

---

# Geestelijke verzorging in transitie

Geestelijk verzorgers doen kostbaar en mooi werk. Maar er is voor hen zwaar weer op komst. Er is toekomst als de geestelijk verzorgers in staat blijken te zijn het vak een andere status en beroepsinhoud te geven. Volgens Frans Vosman kan dit niet alleen binnen de huidige beroepsgroep worden uitgedacht. Er zijn noodzakelijk andere partners bij betrokken.

**Frans Vosman**

**W**EER OPNIEUW GAAT de geestelijk verzorger naar de jonge Nigeriaanse man die nu al weken in het ziekenhuis ligt. Folami is de naam van de jongen. De patiënt leidt een intens christelijk leven, hij is lid van een van de Afrikaanse kerken in de Bijlmer. Soms komt er een Nigeriaanse vrouw van de kerk langs. Maar hij is ook aan het eind van zijn Latijn; hij is met zijn 19 jaar uitbehandeld maar heeft geen plek om naar toe te gaan. Het ziekenhuis probeert via de transferverpleegkundige een plekje te vinden, maar dat is nu al gedurende langere tijd niet gelukt. Heel gemakkelijk in de omgang is de patiënt voor de verpleging niet. De geestelijk verzorger gaat geregeld naar hem toe. Het gaat over hoe het toch kan dat de patiënt niet geneest, dat niemand hem opneemt, 'zijn die witten wel in een zwarte geïnteresseerd?' Folami is bozig geworden. De mensen met wie hij, in wisselende samenstellingen, een flat in de Bijlmer bewoont zijn achter de horizon verdwenen. Folami en de geestelijk verzorger bidden soms samen, in het Engels. De geestelijk verzorger praat niet alleen met de Nigeriaanse jon-

gen, maar ook met de verpleegkundigen die de neiging hebben gekregen de jongen te mijden. De geestelijk verzorger praat ook met de transferverpleegkundige, zelfs met een van de zorggroepmanagers, over waar het ziekenhuis staat met zijn zorgvisie, als het over mensen als Folami gaat.

Onder ogen zien dat je niet geneest, de onzekerheid, hoe lang leef ik nog? De jongen zweeft tussen zijn evangelicale geloof en een soort flegma, is soms ook boos: waarom is er voor mij geen plek en voor anderen wel? Ziek zijn heeft alles te maken met erkenning krijgen voor wie je bent en hoe het met je staat en met het uitblijven van zulke erkenning. De geestelijk verzorger werkt zich als een soort diplomaat door de linies heen. Na veel vijven en zessen en een scheut extra verantwoordelijkheidsbesef van de ziekenhuisleiding wordt er een plaats gevonden in een hospice, hoewel de prognose is dat Folami misschien nog wel meer dan enkele maanden te leven heeft, langer dan wat het hospice als norm aanhoudt. Mede dankzij de geestelijk verzorger, die de wijsheid

had om zowel de ongewisheid als de boosheid te zien maar niet volstond met counsellingsgesprekken.

De naam betekent 'Respecteer en eer mij' en de geestelijk verzorger doet dat: er is een plek in de geordende samenleving gevonden, op weg naar de dood.

## Dit beroep zal in transitie gaan of het zal verdwijnen

Er zijn vele geestelijk verzorgers op deze manier aan het werk. Zij doen belangrijk werk dat bovendien voor de huidige zorg zeldzame kwaliteiten aan de dag legt: ze blijven gestadig, geduldig langszij, in plaats van langs te *rushen*; zij blijven het tempo van de ziel van de patiënt volgen, in plaats van het door de instelling of door hulpverleningstheorieën opgedrukte tempo (de hijgerige nadruk op veerkracht); zij blijven door de vreemdheid van de patiënt heen reizen. Die vreemdheid kenmerkt overigens niet alleen de Nigeriaanse Folami maar net zo goed de Brabantse mevrouw Van den Biggelaar uit Tilburg Noord. De geestelijk verzorger blijft niet zoals andere zorgverleners aan de buitenkant van 'de heer Folami': hij waagt zich op het snijvlak van de private en de openbare sfeer. De geestelijk verzorger heeft die kunst deels geleerd op haar of zijn (vervolg)opleiding, maar deels ook tijdens het werk zelf. De geestelijk verzorger legt een zeldzame creativiteit aan de dag als het gaat om nieuwe rituelen, om afstemming op mensen die niet van het geordende woord leven: zij stemmen af door middel van muziek en zang met mensen met dementie of mensen met een beperking. Ze zijn intercultureel creatief. Geestelijk verzorgers zijn behalve trouw aan die ene patiënt in menig opzicht ook sociale pioniers. Ze doen zeldzaam en kostbaar werk.

### Transitie

Toch zal dit beroep in transitie gaan of het zal verdwijnen. Ik beperk me hier tot de geestelijke verzorging in zorg- en welzijnsinstellingen, in een Noord-West-Europese context. Als ik het over transitie van het beroep heb, plaats ik dat hier vooral binnen transities van organisaties.<sup>1</sup> Als ziekenhuizen tot onderdeel van een gezondheidsnetwerk

worden ('centra voor gespecialiseerde interventies'), met vele partners, verandert er ook elders in het netwerk iets: ook het beroep van de huisarts ('de gezondheidsadviseur dichtbij') en de rol van de patiënt (zelf verantwoordelijke, veerkrachtige deelnemer in gezondheidsstreven) veranderen. Binnen transitie van organisaties kan het ook gaan om transities van beroepen. Transitie betekent zoveel als: instellingen en beroepen komen door een voortdurende complexiteitsdruk samen met andere instellingen en beroepen, ze doorlopen een niet zelden pijnlijk omvormingsproces. Ze laten de kenmerken van oude instituties achter zich, die kenmerken namelijk welke niet in staat zijn gebleken zich passend te vernieuwen. Door volledig nieuwe elementen op te nemen (bijv. telezorg en zorgkringen) wordt de overgang gemaakt naar een volgende, min of meer stabiele situatie. Van transities zijn er allerlei voorbeelden en een tamelijk bekend voorbeeld is milieuvriendelijk produceren. Een volstrekt andere kijk op en aanpak van grondstofgebruik ('afval bestaat niet') is er onderdeel van. Producenten staan niet tegenover maar naast consumenten: beide werken samen in de recycling. Transitie is geen verandering: verandering blijft binnen een bestaand paradigma en tracht daarbinnen iets te verbeteren. Verandering binnen de geestelijke verzorging zou bijvoorbeeld betekenen in plaats van counsellen te leren (passend bij de woordrijke middenklasse-patiënt) leer je nu ook intercultureel te begeleiden.

Wanneer ik invul wat *transitie voor het beroep van geestelijk verzorger binnen de transitie van de institutie zorg* betekent, dan omschrijf ik het zo. Transitie van de geestelijke verzorger betekent samen met andere partners die inzicht hebben in het probleem waarvoor de zorg staat: complexiteitsreductie, tot een andere beroepsstatus en beroepsinvulling komen, die past bij de stand van de vraagstukken waarvoor de zorg staat. *Complexiteitsreductie*: een typisch laatmodern kenmerk van de zorg is de almaar toenemende complexiteit – technologisch (multidisciplinair ontwerpen en toepassen van technologieën in de zorg, zoals nanotechnologie), sociaal (uitdijende professionalisering die nog meer 'coördinatie' vraagt) en systemisch (de opeenstapeling binnen één zorgpraktijk van veiligheids-, afreken-, informatieoverdrachts-



en sociaaltechnologische systemen, zoals de *lean* benadering). Dit fenomeen is laatmodern omdat de moderniteit met zijn geloof in maakbaarheid aan en over zijn grenzen is. *Samen met anderen*: dus niet alleen binnen de huidige beroepsgroep en niet alleen met de bekende zogeheten zeggende instanties. Wil de geestelijk verzorger een andere status en beroepsinhoud krijgen, dan kan dit niet binnen de huidige beroepsgroep worden uitgedacht; er zijn noodzakelijk andere partners bij betrokken, zoals zorgmanagers, die soms nu nog als tegenpartij worden gezien. *Inzicht in het probleem waarvoor de zorg staat* zeggen: gedeeld probleembesef. Transitie betekent ook: dat *gedeeld probleembesef opbouwen* en diegenen achterlaten die zich dat

## De zorg wijst een andere positie aan het beroep toe

besef niet willen of kunnen toe-eigenen, bijvoorbeeld omdat zij blijven vasthouden aan denkcategorieën die inadequaat zijn voor complexiteitsreductie. Er zijn categorieën die voor de geestelijke verzorging wel een hartenlap kunnen zijn, zoals 'een vrijplaats in de zorgfabriek', maar die conceptueel de arbeiders in de zorgfabriek, zoals verpleegkundigen die in de steeds complexer wordende zorg hun werk moeten verrichten, alleen laten. Transitie houdt ook in: concrete instellingen achter zich laten of hun huidige gestalte minder centraal stellen dan tot nu toe. Een voorbeeld van de huidige gestalte: kerken en levensbeschouwelijke genootschappen die op basis van een binnenkerkelijke definitie en op basis van een oudere *deal* met de levensbeschouwelijk neutrale overheid macht en positie claimen. Maar hoe adequaat is die oplossing nog? Want maken de kerken de transitie in de zorg wel mee?

Er zijn ook universitaire en HBO-opleidingen nodig om een ander gedeeld probleembesef rond de geestelijke verzorging mee op te bouwen. Maar de vele opleidingen van nu zullen de reis niet alle mee afmaken, zij zijn namelijk helemaal geen partner in de zorg. Nieuwe partners, zoals intelligente zorgmanagers die door schade en schande en door innovatie wijzer zijn geworden, maar ook patiëntenverenigingen die doorhebben dat hun eigen oude basis (rechten claimen) verschuift,

worden – zo is mijn voorstel aan geestelijk verzorgers – aan tafel genodigd. Zij zijn wellicht wel partners in transities waar sommige kerken en opleidingen niet toe in staat zullen blijken. Als er door allerlei invloeden geen nieuw gezamenlijk probleembesef tot stand kan komen, dan reist de geestelijk verzorger met andere partners verder. Zoals bij alle transitie betekent dat vaak onzekerheid (er is niet meteen een nieuwe status), soms verdriet (om de kerk die in onvermogen verstrikt zit) en vergt het niet zelden burgermoed (om op de *surf* van de transitie te blijven en weer op je *board* te klimmen als je er van af bent gegooid). Transitie betekent dat de zorg zélf zal veranderen, de instellingen zoals wij ze kennen zullen verdwijnen en er nieuwe allianties zullen ontstaan. De spannendste vraag vanuit de zorgethiek bij dat alles is waar de patiënten zullen blijven. De geestelijk verzorgers zullen de bakens van de transitie volgen of verdwijnen.

### Passend?

Waarom zou het beroep met zijn huidige status en inhoud verdwijnen, als het zo zeldzaam en kostbaar is? Omdat het beroep, een hybride ontstaan in een vorige toestand (representant van een levensbeschouwing en 'expert' in counselen of in zin), niet adequaat is voor de huidige zorg, in de laatmoderne context er van. Het beroep verstaat als het ware zorg-in-complexiteit niet. Dat is mijn hypothese. Ik bedoel dit niet op persoonlijk niveau, niet op het niveau van de mentaliteit van deze of gene geestelijk verzorger. Er zijn geestelijk verzorgers die geen oren hebben naar institutie en complexiteit en het graag bij de directe patiëntcontacten houden, terwijl andere beroepsbeoefenaren wel gevoel hebben voor de context waarin de zorg verzeild is geraakt. Ik bedoel mijn hypothese op het niveau van gedeelde en erkende inhoud van het beroep: *het waartoe, het wat en het hoe* van de beroepsbeoefening. In een eerdere situatie waren er kerken met rectoren en met dominees die een eigen vaste hoog geplaatste positie innamen in zorginstellingen (voordat die overigens zo genoemd werden). In de statige centrale hal van het oude Canisius-ziekenhuis in Nijmegen was links het kantoor van de geneesheer directeur en was rechts het bureau van de Rector: zij zetelden *ex aequo*. Daarna kwam de geestelijk verzorger. Alleen al de naam is heel vreemd, veronderstelt

een scheiding van lichaam en geest (over de ziel zwijgen wij voortaan) en veronderstelt dat je het geestelijke van mensen kunt 'verzorgen'. Maar de omringende instituties veranderden...

De kerken en genootschappen zijn intussen in de Noord-West-Europese context verpulverd, maar andere instituties ook. Niet alleen houdt het hemels baldakijn de regen van angst niet meer tegen, hebben Gods vertegenwoordigers het moeilijk om de geleefde liefde, barmhartigheid en rechtvaardigheid met die van de Allerhoogste te verbinden en hebben de kerken geen aansluiting bij de verplicht optimistisch gestemde laatmoderne innovatiedwang noch ook bij diep verdriet en woede, zoals zichtbaar in het ressentiment van PVV-stemmers en anderen. Kerken en genootschappen hebben de handen vol aan de terugtocht, aan de krimp die soms nog moeilijker lijkt dan de verkondiging van de verlossing. Onder meer individualisering, strikt opgevat als het wenkbeeld om als eenling die associaties aan te gaan die jij nu wilt aangaan en op te zeggen als jij dat wilt, heeft de institutie kerk pootje gelicht, zoals die ook andere instituties doet verpulveren. Ook bijvoorbeeld de universiteit verpulvert als institutie wanneer studenten als individueel kiezen de klanten worden gezien.

Zorg- en welzijnsinstellingen zijn intussen, misschien minder opvallend maar eigenlijk nog ingrijpender dan de kerken en genootschappen, danig veranderd. Men kan stellen dat de door caritas of het politieke idee van 'solidariteit met zieken' gelegitimeerde *institutie zorg net zo goed verpulverd* is als de kerk. Zorginstellingen doen inmiddels voortdurend grote krachtsinspanningen tot complexiteitsreductie, met een groot geloof in de mogelijkheid complexiteit te reduceren door management. De zorg is hoog complex geworden. Ik schetste hierboven de complexiteit van de organisatie al. Maar er is meer. De complexiteit in de zorg is ook een proces van *omvorming van zorgarbeid* zelf. Dat is relevant voor de geestelijk verzorger: de collega in de zorg doet intussen iets heel anders. Ik noem slechts enkele factoren.

Ten eerste zien we complexiteit als gevolg van de aldoor toenemende technische en sociaal-technologische mogelijkheden en het *omzetten van mense-*

*lijke handelingen in technologie* waardoor zorgarbeid transformeert. De chirurg oefent met de robot die bij een toenemend aantal operaties secuurder is dan hij en de chirurg wordt stap voor stap een andere dokter. De verpleegkundige leert overbodige bewegingen bij het wassen op bed af en moet leren efficiënt het lichaam van de patiënt of bewoner te reinigen met lotiondoekjes. In het kader van de sociale technologie in de *lean* aanpak van de bedrijfsprocessen worden stukjes van haar werk (de 'waste') er uit geknipt en zij wordt stap voor stap een ander soort verpleegkundige. Bij de een is techniek en bij de ander sociale technologie de omvormer.

Ten tweede zien we een cultureel en politiek penetrante behoefte aan zogenaamde 'transparantie' in en controle over de zorg; er is een vertrouwensmoeras (overheid en publiek eisen een doorzichtigheid van de zorgarbeid die door de zorginstelling helemaal niet te geven is) en de reactie is controle. Controle penetreert heel diep in de arbeid en is van heel andere aard dan bureaucratie; wie niet volgens voorgegeven vakjes registreert *kan namelijk de volgende stap in de arbeid niet zetten*; het systeem is onvermurwbaar en dirigeert de arbeid.<sup>2</sup>

Ten derde zien we de laatste twee decennia een opeenstapeling van systemen: veiligheidssystemen, afreken- of bekostigingssystemen, planningssystemen, communicatiesystemen en vele andere systemen, allemaal in één instelling. Die systemen liggen als mikadostokjes over elkaar heen; als je aan één systeem werkt (bijvoorbeeld een nieuw patiëntvolgsysteem) is er grote kans dat de andere stokjes bewegen. Enerzijds hebben die systemen begrijpelijke gewenste effecten – wie is er tegen een efficiënt medicijnveiligheidssysteem zodat er minder fouten worden gemaakt en er zo nodig op duidelijk aanwijsbare plekken ingegrepen kan worden? Maar anderzijds vormen de gestapelde systemen de arbeid ook om. Ze vergen niet alleen flinke percentages arbeidstijd (volgens onderzoek bijvoorbeeld ca. 30% tijd van de verpleegkundigen) maar lokken vooral andere soorten arbeid uit dan waarvoorheen de zorg uit bestond. Het werk wordt geformatteerd door de meetpunten en is niet relationeel of persoonsbepaald.

Ten vierde zien we al langer zichtbare tendensen sterk doorzetten: voortschrijdende specialisering en professionalisering in de zorg. Werk wordt steeds verder uitgesplitst – de verpleegkundige die oncologisch verpleegkundige wordt, die postoperatieve oncologisch verpleegkundige wordt. De zorgarbeid professionaliseert en drukt nieuwe eigen standaarden van professionaliteit door (er is voortaan een verpleegkundige anamnese nodig) en zo wordt de zorg complexer: al de specialisering en professionalisering moet allemaal weer ingepast en gecoördineerd worden.

Ten vijfde zijn er andere soorten patiënten ontstaan. De lijdzame lijder, de eisende cliënt en de veerkrachtige medebehandelaar-patiënt bestaan naast elkaar. Er wordt weliswaar naarstig gestreefd in instellingsbeleid naar ‘zorg op maat’ en naar zorg volgens de behoefte van de individuele patiënt. Maar eigenlijk is er nog geen antwoord op de diversiteit van patiëntmodellen. De bestaande voorstellingen van wie en wat de patiënt is doen geen recht aan het probleem dat er een hoge mate van complexiteit in de zorg is ontstaan. Om de complexiteit in de zorg recht te doen zal er meer nagedacht moeten worden over verschillende soorten patiënten en over het feit dat iemand nu voldoet aan een beeld van de autonome patiënt en morgen ineens er helemaal niet meer aan kan voldoen.

Als laatste punt in verband met complexiteit noem ik het marktdenken. Er heerst geen werkelijke markt maar er worden concepten en mechanismen uit de marktbenadering in de zorg ingevoerd.<sup>3</sup> De logica van dit marktdenken vermengt zich met (en vervangt niet) andere aanwezige logica's, waardoor de complexiteit alleen maar groter wordt.

Instellingen zijn constant bezig met complexiteitsreductie en hebben daar aparte mensen voor: de managers. Deze beroepsgroep reduceert complexiteit door te compartimenteren, door een hiërarchie van wat belangrijk en nog belangrijker is aan te leggen en door te zetten, door doorzichtigheid van ‘processen’ te forceren. Dat bevordert het overzicht. Maar anderzijds voeren zij de complexiteit ook weer op door sociale technologie toe te passen: er worden voortdurend ‘innovatieve’ so-

ciale technieken ingevoerd. Denk in de zorg aan Lean Six Sigma, Blue Ocean, Planetree, de Disney benadering van Fred Lee en soortgelijke formules. Andreas Reckwitz heeft erop gewezen dat zulke innovatie moderniteitsdwang is: complexiteit krijgt niet de kans tot stolling te leiden door de voortdurende eis van ‘creatieve innovatie’. Deze doet zich voor als een beroep op zelf creatief en verantwoordelijk denken van de medewerkers, is echter tegelijk ook sociaal technologische dwang: zolang complexiteit vloeiend wordt gehouden door wéér een innovatie krijgt deze niet de overhand.<sup>4</sup> Het is ook niet erg als formules zoals *lean* of Planetree geen stand houden of wegzakken: vloeiend houden is wat het management eigenlijk wil.

Waar is intussen de geestelijk verzorger in de zorg gebleven?

### En dan opnieuw de geestelijk verzorger...

Hoewel er nog kleurtjes en geurtjes zijn die aan oude maatschappelijke toestanden herinneren leven de geestelijk verzorgers niet meer vanuit de institutie kerk, kunnen zij ook niet meer leunen op de tussentoestand waarin zorginstellingen zich los maakten van zowel de charitatieve legitimatie voor zorg als van direct politiek gelegitimeerde zorg. Er is een volledig nieuwe toestand in zorg en welzijn gegroeid en de geestelijk verzorger zal uit kracht van zijn professie daarover meedenken en deze mee ontwikkelen – of hij zal nog verder marginaliseren of uitsterven.

Natuurlijk herkent vrijwel iedere geestelijk verzorger de omvorming van haar of zijn arbeid, zoals die is opgetreden in de inmiddels voorbijgaande fase. De geestelijk verzorger leerde psychologische technieken toepassen; hij leerde zich invoegen in systemen van de instelling, inclusief de ontkenning van identiteit (van instelling, patiënt, zorgverlener en de geestelijk verzorger die ‘er voor iedereen is’), zij doet inmiddels aan geregelde verslaglegging en verantwoording over het werk. En dat zijn maar enkele van de tekenen van de omvorming. De disputen over de geestelijk verzorger als identiteitsdeskundige ten overstaan van de verblekende identiteit van de zorginstellingen, de debatten over de ‘toegevoegde expertise van ethische deskundigheid’ van de geestelijk verzorger,

de pleidooien voor de noodzaak van ‘pastorale diagnostiek’ naast andere expertsystemen in de zorg, de voorstellen voor het profiel van de geestelijke verzorging dat zou liggen in ‘zingevingsexpertise’, of in ‘spirituele expertise’: ze kunnen alle opgevat worden als tekenen van omvorming van de arbeid. We zijn gewend ernaar te kijken onder andere noemers, zoals ‘ambtelijkheid versus

## De geestelijk verzorger wordt mogelijk “the patients advocate”

professionaliteit’. Maar ik stel voor naar de genoemde debatten te kijken onder een andere noemer: die van omvorming van de arbeid onder invloed van moderniteitsprocessen die in de zorg gaande zijn. De arbeid van de geestelijk verzorger raakt omgevormd en de zich transformerende zorg wijst bovendien een andere positie aan de geestelijk verzorger toe. Wanneer de beroepsgroep, samen met anderen, toekomst wil openen, dan kan dat door scherp naar die moderniteitsprocessen in de zorg te kijken.

### Verticalist

De geestelijke verzorging gaat met rijkdommen op pad en gaat door de transitie van het beroep heen: de groep van geestelijk verzorgers neemt haar sociale pionierswerk mee, haar vermogen om tradities op te nemen, neemt de inmiddels mede dankzij de beroepsvereniging opgebouwde reflexiviteit in de beroepsgroep mee. Maar misschien is haar grootste rijkdom wel de betrekking met patiënten. Daarmee zitten geestelijk verzorgers namelijk dichtbij de kern van de zorg zelf, al is die kern in zorginstellingen vaak zoek, wordt die kern gezocht maar door de zorginstellingen ook graag kwijt gemaakt. Doordat geestelijk verzorgers zo dicht bij de kern van zorg zitten hebben zij een unieke positie om met zorgverleners en met patiënten over de *zoekgeraakte en zoekgemaakte kern* te spreken. Hoewel sterk gemarginaliseerd en qua positie zeer kwetsbaar in de organisatie staan geestelijk verzorgers dicht bij waar het eigenlijk om draait: ziek zijn, zwakker worden, genezen, de dood voor ogen hebben, pappen en nathouden, leefbaar houden, de vonken van veer-

kracht herkennen, onder ogen zien – een beetje, zover het nu kan – wat de patiënt en de naasten van hun leven gebakken hebben. Het zijn allemaal werkelijkheden waar de ervaren arts en verpleegkundigen, nadat zij eens flink van de troon zijn gevallen door wat zij deden of meemaakten, ook een sterk besef van hebben. Er zijn ook managers die de kern van de zorg naarstig opzoeken.

Eerder heb ik de gedachtegang opgezet dat het mogelijk is in de zorg op de positie van de vriendschap jegens de patiënt te gaan staan. Niet met een romantische opvatting van preferentiële vriendschap (alsof je met iedereen vriendje zou kunnen zijn), maar met het idee van burger-vriendschap: kunnen kijken naar iemand, ook naar een vreemde, naar een patiënt die nu eenmaal bij jou terecht is gekomen, door je te concentreren op wat het goede is dat je deze patiënt zou gunnen. Zoals je dat in je preferentiële vriendschappen, als het goed is, ook doet: het goede gunnen dat bij je vriend(in) past.<sup>5</sup> In het geval van de niet-preferentiële vriendschap, de *civic friendship*, kijkt nu de geestelijk verzorger op het snijvlak van *privaat en openbaar* met de patiënt mee naar het goed voor die patiënt. Veel geestelijk verzorgers leven met de mythe dat hun werk zich in de private sfeer afspeelt, en daarbij gebruiken zij ook verpschycologiseerde en privatiserende opvattingen over emoties en ervaringen en wat die betekenen.<sup>6</sup> Als het beroep van de geestelijk verzorger in transitie gaat zal dit één van de mythes zijn die verlaten moeten worden. De geestelijk verzorger werkt op het snijvlak van de private en de openbare sfeer en moet daar kristalhelder zicht op hebben. De transitie zal neerkomen op een ontdekking, samen met andere zorgverleners en patiënten en hun naasten, van de complexiteit van de zorg, de complexiteit zoals die door de laatmoderniteit wordt voortgebracht. De transitie van het beroep zal ook draaien om de ontdekking van de morele relevantie en inzetbaarheid van relationele kennis, op het snijvlak van openbaar en privéleven en van de mogelijkheid om met accolades te denken in plaats van met tegenstellingen. De geestelijk verzorger zal iemand worden die als een getuige van het leven van de patiënt over de kern van wat zorg inhoudt zal meedenken. Hij, zij is geen pastoraal therapeut met eigen diagnostieken of expert in iets afzonderlijks zoals zingeving.

Maar omdat hij de tijd neemt dichtbij te komen kan hij – naar Ricoeur – *getuigen* jegens de patiënt zelf (dat is soms heel hard nodig) en jegens de arts, jegens de naasten en jegens de therapeut, dat het leven van de patiënt als lijdend en als handelend persoon een en hetzelfde is: deze persoon lijdt en is fier tegelijk. De geestelijk verzorger is geen specialist-expert noch een generalist-alleskunner maar een ‘verticalist’: hij kan als getuige van wat de bron van zorg is – betekenis voor de zorgverlening van ziekte, herstel, lijden en sterven – in brede kring beschikbaar stellen wat de kern van zorg is. De verticalist kan over diepte getuigen. Het kan zijn dat bij de transitie van de zorg deze kern wordt uitgeslingerd en de zorg dehumaniseert. Maar als er één beroepsgroep goede tradities heeft om voor de kern van zorg te staan dan is het de geestelijk verzorger. Misschien wordt hij of zij anders genoemd, misschien wordt de geestelijk verzorger *the patient’s advocate*, getuigt en bepleit hij diens diepte en eenheid waar die uit elkaar wordt getrokken.

Frans Vosman (\*1952) studeerde moraaltheologie in Nijmegen, Rome en Parijs. Sinds 2006 is hij hoogleraar

in Tilburg en sinds 1 sept. 2012 tevens hoogleraar zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek. Hij leidt de onderzoeksgroep Care and contested coherence waar ook enkele geestelijk verzorgers die promotieonderzoek doen aan deel nemen.

## Noten

- 1 A. Meleis, *Transitions Theory*, 2010, hoofdstuk 1, geeft een overzicht van wat transitie in de zorg behelst.
- 2 Dirk Baecker, ‘Technik und Entscheidung’, in: E. Hörl (Hrsg.), *Die technologische Bedingung* (Suhrkamp, Berlin 2011), pp. 179-192, met zijn scherpzinnige analyse van vrijheidsgraden van de techniekgebruiker.
- 3 Ik volg hier de these uit 2009 van hoogleraar Bart Berden <http://www.zorginpositie.nl/Achtergrondartikelen/Oratie%20Bart%20Berden.pdf>
- 4 A. Reckwitz, *Die Erfindung der Kreativität. Zum Prozess gesellschaftlicher Ästhetisierung*, Berlin 2012, 133-145.
- 5 F.J.H. Vosman, (2004). ‘Vriendschap als model voor professionele zorg’, *Tijdschrift voor Humanistiek*, 5 (2), 2012, pp. 62-73.
- 6 Daniel Heller-Roazen’s *The Inner Touch: Archeology of a Sensation* (New York 2007) laat zien dat innerlijkheid overeenkomstig dwingende eisen van de Moderniteit een privézaak is.