

# Presentie

## Studiebijeenkomst 24 oktober 2008, Praktische wijsheid in de zorg

*Verslag samengesteld door Wim van Kessel.*

*Foto's: Jan Jans (UvT)*

### Introductie

Karin Runia, medewerkster van de Stichting Presentie, opent de studiebijeenkomst over 'tacit knowledge' in de zorg, taciete of stilzwijgende kennis, ofwel praktische wijsheid. Dit seminar wordt georganiseerd door de Stichting Presentie samen met de leerstoel Christelijke Ethiek en Spiritualiteit van de Universiteit van Tilburg. Deze gezamenlijk organisatie maakt duidelijk dat het om een bijzondere bijeenkomst gaat. Aansluitend zijn de inaugurele redes van Frans Vosman, hoogleraar christelijke ethiek en spiritualiteit, en van Andries Baart, bijzonder hoogleraar presentie en zorg. Deze beide redes, de dubbel-oratie, staan ook in het teken van praktische wijsheid. Beide heren zijn hier en nu aanwezig en zullen een bijdrage leveren aan dit seminar. De deelnemers aan deze studiebijeenkomst zijn ook uitgenodigd om - goed opgewarmd - bij het uitspreken van de redes aanwezig te zijn.



De netwerk-leden van de Stichting Presentie zijn professionals uit verscheidene werkvelden, met name zorg, welzijn en pastoraat. De aanwezigen in de zaal werken in een ziekenhuis, bij een woningcorporatie, in de thuiszorg of maatschappelijke dienstverlening, als pastoraal werker of buurtwerker, in de jeugdzorg of in het beroepsonderwijs. Het onderwerp vandaag is praktische wijsheid in de zorg, het accent ligt dus bij de zorg en zorgverlening. In de discussie willen we het thema graag verbreden naar uw eigen ervaring: vanuit de praktijk weet je vaak wat goed is om te doen.

Er zijn twee uitgangspunten, die we vooraf willen delen. Het eerste is dat we allemaal ‘te raken’ zijn: kwetsbaarheid is niet voorbehouden aan patiënten. Er is geen wij – zij, in dit opzicht. Als je ziek bent of gehandicapt bent, heb je wel extra kwetsbaarheid. Goede, wijze zorgverleners proberen daar rekening mee te houden. Het tweede uitgangspunt: zorgverleners zijn kenniswerkers, ze leveren diensten die bij de patiënt past en putten daarvoor uit allerlei kennisbronnen, zoals vakkennis, behandel-protocol, herinnering, cultuur en persoonlijke waarden.

De kernvraag van deze middag is: waarmee doet iemand die werkt onder moeilijke omstandigheden, en daarvan is in de zorg bijna altijd sprake, de goede en verstandige dingen? Wat maakt iemand praktisch wijs? En wat heeft de patiënt daar aan en de organisatie? Wat is nodig om vanuit praktische wijsheid zo te werken? Kortom, misschien kunnen we onze stilzwijgende kennis iets meer laten spreken.

Welk programma volgen we? Allereerst zullen Andries Baart en Frans Vosman iets zeggen over praktische wijsheid, een korte inleiding als opwarmertje. Vervolgens gaan we kijken naar filmfragmenten, die zijn bedoeld als illustraties, als voorbeelden uit de zorgpraktijk. Na elk fragment stel ik eerst enkele vragen aan drie speciale gasten in het forum. Deze gasten zijn uitgenodigd om ieder voor zich te reageren op wat ze zien en herkennen in de filmpjes en daarbij de persoonlijke ervaring in te brengen. Deze gasten zijn

- Mevr. Caroline Vos, oncologisch gynaecoloog in het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.
- Mevr. Jacqueline Kool, adviseur en publicist op het terrein van levensbeschouwing en gezondheidsvraagstukken in Utrecht; zij zal met name het patiëntperspectief inbrengen.
- Dhr. Joost Lombarts, vanaf 1981 huisarts in Tilburg, sinds dit jaar lid van een groepspraktijk.

Daarna gaan we over naar de zaal, ook met de vraag wat er gebeurt in de filmfragmenten, wat neem je waar, hoe beoordeel je dat, is het wijs? Hierbij krijg ik hulp van Anne Goossensen, lector Verslavingszorg bij InHolland en onderzoeker bij het iBMG van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Aan het eind van de discussie pakken we lijnen weer samen; Andries Baart zal dit doen.

## Het thema: praktische wijsheid.

Het lijkt ons goed om, voordat we er op los gaan, het onderwerp, taciete kennis / praktische wijsheid, nog wat toe te lichten. Taciete kennis gaat over kennis. Kennis moet u hierbij opvatten als een breed begrip: kennis is de basis van vaardigheden, van waarnemen, van interpreteren (dit is dát, maar niet dát; dit is erg, of niet erg). Je moet dus niet perse denken aan boekenkennis. We nemen het begrip breed: de structuur van het waarnemen, luisteren, observeren, duiden, andere vaardigheden. Soms komt kennis uit boeken, maar vaak ook uit ervaringen, het is cultuur, het staat in de krant. Kennis heeft dus veel bronnen. Kennis is een alledaags ding, niet iets exclusiefs. Immers aan bijna alles wat we doen ligt kennis, in deze betekenis, ten grondslag.

Wanneer we het verder hebben over taciete kennis, dan betekent het woord tacieta ‘stil, stilzwijgend’. Wat is dan stille kennis? In uitstekende literatuur spreekt men hierover om aan te duiden dat mensen allerlei kennis bij zich hebben die ze niet zo gemakkelijk onder woorden kunnen brengen. Dit is te illustreren aan de hand van enkele voor de hand liggende voorbeelden. Ik kan traplopen, zoals bijna iedereen, maar om dat te kunnen doen moet je allerlei kennis en vaardigheden hebben. Als je precies moet omschrijven wat we dan doen en wat ervoor nodig is, dan hebben we het moeilijk: hoe beweeg je, hoe zet je je voeten, verplaats je je zwaartepunt en houd je balans. We kunnen dat en weten het gewoon, we kunnen het succesvol. Maar uitleggen wat we doen valt helmaal niet mee. Een voorbeeld uit de zorg kan worden ontleend aan een project in Almere, waar we dakloze jongeren opvangen.

Vaak is er met die jongeren het nodige aan de hand, getraumatiseerd, vaak hebben ze een psychiatrische indicatie, gedragsproblemen, etcetera. We zien dan werkers, die kijken naar deze jongeren en weten ‘nu moet ik er af blijven, nu moet ik niets doen’; en ze weten ook dat ze het één minuut later juist wel moeten doen, moeten inhaken. Als je dan vraagt “hoe weet u dat nu, welke theorie past u toe?”, is meestal het antwoord: dat weet ik niet, dat doe ik zo. Dat is stilzwijgende kennis in de zorg: je weet wat je moet doen, dat je tot hier kunt gaan.

Ons interesseert stilzwijgende kennis. Die is heel essentieel. In de oratie leggen we uit hoe belangrijk die is. Je voelt wel dat dit zo is, omdat die kennis ons helpt te bepalen wát we moeten doen en hóe we het moeten doen. Het is een kennisbron die je bij je hebt. Het gaat niet over deftige beslissingen, maar over alledaagse dingen die je goed wilt doen.

Tenslotte: als er zoiets is als stille kennis, wat is dan de verhouding tussen die stille kennis en expliciete kennis, die in protocollen zit, in boeken staat en in regels zit. Er zijn dus twee soorten kennis. Al die uitdrukkelijk verwoorde, gecodificeerde, in boeken opgeslagen, overdraagbare dingen. Hoe ligt de verhouding met de stille kennis. We hebben het erover, omdat deze spannende vraag ons enorm bezig houdt: wat heeft een goede zorgverlener nodig aan kennis om goede zorg te kunnen verlenen?

Frans Vosman was enkele dagen geleden in het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Hij sprak er met een kei van een verpleegkundige. Aan de hand van wat zij vertelde, probeert hij uit te leggen wat stille morele kennis is. De verpleegkundige vertelde spontaan enkele casussen achter elkaar. Ze had een man, leeftijd achter in de zestig, op de afdeling gehad vanwege flinke geheugenproblemen. De zorgmolen kwam op gang en men was tot het oordeel gekomen dat deze man overgeplaatst moest worden naar een tussenvoorziening en uiteindelijk opgenomen in het verpleeghuis. De verpleegkundige vertelde: op een geven moment dacht ik “Het is een boer! Deze man is zijn hele leven lang agrariër, boer, geweest en heeft over zijn erf gelopen. Hij heeft nog een vrouw die op de boerderij woont en er ook niet zo best aan toe is. Deze man zou bij ons in een tussenvoorziening moeten en daarna ook nog eens een keer naar een verpleeghuis?” Dit is een mooi voorbeeld van stille morele kennis, omdat je twee dingen ziet gebeuren: deze verpleegkundige weet te laveren tussen generieke kennis en specifieke kennis. Generiek morele kennis: iedereen heeft het recht om op de beste plek terecht te komen waar je maar terecht kunt komen. Specifieke kennis: wie is deze patiënt, waar komt hij vandaan, wat is zijn context? Hij vroeg haar dan ook: hoe kom je daar nou op, om te bedenken dat deze man boer is, dus bij het bedenken van een oplossing moet het in die richting liggen? Die vraag was voor haar niet te beantwoorden. Ook de vraag of ze over dit soort kwesties met elkaar overleggen, werd wel bevestigd maar zonder dat ze dit nader kon specificeren. Wat deze verpleegkundige ook nog wist te doen, naast het laveren tussen generieke en specifiek kennis, is afstemmen op de vraag wat mensen zelf willen. Deze stille morele kennis heeft te maken met raakbaarheid, geraakt worden door zo’n man in zijn situatie en tot het morele oordeel komen “och-arm, dat gaan we toch niet doen, die man in een verpleeghuis terecht laten komen, dat wordt zijn dood; dat zou je zelf toch ook niet willen”. Ze wist te overwegen ‘ik ben nu wel de kundige en machtige verpleegkundige, maar ik sta er niet zover vanaf, het zou mij ook kunnen overkomen’. Dit heeft niet zozeer te maken met mensen er op wijzen waarop zij in hun autonomie recht hebben en goed mee af zijn, als wel er gevoelig voor zijn van welk kwaad (de rest van je leven opgesloten zitten) je weg wilt.

## Filmfragment 1

uit NCRV-documentaire Kruispost over een huisartsenpraktijk op de Amsterdamse Wallen, waar artsen op vrijwillige basis werken voor daklozen, drugsverslaafden, illegalen en voor mensen die op de reguliere zorg geen beroep kunnen doen, meestal omdat ze geen zorgverzekering hebben. Het

fragment gaat over Peter, die zich ziek voelt en leukemie blijkt te hebben. Hoe gaan de artsen met deze situatie om. De vraag aan u is: wat neemt u waar, wat gebeurt hier en hoe beoordeelt u dit, wat is hier wijs, of niet?



## Reacties

Zoals afgesproken eerst enkele reacties van de gasten in het forum. Allereerst een vraag aan de huisarts, ook bij u in de praktijk komen mensen binnenlopen zoals in de film te zien is. Wat valt u op aan de dokter in de film die Peter onderzoekt. Wat doet ze?

Ze probeert continu haar ideeën te toetsen. Hierbij confronteert ze de patiënt met haar gedachten, zich tegelijkertijd afvragend of die zich bewust is van de ernst van de situatie, om vervolgens de patiënt daarvan te overtuigen. Ze moet binnen de beperkingen van het niet-verzekerd zijn verstandig handelen en het zo goedkoop mogelijk houden om het beeld van de patiënt rond te krijgen. Eigenlijk zou ze meer willen doen, uitgebreid onderzoek, maar die beperkingen maken dit onmogelijk. Als dokter ben je adviseur van de patiënt, het gaat om hem, hij moet verder met zijn leven en zijn ziekte, daarin keuzes maken op basis van goede informatie. Je rekent het tot je verantwoordelijkheid om voor die goede informatie te zorgen, ook als de patiënt het misschien niet wil weten en hij zich in een situatie bevindt – door zijn niet-verzekerd zijn – waardoor niet het hele medische arsenaal beschikbaar kan zijn. Daarmee zie je de arts worstelen.

Caroline Vos merkt op dat de omstandigheid dat iemand niet verzekerd is, voor deze dokter waarschijnlijk een normaal terugkerend gegeven is. Dit is eigenlijk pas van belang bij het kiezen van een oplossingsstrategie, waarbij je dan met die beperking geconfronteerd wordt. Primair wil je als dokter weten wat er aan de hand is, voordat je over oplossen kunt gaan nadenken. Wat je hoort is een spraakverwarring over het woord 'ziek'. De dokter bedoelt hiermee dat Peter naar haar medische oordeel een ernstige ziekte onder de leden heeft, terwijl Peter wil zeggen dat hij zich niet extra beroerd voelt binnen zijn leefomstandigheden.

Jacqueline Kool ziet zowel de betrokkenheid en de nabijheid van de dokter (ze pakt hem vast als hij dreigt te vallen), maar ook de afstand wanneer ze haar collega erbij vraagt. Dit uit zich door de patiënt in zijn blootje, alleen een slip, te laten zitten, waar het ook mogelijk is hem even een shirt te laten aantrekken wanneer ze haar collega haalt.



In het filmfragment zie je dat de collega-arts snel een witte jas aantrekt en vraagt of ze ook een stethoscoop moet meebrengen. Waarschijnlijk gebeurt dit vanwege de gemaakte afspraak om in direct patiëntcontact altijd een witte jas – met lange mouwen- te dragen, om hierdoor duidelijke herkenbaarheid te creëren. Zo bestaan er ook conventies rond het dragen van de stethoscoop. Dit zijn gedragscodes die proberen te matchen met de verwachtingen van patiënten; hierover zijn uitgebreide enquêtes gehouden.

Aan het slot van het filmfragment belt de dokter de patiënt op om te vragen hoe het met hem gaat en of hij nog van zich wil laten horen. In de gewone praktijk is er vaak een drempel om dit te doen, tenzij het om een heel duidelijke reden is afgesproken. Dan wordt het heel erg gewaardeerd. In de eerstelijnszorg deed de huisarts voorheen alles zelf; je gaat echter steeds meer naar hulpverlenend personeel, die dit soort taken op zich neemt. Functionele specialisatie leidt dan tot een verlies, dat bewaakt moet worden. Vanuit het patiëntenperspectief wordt spontane belangstelling van de (huis-) arts buitengewoon gewaardeerd. In drukke zorgpraktijken is deze zorgzaamheid echter nauwelijks te realiseren.

### Anne Goossensen gaat de zaal betrekken bij het gesprek.



We zijn op zoek naar ‘stille kennis’: wat is dat eigenlijk? Was er in het filmpje praktische wijsheid te zien, heeft u het herkend, wat was het dat u op het spoor zette? Herkent u zoiets in uw eigen omgeving waar u werkt?

Bij het zoeken naar taciete kennis gaat het (mogelijk) om datgene wat moeilijk onder woorden te brengen is. Ligt dan de nadruk op de patiënt, die het moeilijk onder woorden kan brengen, of op de hulpverlener die bronnen van kennis inzet waarover ook moeilijk te reflecteren is omdat het deels onbewust of ongemerkt gebeurt?

Een deelnemer werd geraakt door een fragment in de film waarin de patiënt een zelfoordeel onder woorden brengt (‘ik ben een klootzak’) waar de arts niet op reageerde. Getuigt het van praktische wijsheid om hier mogelijk wel op te reageren of getuigt het van praktische wijsheid om er het zwijgen toe te doen. Je kunt zo’n opmerking beoordelen als iets met een achterliggende vraag; het raakt dan de snaar van de taciete kennis, alsof het een sleutel is – in deze situatie – waarmee je een deur kunt open krijgen. We zoeken naar de betekenis van de snaar, die in trilling wordt gebracht door iets wat je triggert. Misschien is taciete kennis iets waardoor je geraakt wordt en in staat bent aan de ander een respons te geven om zijn wezen bloot te leggen. Dan is taciete kennis iets anders dan een interne respons die je laat zeggen “ach, gos!” en je meteen laat doorslaan in een overnemende en verzorgende rol.

Duidelijk blijkt dat kennis, ook taciete kennis, maakt dat je ziet wat je ziet. Opgebouwd inzicht, in de praktijk gevormde wijsheid, via allerlei kanalen ontwikkeld, welke rol speelt die; hoe krijg je daar een vinger achter?

Jacqueline Kool merkt op dat je de situatie van deze opmerking (‘ik ben een klootzak’) ook anders kunt zien, als een afdoening op de vragen/opmerkingen over het niet-verzekerd zijn van Peter en het verwachte oordeel (van de keurige zorgsector) over het niet op orde hebben van zijn zaken/leven.

Doordat de arts er vervolgens niet op ingaat laat ze merken deze situatie wel gewend te zijn en er geen oordeel over te hebben; dat kun je ook zien als praktische wijsheid. Er zijn ook andere voorbeelden van taciete kennis aan te wijzen: de patiënt vastpakken als hij wankelt, het telefoontje om contact te houden, de directe wijze van communiceren met deze patiënt c.q. dit soort mensen. Het is wel buitengewoon lastig om deze taciete kennis helder te benoemen; wellicht is het gewoon de ervaring dat zo'n ziek iemand serieuze evenwichtsproblemen heeft en je moet ingrijpen wanneer die zich manifesteren. Het telefoontje kan worden opgevat als een uitnodiging om niet weer zo lang te wachten om op het spreekuur te komen als hij zich slechter voelt. De taciete kennis is dan dat deze meneer een zorgwekkende zorg-mijder is die zo lang mogelijk het medisch circuit zal ontlopen. Door hem expliciet uit te nodigen geeft de arts blijk van praktische wijsheid.

Praktische wijsheid is ook, zo vult een neuroloog uit de zaal aan, om als arts te balans te vinden tussen weten wat er medisch aan de hand is (ernst van de ziekte) en inzicht krijgen in hoe de patiënt met zijn situatie/ziekte wenst om te gaan. Hoe je onder druk (je hebt maar beperkte tijd en mogelijkheden) met deze balans omgaat, geeft blijk van praktische wijsheid.



Frans Vosman stelt dat taciete kennis te maken heeft met het ambacht, hoe vaklui te werk gaan. Zij hebben hun eigen manier van doen, willen dingen op een bepaalde manier weten, bijvoorbeeld de diagnose stellen volgens de regelen der kunst. Het is belangrijk om die combinatie te zien: het vak en de stille kennis die dáárbij hoort. Het gaat dus niet om alleen maar iets als menselijkheid, maar om kennis die bij het vak hoort.

Caroline Vos geeft als voorbeeld dat zij haar vak als gynaecoloog alleen maar kan uitoefenen wanneer ze beschikt over een anamnese waardoor voor haar de context duidelijk wordt. De (aanvullende) informatie van andere artsen, die via de computer beschikbaar is, is ontoereikend om haar vak uit te oefenen. Het gestructureerde verhaal van de patiënte is wezenlijk. De coassistent kan wel helpen om binnen deze structuur dat verhaal boven tafel te krijgen. Wanneer de patiënt deze werkwijze niet direct begrijpt en hierdoor geïrriteerd raakt, moet je het goed uitleggen.

Taciete kennis is dan, zo merkt iemand in de zaal op, hoe je blijft reageren op de patiënt, 'naar de bal blijft kijken', dat je contact houdt, hem niet kwijt raakt. Daarmee geef je er blijk van dat een directe werkhouding en wijze van communiceren op grond van vakkennis en praktische wijsheid bij je past, een deel van jezelf is geworden.

## Filmfragment 2, Neonatologie UMCG.

Een fragment uit een Humanitas-documentaire. Het fragment laat een pasgeboren meisje zien, veel te vroeg geboren, met 26 weken. De artsen proberen direct na de geboorte haar leven te redden, maar ze overlijdt. De vader van het meisje is er vlak bij. We laten het u zien, en vragen u te focussen op de verschillende soorten kennis van de hulpverleners, van waaruit ze handelen.

Je ervaart de gebeurtenissen in dit filmpje als buitengewoon aangrijpend; het is invoelbaar waarom de arts aan het eind een diepe zucht slaakt. Wanneer we de overgang maken vanuit dit filmfragment naar het gesprek van vandaag, dan is het geraakt worden misschien wel vooral hetgeen we zien.

Caroline Vos vult hierbij aan dat ze enkele van de mensen in de documentaire heel goed kent en daarom weet dat de weergave volstrekt naturel is. “Ik herken de gebeurtenissen, waarbij ik inschat dat men wel een moeilijke situatie verwachtte maar niet dat het kind er zo slecht aan toe was als uiteindelijk het geval was. Dit is erg stressvol: je bent wel voorbereid, maar toch is het nog onverwacht slechter; je staat je enorm in te spannen, waarbij het niet beter wordt. Ondanks dat was er rust, er werd netjes gewerkt volgens protocol, wel een diepe zucht, maar geen onbeheerste emoties. Terwijl ik me kan voorstellen dat je ook ontzettend boos wordt omdat niet lukt wat je wilt. Hoe ga je als hulpverlener om met deze interne razernij, wanneer je nog denkt dat je iets over het hoofd hebt gezien, informatie hebt gemist waardoor je in deze situatie bent terecht gekomen. Soms heb je niets over het hoofd gezien, en had je er dus ook niets aan kunnen doen waardoor het zo slecht afliep. Tegelijk moet je je ervan bewust zijn dat anderen, meer concreet de vader, wel mogen zien dat je geraakt wordt, maar met jouw boosheid helemaal niets kunnen, het helpt hen niet.”

Joost Lombarts merkt op dat in deze scene zichtbaar is dat professioneel handelen in concreet gedrag tot uiting komt. De arts die verantwoordelijk is voor een beslissing over stoppen/doorgaan met behandelen heeft geen tijd om haar beslissing uit te leggen aan de vader. Met een handgebaar of een blik van een teamlid wordt de uitnodiging voor een afscheidskus benadrukt.

Dat staat niet in het ‘Handboek Neonatologie’. Je leert het wel in je opleiding, door af te kijken hoe anderen het in dit soort situaties doen. Als medisch specialist in opleiding heb je ongeveer twee jaar de tijd om naast je opleider te staan en te kijken hoe hij/zij het doet en daarover een morele visie te ontwikkelen. Je oordeelt of je het gedrag wilt kopiëren of juist niet, of het bij jou als persoon past.

In de film wordt de vader gevraagd om met een kus afscheid te nemen van zijn overleden kind. Hij wordt hier bijna toe gedwongen, terwijl je niet weet hoe hij op deze vraag zal reageren. Dit is een dilemma. Het lijkt goed om ruimte te bieden voor fysiek contact met het overleden kind, maar je zou het ook anders kunnen aanpakken, met meer aandacht voor de wijze waarop de vader afscheid wil nemen.

Is het voor een professional nodig om geraakt te worden? Als dat niet meer het geval is, mis je iets essentieels van je vak: de nabijheid bij een patiënt die lijdt. Zonder geraakt te worden kun je niet goed de rol vervullen waarvoor je staat, aldus Joost Lombarts.

Iemand uit de zaal vertelt dat zij zelf een doodgeboren kind heeft (gehad). Zij herinnert zich van die bevalling haar boosheid om het taalgebruik van de verpleegkundige dat niet klopte. Zij miste de persoonlijke interesse bij het formuleren hoe het dode kind er uit zal zien. In dit filmfragment kwam ook zo’n verkeerde, onpersoonlijke passage voor toen iemand zei: “we krijgen uw kindje niet aan de praat!” Ze begrijpt dat je als verpleegkundigen onder elkaar zo praat, maar niet tegen een vader of moeder. Toen ze daarna zelf als verpleegkundige in het ziekenhuis ging werken (op een chirurgische afdeling voor jonge kinderen) heeft ze zich steeds toegelegd op zorgvuldig taalgebruik, aanpassen aan de situatie van het kind en de ouders. Zorg dat je eerst weet wat iemand wil onder deze omstandigheid. Laat iemand zijn/haar eigen manier kiezen. Het is kwetsend en moeilijk te verwerken wanneer iemand op zo’n essentieel moment ‘fout aanwezig’ is. Taciete kennis heeft een grote component van aansluiten, aanvoelen in zich.

Iemand anders in het publiek, met ervaring al haptonoom in zwangerschapsbegeleiding, stelt vragen bij het moment waarop de vader bij het kind wordt betrokken. Had dat eerder gekund om het kind te ondersteunen of wellicht met meer nadruk als duidelijk was dat het kind zou sterven, in plaats van alleen een afscheidskus. Het is voor ons als toeschouwers gemakkelijker om de situatie achteraf, losgeschakeld te beoordelen. Het is buitengewoon moeilijk om in de hectiek en emotie van het moment datzelfde rustige oordeel te hebben.

Iemand die training geeft aan professionals in de zorg merkt op dat ze bij de start van hun loopbaan vaak nog wel geraakt kunnen / willen worden, maar in de loop der jaren murw raken of ten onder gaan aan het geraakt worden. Hoe bereik je dat mensen geraakt kunnen blijven worden zonder er aan onderdoor te gaan, zonder in routineus handelen terecht te komen maar nog steeds maatregelen te nemen om afgestemd te zijn op de ander, om maatwerk te leveren? Als je er niet in slaagt om in zekere mate geraakt te worden, lukt het je niet om de afstemming te realiseren. Bijvoorbeeld bij lager opgeleide medewerkers van een psycho-geriatrie afdeling of van beschermd wonen, waar je vele uren op een dag draait en misschien wel twintig keer op een dag dezelfde vraag krijgt, hoe maak je het dan mogelijk om afgestemd te blijven en niet doodop naar huis te hoeven gaan. Of dit met taciete kennis te maken heeft, lijkt vooralsnog onduidelijk.

## Recapitulatie door Andries Baart

Recapituleren betekent niet dat ik met één groot gebaar de hele middag kan samenvatten. Als ik zie welke aspecten van taciete kennis we in anderhalf uur hebben aangeraakt, vind ik het fantastisch. Ik had niet gedacht dat we in staat zouden zijn zoveel spotlights op het fenomeen te zetten. Eén ding is zeker, iedereen zegt het: eenvoudig is het allemaal niet. Bij doorvragen kom je snel met aarzelingen, 'hoe heet dat, hoe zeg ik dat?'. 'Ik voel het, ik kan het, ik weet het, die heeft het!' Maar de vraag is, waarom weet je dat nu?



Taciete kennis heeft allereerst te maken met balanceren: ik ben betrokken, maar ik heb ook een vak; ik wil naar de patiënt kijken, maar ik zit in het systeem; ik wil rustig doen maar ik ben ook gehaast; ik wil mijn vak uitoefenen, maar moet die vader niet vergeten". Het zijn voorbeelden waarin we taciete kennis nodig hebben om te balanceren.

Het tweede is: ik heb taciete kennis nodig, want op de een of andere manier moet ik mijn ding doen (ik ben dokter, ik heb een vak, ik sta op die positie, ik word er voor betaald), maar ik moet ook ruimte hebben, niet mijn ding doen, ik moet de patiënt leren kennen, hij moet zich kunnen laten zien. In het voorbeeld van het laatste filmpje, ik moet de vader niet in zijn sop laten gaar koken en hem gelegenheid geven afscheid te nemen van zijn kind, maar ik moet het niet voorschrijven. Dit is niet perse balanceren, maar veel ingewikkelder. Ik moet twee dingen tegelijk doen en daarbij richting vinden door ruimte te geven. Er zit een ongewis element in, omdat je niet weet wat er dan gaat gebeuren, durf ik dat aan?



Een derde element: taciete kennis vertaalt zich op de een of andere manier in ambachtelijkheid. Wie gaat praten over taciete kennis, komt ook terecht in het discours over ambachtelijkheid: zo doe je dat. Ambachtelijkheid is een soort verdichting, een fundament of sediment, het is in ons gezakt. Ambachtelijkheid wordt vooral geleerd door afkijken. Het is een andere vorm van leren dan leren hoe je regels moet navolgen. Ambachtelijkheid heeft alles met taciete kennis te maken. Maar taciete kennis kan ook verstijven tot routine, en dan helpt het ons niet meer. Het moet niet stijf, harkerig worden waardoor je er niet meer mee overweg kunt.

Ten vierde: soms word je geraakt. We hebben het gehad over de betekenis van geraakt worden, het komt terug bij mijn oude motief waarom ik dit doe; het is niet alleen maar emotie maar geraaktheid geeft richting aan wat ik moet doen. Als ik geraakt word, dan wordt er contact gemaakt met iets wat heel diep ergens in mij zit: “ik ben vies van bepaald woordgebruik, ik ben er dol op dat het zo gebeurt, ik heb hier slechte ervaring mee waarvan ik niet meer weet waarom of hoe ik die heb opgedaan”. Wie geraakt wordt, wordt als het ware ondergedompeld in zijn eigen meer van taciete kennis. Taciete kennis, geraakt worden, geeft richting aan je inzet, het oriënteert ons.

Taciete kennis is een bron die helpt om dingen te zien en te waarderen, maar het vergt ook een zekere beheersing. Taciete kennis is een bron van informatie, maar het kan ook zijn dat ik verdwaal, dat ik doorschiet. Het kan me een *push* geven, maar het is ook mogelijk dat ik sentimenteel word. Het is een belangrijke bron van kennis, maar ik moet het beheersen, ik moet het onder woorden brengen.

Dit zijn enkele zaken die ik uit de discussie naar voren haal. In de aansluitende rede van Frans Vosman en mijzelf gaan we het nog mooier uitwerken.

Zie verder ook op [www.zorgethiek.nu](http://www.zorgethiek.nu)