
Het levensbeschouwelijk specialisme in de zorg

In dit artikel stelt Hans Schilderman dat een algemeen of generiek levensbeschouwelijk specialisme in de zorg bestaansrecht heeft. In het recht op zorg ligt volgens Schilderman een levensbeschouwelijke en ethische kern, die het vak legitimiteit geeft. Het kan zelfs, onder bepaalde voorwaarden, bijdragen aan nieuwe concepten van integrale zorg. Schilderman maakt dit concreet door verschillende taken te benoemen voor de nulde tot en met derde lijn van zorg.

Hans Schilderman

IN DEZE BIJDRAGE BESCHRIJF IK geestelijke verzorging als een levensbeschouwelijk specialisme in de zorg. Levensbeschouwing vat ik hier op als een generieke term die religie insluit, en die voor een breed publiek de zorg aanduidt voor godsdienst en levensovertuiging waarvan het belang en de vrijheid is vastgelegd in onze Grondwet. Zo kies ik voor een publieke en neutrale term waarmee overheid of zorg-gerelateerde instituties de zorgbijdrage van geestelijke verzorgers kunnen benoemen en beoordelen zonder de nomenclatuur van specifiek religieus, spiritueel of geestelijk gedachtegoed te hoeven delen. Met deze neutraliteit bedoel ik me niet te mengen in kwesties als de zending door een achtergrondgenootschap, de noodzakelijke band met specifieke overtuigingen, of het belang van een persoonlijk doorleefde spiritualiteit. Hoe belangrijk en eigenlijk onontkoombaar dergelijke identiteitskwesties ook zijn, hier zal ik pogen ze uit mijn betoog te laten om zo een ander belang centraal te stellen, namelijk dat

van een publieke verantwoording van het domein 'geestelijke verzorging'. Met dat doel voor ogen stel ik me in deze bijdrage de volgende vragen: Heeft een algemeen of generiek levensbeschouwelijk specialisme bestaansrecht? Op welke academische ontwikkelingen sluit het aan? Hoe past het in een model van integrale zorg? En hoe valt een levensbeschouwelijk specialisme in generieke zin te normeren?¹

Bestaansrecht

Heeft een levensbeschouwelijk specialisme bestaansrecht? Ja, het heeft zoals bekend eigenlijk een bestaansplicht. De Kwaliteitswet verplicht immers de zorgaanbieder dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten. In de Memorie van Toelichting bij de Kwaliteitswet wordt duidelijk dat geestelijke verzorging een verplichte voorziening is die de pluraliteit van levensbeschouwe-

lijke overtuigingen recht moet doen in een kwalitatief hoogwaardige dienstverlening die ook voldoende omvangrijk is (als norm geldt wel 1 fte GV per 150-250 patiënten/cliënten) (Rebel 2009). Die termen 'godsdienst en levensovertuiging' uit de Kwaliteitswet verwijzen naar de Grondwet, waar staat – met analogieën in internationale wetgeving – dat ieder het recht heeft zijn godsdienst of levensovertuiging, individueel of in gemeenschap met anderen, vrij te belijden, zij het natuurlijk behoudens ieders verantwoordelijkheid volgens de wet (artikel 6, lid 1). De borging van deze vrijheid in Nederland is in opeenvolgende wetten historisch vastgelegd. Markeringspunten daarbij zijn: het verbod van burgerlijke voordelen uit kerklidmaatschap (1798), het discriminatieverbod op basis van godsdienst (1801), het verbod op een 'heerschende kerk' (1805), de vrijheid van godsdienstige begrippen (1815), de vrijheid van godsdienst (1848), en uiteindelijk de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging (1983). Deze lijn van voortschrijdende wetgeving getuigt van een politiek en cultureel emancipatieproces. Politiek omdat de banden tussen kerk en overheid ontvlochten worden; een proces dat tot op de dag van vandaag voortgang vindt. Cultureel omdat de wet pluraliteit borgt en daarbij godsdienst en levensovertuiging als juridisch gelijkwaardig omschrijft. Daarbij valt een accent bijzonder te beklemtonen. De vrijheid van godsdienst en levensovertuiging is in het verleden doorgaans als een recht van kerken opgevat, terwijl deze vrijheid juist een civiel grondrecht betreft dat op de individuele burger ('een ieder...') betrekking heeft. Gemeenschappen en tradities mogen daarin geïmpliceerd zijn, maar de vrijheid om zich levensbeschouwelijk te laten verzorgen behoort de burger toe, en die vrijheid heeft de overheid te beschermen. In een generieke en publieke betekenis van het ambt vertegenwoordigt een geestelijk verzorger deze vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en heeft zij tot taak het levensbeschouwelijk specialisme dienaangaande te behartigen.

Daarmee valt in beginsel wel de taakstelling van het levensbeschouwelijk specialisme te omschrijven, maar is nog weinig gezegd over de legitimiteit van zorg. De notie van levensbeschouwelijke zorg stelt immers ook het belang van zorg als zodanig centraal. Bestaat er een publiek recht op

zorg? Zorg is inderdaad een mensenrecht, en wordt als zodanig bijvoorbeeld geformuleerd in artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens: 'Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and wellbeing of himself and of his family, including ... medical care and necessary social services, and the right to security in the event of ... sickness, disability, ... old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control'. De interpretatie van dit artikel staat echter regelmatig ter discussie. Dat illustreert bijvoorbeeld de politieke controverse rond de *Patient Protection and Affordable Care Act* – beter bekend als *Obamacare* – die in de VS voorzieningen als *Medicare* en *Medicaid* moet innoveren. Daarbij staat de vraag centraal of zorg als *commodity* opgevat moet worden – waarvoor individuele behoeften op een markt maatgevend zijn – dan wel geldt als *public good* waarvoor de overheid verantwoordelijk is. Dit is geen exclusief buitenlandse discussie. Zorginstellingen bevinden zich in Nederland op dit moment in een situatie waarin structuurveranderingen als gevolg van bekostigingsproblematiek tot een kanteling leiden van zwaar gemanagede professionele zorg binnen instellingen naar een positie van meer informele zorg die geborgd wordt door het sociaal kapitaal van onze samenleving. Verantwoordelijkheden van overheid, markt, middenveld en burgers worden op dit moment ook bij ons opnieuw gedefinieerd, en de vraag wat zorgrechten eigenlijk zijn wordt daarmee ook urgent. Ik kom daar zo meteen nog op terug.

Legitimiteit gv ontlenen aan levensbeschouwelijke en ethische kern in zorg

Het punt dat met een klemtoon op mensenrechten te maken valt, is dat dergelijke uitgangspunten die aan de zorg als geheel ten grondslag liggen, bijzondere consequenties kunnen hebben voor het levensbeschouwelijk specialisme binnen het geheel van de zorg. De Amerikaanse Human Rights-organisatie *National Economic and Social Rights Initiative* beschrijft vier zorg-specifieke normen voor de gezondheidszorg: universele toegankelijkheid, beschikbaarheid, waardigheid en



kwaliteit. Deze normen moeten worden begrepen tegen de achtergrond van procedurele principes die voor alle mensenrechten gelden, namelijk non-discriminatie, transparantie, participatie en verantwoording. Nu zijn dit mooie, maar ook abstracte beginselen. Ze hebben echter voor het levensbeschouwelijk specialisme ook specifieke consequenties. Zo kan ik me voorstellen dat de klemtoon op 'vrijplaats' in de geestelijke verzorging moeilijk in overeenstemming te brengen valt met procedurele normen als transparantie en verantwoording. De gebrekkige structuur van nascholing voor geestelijk verzorgers verdraagt zich niet met doelstellingen als beschikbaarheid en kwaliteit. De toegankelijkheid van geestelijke verzorging vergt, gezien de plurale samenstelling

van het patiëntenbestand, dat niet slechts volgens een beginsel van confessionele bejegening gewerkt wordt. En ten slotte nog iets waarop ik later terugkom: de norm dat (geestelijke) zorg aan de hoogst mogelijke standaard van gezondheidsbehoud dient bij te dragen, vergt empirisch onderzoek naar het verband van levensbeschouwing en gezondheid; iets waaraan we op dit moment nauwelijks voldoen.

Zojuist merkte ik op dat de vraag wat zorgrechten zijn, de komende jaren urgent wordt. De Amsterdamse socioloog Abram de Swaan heeft de opkomst van de institutionele zorg als een proces van toenemende beschaving beschreven (De Swaan 2004). Van een charitatieve religieuze on-

derneming is de zorg steeds meer tot publieke verantwoordelijkheid geworden, en heeft ze via de sociale kwestie in de negentiende eeuw uiteindelijk geleid tot het stelsel van wetten, collectieve verzekeringen, staatsarrangementen en professionele regimes die de huidige verzorgingsstaat kenmerken. We zijn zorg steeds meer gaan begrijpen als een vanzelfsprekende collectieve voorziening, waarvan echter de budgettaire en demografische grenzen nu duidelijk in beeld komen. Dat zou ons moeten doen beseffen dat zorg voor elkaar eigenlijk trekken heeft van een primair sociaal contract; een geboorterecht van de mens waarin het vanzelfsprekend is dat we zelf instaan voor de afhankelijkheid van de ander. Dat betogen althans de ethici Wils en Baumann-Hölzle in een recent boek over de betekenis en toekomst van de gezondheidszorg. 'Die Sorge ist die erste Figur der Moral'; ze is 'Urdatum' en 'Grundfassung unseres Daseins' (Wils & Baumann-Hölzle 2013, 29). De auteurs tekenen in hun boek verzet aan tegen zowel het veronachtzamen van de betekenisverlening aan ziekte, passiviteit, sterfelijkheid, gebrek en pijn, als tegen de commercialiseringstendenzen in de zorg die uiteindelijk tot een vertrouwensbreuk leiden met dit eerstgeboorterecht van de zorg. Deze persoonlijke verantwoordelijkheid voor de zorg heeft evidente morele en motivationele kenmerken, die weer belangrijk worden nu de zorg steeds meer een zaak wordt van familie, vrienden en vrijwilligers. Dat vergt dat we de komende decennia onze contracten in de zorg ook vernieuwen: die tussen patiënt en informele zorgdrager, informele en professionele zorgdrager, en die tussen professional en patiënt. Daarin gaat het niet slechts om geld en kwaliteit, maar vooral om gedeeld vertrouwen, persoonlijke inzet, en wederzijdse hulp. Een dergelijke kanteling van de zorg, terug naar de samenleving, raakt aan de levensbeschouwelijke grondmotieven van de zorg, ze vergt moreel engagement en vereist een sociaal werkzaam netwerk. Het levensbeschouwelijk specialisme kan ik niet anders opvatten dan als een discipline die daarin niet alleen een historische verantwoordelijkheid en evidente deskundigheid heeft, maar vooral ook kansen. De geestelijk verzorger kan de legitimiteit van het vak in publieke zin daarbij ontleen aan de levensbeschouwelijke en ethische kern die in het recht op zorg geïmpliceerd ligt.

Academische aansluiting

Sluit het levensbeschouwelijk specialisme als een geesteswetenschappelijke discipline voldoende aan op de klinische zorg? Het antwoord op deze vraag valt helaas niet eenduidig positief uit. Ik zal dat toelichten met een korte schets van enkele ontwikkelingen in academisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

De huidige studentenpopulatie die kandideert voor een opleiding tot geestelijk verzorger is in levensbeschouwelijk opzicht divers, al moet daarbij aangetekend worden dat zij in dat opzicht op termijn steeds minder gaat verschillen van de cliënte in de zorg. Dat pleit voor een uitgebreide scholing in diverse levensbeschouwelijke overtuigingen en praktijken waarvoor een opleiding in de geesteswetenschappen in beginsel een goede basis biedt. De universitaire setting biedt echter

Aandacht van religie en spiritualiteit verlegd naar gedrags- en medische wetenschap

weinig curriculaire ruimte voor een daarop aansluitende beroepsvoorbereiding. Opmerkelijk is dat studenten binnen de duur van een reguliere master – die op grond van de Bolognaverklaring van 1999 nog slechts één jaar bedraagt – opgeleid worden in alle *ins* en *outs* van het vak. Dat is twee jaar minder dan de masteropleiding van een arts, die daarna slechts als basisarts bevoegd is en nog jaren praktijkonderwijs voor de boeg heeft. Binnen een masterjaar religiewetenschappen (en doorgaans geldt hetzelfde voor de master theologie) loopt de geestelijk verzorger in opleiding slechts een korte stage in een zorginstelling. Weliswaar maken veel stagiaires in die tijd een formidabele ontwikkeling door, maar als praktijkopleiding biedt een dergelijke opleiding met stage hooguit een startbewijs met een initieel karakter. Bijkomend probleem is dat een structurele postacademische opleiding voor het levensbeschouwelijk specialisme ontbreekt. De geestelijk verzorger is niet BIG-geregistreerd en kent dus geen overheidsverplichting tot, en juridische kwa-

liteitstoets op, vervolgonderwijs. Ook dat is zorgelijk, hetgeen zoals bekend de beroepsvereniging VGVZ er enige jaren geleden toe bracht om een alternatief kwaliteitsregister (het SKGV) in te stellen.

Nu bestaat er, zeker voor de GGZ-setting, wel een belangrijke uitzondering op de gebrekkige structuur van postacademisch onderwijs, namelijk de Klinisch Pastorale Vorming, die een intensieve training aanbiedt voor pastores en geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in kerkelijk verband of in settings van geestelijke verzorging binnen zorg, defensie of justitie. De KPV heeft historische wortels in de *Clinical Pastoral Education* (CPE) die in de Verenigde Staten sinds de jaren twintig van de vorige eeuw de professionaliteit van pastores binnen klinische settings ontwikkelde aan de hand van academische trainingsprogramma's. Zowel de New England Group (Cabot, Institute of Pastoral Care, Boston) als de New York Group (Boisen, Council for Clinical Training, New York) kenmerkten zich door een therapeutische oriëntatie met een sterke klemtoon op individuele 'heling', een losse band met religieuze instituties, en een im-

Noodzaak van nieuwe visie op integrale zorg

manentistische (protestants-liberale, piëtistische) theologie. De KPV heeft in het Amerikaanse thuisland nog steeds een herkenbare identiteit die door de Association for Clinical Pastoral Education (ACPE) aan allerlei normen wordt gebonden. Voortrekkers als Faber, Zijlstra en Berger introduceerden de KPV op grond van studiereizen in de Verenigde Staten vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw in Nederland. Dit droeg bij tot de internationale uitstraling van die CPE en werd de grondslag gelegd voor een eigen Nederlandse traditie van klinisch pastorale vorming. Aangrijpingspunten werden gevonden in psychoanalytische tradities, de humanistische psychologie, de ervaringstheologie, een theologische hermeneutiek en de narratieve analyse. De karakteristieken ervan klinken nog steeds door in de trainingsopzet van de KPV in Nederland en overigens in veel theologische en religiewetenschappelijke beroepsopleidingen (Van der Ven 2000).

De KPV biedt geestelijk verzorgers doorgaans een kwalitatief hoogwaardige herijking van het verband tussen biografie en professionele rol. De zojuist aangeduide kenmerken van klinische theorievorming zijn echter in wetenschappelijke zin gedateerd te noemen. Therapeutische benaderingen als psychoanalyse, gespreks- en humanistische psychologie zijn in rap tempo opgevolgd door cognitieve en gedragstherapieën die beter aansluiten op de noodzaak om effecten van het eigen klinische handelen *evidence-informed* aan te tonen. Die verantwoordingsnorm van klinische bewijsvoering lag overigens tachtig jaar geleden ook ten grondslag aan de motivatie van de Amerikaanse *founding fathers* van de KPV. Inmiddels is echter de aandacht voor religie en spiritualiteit in empirisch-wetenschappelijke zin grotendeels verlegd van theologie en religiewetenschap naar gedrags- en medische wetenschap. Dat wordt de afgelopen jaren treffend geïllustreerd door een exponentiële toename van het aantal wetenschappelijke publicaties over levensbeschouwing en spiritualiteit in Angelsaksische tijdschriften – van voornamelijk Amerikaanse en Britse auteurs – vanuit disciplines als *nursing*, oncologie, palliatieve zorg, en medische psychologie, en dat dan doorgaans in relatie tot thema's als coping, motivatie, preventie en kwaliteit van leven. Maar ook de zeer recente golf van standaardwerken wijst er op: *Handbook of Religion and Health* (2012), *International Handbook of Education for Spirituality, Care and Wellbeing* (2010), *Handbook of Psychology of Religion and Spirituality* (2013), *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality* (2013), *Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (2012), *Spirituality and Health Research* (2011), en het prachtige *Oxford Textbook of Spirituality in Health Care* (2012), alsmede tal van toegepaste klinische handboeken als *Spiritual Assessment in Health Care Practice* (2010), *Spiritually Oriented Interventions for Counseling and Psychotherapy* (2012) en *Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis* (2011). De term *spirituality* heeft in dergelijke publicaties nauwelijks nog theologische associaties, maar drukt eerder een kerkelijk – en vaak ook religieus – ongebonden existentiële oriëntatie uit die ondanks haar terminologische vaagheid een min of meer aangevaard theoretisch concept in de klinische zorg is geworden.

Die formidabele aandacht voor empirisch onderzoek naar effecten van levensbeschouwing op ziekte, gezondheid, of zorg is niet zonder kritiek. Zo tekent de Zweedse hoogleraar Pär Salander in bijdragen met als titels 'Who needs the concept of spirituality?' (2006) en 'The Emperor's new clothes' (2012) bezwaar aan tegen de gebrekkige conceptualisering van spiritualiteit en de cirkelredeneringen in het onderzoek ernaar. Maar ook vanuit een geesteswetenschappelijk standpunt vallen kritische kanttekeningen te zetten bij de opzet van het type onderzoek waarnaar ik zojuist verwees. Zo ontbreekt vaak theorievorming over levensbeschouwing en is de wijze waarop religie geconceptualiseerd en gemeten wordt, vaak rudimentair en ronduit armoedig. Spiritualiteit mag dan een academisch salonfähige term geworden zijn, maar doorgaans blijkt er een eenvoudige wijze van begrijpen ten grondslag te liggen waarin spiritualiteit slechts geldt als een verklarend sociaal of psychisch mechanisme in medische effectstudies. Overigens toont dat ook het gebrek aan van theorievorming en empirisch onderzoek binnen de geesteswetenschappen.

Ik kan het natuurlijk ook positief zeggen. Geesteswetenschappelijk onderzoek naar levensbeschouwing in de zorg is van groot interdisciplinair belang – niet slechts ter nuancering en uitwerking van begrippen als religie, geloof, en spiritualiteit, maar evenzeer van zingeving met daarbinnen relevante thema's als lijden, ziekte en pijn. Het nationale onderzoekfonds NWO onderstreept in de afgelopen jaren het belang van deze interdisciplinariteit van medische en geesteswetenschap ook steeds meer met geëigende *calls* voor onderzoek-financiering.

Integrale zorg

Tot nu toe heb ik betoogd dat levensbeschouwelijke zorg weliswaar bestaansrecht heeft en met broodnodige investeringen in onderwijs en onderzoek ook kan aansluiten op een actuele interdisciplinaire belangstelling; maar past het levensbeschouwelijk specialisme eigenlijk wel in het stelsel van zorgvoorzieningen? Deze vraag verwijst naar integrale zorg: de norm dat zorg aan de hoogste kwaliteitsmaatstaven moet voldoen en dat met het oog daarop zo goed mogelijk interdisciplinair wordt samengewerkt rond vragen of pro-

blemen van de cliënt of patiënt. Het stelsel van zorgvoorzieningen verandert op dit moment zo ingrijpend dat het moeilijk is om daarbinnen taken en functies van het levensbeschouwelijk specialisme eenduidig te definiëren. Tegelijkertijd laten de zorgontwikkelingen van dit moment wel mogelijkheden daartoe zien. Laat ik daarom de herstructurering van de zorg even in het geheugen oproepen.

'Zuinige' frase: 'indien en zo lang het helpt' bevat impliciete normen.

Door het huidige kabinet Rutte-II wordt vijf miljard op zorg bezuinigd. Het zorgakkoord van 24 april 2013 verzacht de aanvankelijke kortingen en herstructurering uit het regeerakkoord, maar laat ook zien dat de hoofdlijnen van toekomstbestendige zorg – hoe kan het ook anders – worden doorgezet. In de *care*-settings zijn de veranderingen eigenlijk al pijnlijk gaande, terwijl de *care*-voorzieningen vooral de komende jaren en met ingang van 2015 de ingrijpende gevolgen zullen onderkennen. Gemeenten worden in het kader van de WMO verantwoordelijk voor begeleiding en thuiszorg; in de zorgverzekering gaan zowel de premies als de eigen risico's omhoog terwijl het verplichte basispakket juist minder voorzieningen kent; de Rijksoverheid blijft AWBZ-verantwoordelijk maar dat geldt nog slechts mensen met een relatief hoge zorgzwaarte-indicatie, die overigens ook een hogere eigen bijdrage gaan betalen. Het is allemaal geen prettig nieuws voor mensen met een zorgbehoefte – dat zijn we op enig moment bijna allemaal weer – maar voor de professionals die in de categorie welzijn vallen (psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers) zullen de veranderingen evident voelbaar worden. Voor het management in de *care* roept de ont koppeling van zorg en verblijf tal van vragen op die deels met marktwerking van doen hebben en deels met het overheidsberoep op de autonomie van de zorgvrager, waarbij de afstemming van formele en informele zorg enerzijds en intramurale en extramurale zorg anderzijds veel organisatorische en professionele beleidsbeslissingen vergt.

Deze korte schets maakt duidelijk dat de oude problematiek van de geestelijke verzorging: hoe een volkskerkelijk model van religieuze dienstverlening in de zorgvoorziening te integreren valt, eigenlijk achterhaald is. De nieuwe vraag luidt hoe levensbeschouwelijke dienstverlening kan bijdragen aan een zoveel mogelijk in de samenleving geïntegreerde zorg. Dat laatste veronderstelt ook een andere visie op het primaire proces. De patiënt/cliënt wordt meer dan voorheen op een primaire competentie aangesproken: zelfredzaamheid, sociale vaardigheden, veerkracht en levensplanning. Het belang van zo'n *moral survival kit* wordt naast evidente uitgangspunten als gezondheid, preventie, en kwaliteit van leven niet

Levensbeschouwing als een beoordelingscategorie van iets dat ons overtreft.

alleen steeds belangrijker vanwege de juist aangegeuide herstructurering, maar ook vanwege sociaal-culturele veranderingen in de samenleving waarin maatschappelijke cohesie niet langer vanzelfsprekend is, het maatschappelijk middenveld fragmenteert, en de privésfeer individualiseert. In het kader van integrale zorg wordt het belang van ketenzorg beklemtoond, waarin zoveel mogelijk zorgspecialismen samenwerken rondom complexe en multi-gediagnostiseerde problematiek van patiënt of cliënt. Het idee is dat de laatste daarbij kiest en dat deze samenwerking derhalve ook optimaal verloopt. Dat blijkt echter vaak een illusie. De veronderstelde zelfbeschikking bij de cliënt staat immers vaak onder druk door acute of chronische problematiek; het diagnostisch vocabulaire blijkt voor de patiënt/cliënt ondoorzichtig; en het samenroepen van specialismen biedt op zichzelf nog geen enkele garantie voor onderlinge afstemming.

Ik wil hiermee geen pessimistisch beeld schetsen, maar wel wijzen op de noodzaak dat de aanstaande veranderingen in het bijzonder in de *care-settings*, een nieuwe visie op integrale zorg vergen, waarin het levensbeschouwelijk specialisme op verschillende niveaus van dienstverlening ook

aan verschillende taken beantwoordt. In de nulde-lijn kan aangesloten worden op de zelfzorg en informele zorg buiten de zorginstellingen, waarbij het sociale netwerk van kerken wederom belangrijk kan zijn. In de eerste lijn gaat het om aandachtzorg binnen de zorginstelling dan wel in poliklinisch en extramuraal verband, waarbij het signaleren van levensbeschouwelijke problematiek bij cliënten of in de organisatie centraal staat. In de tweede lijn biedt een levensbeschouwelijk specialisme geëigende zorg en hulp bij complexe problematiek van patiënten of cliënten, zoals bij crisisinterventie of bij het naderende levenseinde. In de derde lijn, ten slotte, wordt expertise geboden, hetzij in de vorm van levensbeschouwelijke coaching en advisering van andere zorgverleners, hetzij in de vorm van service door een levensbeschouwelijk kennis- of expertisecentrum dat van binnen of buiten de zorginstelling ingeroepen wordt. Op elk van deze vier niveaus van zorg kunnen in beginsel activiteiten, taken en verantwoordelijkheden binnen het levensbeschouwelijk specialisme worden omschreven die afgestemd zijn op toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Een herziening van de beroepsstandaard lijkt in dat verband dan ook aanbevelenswaardig.

Generieke normering

Daarmee is echter nog niet gezegd wat het levensbeschouwelijk specialisme eigenlijk te bieden heeft. Draait het bijvoorbeeld om spiritualiteit? De term spiritualiteit is ondanks haar zwakke validiteit in de wetenschappelijke literatuur volop in gebruik – zoals we juist zagen – en blijkt overigens voor veel van de studenten geestelijke verzorging in opleiding acceptabel. Zij ontwaren hierin een accent op een persoonlijke levensoriëntatie, waarbij men zich niet vooraf vastlegt op kerkelijke confessie of rituele conventie. Wat er aan levensbeschouwing is, blijkt vooral cultureel erfgoed te zijn: uiteenlopende hulpbronnen van waaruit men zichzelf beter begrijpt en waarmee men zich identificeert indien en zolang dat ook helpt. Deze frase, die het belang van levensbeschouwing in de zorg onderkent 'indien en zo lang het helpt', kan natuurlijk eenvoudig afgedaan worden als een wat platte redenering die het per definitie niet wint van overtuiging-gebonden opvattingen van levensbeschouwelijke zorg zoals die in de verzuilde tijd een lange staat van dienst



hebben opgebouwd. Toch bevat deze ‘zuinige’ frase impliciete normen die de relevantie en betekenis van generieke levensbeschouwelijke zorg wel degelijk aannemelijk maken. Ik licht drie dergelijke normen kort toe.

Allereerst ligt er een functionalisme besloten in een meer generieke aanduiding van geestelijke verzorging als levensbeschouwelijk specialisme. Daaraan valt een inhoudelijk en een methodisch aspect te onderkennen. Inhoudelijk blijkt een functionalisme uit het professionele profiel van levensbeschouwelijke zorg: welke generieke functies hebben religie en levensovertuiging in de zorg? Eerder heb ik zes van dergelijke functies in het WRR-rapport *Geloven in het publieke domein* beschreven en in verband gebracht met enkele scenario's in de zorg (Schilderman 2006). Definities van het beroepsdomein zijn van groot belang. Ze onderscheiden het eigen beroep in de arbeidsverdeling van de zorg, vergroten het zicht op prioriteiten in de taakstelling, en bevorderen interdisciplinariteit. Anders gezegd, het maakt

het mogelijk dat levensbeschouwelijke zorg niet slechts als confessioneel belang maar ook als professioneel specialisme wordt beschreven. Er valt ook een methodisch aspect te onderkennen aan functionalisme in de generieke levensbeschouwelijke zorg. Daarbij ligt de klemtoon op voorwaarden, middelen en effecten van levensbeschouwelijke zorg. De vraag ‘werkt het?’ is een in de zorg volstrekt voor de hand liggend uitgangspunt dat klinische aspecten van zorg verantwoordt naar overheid, financiers en cliëntèle op een wijze waarvoor instemming met de inhoud van een specifieke overtuiging niet noodzakelijk is. Daarmee wordt het recht op zorg bevorderd conform de eerder aangeduide procedurele principes als non-discriminatie, transparantie, participatie en verantwoording. Dergelijke uitgangspunten zijn van belang. Draagt levensbeschouwing en de geboden hulp inderdaad bij tot einddoelen van de zorg als gezondheid, preventie, genezing, kwaliteit van leven, of ondergraaft ze juist dergelijke streefdoelen van zorg? De te bewijzen zaak kan en mag vooraf niet worden verondersteld. Een *evidence-informed*

verantwoording vertegenwoordigt dan ook een functionele legitimiteitsgrond voor levensbeschouwelijke zorg.

Ten tweede: levensbeschouwing is een morele variabele waarvan de juistheid steeds opnieuw weer argumentatief gedeeld moet worden. Een morele consensus over de wijze waarop we ons leven opvatten is bepaald niet meer vanzelfsprekend. In de opleiding tot geestelijk verzorger blijkt dat op exemplarische wijze. Studenten geestelijke verzorging zijn doorgaans geboren tussen 1970 en 1990 en behoren daarmee tot de pragmatische en grenzeloze generaties die eerder onkerkelijk, ongebonden en doorgaans bijzonder eclecticisch ingesteld zijn. In hun stage of eerste baan worden ze met enigszins vergrijsde collega's geconfronteerd: *babyboomers* die ideologisch bevolgen zijn en autonomie en emancipatie hoog in het vaandel hebben staan. Beiden hebben vervolgens veelal met patienten te maken die eerder tot de vooroorlogse of 'stille' generaties behoren, en die traditioneel religieus-kerkelijk denken en groepsloyaliteit hoog in het vaandel hebben staan. Levensbeschouwelijke zorg beantwoordt zo aan generationele rolposities die gekenmerkt worden door verschillende waarden, culturele oriëntaties en leefstijlpatronen die op elkaar afgestemd moeten worden. In breder verband valt levensbeschouwelijke zorg daarmee als een typisch normatief beroep te omschrijven; niet allereerst omdat ze een specifieke levensbeschouwing vertegenwoordigt, maar omdat ze hulp biedt bij klinisch relevante normatieve aspecten van levensbeschouwingen. Levensbeschouwingen worden tegenwoordig steeds meer individueel bijeen gesprokkeld en derhalve divergeren ze ook vaak in sociaal opzicht. In de beleving van ziekte en gebrek wordt voor steun steeds minder teruggevallen op een eenduidigheid van levensbeschouwingen en moet zorg ook steeds meer en beter afgestemd worden op de idiografie van de persoon zelf. Wie als zorgverlener de normatieve aanspraak van levensbeschouwing recht wil doen, kan daarom niet zonder discursiviteit. Dat wil zeggen, het stap voor stap affectief onderkennen, narratief exploreren en argumentatief delen van een levensbeschouwing, onder een voortdurend voorbehoud dat in ieder geval ook gemeten wordt aan het 'indien en zolang het helpt'.

Ten slotte is er – naast functionaliteit en discursiviteit – een derde norm die met een klinisch georiënteerde levensbeschouwelijke zorg verbonden kan worden, namelijk authenticiteit. De welbegrepen zelfbepaling van ieder mens vertegenwoordigt een groot goed. Men is zelf acteur en auteur van betekenisverlening en wil dat goed geregisseerd en voor een liefst ademloos publiek op de *bühne* krijgen. Authenticiteit valt hier op te vatten als norm voor selectie en zelftranscendentie. De selectienorm heeft betrekking op de keuze van betekenissen. De vraag te stellen wie je bent, wat je levensoriëntatie is, is kenmerkend voor de mens. Het drukt zijn waardigheid uit. Met Kant kun je daarbij stellen dat mensen waarden (*Werte*) kennen die ze nastreven, maar deze zijn in beginsel vergelijkbaar, inwisselbaar en kennen een prijs. Waardigheid (*Würde, dignitas*) is echter 'zijnsbestemming'; ieder mens heeft uiteindelijk zichzelf nodig om te bepalen wat moreel goed is. Het beginsel dat je morele betekenis verleent heeft in die zin preferentie over de waarde die je nastreeft: een norm die het beginsel van generieke levensbeschouwelijke zorg steunt. Authenticiteit is tevens een norm van zelftranscendentie. De term levensbeschouwing valt met Kant – de eerste die de notie gebruikte – op te vatten als een beoordelingscategorie in de waarneming en waardering van iets dat ons tegelijkertijd overtreft. Een levensbeschouwing drukt wat we zintuigelijk waarnemen als eenheidsbeleving uit. Dat maakt het mogelijk dat iemand één samenhangend perspectief inneemt waarin deze zich van de wereld van indrukken distantieert maar er tegelijkertijd de kern van beleeft. Er bestaat een litho van de graficus Escher uit 1935: 'Hand met spiegelende bol' die dat prachtig verbeeldt. Escher houdt een spiegelende bol voor zich, waarin hij zichzelf in het centrum van zijn werkkamer heeft getekend. Het is een grafische metafoor voor de distantie die nodig is om de wereld waar te nemen volgens het onontkoombare perspectief dat je zelf daarbij als middelpunt inneemt en dat de totaliteit van de leefwereld tastbaar en toch als ongrijpbaar voorstelt.

M.C. Escher, Hand met spiegelende bol (1935)

