

KWALITEIT VAN ZORG

Wanneer zorg **persoonlijk** wordt

Over professionele nabijheid, grenzen, vertrouwen en het verdriet wanneer een patiënt ook iemand is die je graag ziet



✿ Marieke en Filip

AUTEUR

Marieke Uleyn, coördinator Praktijk Grusonia

In de zorg wordt veel gesproken over professionele afstand. Als zorgverlener moet je grenzen kunnen bewaken, objectief blijven en vermijden dat persoonlijke gevoelens het professionele handelen overnemen. Die uitgangspunten zijn belangrijk. Maar na jaren werken in de zorg vraag ik me steeds vaker af of professionele afstand wel de juiste term is.

Misschien hebben we meer behoefte aan professionele nabijheid.

Want zorg ontstaat zelden op afstand. Zeker wanneer je mensen gedurende maanden of jaren begeleidt, ontstaat er onvermijdelijk een relatie. Je kent niet alleen de diagnose, medicatie en voorgeschiedenis. Je leert ook de mens kennen die achter het dossier zit. Je weet hoe iemand reageert wanneer hij bang is. Je herkent het verschil tussen een oprechte “het gaat goed” en eentje waarmee iemand vooral probeert het gesprek af te sluiten. Je kent partners, kinderen, moeilijke periodes en kleine overwinningen.

Dat relationele aspect is geen bijkomstigheid. Het behoort tot de kern van verpleegkundige zorg. In de wetenschappelijke literatuur wordt gesproken over professional intimacy: een professionele nabijheid waarin vertrouwen, verbondenheid, wederkerigheid en soms ook gepaste persoonlijke openheid kunnen ontstaan. Nabijheid betekent op zichzelf niet dat professionele grenzen worden overschreden.

Wanneer iemand meer is dan een patiënt

Soms wordt die verhouding complexer. Wat wanneer je iemand al kende vóór hij patiënt werd? Wanneer een vriend, buur, collega of familielid van iemand die dicht bij je staat zorg nodig heeft?

Dan ontstaan zogenaamde dubbele of overlappende relaties: je bent tegelijkertijd zorgverlener én iemand uit het persoonlijke netwerk. De literatuur waarschuwt terecht dat zo'n situatie extra aandacht vraagt. Binnen iedere professionele zorgrelatie bestaat immers een zekere machtsongelijkheid: de patiënt bevindt zich in een kwetsbare positie en de zorgverlener beschikt over kennis, informatie en professionele verantwoordelijkheid. Daarom blijven grenzen noodzakelijk, ook wanneer er een persoonlijke band bestaat.

Maar daarmee is het verhaal niet af. Een persoonlijke band kan ook iets toevoegen. Iemand die je al lang kent, hoeft misschien minder uit te leggen. Je herkent veranderingen sneller. Je kent zijn gewone manier van doen en merkt daardoor soms eerder dat er iets niet klopt. Er kan een groot vertrouwen bestaan en mogelijk worden er minder maskers opgezet.

Tegelijk kan precies het tegenovergestelde gebeuren. Een patiënt kan tegenover een bekende zorgverlener juist iets verzwijgen om hem of haar niet ongerust te maken. Zorg weigeren omdat hij “geen last wil zijn”. Een zorgverlener kan moeilijker nee zeggen, langer bereikbaar blijven of vanuit betrokkenheid verantwoordelijkheden opnemen die eigenlijk elders horen.

Daarom is nabijheid nooit automatisch goed of slecht. Ze vraagt bewustzijn.

Niet alleen: hoeveel geef ik om deze persoon? Maar vooral: kan ik nog zien wat deze persoon nodig heeft? Kan hij nog vrij kiezen? Durf ik grenzen te stellen? Kan ik hulp van een collega inschakelen wanneer mijn betrokkenheid mijn oordeel dreigt te beïnvloeden? Dat zijn interessantere professionele vragen dan simpelweg bepalen hoeveel afstand er tussen twee mensen moet bestaan.

De waarde van elkaar werkelijk kennen

Ook onderzoek naar continuïteit van zorg laat zien dat het relationele aspect van gezondheidszorg niet zomaar sentimenteel is. Een systematische review onderzocht 22 studies naar continuïteit bij artsen en mortaliteit. In 18 van die studies - 81,8 procent - ging meer continuïteit samen met een statistisch significante daling van de mortaliteit. Omdat het hoofdzakelijk observationeel onderzoek betrof, bewijst dit niet dat de persoonlijke relatie op zichzelf die uitkomst veroorzaakt. Het onderstreept wel dat continuïteit en interpersoonlijke aspecten van zorg ertoe doen.

Dat herken ik uit de praktijk. Langdurige zorg creëert een soort kennis die zich moeilijk laat registreren in een elektronisch patiëntendossier. Het is weten dat iemand stiller is dan normaal. Aan een blik merken dat er meer speelt. Weten wanneer je moet doorvragen en wanneer iemand vooral nood heeft aan tijd.

Misschien zit daarin een van de grote sterktes van langdurige zorgrelaties: je behandelt niet telkens opnieuw een onbekende patiënt, maar begeleidt een mens van wie je het verhaal steeds beter leert kennen.

En dan was er Filip

Voor mij krijgt dat thema een gezicht wanneer ik naar deze foto kijk. Dit is Filip.

Ik heb hem ongeveer twintig jaar gekend. Hij was de vader van een van mijn beste vriendinnen. Hij werd een dierbare vriend en was tegelijkertijd jarenlang een van mijn vaste cliënten. Op een bijzondere en confronterende manier liepen onze levens ook een stukje parallel: we kregen ongeveer in dezelfde periode te maken met een oncologische problematiek.

Filip kwam regelmatig naar de praktijk. En zijn komst bleef zelden onopgemerkt. Hij was een lieve, joviale man. Iemand die een wachtkamer binnenkwam en mensen begroette. Die vriendelijk goedendag zei, een praatje maakte en bij het afscheid gemakkelijk een knuffel of een kus op de wang gaf. Veel andere patiënten zagen hem graag binnenkomen.

Zelfs toen zijn ziekte steeds meer van hem begon te vragen, bleef hij naar de praktijk komen. Tot het uiteindelijk niet meer ging. En dan verandert zorg.

Wanneer een patiënt niet meer tot bij jou kan komen, maar de relatie en de zorg blijven bestaan, beweeg je soms mee. Voor Filip betekende dat dat ik richting Oostende trok om daar een stukje van de zorg verder te zetten. Tot de mogelijkheden steeds kleiner werden. Tot zorg niet langer draaide om beter worden. Tot uiteindelijk vooral aanwezigheid overbleef.

Ik ben tot in zijn laatste uren bij hem en zijn familie geweest. Op zo'n moment is het bijzonder moeilijk - en misschien zelfs kunstmatig - om te bepalen waar de verpleegkundige stopt en de mens begint.

Ik was zorgverlener.

Maar ik was ook iemand die Filip al twintig jaar kende.

En iemand die hem graag zag.

Is dat dan nog professioneel

Die vraag verdient meer nuance dan een eenvoudig ja of nee. Professionaliteit betekent voor mij niet dat een patiënt je niets mag doen. Het betekent evenmin dat je na het sluiten van een dossier alle emoties aan de deur van de praktijk moet achterlaten.

Professionaliteit betekent wél dat de behoefte van de patiënt centraal blijft staan. Dat nabijheid nooit gebruikt wordt om in de eigen emotionele behoefte van de zorgverlener te voorzien. Dat vertrouwelijkheid overeind blijft. Dat je jezelf kritisch durft te bevragen en dat je herkent wanneer een relatie zo dichtbij komt dat overleg, supervisie of overdracht nodig is.

Professionele grenzen beschermen mensen. Maar een grens is niet noodzakelijk een muur.

Een muur houdt iemand buiten. Een gezonde grens maakt juist mogelijk dat je dichtbij kunt komen zonder de ander of jezelf uit het oog te verliezen.

Wanneer de zorg stopt maar de relatie iets achterlaat

Er is bovendien nog een aspect waarover binnen de zorg opvallend weinig wordt gesproken: zorgverleners kunnen rouwen om hun patiënten.

Een systematische review naar hoe verpleegkundigen omgaan met het overlijden van patiënten beschreef patiëntverlies als een van de meest veeleisende ervaringen binnen de klinische praktijk. Verpleegkundigen gebruiken uiteenlopende manieren om daarmee om te gaan: grenzen stellen, reflecteren en huilen, maar ook praten, gehoord worden en debriefing.

Recentere literatuur spreekt ook over professional grief en disenfranchised grief: verdriet dat wel bestaat, maar maatschappelijk of binnen een organisatie onvoldoende als rouw wordt erkend. Zorgverleners worden geacht professioneel verder te functioneren, terwijl het overlijden van iemand voor wie ze langdurig hebben gezorgd wel degelijk betekenis kan

hebben. Een recente scoping review beschrijft culturele, educatieve en organisatorische barrières die het erkennen van die professionele rouw bemoeilijken.

Een online-first pilotstudie uit 2026 bij 56 zorgprofessionals vond daarnaast een verband tussen niet-erkende rouw na het overlijden van patiënten, minder psychologisch welzijn en maladaptieve coping. Door de kleine, cross-sectionele steekproef moeten die bevindingen voorzichtig worden geïnterpreteerd. De studie toont samenhang aan, maar geen oorzakelijk verband. Ze versterkt wel de vraag om rouw van zorgverleners bespreekbaar te maken.

Misschien moeten we stoppen met denken dat verdriet automatisch betekent dat een zorgverlener “te betrokken” was. Je kunt professionele grenzen respecteren en toch geraakt worden. Je kunt deskundig handelen en tegelijkertijd verdriet voelen. Je kunt weten dat een overlijden medisch onvermijdelijk was en toch iemand missen. Die zaken spreken elkaar niet tegen.

Wat Filip mij geleerd heeft

Het overlijden van Filip heeft mij verdriet gebracht. Dat doet het nog steeds wanneer ik aan bepaalde momenten terugdenk. Maar onze relatie heeft mij ook bijzonder veel geleerd.

Over doorzettingsvermogen. Over humor wanneer er eigenlijk weinig te lachen valt. Over blijven deelnemen aan het leven wanneer ziekte dat leven steeds kleiner probeert te maken. Over genieten zolang genieten nog mogelijk is. En misschien vooral over zorg.

Wij spreken binnen gezondheidszorg begrijpelijkerwijs veel over behandelen, genezen, stabiliseren en verbeteren. Maar uiteindelijk komen we soms op een punt waarop geen van die woorden nog past.

Dan kun je een ziekte niet meer wegnemen.

Je kunt het afscheid niet voorkomen.

Je kunt de familie het verdriet niet besparen.

En je kunt als zorgverlener het onvermijdelijke niet oplossen.

Maar dat betekent niet dat er niets meer te doen is. Je kunt luisteren. Je kunt comfort bieden. Je kunt iemands waardigheid bewaken. Je kunt een familie ondersteunen. Je kunt een hand vasthouden. Je kunt blijven wanneer iemand bang is. En soms kun je eenvoudig aanwezig zijn wanneer woorden hun betekenis beginnen te verliezen.

Misschien is dat geen mislukking van de zorg. Misschien is dat juist zorg in haar meest menselijke vorm.

Daarom wil ik de komende tijd verder stilstaan bij professionele nabijheid. Niet om grenzen ter discussie te stellen, maar juist om beter te begrijpen waarom we grenzen nodig hebben én hoeveel menselijkheid er binnen die grenzen mogelijk is.

Goede zorg vraagt kennis, deskundigheid en verantwoordelijkheid. Maar goede zorg ontstaat ook tussen mensen.

Filip heeft mij geleerd dat professionaliteit niet noodzakelijk betekent dat je minder moet voelen. Het betekent dat je verantwoordelijk omgaat met wat je voelt, zodat jouw betrokkenheid de ander ten goede blijft komen.

En los van alle theorie heeft hij mij misschien nog iets belangrijkers geleerd: dat we niet altijd kunnen genezen, niet alles kunnen oplossen en niet iedereen kunnen redden. Maar zolang we elkaar werkelijk blijven zien, is er bijna altijd nog iets wat we kunnen betekenen.

Soms is zorgen behandelen.

Soms is zorgen begeleiden.

En soms is zorgen gewoon blijven.

Dank je, Filip. Voor het vertrouwen. Voor de vriendschap. Voor alles wat je mij als verpleegkundige hebt geleerd, maar vooral voor alles wat je mij als mens hebt geleerd.

Misschien mogen we allemaal een klein beetje meer zoals jij zijn.

WETENSCHAPPELIJKE BRONNEN

Antonytheva S, Oudshoorn A, Garnett A. Professional intimacy in nursing practice: A concept analysis. Nursing Forum. 2021;56(1):151-159. doi:10.1111/nuf.12506. Online raadplegen

Unhjem JV, Hem MH, Vatne S. Encountering ambivalence: A qualitative study of mental health nurses' experiences with dual relationships. Issues in Mental Health Nursing. 2018;39(6):457-466. doi:10.1080/01612840.2017.1416507. Online raadplegen

Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161. Online raadplegen

Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(1-2):e39-e49. doi:10.1111/jocn.13975. Online raadplegen

Phillips CS, Trainum K, Thomas Hebdon MC. Hidden in Plain Sight: A Scoping Review of Professional Grief in Healthcare and Charting a Path for Change. Health Services Insights. 2025;18:11786329251344772. doi:10.1177/11786329251344772. Online raadplegen

Mikulska M, Jankowska AK, Treppner M. Disenfranchised Grief after Patient Death and Psychological Well-Being Among Healthcare Professionals: The Mediating Role of Maladaptive Coping Strategies. OMEGA - Journal of Death and Dying. Online first, 20 July 2026. doi:10.1177/00302228261470280. Online raadplegen