

Bericht uit Amphia Ziekenhuis

Narratieve analyse van een artikelenreeks uit *de Volkskrant* over de eerste coronagolf

Willem Marie Speelman*

Summary

The COVID-19 crisis has confronted us once again with the question of good care. Philosophers have given us ideas about good care. Good care is maintaining the world as a place of good life (Tronto). But good care is also a practice participating in that good life itself (MacIntyre). This article seeks the answer to the question in a journalistic observation of the practice itself. This observation, a series of portraits of healthcare workers in a hospital during the first wave of the crisis, is subjected to narrative analysis. The analysis shows that the narrative of journalistic observation makes visible the healthcare values versus other competing values. The hospital crisis has placed healthcare practice in a dual narrativity: that of struggle – the hospital as a ‘battlefield’ – and that of care. The core value, however, is that of connection. The answer to the question of good care corresponds to the ideas of the philosophers, but fills them out further and shows how and where good care is realized in practice.

1 Inleiding

Tijdens de coronacrisis werd nog eens duidelijk dat de zorg een zinvolle praktijk is. Vragen over de zin en betekenis van de zorg komen meestal op bij medisch-ethische kwesties: “Wat is in dit geval juist om te doen?”, zou Charles Taylor zeggen, om vervolgens echter de diepere vraag te stellen: “Wat is het om goed te zijn?” (Taylor 1989, 3). Naar de zorg vertaald: wat is goede zorg? Taylor zoekt naar een levensoriëntatie die de achtergrond vormt van wat wij, iedereen die met de zorg te maken heeft, aanvoelen als goede zorg (Taylor 1989, 8). Dit is eerder een spirituele dan een morele vraag. De vraag naar de spiritualiteit in de zorg is de laatste decennia al wel gesteld, doorgaans tegen de achtergrond van de nood tot ‘well-being,’ ‘coping,’ en ‘quality of life’

* Willem Marie Speelman OFS is als bijzonder hoogleraar Franciscaanse Spiritualiteit, Theologie en Geschiedenis verbonden aan de Tilburg University.

(Speelman 2020). Spiritualiteit is dan vooral deel van het zorgaanbod of iets waar in de zorg rekening mee gehouden moet worden. Maar spiritualiteit heeft ook altijd met onszelf te maken, hoe wij zelf – *in casu*, de zorgverleners – gevormd worden in onze betrekkingen met datgene wat of degene die ons overstijgt en omgeeft (Waaijman 2001). Geïnspireerd door de vraag van Taylor zou ik de spirituele vraag echter anders willen benaderen. In het licht van onze levensoriëntatie – het goede leven – wil ik de vraag stellen naar goede zorg: waar is de zorg goed in en goed voor, wat betekent de zorg in het licht van het goede leven? Joan Tronto beschrijft zorg zo dat de vraag naar het goede leven al enigszins oplicht, namelijk als een praktijk van het onderhouden, voortzetten en herstellen van onze wereld om er zo goed mogelijk in te kunnen leven (Tronto 1993, 103). Zorg is dan vooral het bereiden van de plaats voor het goede leven. Alasdair MacIntyre brengt ons nog een stap verder door de praktijk zelf te beschrijven: het is een handelingscomplex dat zelf de waarden van het goede leven in zich draagt, waarden van het goede die we enkel leren kennen door actief deel te nemen aan die praktijk (MacIntyre 2007, 163-87). In deze benadering wordt het contact met het goede leven gelegd in onze praktijken zelf. Goed zorgen is nu reeds deelnemen aan het goede leven. Ik wil de vraag naar het goede zorgen stellen door in te gaan op de praktijk van de zorg, meer bepaald op het verhaal van die praktijk zoals die door een journalist verteld is. Een verhaal ‘leest’ de betekenis in de gebeurtenissen, en vooral hoe de deelnemers aan de praktijk, met een Nederlandse uitdrukking van betekenis, ‘het verschil maken’.

In een artikelenreeks die in *de Volkskrant* verscheen tussen 16 maart en 6 mei 2020 werd verslag gedaan van de eerste golf van de coronacrisis.¹ Onderzoeksjournalist Willem Feenstra bezocht het Amphia Ziekenhuis in Breda dat het centrum vormde van de strijd tegen het coronavirus. Bijna dagelijks sprak hij met zorgmedewerkers, schoonmakers, chauffeurs, patiënten en hun familie: allemaal directbetrokkenen in de crisis. In 28 portretten deed hij hun verhaal.

Het verhaal van de crisis vertelt ons niet alleen van de crisis in onze samenleving, maar ook in het ziekenhuis zelf, dat onder hoogspanning stond. Het is die crisis in het ziekenhuis, die zichtbaar maakt wat in de zorg echt belangrijk is. MacIntyre wijst erop dat praktijken, zoals de zorgpraktijk, eigen kernwaarden hebben – ‘goods internal to that practice’ – en dat deze vooral tevoorschijn komen als er een conflict heerst. Het conflict bedreigt de zorg en daagt haar uit haar ware gelaat te tonen. Dat conflict is niet los te zien van de grotere crisis. Maar de praktijk zoals MacIntyre hem beschrijft is geen gesloten realiteit, en de zorg is dat ook niet. Het ziekenhuis werd het middelpunt

van een strijd die op verschillende slagvelden werd gevoerd: de politiek, de journalistiek, de wetenschap, het bedrijfsleven, het onderwijs. Het binnendringen van deze andere praktijken in de crisis in het ziekenhuis veroorzaakte het conflict; zorg werd ook nieuws en politiek. Het ziekenhuis moest zijn eigen kernwaarden opnieuw bevestigen.

De vraag naar goede zorg, zoals die gezocht werd te midden van de crisis, is daarmee te vinden in dit verhaal: Hoe trof de crisis het ziekenhuis, hoe ging de zorg daarmee om, en welke kernwaarden van de zorg tijdens de crisis kwamen tevoorschijn? Ik probeer deze vragen te beantwoorden door een narratieve analyse uit te voeren op de artikelenreeks, die de gebeurtenissen omvormen tot een verhaal. In die narratieve analyse – kortgezegd, de analyse van het verhaal áls verhaal – maak ik gebruik van het zogenaamde generatieve traject van de semiotiek van Algirdas Julien Greimas (Greimas en Courtés 1979, 157-60). Het generatieve traject beschrijft de vormgeving van betekenis – zoals bijvoorbeeld het vertellen van een verhaal – als een proces dat een vast traject doorloopt. Dat traject, waarin betekenis gegenereerd wordt, articuleert het proces in verschillende niveaus. Het fundamentele niveau beschrijft de realisatie van een of meer waarden, die het verschil maken. Het narratieve niveau beschrijft hoe dat verschil gemaakt wordt, door wie, op instigatie van wie of wat, en waar dat verschil in zit. Op het discursieve niveau wordt dit alles ingekleed – vgl. tekst als ‘kleed’ – in herkenbare figuren, thema’s, acteurs, tijden en plaatsen. Ik zal het traject nauwkeuriger beschrijven tijdens de analyse; het discursieve niveau in paragrafen 3.1 en 3.2, het narratieve en fundamentele niveau in 4.1 en 4.2. Maar om te beginnen beschrijf ik de tekst, in dit geval portretten van de zorgpraktijk, op een nog concreter niveau: het niveau van de enunciatie (presentatie of verwoording).

De analyse schetst een gezicht van de zorg zoals dit in het verhaal van Willem Feenstra naar voren is gekomen. Let wel, ik analyseer het *verhaal*, niet de praktijk zelf van het Amphia. Dat verhaal, zoals we zullen zien, haalt die kernwaarden naar boven.

2 Korte analyse van de presentatie van de portretten

Ieder artikel in de reeks bestaat uit een titel, een ‘lead’ (korte redactionele inleiding op het artikel), de naam van de auteur, datum en precieze tijd van het inleveren van het artikel; dan het artikel, dat vaak maar niet altijd voorzien is van subtitels, en altijd foto’s bevat van de beschreven situatie en persoon;

na het artikel volgt een rij met hyperlinks naar een aantal eerdere artikelen uit dezelfde reeks.

De titel presenteert het artikel in één zin, soms met een pakkend citaat. De ‘lead’ noemt de verslaggever, de plaats van handeling en vaak ook het onderwerp van het artikel. Vrijwel alle artikelen hebben een lead die begint met ‘*De komende weken doet de Volkskrant regelmatig verslag vanuit ziekenhuis Amphia in Breda, waar verslaggever Willem Feenstra ziet hoe...*’, of een kleine variatie daarop. Zo presenteert de krant portretten als feuilletons van één langer doorlopend verhaal.

Titel en lead zijn sporen van de enunciatie: zij richten zich tot een bepaalde lezer, ook wel ‘implied reader’ genoemd. Zij presenteren het artikel aan deze lezer door het in het redactionele perspectief te plaatsen, en dragen zo bij aan het gewenste verstaan ervan. Dit geldt ook voor de tussenkopjes die in de tekst staan, althans in een aantal artikelen: ze vatten de alinea samen in een enkel woord, en zetten het in het perspectief van dat woord.

Ieder artikel vermeldt ook apart de naam van de verslaggever – Willem Feenstra – en de precieze datum en tijd waarop het artikel geschreven werd. Ook dit zijn sporen van de enunciatie. Een naam versterkt de unieke individualiteit van de verslaggever, en is een *mimesis* (narratieve uitbeelding of nabootsing) van de historische realiteit. Sommige artikelen zijn ’s ochtends vroeg geschreven, andere ’s avonds laat. Een enkele keer werden er twee artikelen op één dag geschreven. Ook de vermelding van de datum en tijd dragen bij aan de historische setting van het verhaal: zij zijn een narratieve bevestiging dat het verhaal waar gebeurd is.

De krant presenteert de individuele artikelen als een reeks herkenbare eenheden van ongeveer 600 woorden, ieder met een afgeronde vorm, een specifiek onderwerp en een eigen centraal personage. De afgeronde vorm zou je met een muzikale term een rondo kunnen noemen: aan het slot keert de aandacht bijna altijd terug naar de situatie waarmee het artikel begon, en die aandacht wordt bijna steeds uitgedrukt in de terugkeer in de laatste alinea van een woord of een situatie uit de eerste alinea: ‘hoest,’ ‘leegte,’ ‘zwaailicht,’ ‘giraffe,’ persoonlijke band, ‘verlies’/‘verloren,’ elkaar in de ogen zien, ‘kantine,’ verdriet, zelf ook zorg nodig hebben, eerste punt op het dagelijkse overleg, nu niet/nu wel, ‘raam,’ (vies) ‘bed,’ ‘dood neervallen,’ terug naar het gewone leven, ‘bed 21,’ ‘beschuitje,’ ‘muziek,’ ‘in de kelder van het ziekenhuis,’ ‘stoere man,’ ‘600 scans’.

Dit rondo-achtige motief geeft het historische, waar gebeurde verhaal een nieuwe, esthetische vorm. Met ‘esthetisch’ bedoel ik niet dat de historische gebeurtenissen mooi gemaakt worden, maar dat ze op een andere manier

worden waargenomen. Esthetiek ontkracht de hardheid van de realiteit, en zet haar in het perspectief van het mogelijke (Vuyk 1992, 186). MacIntyre schrijft dat we de vraag wat we moeten doen pas kunnen beantwoorden als we weten in welk verhaal wij een rol spelen (MacIntyre 2007, 216). Zolang we te midden van de gebeurtenissen zitten, hebben we geen overzicht van wat er gebeurt. Pas als we een afgerond verhaal gemaakt hebben van wat we hebben meegemaakt krijgen we zicht op het gebeuren en de rol die wij erin te vervullen hebben. Het verhaal vormt de werkelijkheid, en opent deze voor nieuwe mogelijkheden.

3 Analyse van het grote verhaal

Na de presentatie van de artikelen als portretten zal ik het grote verhaal zelf analyseren. Wat gebeurt er, dat wil zeggen: hoe vormt dit verhaal de werkelijkheid van de eerste golf van de coronacrisis in het Amphia Ziekenhuis in Breda? De werkelijkheid mag uiterst complex zijn, een verhalenverteller maakt er een bepaalde handeling van, in een bepaalde tijd en op een bepaalde plaats. Ik wil hier nog eens benadrukken dat de analyse het verhaal betreft, en niet de realiteit, die ik niet anders ken dan door het verhaal.

In een naïeve blik lijkt het verhaal rechtstreeks te verwijzen naar mensen, tijden en plaatsen in de realiteit: we zagen al in de presentatie dat het verhaal zelf benadrukt dat het historisch, waargebeurd is. Analyse laat echter zien dat het verhaal haar acteurs, tijden en plaatsen vormgeeft als eigen structurerende elementen. Narratieve analyse vraagt naar deze procedures van actorialisatie, temporalisatie en spatialisatie, dat wil zeggen de narratieve vormgeving van acteurs, tijden en plaatsen. Deze vormgeving volgt een narratieve orde die syntaxis genoemd wordt. De syntaxis beschrijft de verhoudingen binnen het verhaal zelf, zodat de woorden, zinnen en alinea's een goed geordend geheel vormen: hier is de ene acteur aan het woord, en zo verhoudt hij zich tot de andere; nu zijn we in de ene ruimte, dan in de andere. Zo vormt het verhaal een portret (*mimesis*) van de werkelijkheid, die eerst en vooral de orde van het portret volgt en pas dan verwijst naar de werkelijkheid. De verhoudingen tussen het verhaal en de wereld worden beschreven in de semantiek. De discursieve semantiek beschrijft hoe het verhaal de wereld organiseert, zodat herkenbaar is waarover het gaat – *figurativisatie* – en wat daarover verteld wordt – *thematistatie*. Ook hier geldt, ze bestaan wel echt, maar in het verhaal zijn het vooral structurerende elementen.

Ik zal in de eerste en tweede paragraaf, de syntactische en semantische component van het discours, beschrijven hoe het verhaal deze werkelijkheid als een herkenbare gebeurtenis vormgeeft. Later zal ik inzoomen op de diepere narratieve lagen van die gebeurtenis, ook weer in een beschrijving van de syntaxis en de semantiek.

3.1 *Discursieve syntaxis*

3.1.1 **Actorialisatie, of: hoe het verhaal acteurs vormgeeft**

Elk artikel of portret van dit verhaal draait om een acteur of acteurs die met naam en leeftijd genoemd worden. Net als met de precieze vermelding van datum en tijd is dit een *mimesis* van de historische realiteit. De acteurs vertellen wat ze doen, wat er in hen omgaat, ze mopperen op wat er gebeurt en vertellen hoe het zou moeten gebeuren. Zo geven ze een inkijk in het menselijke drama van de coronacrisis. De beschrijving van de acteurs, zowel in hun functie als in hun individuele persoonlijkheid, vormt ze om tot narratieve persoonlijkheden (*dramatis personae*): ingekleurde rollen, die de acteurs zo treffend mogelijk proberen voor te stellen in hun unieke menselijkheid, in hun functionele, en in hun narratieve rol.

Tezamen vormen al die acteurs de menselijke gestalte van het ziekenhuis: het zeer diverse personeel, de patiënten en hun familie. Het personeel is zo sterk geïntegreerd in het ziekenhuis – daarom sprak ik van ‘de menselijke gestalte’ van het ziekenhuis – dat je het een samengestelde acteur zou kunnen noemen: intensivisten, communicatiemedewerkers, longartsen, verpleegkundigen, pedagogische medewerkers, ambulancebroeders, directeur, psychiater, schoonmakers, mortuariumbediende, chirurg, anesthesioloog, oncoloog, dataverwerker, radiologen, fysiotherapeuten. De onderlinge verbondenheid wordt versterkt doordat ze, met uitzondering van de schoonmakers, allemaal een medische achtergrond hebben. Sommige van hen zijn tijdens hun loopbaan in het ziekenhuis gespecialiseerd in een andere functie, bijvoorbeeld directeur, dataverwerker of mortuariumbediende. Dit versterkt de notie van de zorgpraktijk als een complexe handeling, waaraan meerdere subjecten samenwerken (MacIntyre 2007, 218).

De gedeelde medische achtergrond tezamen met hun flexibele loopbaan, die soms expliciet genoemd wordt en nu van pas komt, maakt het mogelijk dat de medewerkers flexibel kunnen inspelen op de crisis. In een handomdraai lijken ze van functie te kunnen wisselen: de intensivist wordt troubleshooter, de anesthesioloog organiseert het vervoer van de patiënten en kinderverpleegkundigen organiseren spontaan een kinderopvang. Het is in

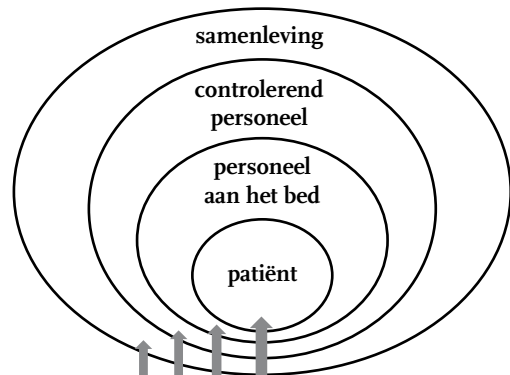
dit verband opmerkelijk dat de zorgmedewerkers ook in de crisis alles zelf doen: ze zoeken nauwelijks hulp van buiten, maar zorgen, zoals bijvoorbeeld in de *peer support*, voor elkaar. Het zet de zorginstelling neer als een gesloten instelling.

We kunnen een hiërarchische actorialisatie in kaart brengen in de vorm van een concentrische figuur. Het centrum wordt gevormd door de patiënt, met name de coronapatiënt als virusdrager, want de reguliere patiënt is immers van het centrum verdreven. Het centrum is schijnbaar inactief; de patiënt vecht weliswaar voor zijn of haar leven, maar in het verhaal ligt de patiënt – althans degene om wie het allemaal draait – in slaap. Om de patiënt heen cirkelt een kring van zorgmedewerkers die aan het bed staan, artsen en verpleegkundigen, met name op de intensive care. Zij behandelen de patiënt, waarbij zij een grote mate van activiteit aan de dag leggen. Het is zwaar werk dat met militaire precisie wordt uitgevoerd. Om deze kring heen cirkelt het controlerend en faciliterend personeel, van de schoonmaker tot en met de directeur. De buitenste schil is het toekijkend en waarderend publiek ‘in de gezamenlijke strijd,’ waar ook de journalisten toe behoren.

3.1.2 Temporalisatie, of: hoe de tijd narratief vormgegeven wordt

De tijd in deze verhalenreeks is zeer precies, tot op de minuut, vastgesteld. Zoals gezegd wekt de precisie een gevoel van echtheid. Maar de verhalen gaan in al hun concreetheid over dingen die in zekere zin los van een tijdlijn, een chronologie, staan. Ze vormen tezamen de tijd van het verhaal, het moment van de gebeurtenis, een kwalitatieve tijd apart gezet van de tijd van de wereld. Enerzijds gebeuren deze dingen nu en plotseling, zoals het onverwacht snelle overlijden van een patiënt, en creëren zo een sfeer van urgentie; anderzijds kunnen deze zelfde dingen ook op een ander moment, op ieder moment, gebeuren, hetgeen een gevoel van dreiging oproept. Pas aan het einde, als de situatie weer normaal ‘oogt’, ontstaat er een andere tijdelijkheid: de crisis, althans deze golf, had een begin en heeft een einde. Terwijl er geen duidelijke chronologie is, vormt de volgorde van de artikelen de temporele structuur van het grote verhaal.

De tijd van het verhaal blijkt inderdaad een kwaliteit te hebben, het is de tijd van een gebeurtenis, een proces dat in vier fases verloopt. Na de introductie: ‘dit is nieuws’, vindt er een grondige reorganisatie plaats; dan raakt de zorg zelf in crisis; onder invloed van de crisis hervindt de zorg zijn bronnen, zorg ook voor de zorgmedewerkers en versterkt de band met de patiënt; ten slotte keert het ziekenhuis terug naar de reguliere zorg, en sluit het verhaal af.



- De samenleving kijkt van een afstand naar het personeel; ze is buitengesloten, kan niet op bezoek komen, maar houdt contact via de media.
- Het controlerend en faciliterend personeel kijkt met een zekere afstand.
- Het personeel aan het bed heeft, zoals het tandenpoetsen van een comateuze patiënt (7 april), een heel direct en intiem contact met de patiënten en de betrokkenen.
- De patiënt wordt bedreigd, niet alleen door het virus maar ook door een objectiverende blik; een belangrijk deel van de zorg is er echter op gericht de patiënt als subject te blijven benaderen, in zijn of haar menselijkheid en verbinding met thuis.

3.1.3 Spatialisatie, hoe de plaats van handeling gevormd wordt

De plaats van de handeling is het ziekenhuis. In het algemeen is het moderne ziekenhuis een open instelling, waar intra- en extramurale zorg vloeiend in elkaar overlopen. Maar vanwege de coronacrisis, het gebrek aan kennis over en de besmettelijkheid van het virus, is het – althans als narratieve ruimte – een geïsoleerde plek geworden, die zich niet verder lijkt uit te strekken dan de parkeerplaats. Weer zien we een sterkere beslotenheid in de instelling, alsof zij zich vormt naar het virus dat zij wil isoleren. Mensen komen echter van buiten naar binnen, en gaan ook weer naar buiten; dit geldt op een heel eigen manier voor de verslaggever die gedurende de eerste golf van de crisis te gast is. Binnen heerst een hiërarchie van isolatie, afgescheiden en verbonden door ‘sluizen,’ met als centrum de intensive care unit voor coronapatiënten. Aldus wordt de narratieve ruimtelijkheid in dit verhaal vooral gekenmerkt door scheiding en isolatie. Dit valt des te meer op wanneer die isolatie weer doorbroken wordt als het einde van de eerste crisis zichtbaar wordt: het gaat weer over het normale leven daarbuiten.

In de gespecialiseerde en hiërarchisch georganiseerde zorginstelling heerst orde en rust. Maar in de context van de crisis verandert zij in een plek van strijd. De reguliere organisatie gaat in op de noodzaak zich aan te passen aan de crisis, en zich te reorganiseren in andere, soms nieuwe functies. Door die reorganisatie, die voortdurend nieuwe teams en nieuwe plekken creëert, heeft de plek van strijd ook trekken van een camping waar mensen voortdurend moeten improviseren (4.9, lees 9 april: ‘kamperen’).

De artikelen vormen elk een eigen narratieve ruimte: ‘een klein zaaltje, gesitueerd in de buurt van de spoedeisende hulp en de intensive care’ (3.16), ‘de lege hal van het Amphia in Breda’ (3.17), parkeerplaats van de spoedeisende hulp (3.20), ‘vertrekken,’ ‘het oude deel,’ ‘hoek van het ziekenhuis’ en ‘binnentuin’ voor kinderopvang (3.21), kamer van intensivist en kantoor van de ic (3.24), afdeling psychiatrie (3.25), intensive care (3.26), kamer van de oncoloog (3.29), tijdelijke kantine van de intensive care (3.30), lege kantoor van directeur (4.1), data-afdeling ‘grenst aan de gang waar ook het bestuur zit’ (4.3), afdeling infectiepreventie (4.5), triagepunt op de parkeerplaats van de spoedeisende hulp (4.7), spoedeisende hulp (4.8), kamer 3 van unit 52 (4.9), bed (4.10), bedden op de nood-intensive care (4.14), corona-afdeling (4.16), operatiekamer (4.18), de kelder van het ziekenhuis (4.21), verpleegafdeling (4.23), aan het bed van een comateuze patiënt (4.25), CT-kamer (4.28), bij de longarts (4.30). Zo verschijnt de narratieve ruimte als een reis door het ziekenhuis, als het ‘hier’ van het verhaal.

De focus ligt echter op de spoedeisende hulp en nog meer op de intensive care, die ‘het zenuwcentrum’ en ‘het kloppend hart’ van het ziekenhuis (19 maart) wordt genoemd. Het wordt uitvoerig beschreven, beginnende bij de brede gangen ernaartoe en de met essentiële apparatuur gevulde hal van de ic. De ic zelf bestaat uit compartimenten, die een hiërarchie van isolatie uitdrukken (vgl. 5 april). Driekwart van de ic is afgescheiden en mag alleen via een sluis betreden worden. De afgescheiden intensive care unit voor coronapatiënten kan uitgebreid worden. Het afgescheiden gedeelte wordt geobserveerd vanuit ‘de gewone afdeling,’ door het glas van een isolerende wand. De leegte van de gang en van een van de geobserveerde kamers staat in schril contrast met de volheid van de hal en de bedden.

De analyse van de discursieve syntaxis laat zien hoe het verhaal de handeling, de tijd en de ruimte vormgeeft als een hiërarchische structuur met de patiënt, met de echte zorg en de intensive care unit als centrum.

Het verloop als de eigen tijd van het verhaal

Datum	Titel	Inhoud
(3.16)	Begin: dit is nieuws, en het nieuws is in crisis	Introductie van de crisis & Onmiddellijke reorganisatie van het ziekenhuis
(3.17)	Introductie coronapatiënt	
(3.19)	De centrale ruimte: intensive care	
(3.20)	Verspreiding coronapatiënten	
(3.22)	Reorganisatie & improvisatie	
(3.24a)	Orde & crisismanagement	
(3.24b)	Eerlijk zijn tegenover de patiënt	Daardoor verandert de zorg zelf ook, en dat wordt niet als goed ervaren
(3.25)	Psychiatrie	
(3.26)	Intensive care praktijk	
(3.29)	Kanker	
(3.30)	Familiebezoek vs camera's	
(3.31)	Rouw	
(4.1)	Peer support	Zorg voor de zorgverleners zelf &
(4.3)	Data analyse	
(4.5)	Infectiepreventie	
(4.7)	Spoedeisende hulp	Groei van de empathie met de patiënt
(4.8)	Reiniging	
(4.9)	Patiënten leren kennen	
(4.10)	Goed nieuws	
(4.14)	Band met patiënt	
(4.16)	Peer support	
(4.18)	Opnieuw opstarten reguliere zorg	
(4.21)	Doden loslaten	
(4.23)	Fysiotherapie	
(4.25)	Praat tegen comateuze patiënten	
(4.28)	CT-scanner	
(4.30)	Terugkomen voor controle	
(5.6)	Het slotakkoord	

3.2 *Discursieve semantiek*

3.2.1 **Figurativering, hoe herkenbare beelden de werkelijkheid van het verhaal vormen**

Het woord dat de figurativiteit van een uiting kenmerkt is herkenbaarheid: figuren zorgen ervoor dat de lezer of toeschouwer weet waarover het gaat. Dat dit een narratieve procedure is, waarmee het verhaal soms speelt, wordt duidelijk uit het voorbeeld van het hoofd dat ziek is. Wat herkenbaar is zijn de figuur van het hoofd – kernwaarden /hoog/, /bestuur/, /denken/ en /orde/

– en van het ziek zijn – met de waarden /zwak/ en /gebrekkelig/. Zolang het verhaal de context van het hoofd nog niet heeft vormgegeven, is het onduidelijk of het gaat om het hoofd van de afdeling of om het hoofd van een mens. Virtuele waarden worden in de narratieve analyse tussen schuine strepen (/.../) geschreven.

Ons verhaal gaat over een crisis en over de zorg, maar ook over strijd. Bovendien zijn er artikelen die midden in dit decor plotseling over iets anders lijken te gaan, en even de aandacht vestigen op kinderen, familierelaties en kunst. In muzikale termen zou je kunnen spreken van een figuratief contra-punt, een lieflijke tegenstem in een verder dreigend verhaal.

De onderwerpen en acteurs kleuren ieder een herkenbaar element van de zorginstelling in. Zo vormt ieder artikel een eigen decor: ‘nieuwsoorlog’, een mediator die zorgeloos wil leven, de stilstand van het mortuarium, of een operatie als een *game of war*. De werking van figurativiteit in het grote verhaal wordt goed geïllustreerd in het artikel over de kinderopvang. Na vier artikelen vol met figuren uit de crisis en de strijd verschijnen er ineens kinderlijke figuren als een klein jongetje met een grote bril die even een giraffe uitlaat op de binnenplaats, er klinkt ‘gekir’ uit alle hoeken, ‘houten kabouters’, ‘konijnenknuffels’, het kleuren van een kleurplaat. Het leest als een eiland van lichtheid in een sombere oceaan. Toch wordt ook in dit artikel herinnerd aan de ‘oorlogssituatie’ waarin het ziekenhuis zich bevindt. Die oorlogssituatie wijst op een rode draad van crisis en strijd die door het hele verhaal heen loopt. Zo’n rode draad heet een figuratieve isotopie. Isotopieën, letterlijk ‘gemeenplaatsen’, worden gevormd uit woorden en waarden die steeds terugkomen en zo de eenheid van het verhaal garanderen: de lezer herkent dat het gaat over eten, reizen, bouwen, of in ons geval: over crisis, zorg en strijd.

De drie genoemde isotopieën van crisis, zorg en strijd vormen ook een verloop, waarin de crisis en de strijd vooral in het begin prominent aanwezig zijn om vanaf eind maart langzaam naar de achtergrond te verdwijnen. De isotopie van de zorg, meteen herkenbaar in de figuur van het ziekenhuis, wordt in het tweede gedeelte van het verhaal meer en meer zichtbaar, vooral in waarden die eigen aan de zorg zijn, zoals /persoonlijk/, /nabij/, /verbinding/, /menselijk/. In de beschrijving van een operatie op 18 april wordt weliswaar volop gebruik gemaakt van figuren van strijd: ‘omsingelen’, ‘markeren’, ‘de vijand’, ‘isoleren’, ‘afvuren’, ‘eliminieren’, ‘trionfantelijk’. Maar die strijd heeft zoals gezegd een game-achtig karakter: de chirurg strijdt als een *warrior woman* voor haar patiënten. De dreiging wordt niet meer zo sterk gevoeld. Dat is ook het geval wanneer longfoto’s beschreven worden als ‘crazy paving’, ‘tuinpad met stenen in alle vormen’, ‘kunst’ (28 april).

Isotopieën worden gevormd uit verbanden van gedeelde waarden, die de semantische beschrijving van de gebruikte woorden en uitdrukkingen vormen. Zo wordt de isotopie van de *crisis* herkend in figuren als nieuws, dreiging, paniek, uitbraak, ‘Italiaanse taferelen’, controle, verdacht, ‘wat komt er nog op ze af?’, huilen, aardbeving, de grip op zijn adem verliezen, doodsstrijd, naderend onheil, ijzingwekkende waarheid, doemscenario, ramp, hausse, crisisvergadering, reorganisatie, controle, protocollen en regels, perspectief bieden, beteugelen, risico’s, om hulp smeken, machteloosheid, burn-out, posttraumatisch stressyndroom.

- Isotope figuratieve waarden in deze woorden zijn /chaos/ vs /orde/, /gecontroleerd/ vs /ongecontroleerd/, /doem/ vs /heil/, /flexibiliteit/ vs /vastheid/, /onrust/ vs /rust/. Ik noem de waarden hier in hun tegenstelling – A *versus* B – omdat ze soms veranderen.

Figuren van *strijd* komen soms overeen met de figuren van crisis. Ze beheersen vooral het eerste gedeelte, tot ver in april, beginnend met de nieuws-oorlog. Andere figuren van strijd zijn hoestsalvo, uitbraak, besmettingsgevaar, verdacht, onderuithalen, isolatie, bescherming, bestrijden, vechten, redden, vermijden, ‘gerund door gewapende meneren’, loeiende sirenes, oorlogssituatie, doodsstrijd, ‘de echte zwaarheid zit hem in het onpersoonlijke’, strijd, verslagenheid, paniek, verwarring, angst, isolatie, luidruchtig, commando’s, precisiekus, worsteling, ongewenste indringers, slachtoffers, teams, verdedigingslinie, vijand, omsingelen, markeren, isoleren, afvuren, elimineren, triomfantelijk, ‘ladies and gentlemen, we’ve got him’, soldaat, frontlinie.

- Isotope figuratieve waarden zijn /wantrouwen/ vs /vertrouwen/, /vijand/ vs /vriend/, /gescheiden/ vs /verbonden/, /oorlog/ vs /vrede/, /bedreigd/ vs /beschermd/, /onrust/ vs /rust/, /onpersoonlijk/ vs /persoonlijk/.

De figuren van *zorg* zijn verreweg het meest aanwezig. De functies van de personages (verpleegkundigen, patiënten), de namen van de afdelingen (intensive care, spoedeisende hulp), de medische termen en apparaten (ambulance, beademingsapparaat) en de aandoeningen (angststoornissen, depressies) zetten onmiddellijk een decor van geïnstitutionaliseerde zorg neer. Maar waar deze figuren in de eerste artikelen vermengd worden met figuren van strijd, komen vanaf eind maart meer figuren van zorg voor het voetlicht, ook meer in de zin van datgene waar het in de zorg om draait: de kernwaarden van de

zorg. De figuren van de strijd keren zich als het ware om, in de zin dat de tegengestelde waarden – /vertrouwen/, /verbonden/, /rust/, /persoonlijk/ – naar de voorgrond komen. Op 24 en 25 maart komen die waarden nog vooral in negatieve zin aan het licht: dat de medewerkers ze (nog) niet kunnen realiseren. Figuren van zorg zijn herkenbaar in uitdrukkingen als ziek, hoesten, gezondheidsklachten, bed, besmettingsgevaar, behandelen, bestrijden, beschermen, kwetsbaar, mensen in nood, burn-outs, hartoperaties, reanimeren, beademen, een veilige plek, het lezen van de zorgen, familiebezoek, ondersteuning, begeleiding, omhelzing, tragiek, waardigheid, menselijkheid, ‘we gaan alles voor je doen’, ‘lezen van emoties’, ‘op het ergste moment iets in iemands leven te kunnen doen’, ‘iemand leren kennen’, ‘dat had ik ook kunnen zijn’, zo schoon ‘dat ik mijn moeder erin zou leggen’, fruitmanden, serene rust, voorzichtig, vredig, aanvaarden, verzorgen, iemands tanden poetsen, dat zij hun oude leven weer kunnen hervatten, voor zichzelf zorgen, niet alleen laten sterven, afscheid nemen, zorg voor de doden, revalidatie, herstel, vertrouwen kweken, persoonlijk, praten met comateuze patiënten.

- Isotope figuratieve waarden zijn /empathie/ (zich in een ander kunnen verplaatsen), /gebrek/ vs /overvloed/, /helpen/ vs /loslaten/, /rust/ vs /onrust/, /vertrouwen/ vs /wantrouwen/, /betrokken/ vs /onverschillig/, /waardig/ vs /onwaardig/, /verbonden/ vs /gescheiden/, /nabijheid/ vs /afstandelijkheid/, /persoonlijk/ vs /onpersoonlijk/.

3.2.2 Thematisatie

Als de figurativisatie draait om de vraag waarover het gaat, is de thematisatie de beschrijving van het waartoe. Welke beweging wordt er in het verhaal gemaakt, wat wordt er uiteindelijk neergezet als centrale waarden?

Crisis, zorg en strijd zijn isotopieën die, zeker vanuit de zorg gezien, altijd al verbonden zijn. De praktijk van de zorg wordt doorgaans gethematiserd als er een crisis is, meestal bij een individueel persoon die ziek is of als er een ramp gebeurt. Omdat de zorg een veilige omgeving verlangt, en deze omgeving verdedigd moet worden, is de zorg altijd wel verbonden met de strijd tegen de vijand. En vaak is die vijand ook inderdaad een virus of een ziekte. In dit voorbeeld is de strijd een hulpprogramma van de zorg, en zijn beide – de zorg en de strijd – hulpprogramma’s om de crisis te overwinnen. In ons verhaal wordt weliswaar gesproken van een gezamenlijke strijd, waaraan ook de media deelhebben, maar is de zorg zelf, met haar kernwaarden, het belangrijkste programma. De crisis bedreigt namelijk de zorginstelling zelf en doet binnen die instelling de strijd ontbranden tegen de massale overval van het

coronavirus. En als ware het een koorts, die strijd lijkt zich tegen de zorg zelf te keren: ziekenhuismedewerkers worden ziek, de zorg wordt afgeschaald en het ziekenhuis wordt in zekere zin zelf geïsoleerd. Maar door de ‘vanzelfsprekende motivatie tot zorgen’ (6 mei), die de uitgedaagde zorgmedewerkers drijft, komen in de loop van het verhaal steeds meer zorggeigen waarden aan het licht. Een thematische isotopie wordt zichtbaar, waarin de waarden van de zorg (opnieuw) worden gerealiseerd, en de zorg zich herstelt door te doen waar zij voor is: verbinden, nabij zijn om de mens in zijn of haar menselijkheid te herstellen. Dit zijn dus de waarden waar het uiteindelijk om draait, de kernwaarden van de zorg. Daartoe worden al de bovenbeschreven figuren ingezet.

Ik denk dat we hier een levend voorbeeld zien van een van de centrale stellingen van MacIntyre: *“Man is in his actions and practice, as well as in his fictions, essentially a story-telling animal. He is not essentially, but becomes through his history, a teller of stories that aspire to truth. But the key question for men is not about their own authorship; I can only answer the question ‘What am I to do?’ if I can answer the prior question ‘Of what story or stories do I find myself a part?’”* (MacIntyre 2007, 216). De medewerkers spelen een rol in het grotere verhaal van de zorg die zich herstelt.

4.1 *Narratieve syntaxis*

4.1.1 *Inleiding*

Op het niveau van de narratieve syntaxis beschrijven we de handeling, die op het discursieve niveau werd ingekleed in acteurs en handelingseenheden, nu op een abstractere wijze: zo worden van het concrete naar het abstracte de diepere waarden zichtbaar. De vraag is steeds wat die acteurs doen, of wat hen overkomt en welke rol zij spelen in de handeling. Om die verschillende rollen te begrijpen is het goed om te weten dat een narratieve beschrijving van een handeling vier fasen veronderstelt.

1. Iedere handeling is gedestineerd of gemotiveerd, en de syntactische rol die hier gespeeld wordt is die van destinator (Dr). Omdat een handeling gemotiveerd is, draagt zij altijd motiverende waarden in zich, zoals /moeten/ en /willen/. Destinatie betekent dus dat er waarden als /moeten/ en /willen/ in de handeling zelf vervat liggen, niet dat deze door middel van de handeling nog gerealiseerd moeten worden. In het verhaal van de eerste coronagolf is de belangrijkste destinator *de crisis*, die iedere handeling inkleurt met een /moeten/. Het is daarom ook zaak dat de

zorgmedewerkers ‘een gevoel van urgentie’ hebben (24 maart). Maar de motivatie tot zorgen wordt aan het slot (6 mei) ook ‘vanzelfsprekend’ genoemd. Er bestaan eigen kernwaarden, die de praktijk van de zorg kenmerken, en als een groot goed worden beschouwd (‘goods internal to that practice’).

2. Vervolgens moet de acteur competenties hebben of verwerven om de betreffende handeling te kunnen uitvoeren. Daarom draagt de handeling ook competenties in zich, namelijk in de waarden /kunnen/ en /weten hoe/. Acteurs die competentie verlenen zijn destinator (Dr), maar ook kunnen zogenaamde hulpprogramma’s competenties verwerven of verlenen; dan fungeren deze hulpprogramma’s als destinatoren. Ook hier geldt weer dat de waarden die in hulpprogramma’s worden gerealiseerd niet de uiteindelijke waarden van het hoofdprogramma zijn: dat zijn namelijk waarden die de thematische isotopie vormen. Een voorbeeld uit het huidige verhaal is de *peer support group* die hun collega’s van emotionele ondersteuning voorziet om het vol te kunnen houden. Kernwaarde van de ziekenzorg is goed voor de patiënten te zorgen; daartoe moet er ook voor de zorgmedewerkers gezorgd worden, zodat zij goed voor de patiënten kunnen zorgen.
3. Dan moet de handeling worden uitgevoerd. De uitvoering wordt in het algemeen beschreven als een functie waarin een subject van handelen (Sh) objecten (O) en subjecten van toestand (S) van elkaar loskoppelt of met elkaar verbindt. Zo koppelt het ziekenhuispersoneel patiënten los van hun thuissituatie in de samenleving, terwijl het hen verbindt met de geïsoleerde plaats op de corona-afdeling. De objecten bevatten waarden, zoals /geïntegreerd/ vs /geïsoleerd/, /open/ vs /afgesloten/. Door het subject van toestand (S) te verbinden met een waardeobject (Ow) worden waarden gerealiseerd, anders gezegd: waarden zijn pas gerealiseerd als zij verbonden zijn met een subject. Je kunt je dit zo voorstellen dat mensen soms wel weten dat het virus gevaarlijk is, maar dat de waarde van /urgentie/ pas gerealiseerd is als ze gevoeld wordt door de persoon die ziek is (of door de economie die verzwakt dreigt te worden, of door het zorgstelsel dat overbelast raakt).
4. Ten slotte wordt een handeling voltooid in het oordeel over het welslagen van die handeling. De handelingseigen waarden die hier spelen zijn /goed/, /waar/ en/of /mooi/, dus eigenlijk de woorden waarmee we ook in het dagelijks taalgebruik een handeling afsluiten: “goed zo!” Dit gebeurt in negatieve zin op 25 en 30 maart, waarin zorgmedewerkers oordelen dat het bieden van goede zorg zo niet gaat. Het oordeel kan ook een terugkoppeling zijn, in de zin dat het een motiverende of competentie

verlenende kracht tot een nieuwe handeling kan zijn. Zo is het schrijven zelf volgens de auteur bedoeld om ‘de mensen een hart onder de riem te steken’ (26 maart), maar in de sympathiserende beschrijving is ook een oordeel vervat: oordeel met het doel competentie te verlenen. Ook hier is het belangrijk te onderscheiden tussen een oordeel als afsluiting – “goed gedaan!” – en het oordeel als motivatie – “ga zo door!” Dat laatste wijst op een ander hoofdprogramma.

Ik zal hier de programma’s niet uitvoerig analyseren volgens deze vier fasen, maar noteer wel steeds in een formule wie of wat destinator is, wie subject van handelen, subject van toestand is en wat het object is dat waarden in zich draagt.

4.1.2 De programma’s

Het verhaal wordt gekenmerkt door twee overkoepelende narratieve programma’s, een van de (reguliere) zorg en een van de strijd. Het programma van de strijd heeft als hulpprogramma’s verdediging, scheiding, reorganisatie en ondersteuning. De zorg wordt uitgevoerd met behulp van de hulpprogramma’s scheiding, verbinding en ondersteuning. De scheiding in de zorg wordt onmiddellijk gevolgd door een verbinding, en de ondersteuning zal blijken een iets ander karakter te hebben: in de strijd staat de ondersteuning in het perspectief van controle, in de zorg staat de controle in het perspectief van de ondersteuning. Zorgmedewerkers blijken pas positief op controle te reageren als zij beseffen dat die er is om hen te ondersteunen (3 en 5 april: ‘mensen begrepen ineens...’).

Het verhaal begint met een programma van verdediging, en wordt vooral als hulpprogramma ter sprake gebracht in de strijd tegen het virus. Eigenlijk heeft dit met de zorg niets te maken. Het programma heeft de vorm van een ruil, waar het ene object, valse informatie, ingeruild wordt tegen het andere object, echte informatie. Om de formule te leren kennen: subject (S) was verbonden met het ene object ($S \cap O_1$), maar wordt ervan gescheiden ($S \cup O_1$) & subject was gescheiden van het andere object ($S \cup O_2$), maar wordt ermee verbonden ($S \cap O_2$). Eerste destinator is gemeenschappelijk, namelijk de coronacrisis, die de samenleving doet hongeren naar informatie. De tweede destinator is de media die valse informatie verspreidt. Waarom zij dat doet, of met andere woorden, wat haar bedoelde programma is, blijft in dit verhaal onduidelijk. Het blijkt dat de tegenstander geen middel onbenut laat om de macht over de informatie in handen te krijgen: ‘Sommigen zeggen

zelfs dat ze medewerker van het ziekenhuis zijn om hun boodschap geloofwaardiger te maken.’

$$\text{Dr}_{\text{corona}} \Rightarrow \text{Dr}_{\text{sociale media}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{communicatieafdeling}} \Rightarrow \\ [(O_{\text{desinformatie}} \wedge S_{\text{samenleving}} \cup O_{\text{informatie}}) \rightarrow (O_1 \cup S \wedge O_2)]$$

(de handeling is: subject wordt gescheiden van desinformatie & verbonden met informatie)

Een tweede hulpprogramma is dat van de scheiding. Het is een hulpprogramma bij de zorg, en is in veel artikelen terug te vinden. De patiënt wordt gescheiden van de samenleving, en verbonden met een geïsoleerde plek in het ziekenhuis. Welke plek dat is, is afhankelijk van de aanwezigheid van het virus dat moet worden geïsoleerd. De scheiding in de zorg is niet definitief, maar wordt gevolgd door een hulpprogramma van verbinding. Een enkele keer is de scheiding een hulpprogramma van de strijd, namelijk als een gezwel definitief wordt verwijderd (18 april).

$$\text{Dr}_{\text{corona}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{ziekenhuis}} \Rightarrow [(O_{\text{samenleving}} \wedge S_{\text{patiënt/virus}} \cup O_{\text{geïsoleerde plek}}) \rightarrow \\ (O_1 \cup S \wedge O_2)]$$

(de patiënt en het virus worden gescheiden van de samenleving en verbonden met een geïsoleerde plek)

Het hulpprogramma van de reorganisatie is vooral verbonden met de strijd, waarbij woorden als crisis, tactisch, energiek en dreiging vallen. Reorganisatie is een reactie op de crisissituatie en heeft de vorm van een ruil. Reguliere functies van medewerkers worden ingeruild voor andere functies, nodig in deze crisissituatie. Ook ruimtes krijgen een andere functie, en zelfs reguliere patiënten worden ingewisseld tegen coronapatiënten; in feite verdrijft de tweede groep de eerste. Dit inwisselen kan rekenen op een negatieve evaluatie: ‘wraag’. Deze negatieve evaluatie lijkt gericht op de benadering van patiënten in dit programma alsof zij objecten zijn. De neiging tot objectivering van de patiënt is de zorg niet vreemd, zeker als de patiënt – ‘worstenbroodje’ – in coma ligt en op geen enkele wijze mee kan werken (26 maart). Maar deze neiging wordt door de zorgmedewerkers onmiddellijk tegengewerkt, niet alleen in negatieve oordelen maar ook daadwerkelijk door de patiënten zoveel mogelijk – tot in het uiterste, zoals bij het loslaten van de overleden patiënten (21 april) – als subjecten te benaderen. Maar ook als de patiënten als subjecten

worden benaderd blijft de negatieve evaluatie van de reorganisatie door de zorgmedewerkers klinken. Misschien niet zozeer vanwege de ‘objectivering,’ die met humor ontkracht kan worden, als wel de consequentie dat reguliere patiënten de zorg onthouden wordt. In dit deel van het grotere verhaal worden meer woorden en waarden uit het programma van de zorg gebruikt: menselijk, zorgvuldig, vredig.

$$\text{Dr}_{\text{corona}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{ziekenhuis}} \Rightarrow [(S_{\text{reguliere patiënt}} \wedge O_{\text{zorg}} \vee S_{\text{coronapatiënt}}) \rightarrow (S_1 \vee O \wedge S_2)]$$

(de zorg wordt gescheiden van de reguliere en verbonden met de coronapatiënt)

De beweging van de strijd naar de zorg wordt bevestigd in het hulpprogramma van de verbinding. De overgang wordt narratief voorbereid in de ruil door de medewerker die zich over de overledenen ontfermt (21 april). Als de strijd gestreden is, is het nodig om afscheid te nemen en zichzelf als zorgmedewerker te verbinden met de aanvaarding van de dood. In het artikel van 21 april is nog sprake van een ruil, het programma van de verbinding verschijnt in het grote verhaal als een vorm van delen. De verbinding wordt psychologisch ingezet door de negatieve evaluatie van de zorgmedewerkers, als zij aan den lijve ondervinden dat hun zorg noodzakelijkerwijs gebrekkig is. De scheiding en de reorganisatie leggen narratieve relaties bloot die in de zorg oneigenlijk zijn: de patiënt is geen object, de communicatie kan niet over de telefoon, de arts kan geen vertrouwen uitstralen, niet de camera’s maar de naasten horen toegang te hebben tot de patiënten. Op dat moment zetten de zorgmedewerkers, gedreven door de zorg als houding en gedrag, een programma van verbinding in waarin een object (realiteit, kennis, zorg, verhaal) tussen het gevend subject en het ontvangend subject wordt gedeeld. Verbinding is geen ruil, maar een delen. Misschien komt dit programma wel het meest pregnant naar voren in het artikel van 10 april, waarin een verpleegkundige voorzichtig de tanden poetst van een comateuze patiënt en zo de patiënt de gelegenheid biedt de crisissituatie te verbinden met het gewone leven. Het gebaar is die verbinding.

$$\text{Dr}_{\text{zorg}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{verpleegkundige}} \Rightarrow [(O_{\text{crisis}} \wedge S_{\text{patiënt}} \vee O_{\text{leven}}) \rightarrow (O_1 \wedge S \wedge O_2)]$$

(de patiënt blijft verbonden met de crisis maar wordt ook verbonden met het leven)

Het *hoofdprogramma* is echter, zoals gezegd, het met elkaar delen van dit ‘leven-in-crisis’ (O). En dat delen is een gezamenlijke activiteit.

$$\text{Dr}_{\text{zorg}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{medewerkers}} \Rightarrow [(S_{\text{zich}} \cap O_{\text{leven-in-crisis}} \cup S_{\text{elkaar}}) \rightarrow (S_1 \cap O \cap S_2)]$$

(de medewerkers delen het leven in crisis, waarmee ze zich individueel verbonden hadden, met elkaar)

Ten slotte wil ik nog een vierde hulpprogramma beschrijven, namelijk dat van de ondersteuning die in twee verschillende gestalten verschijnt: als ondersteuning en controle. De ondersteuning van het personeel is spontaan ingezet op 22 maart door verpleegkundigen die vanwege de reorganisatie thuis waren komen te zitten: zij regelden kinderopvang voor de zorgmedewerkers die juist wel erg nodig waren in de strijd tegen het virus. Op 31 maart werd duidelijk dat er onder de zorgmedewerkers nood is aan zorg voor zichzelf. Het werpt de vraag op waar zorgmedewerkers hun competentie vandaan halen, behalve dan van hun opleiding en ervaring. Zij moeten met hun eigen zorg bij iemand aankloppen. De oplossing is merkwaardig, maar misschien wel eigen aan de wereld van de zorg: zij kloppen bij elkaar aan, peer support onder zorgmedewerkers, die immers dé specialisten in de zorg zijn. Het programma van de directeur om peer support te organiseren heeft de vorm van een ruil: het gaat om de bestrijding van de dreiging van PTSS onder het personeel. De andere programma’s hebben meer het karakter van ondersteuning, hoewel het niet vrij van bestrijding of vermijding is. De meest voorkomende vorm is er een van verbinding:

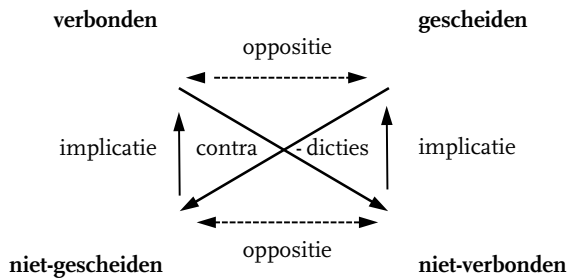
$$\text{Dr}_{\text{corona}} \Rightarrow \text{Dr}_{\text{zorg}} \Rightarrow \text{Sh}_{\text{controleurs}} \Rightarrow [(S_{\text{personeel}} \cup O_{\text{ondersteuning}}) \rightarrow (S \cap O)]$$

(controleurs verbinden het personeel met ondersteuning)

4.2 *Narratieve semantiek*

4.2.1 *Inleiding*

Een narratieve handeling realiseert waarden. Deze waarden zijn door het verhaal geïnvesteerd in objecten, en vervolgens verbonden met subjecten. In hun virtuele bestaan, dus wanneer ze (nog) niet in een object zijn geïnvesteerd, bestaan waarden slechts in onderlinge relaties tussen tegenstellingen, contradicties en implicaties (zie schema). Zo zijn bijvoorbeeld de waarden /verbonden/ vs /gescheiden/ in de virtualiteit als volgt geordend.



In de virtuele realiteit bestaat een waarde slechts binnen de relaties van een axiologie. De axiologie is geconstrueerd door fundamentele semiotische relaties van oppositie, contradictie en implicatie. Zo bestaat de waarde /verbonden/ virtueel slechts in relatie tot zijn tegengestelde: /gescheiden/, in relatie tot zijn ontkenning /niet-verbonden/ en /niet-gescheiden/ en in de implicaties van /niet-verbonden/, namelijk /gescheiden/ en /niet-gescheiden/, namelijk /verbonden/.

Als de waarden geïnvesteerd worden in een object, dan krijgen ze een actuele bestaanswijze. Dan krijg je bijvoorbeeld een verbondenheid die herkenbaar is in een samenleving of een gescheidenheid die herkenbaar is in een verlaten plek. Om echter te worden gerealiseerd moeten de waardeobjecten vervolgens verbonden worden met een subject van toestand, zoals verbondenheid pas werkelijk is als iemand die verbondenheid ook herkent en zich er als zodanig mee verbindt. Andersom betekent dit ook dat een subject dat wordt gescheiden van een waardeobject, ook die waarde verliest. Dan wordt in dit voorbeeld de verbondenheid van de samenleving ook niet meer herkend. De waarde heeft dan weer een actuele bestaanswijze.

Dit fundamentele semiotische gegeven roept de vraag op of de terugkomst van genezen patiënten voor een controlegesprek (4.30) niet meer is dan alleen een willen weten van de kant van de arts; in dat gesprek verbindt de patiënt zich uitdrukkelijk met zijn of haar genezen staat. De arts kan iemand uit het ziekenhuis ontslaan, maar de waarde /gezond/ is pas reëel als de (ex-)patiënt zich ermee verbonden heeft.

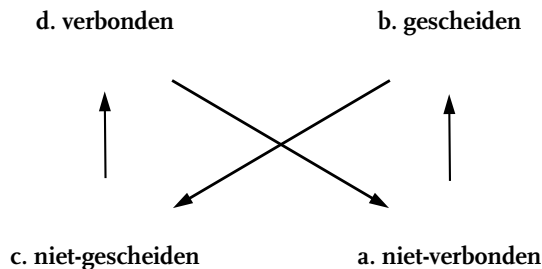
4.2.2 De waarden in dit verhaal

De waarden die in het grote verhaal zijn gerealiseerd zijn natuurlijk legio. Om te kunnen besluiten welke waarden een rode draad door het hele verhaal maken (isotopieën), moeten we de discursieve thematisatie in het licht van de narratieve syntaxis beschouwen. De narratieve syntaxis laat vooral hulpprogramma's zien, maar de thematische isotopie van de verbinding – als

het herstel van de mens in zijn menselijkheid – kan worden beschouwd als het programma waar het uiteindelijk allemaal om draait. Het isoleren van de patiënt en het virus draait uiteindelijk om het terugbrengen van de mens in zijn eigen kracht, het aanspreken van de comateuze patiënt draait om het verbinden van de mens met zijn eigen huiselijkheid, zelfs het loslaten van de overleden patiënt (21 april) is een erkenning van de dood als eigen aan het menselijk bestaan, en ten slotte verbindt dit alles de zorgverlener ook weer met zichzelf en met de schoonheid van het leven. Die verbinding was ruw verstoord door de coronacrisis, vooral vanwege zijn ongekennde besmettelijkheid en de onmiddellijke reactie van rigoureuze scheiding en isolatie. Maar in het verhaal wordt die verbinding hersteld.

Concluderend zijn dit de fundamentele operaties van het grote verhaal van de eerste golf, zoals verschenen in *de Volkskrant* van 16 maart tot 6 mei 2021.

- a. Er wordt beschreven hoe mensen het ziekenhuis binnenkomen: zij zijn al niet meer verbonden met hun huiselijke situatie en worden aan de ingang gescheiden (van hun familie, maar ook van elkaar).
- b. In het ziekenhuis zijn deze mensen strikt gescheiden. Ook de zorgmedewerkers met hun beschermende kleding en gedrag houden de strikte scheiding in stand. De familie mag niet op bezoek komen. Tot nadat ze zijn overleden blijven de patiënten geïsoleerd.
- c. Beginnend met een negatieve evaluatie dat dit wellicht noodzakelijk, maar toch geen goede zorg is, ontkennen de zorgmedewerkers de scheiding en zoeken zij verbindingen middels foto's, verhalen, gebaren.
- d. Ten slotte genezen veel patiënten en keren zij terug naar het huiselijke leven. Dit wordt bevestigd door hun terugkeer op controle.



5 Conclusie

Geïnspireerd door de vraag ‘what it is good to be’ als ‘source of the self’ van Charles Taylor wil ik de vraag naar de spiritualiteit van de zorg, die zoekt naar persoonlijke betekenisvormgeving waarin het zelf tot gestalte komt in zijn betrokkenheid op de ander of het andere, opnieuw stellen in het licht van de vraag naar het goede leven. Volgens Alasdair MacIntyre kunnen we de vraag naar het goede in de zorg vinden in de praktijk van de zorg. Iemand die zorgt, weet al doende en proefondervindelijk wat goede zorg is. Omdat goede zorg pregnanter naar voren komt in tijden van crisis enerzijds en in het verhaal van die praktijk anderzijds heb ik een artikelenreeks van Willem Feenstra over de eerste golf van de coronacrisis geanalyseerd op de kernwaarde van de zorgpraktijk, en hoe die kernwaarde gerealiseerd werd.

De analyse betrof niet alleen het verhaal zelf, maar ook de wijze waarop het werd gepresenteerd. Het verhaal werd gepresenteerd als een esthetische vormgeving van een historisch gebeuren. De esthetische vormgeving maakt een bepaalde waarneming mogelijk, waarbij de waarden sterker naar voren komen. Het verhaal zelf werd geanalyseerd volgens de stappen van het generatief traject, waarbij de beschrijving van de handeling begint op het niveau van de presentatie (enunciatie) om daarna dieper in te gaan op de discursieve en narratieve structuren en processen.

De analyse maakt duidelijk dat er verschillende verhaallijnen zijn, namelijk in de isotopieën van crisis, strijd en zorg. De eerste respons op de crisis is dat er scheidingen worden aangebracht. De strijd wil de crisis als probleem oplossen, dat wil zeggen verwijderen. De zorg neemt deze strategie aanvankelijk over: de zorg trekt zich terug in de beslotenheid, het virus en de door het virus besmette patiënt worden strikt afgezonderd. Maar uiteindelijk neemt het programma van de verbinding, dat de vorm van delen heeft, de overhand: de crisis verdwijnt niet, maar wordt verbonden met het leven, en dit nieuwe leven-verbonden-met-de-crisis wordt gedeeld door allen met elkaar. Het ziekenhuis gaat daarmee ook weer open. De kernwaarde die ik uiteindelijk vond was de tegenstelling /verbondenheid/ vs /gescheidenheid/. De fundamentele operaties die tijdens de coronacrisis gemaakt zijn, leiden tot het herstel van de verbondenheid.

De narratieve benadering die ik hier gepresenteerd heb, kan geen aanspraak maken op ‘evidence-based’ conclusies. Wat ik hier presenteer blijft een interpretatie. Het is echter wel een interpretatie die gebaseerd is op een navolgbare en bekritiseerbare analyse. Ik kan stellen dat dit de hoofdlijn van de zorgpraktijk is, zoals beschreven door Willem Feenstra. Verbondenheid is

een kenmerk van het goede in de zorg, en wijst door middel van de praktijk van de zorg naar het goede leven. Zorg is uiteindelijk geen strijd: de zorg zelf is niet uit op het vernietigen van de ziekte, maar op de verbinding van de mens met het leven waar ziekte deel van uitmaakt. Goede zorg is, met een verwijzing naar Joan Tronto, het herstellen van deze verbinding om, met alle strijd en zorg die daar bij hoort, goed te leven. Dit perspectief op het goede leven vormt de achtergrond van iedere vraag in de zorg wat goed is om te doen. De spirituele vraag naar ‘well-being’, ‘coping’, ‘quality of life’ en zelfs ‘health’ van de individuele patiënt krijgt hiermee een andere invulling: leven in verbondenheid, ook als dat leven eindig blijkt.

Noot

- 1 De analyse van de artikelen is te vinden op <http://www.franciscaans-studiecentrum.nl/analyse-bericht-uit-amphia-ziekenhuis.pdf>.

Literatuur

- Greimas, Algirdas Julien, en Joseph Courtés. 1979, 1986. *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*. Tome 1 & 2. Paris: Hachette.
- MacIntyre, Alasdair. 2007. *After Virtue: A Study in Moral Theory*. Indiana: Notre Dame.
- Speelman, Willem Marie. 2020. Dialogische ruimte: een narratieve benadering van de spiritualiteit in de zorg. In *De hardnekkige aanwezigheid van het christendom*, geredigeerd door Samuel Goyvaerts, Kees de Groot, en Jos Pieper, 116-35. Almere: Parthenon.
- Taylor, Charles. 1989. *Sources of the Self: The Making of the Modern Identity*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Tronto, Joan. 1993. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Vuyk, Kees. 1992. *De esthetisering van het wereldbeeld. Over filosofie en kunst*. Kampen: Kok Agora.
- Waaijman, Kees. 2001. *Spiritualiteit. Vormen, grondslagen, methoden*. Kampen: Kok.