, het niet meer bij de ander kunt laten. Het verhaal van die ander wordt jouw verhaal, in jouw projectie verdwijnt die ander.

Leo Tolstoj heeft het effect treffend verwoord:

*Ik zit op de rug van een ander ik verstik hem en laat mij door hem dragen en toch verzeker ik hem en de anderen dat ik met hem te doen heb en dat ik zijn bestaan op alle mogelijke manieren wil verlichten behalve door van zijn rug af te gaan.*

**Eigen onverwerkt verdriet** kan je immens opbreken.

De Unfinished Business van Elisabeth Kübler-Ross en de verlieskast van Herman de Möninck zijn bekende begrippen ter aanduiding van allerlei opgekropt verdriet dat je kan overvallen. In je onvoldragen rouw kan je zelfs rauw worden.

**Gevoelens van inadequaatheid** kunnen je in hun greep krijgen als je de therapieontrouw van patiënten niet weet te hanteren. Of als je je geen raad meer weet met al die problemen van al die mensen. Of meerdere keren eenzelfde fout maakt, bijvoorbeeld misprikken.

**Angst voor dood, ziekte en invaliditeit** steekt vaak de kop op bij mensen die nog maar net zijn begonnen in de gezondheidssector. Ze voelen vreemde knobbel-tjes en pijntjes en vrezende ziekte onder de leden te hebben waar hun patiënten aan lijden.

Maar ook hulpverleners die al jaren in het vak zitten kunnen zeer afstandelijk met patiënten en hun familieleden omgaan. Het is een afweermachanisme om vooral niet met de eigen kwetsbaarheid en sterfelijkheid te worden geconfronteerd. Een van mijn opleiders zei ooit: 'Als je problemen hebt met de opgaven die het leven je stelt, kun je twee dingen doen: je gaat werken als hulpverlener óf je wordt patiënt.' Je laten helpen is wellicht de grootste kunst.

**Overbelasting door rouwervaringen** kan zich voordoen bij ouwe rotten in het vak. 'Mijn kerkhof ligt vol', zijn woorden van een vroegere vakgenoot die mij altijd zijn bijgebleven. Zo ook de hartenkreet van een gynaecoloog die de zoveelste slecht-nieuwstijding moest doen: 'Alweer een wereld die vergaat. Ik kan ze er niet mee confronteren, ik kan het met mijn gevoel niet meer rijmen.'

## Situatiegebonden factoren

**Tijdsdruk** kan er de oorzaak van zijn dat je het gevoel hebt je werk niet te kunnen doen zoals je het zou willen doen. Snel tempen, snel op de po, hup de douche in zonder de patiënt nog die persoonlijke

aandacht te kunnen geven die zowel door de patiënt als door jou zo gewenst zijn. Door alle drukte kan een patiënt aan je aandacht ontsnappen en je zelfs totaal ontglippen.

**Onenigheid over het behandelbeleid** is meermaals een terugkerend punt. Zolang er geen medische contra-indicatie is wil de nefroloog iedere jonge patiënt op laten gaan voor peritoneaal dialyse terwijl de medisch maatschappelijk werker de psychosociale aspecten wel degelijk mee wil laten wegen. Of de ene nefroloog vertelt iets anders aan een patiënt dan de andere en de verpleging schippert er tussenin.

**Reorganisatie** is aan de orde van de dag, markt- en productdenken is in. Van een chirurg wordt verlangd dat hij uitsluitend de ontstoken blinde darm ziet die hij er zo goedkoop mogelijk uit moet halen. Dit gaat ten koste van de persoonlijke aandacht voor de patiënt.

Als hulpverlener word je beoordeeld op tijd- en kostenbewust handelen. Er zijn allerlei DBC's waarin de Z van Zorg ontbreekt. Wie altijd met toewijding heeft gewerkt moet zijn hart uitschakelen. Hoe kan je die knop omzetten van werken in een zorginstelling naar werken in een winstgevend bedrijf?

**Een langdurige / hechte relatie patiënt – hulpverlener** maakt de band persoonlijk.

Als een patiënt die je nauwelijks hebt meegemaakt overlijdt is dat anders dan wanneer er veel met elkaar is gedeeld.

Op een dialyseafdeling weet niet alleen het personeel veel van hun patiënten, het omgekeerde is ook vaak het geval. De patiënten leven mee met bruiloften, zwangerschappen, examens en allerlei vakanties. In dialyselands wordt niet voor niets gesproken over dialysefamilie.

**Een persoonlijke relatie patiënt – hulpverlener** maakt het vrijwel onmogelijk om nabij te zijn met behoud van distantie. Niet voor niets is er het gezegde: een chirurg opereert zijn eigen vrouw niet graag.

## **Patiëntgebonden factoren**

**Boosheid, wantrouwen en depressie bij de patiënt of familie** kunnen moeilijk hanteerbaar zijn.

Hoe te reageren op een patiënt die je voor alles wat slecht en lelijk is uitmaakt nadat hij een slechte diagnose heeft gekregen? Wat is je boodschap als iemand precies bijhoudt hoeveel tijd je bij haar aan haar stoel zit en hoeveel tijd bij een ander? Wat vang je aan met een patiënt die almaar zit te boeren en te winderen en zich open en bloot over de buik krabt? Wat zeg je tegen een patiënt die iedere vorm van empathie afdoet met: 'Jullie weten helemaal niet wat het is om dialysepatiënt te zijn!'

**De patiënt is werkzaam in de medische sector:** oei! Eisen als: 'Ik ben toch een collega, dan kan ik toch wel even voor?' of 'Mijn medische scholing en medisch niveau rechtvaardigen een inbreuk op het protocol': ga er maar aan staan!

Of deze, ook stevig ondermijnend: 'Als ik geen idee heb wat mijn klachten zijn, dan zullen andere dokters dat ook niet weten.'

**Complexe, disfunctionerende familie-relaties** kunnen heel aangrijpend zijn. Een vader die niet wil dat zijn dochter een CAPD-catheter krijgt: uiteindelijk blijkt dat de man het meisje seksueel misbruikt. Een zoon die zijn vader niet meer voor vol aanziet nu die dialyseafhankelijk is: daar kan ik toch niet trots op zijn?

## **Rouwreacties**

Welke hulpverlener kent ze niet: het rouwfasemodel van Elisabeth Kübler-Ross<sup>1</sup>, de drie A's van Herman de Mönick<sup>2</sup>, de classificaties van Jan van den Bout<sup>3</sup> en ga zo maar door.

De diverse rouwaspecten zijn makkelijk te benoemen als het over patiënten gaat. Maar hoe zit het eigenlijk als het jezelf als professional betreft? Bekijk je jezelf wel eens aan de hand van dergelijke indelingen? Welke kernbegrippen kunnen jezelf betreffen?

**Schok / Verbijstering:** Een patiënt overlijdt tijdens de dialyse. Of overleeft een

niertransplantatie niet. Je adem stekt. Je kan er niet bij. Je bent verdoofd.

**Ontkenning:** Een patiënt schuift je behandeladvies terzijde. Dat kan toch niet waar zijn?

Een patiënt wuift je oprechte zorg over zijn therapieontrouw weg. Hoe is het mogelijk! De nefroloog en een groot deel van de dialyseverpleegkundigen vinden dat het budget wel beter besteed kan worden dan aan jouw discipline. Ongelooflijk, ze kennen de werkelijke inhoud van mijn vak niet eens!

**Schaamte/schuldgevoelens:** Afspraak vergeten. Mis geprikt, meermaals zelfs. Een verkeerd gestelde diagnose. Niet de juiste woorden kunnen vinden. Niet verder komen met een patiënt. Je emoties niet in hebben kunnen houden bij een patiënt of bij collega's.

Je kunt je troosten met het feit dat niemand volmaakt is, maar liever loop je er niet mee te koop.

**Machteloosheid:** Het gevoel niets meer te kunnen doen en met lege handen te staan. Een overlijden niet kunnen voorkomen. Je erbij moeten neerleggen dat het niet anders is terwijl je alles zou willen doen om te redden wat niet meer te redden is. Lijdzaam moeten afwachten tot er een arts komt. Of handen tekort komen omdat er door al die bezuinigingen veel te weinig handen aan het bed zijn.

**Angst:** Je kunt vrezen voor de reacties van een patiënt, familie, collega's, leidinggevenden op een door jou gemaakte misser. Bang zijn voor herhaling van een eerdere misser. Opzien tegen de reacties van de patiënt op een slechtnieuwsbericht.

**Boosheid:** Een patiënt die onredelijke eisen stelt kan je het bloed onder de nagels vandaan halen. Of al die zeurmutsen, je kent hun verhaal wel, je weet precies wat er komt: zenuwslopend. En dan die lui die zich niet aan hun vochtbeperking houden, hoe irritant! Een slechte samenwerking met andere disciplines kan de adrenaline ook flink opjagen. En als je taken moet verrichten

die tegen je eigen principes indruisen kan je je daar verschrikkelijk over opwinden.

**Verdriet:** Als een patiënt met wie je een prettige verstandhouding hebt overlijdt kan je dat droef stemmen. Ook het feit dat geen van je patiënten ooit beter wordt kan je met treurnis vervullen.

**Opluchting:** Wanneer de relatie met de patiënt gespannen is kan het een bevrijding zijn als hij getransplanteerd wordt of overlijdt. Patiënten die 'stront-eigenwijs' of 'lastig' zijn, die geen hulp aanvaarden, ben je soms liever kwijt dan rijk.

**Verrijking:** De manier waarop een patiënt zijn ziekte hanteert kan voorbeeldig zijn. De patiënt kan je iets meegeven door het delen van zijn beleving. Dat de stevige hand die je geeft voor hem een pijnlijke hand is. Dat de aangereikte zakdoek wordt opgevat als droog je tranen maar, vooral niet huilen.

**Dankbaarheid:** Het kan dankbaar stemmen als je veel voor een patiënt hebt kunnen doen, veel voor hem hebt kunnen en mogen betekenen. Ook kan je dankbaar zijn voor het vertrouwen van een patiënt. Dat hij je deelgenoot maakt van zijn leven. Je nabij laat zijn. Je toelaat in de naaktheid, de kwetsbaarheid van zijn bestaan.

**Eenzaamheid:** Rouw van hulpverleners wordt vaak niet erkend. Dat roept het gevoel op alleen te staan.

## **Draaglast – Spankracht**

Wanneer de draaglast groter wordt dan de spankracht, wordt het moeilijk je aandacht bij je werk te houden, je nog goed te kunnen concentreren. Je lontje kan heel kort worden. Alledaagse problemen krijgen extra zwaarte. Je bent hartstikke moe maar kan de slaap niet vatten. Je zit volop in de stress, hebt mogelijk een burnout.

## **Opvang**

Waar kan je wérkelijk terecht? Iedere afdeling kent wel een *teambespreking*,

maar biedt dat uitkomst? Hulpverleners kunnen de neiging hebben zeer rationeel om te gaan met verdriet van anderen. Daar ben je niet mee geholpen. Sommigen willen ook te snel troosten, maar verplaatsen zich niet echt in jou.

De vraag is wat er centraal staat: jouw pijn, hun projectie of de organisatie waarvoor vooral jouw productiviteit telt? Misschien voel je je wel onveilig in het team doordat je een kwetsbare positie hebt.

Op sommige afdelingen bestaat de mogelijkheid van *intervisie*. Maar daarvoor gelden dezelfde knelpunten als voor een teambespreking.

*Informeel gesprekken* hebben eveneens hun beperkingen. Vaak is de tijd beperkt en blijft het aan de oppervlakte. Daarbij moet het beroepsgeheim in acht worden genomen.

De *bedrijfsarts* kan in de arm worden genomen. Maar moet de ziekte uit de kast gehaald worden om emoties te verwerken? Organisatiebelangen en/of dreiging van de WAO maken de tijd daarvoor hoe dan ook beperkt.

Het *thuisfront* kan dienen als toevluchtsoord. Toch moet je oppassen wat je zegt, want je geheimhoudingsplicht blijft gelden. Bovendien: hoe belastend is al die ziekenhuisafwezigheid voor je partner?

*Spiritualiteit* kan verlichting brengen. Religie, New Age, zingeving aan het leven, ziekte en lijden.

Een *training* kan zinnig zijn met aandacht voor klinische aspecten en gespreksvoering, waarbij tevens de eigen beleving kan worden verkend, mede aan de hand van verwerkingsopdrachten zoals erover schrijven, beeldend werken. Maar wie betaalt dat?

Je kunt in *supervisie* gaan waarbij je reflecteert over de beroepsmatige opgaven, de ervaring daarvan, de zelfsturing en beslisvaardigheid daarin. Ook hier geldt weer: wie betaalt dat?

## **Zinvinding**

Waar je het ook zoekt, het leven en al wat je daarin tegenkomt, dus ook jouw rouw als hulpverlener, is er om je de zin te leren vinden.

## **Betekenisgeving**

Verkenning van je eigen unieke manier van *betekenisgeving* kan daarin een eerste stap zijn die je met jezelf zet. Je kunt je bijvoorbeeld afvragen wat het probleem voor jou is als een patiënt wil stoppen met dialyseren. Wat zijn je eerste reacties daarop?

Wat vraag je je af, waarover ben je onzeker?

Wat zijn volgens jou de centrale elementen, de kernbegrippen daarbij en wat is de eigenlijke betekenis daarvan voor jou?

Let wel, het gaat hierbij niet om de feitelijke, werkelijke betekenis zoals omschreven in een woordenboek, maar om wat het betekent in jouw verstaan.

Wat zie je als normen, plichten, rechten, waarden, idealen, deugden en ondeugden?

Wat betekenen deze overwegingen voor jou? Kijk op de vraagstelling, is die veranderd of juist aangescherpt? Wat betekent dat voor jou?

Kan je deze overtuiging voortzetten als je omstandigheden veranderen?

Wat is je droom?

De woorden van Martin Luther King 'I have a dream' spraken velen aan: niemand neemt het je kwalijk dat je die droom nog niet verwezenlijkt hebt.

Het gaat er niet om problemen op te lossen: plaats ze in het daglicht. Een probleem is een probleem omdat jij besluit dat het een probleem is.

Bekijk het probleem in relatie met een groter probleem opdat het bevrijd kan worden: bevrijd de potentie uit het probleem, vertaal het opnieuw zodat het leven eruit komt, dan gaat het niet meer over 'goed' of 'slecht' maar over wel of niet dienstbaar. Het probleem komt dan in dienst te staan van diepere waarden, is geen veroorzaker meer op zichzelf.

## **Inspiratie**

Stilstaan bij je *inspiratie* kan je ook in verbinding brengen met je eigen zin.

Waar haal je je inspiratie vandaan? Waardoor word je gevoed?

Sta je jezelf toe gevoed te worden?



Is het werken met targets inspirerend?  
Ten koste van wat?  
Waar blijft het creatieve moment?

## **Realisme**

Zin kan ook gevonden worden in het ontwikkelen van een gezond *realisme* waardoor je een duidelijker beeld krijgt van het professionele kunnen.

Er kunnen dingen fout gaan. Mensen, dus ook professionals, maken fouten, weten niet alles, kunnen niet alles: er is geen garantie.

Grenzen kunnen verlegd worden, steeds meer ontwikkelingen zijn mogelijk, toch is niet alles maakbaar.

De arts geneest de patiënt is een onlogische uitspraak: de arts behandelt de patiënt en de patiënt geneest, of niet.

Je hebt niet alles in de hand, dat *kán* ook niet, maar toch kan je veel meer goed doen dan je zelf soms beseft.

Als een patiënt ten dode is opgeschreven kan je nog altijd een barmhartige Samaritaan zijn in zijn laatste levensfase. Soms ben je dat onbewust. Zoals die ene nachtwacht die een patiënt een goede slaap had toegewenst, terwijl geen van beiden wisten dat het een eeuwige slaap zou worden.

## **Doorleefde ervaring**

De zich prima herstellende patiënt kon die nacht de slaap niet vatten. Toen de nachtwacht haar ronde deed had de patiënt om een glas water gevraagd. Een foto en een boekwerk op het nachtkastje waren aanleiding voor een gesprek over moederschap én de inhoud van het boek. Een *góed* gesprek waarvoor de patiënt de nachtwacht bedankte. Ze kon gerust gaan slapen.

Toen de nachtwacht opnieuw haar ronde maakte, bleek de patiënt te zijn overleden.

De mening van het behandelteam ten spijt bleef de nachtwacht met schuldgevoelens worstelen.

Omdat ze niet bij de patiënt was gebleven. De ronde niet eerder had gedaan. Niets aan de patiënt had gezien.

Totdat ze kon zien dat uitgerekend zij voor deze patiënt de laatste schakel was geweest op weg naar de hemel. Daarmee

kon het totale gebeuren voor deze nachtwacht een *doorleefde ervaring* worden. Het proces daar naartoe heeft haar pijn gekost maar als het geen pijn doet, gebeurt er niets.

## **De gewonde hulpverlener**

Een mens wil niet leven met pijn, maar kan ook niet zonder. Het is moeilijk je pijn te vertrouwen. Maar pijn houdt je wakker, maakt alert, maakt helder, zuiver, brengt je tot de kern. Daarom blijft pijn ook zeuren: pijn wil verstaan worden. Dan kan de wond jou genezen.

Er is geen genezing mogelijk dan alleen vanuit de wond.

Wat dient de wond?

Alleen in de wond is contact mogelijk en wordt er iets gedeeld.

De wond is de basis voor inleving en vereenzelviging en daarmee vooral voor moraal, ethiek, medeleven en mededogen. Als je het contact met je pijn, je wond, kwijt bent, houd je de stroom, het leven tegen. Dan roep je vanaf de kansel dat daar alles mooi is en dat beneden alles fout zit. Dan ben je geen mens meer. In de legende van koning Arthur gaat Parcival<sup>4</sup> op zoek naar de gouden graal. Hierdoor verblind heeft hij geen oog voor Amfortas<sup>5</sup>, de gewonde Visserkoning. Door zijn gemis aan mededogen valt Parcival uit het paradijs. Door de wond te negeren, weigert hij te zien dat er zonder bloeden geen leven is.

De medische behandeling van de wond is er welbeschouwd op gericht dat je blijft bloeden: als je niet meer bloedt, besta je niet meer.

Je zou jezelf eens kunnen afvragen hoe je bloedt in plaats van hoe je geneest.

Je eigen wond is het contact met het geheel. Reden tot verontrusting is dat zo weinig mensen erkennen dat ze zelf de wond zijn en derhalve hun pijn op de wereld projecteren: zie het journaal, zie de krant.

Wanneer je je eigen wond niet kent besmeur je die van de ander. Wij zijn *de gewonde hulpverleners*, niet de perfecte. Als je geen weet hebt van je eigen wond kan je ook niets begrijpen van de wond van de ander. Dan zet je jezelf op de troon

in plaats van je te bekommeren om de gewonde Visserkoning.

‘Mensen die ermee aankomen zetten dat ik mijn dialyse moet accepteren, kunnen van mij de ziekte krijgen!’, luchtte een dialysepatiënt zijn hart eens bij me. ‘Je snapt gewoon niet waar ze het lef van daan halen! Je mag een afgemeten tijd rouwen en de fout in gaan met je vochtbeperking, daarna moet je door. Of eigenlijk willen ze zelf verder en geven ze jou op. Maar ze moeten er niet aan denken om zelf dialyseafhankelijk te zijn.’

Een hartenkreet naar inleving, mededogen, naar erin verstaan worden om te accepteren dat niet alles is te accepteren. Dan kan pijn een ervaring worden die mensen verbindt.

## **Wederkerigheid**

Waarom zoekt een patiënt naar lotgenoten? Omdat die de pijn kennen *en* verstaan.

Ook een patiënt en een hulpverlener kunnen elkaars lotgenoot zijn in de gewondheid dat niet alles maakbaar is, dat binnen de organisatie van alles niet kan. Het image dat je alles kan, dat je alles móet kunnen, kan je in solidariteit achterlaten. Mag de patiënt jou een hand reiken? Jou vragen of het weer een beetje met je gaat na dat misprikken van de vorige keer? Of voel je je dan alleen maar gegeneerd?

Ooit vroeg een patiënt naar mijn burgerlijke status. Ik ben weduwe. Dat heb ik eerlijk gezegd. Later kreeg ik van een verpleegkundige te horen dat ik dergelijke gevoelige informatie niet aan patiënten mocht verstrekken.

Waarom mag een patiënt wel weten dat je getrouwd bent, een baby verwacht, een kind hebt in vijf gym?

Mag de patiënt aan jou ervaren dat jij even kwetsbaar, even pijnbaar bent als hij?

In die *wederkerigheid* kan je voor elkaar betekenen, is de gewondheid teken *en* zegen. Als je vergeet het litteken van je wond open te trekken, zie je de patiënt niet.

Je moet de patiënt natuurlijk niet lastig vallen met jouw wond, maar je kunt wel vanuit de wijsheid van jouw wond de relatie aangaan met de patiënt. Dan heb je compassie met jezelf *en* met die ander.

Bij compassie ben je bijna hetzelfde als de patiënt. In compassie is mededogen, tederheid, daar zit liefde in en ontzag voor het mysterie van de ander en van wie jezelf bent. Dan hoef je niet voorzichtig te doen, dan *ben* je het, dan ben je toegewijd.

Kijk eens even terug. Wat was ooit je motivatie om voor je beroep te kiezen? En wat is daarvan nu nog actueel? Heeft de praktijk beantwoord aan je verwachtingen? Ben je gegroeid?

Mocht je erin groeien?

Mag je er eventueel ook uitgroeien?

Ben je – ook in je werk – trouw geweest aan je wond en daarmee trouw geworden aan je diepere zelf?

Ik citeer Anna Terruwe tot besluit:

*Je mag zijn wie je bent  
en zoals je bent  
met fouten en gebreken  
om te kunnen worden  
wie je in aanleg bent  
maar je je nog niet kunt vertonen  
en je mag het worden  
op jouw wijze en op jouw uur.*

1. Voorfase: onrust en onzekerheid; 1e fase: ontkenning, afwijzing en afzondering; 2e fase: woede, jaloezie, schuldgevoelens en machteloosheid; 3e fase: marchanderen; 4e fase: verdriet en diepe verlatenheid; 5e fase: integratie en aanvaarding.
2. Afweer – afscheid – accommodatie.
3. Schok – ontkenning - verdriet, machteloosheid en depressie – opstandigheid en agressie – acceptatie.
4. Deze naam staat voor: doorzetter naar het dal.
5. Deze naam staat voor: midden door het lijden gaan.