

# HUMANE ZORG, ORGANISATIE-ETHIEK EN DE ROL VAN DE GEESTELIJK VERZORGER

Door: Dr. Martien Pijnenburg\*

*Ethiek wordt vaak geassocieerd met morele reflectie op individueel handelen, bijvoorbeeld het handelen van een zorgverlener. Martien Pijnenburg, ethicus in het Nijmeegse UMC St Radboud, presenteert organisatie-ethiek als een alternatieve denkroute over goede zorg, waarin niet de zorgrelatie, maar de institutionele context ervan centraal staat.*

De uitdrukking 'humane zorginstellingen' heeft veel weg van een tautologie. Volgens Van Dale betekent 'humaan' immers: 'menslievend, welwillend, van een ruim en zacht oordeel, vriendelijk en zorgzaam tegenover ondergeschikten en afhankelijken.' Is zorg niet per definitie een praktijk die bestaat omwille van menslievendheid, welwillendheid, vriendelijkheid en zorgzaamheid jegens mensen die behoeftig en dus afhankelijk zijn, en waarin oordelen over wensen, behoeftes en noden van deze mensen noodzakelijk, veroordelingen daarentegen ongewenst zijn?

Veel patiënten of cliënten kunnen – gelukkig – beamen dat zij zorg in deze betekenissen van humaniteit ontvangen of hebben ontvangen. Maar er zijn ook veel ervaringen van het tegendeel. Ten eerste zijn er patiënten of cliënten die zich als een ding behandeld voelen, als een object aan wie haast fabrieksmatig en onpersoonlijk een reeks van handelingen wordt verricht. Ten tweede hebben ook veel zorgverleners het gevoel door hun managers vooral te worden afgerekend op andere zaken

dan menslievendheid, zorgzaamheid of vriendelijkheid. Deze kwaliteiten worden weliswaar door hun werkgever hogelijk geprezen als wenselijke attitudes, maar als puntje bij paaltje komt, lijken andere criteria toch belangrijker: efficiëntie, productie, werken volgens vaste patronen en procedures.

Het zijn deze contrastervaringen die vragen om een nadere ethische reflectie op wat humanisering van zorg betekent en beoogt. In deze bijdrage focus ik daarbij op twee specifieke aandachtsgebieden: organisatie-ethiek en geestelijke verzorging.

Ik vat, ten eerste, humanisering op als een morele opdracht voor de wijze waarop zorginstellingen zorg organiseren. Vaak wordt deze organisatorische context verwaarloosd, en wordt de aandacht voor goede zorg versmald tot de individuele zorgrelatie, en tot manieren waarop zorgvragers worden bejegend. Maar, om Hannah Arendt te parafrazeren, de banaliteit van de inhumaniteit (Arendt: 'van het kwaad') moet in onze steeds complexer wordende samenleving en gezondheidszorg niet

---

zoeder gezocht worden in individueel tekort schieten – hoewel dat natuurlijk óók voorkomt – maar vooral in de institutionele structuren en systemen waarin zorg wordt georganiseerd.

Ten tweede ga ik in op wat geestelijk verzorgers binnen zo'n institutionele setting, en op basis van hun specifieke expertise, kunnen bijdragen aan humanisering van zorg.

### 1. Humanisering en organisatie-ethiek

Eén van de oorzaken waardoor de belangstelling voor organisatie-ethiek de laatste jaren toeneemt is het inzicht dat de positieve of negatieve uitkomsten van patiëntenzorg grotendeels voortkomen uit manieren waarop de zorg is georganiseerd en gefaciliteerd door een zorginstelling, en niet uit individueel gedrag van professionals (Blake 1999: 187). Vanuit organisatie-ethisch oogpunt dienen zich dan twee belangrijke vragen aan.

De eerste vraag betreft de morele verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor een dusdanige organisatie dat kwaliteit, veiligheid en door individuele patiënten ervaren nut worden gediend. Instellingen realiseren dat door onder meer procedures, protocollen, vaste werkpatronen, patiënttevredenheidsonderzoeken, arbeids- en verantwoordelijkheidsdeling en audits. Terwijl geen enkele zorginstelling zonder deze instrumenten kan, bevatten ze tegelijk het gevaar dat zij doel op zichzelf worden. Bovendien kunnen ze onderling conflicteren. Onlangs hoorde ik van een intensive care waar omwille van veiligheid, in dit geval ter voorkoming van vergissingen bij het toedienen van medicijnen, patiënten een grote sticker met persoonsgegevens op hun bovenarm geplakt kregen. De familie ervoer dit echter als onmenselijk: alsof van hun dierbare een 'postpakket' werd gemaakt. Het voorbeeld illustreert tevens dat organisaties om hun doelen te realiseren instrumenten hanteren die een algemeen karakter dragen, dat wil zeggen, zich richten

op patiënten als op categorieën, in genoemd voorbeeld een categorie met specifieke veiligheidsrisico's, terwijl humane zorg juist het bijzondere en de waardigheid van ieder persoonlijk wil behoeden en erkennen.

De tweede organisatie-ethische vraag is hoe zorginstellingen behoren om te gaan met hun meer-voudige verantwoordelijkheid. Naast hun rol als institutionele zorgaanbieder hebben zij immers ook verantwoordelijkheid jegens hun werknemers, jegens de samenleving – uitgedrukt in de term *corporate citizen* – en jegens hun stakeholders, zoals patiënten, verzekeraars, overheid en wetgever (Winkler 2005). Managers moeten daarom hun verantwoordelijkheid voor humane zorg in evenwicht brengen met deze andere verantwoordelijkheden.

De laatste jaren is vooral de druk van het verantwoord omgaan met schaarse financiële en personele middelen enorm toegenomen. Dit legt een zware claim op de humaniteit van de zorg, temeer daar de oplossingsstrategie die door de overheid is gekozen, te weten marktwerking met de bijbehorende instrumenten van klantgerichtheid, herdefiniëring van zorg tot een product, efficiency, concurrentie en competitie de morele kern van gezondheidszorg dreigt te marginaliseren. Het binnen een marktmoreel legitieme streven naar méér, goedkoper, klantgerichter en beter presteren dan de concurrent heeft als risico dat de patiënt in zijn/haar kwetsbaarheid en afhankelijkheid wordt vergeten en zorgprofessionals het gevoel krijgen op andere zaken te worden 'afgerekend' dan waar het in hun hart om gaat. Op den duur lopen zij het risico zich te gaan gedragen naar de manier waarop zij worden aangesproken en beloofd. De overheid predikt al langer dat wie zich niet als een slimme consument gedraagt, een dief van zijn eigen portemonnee is. Dus als je vooral beoordeeld en beloofd wordt op hoeveel zorg je in hoeveel tijd biedt, waarom zou je dan nog altruïstisch het belang van een ander voorop stellen (zie ook: Groot 2011)?

De kernvraag van de ethiek – wat is het goede om te doen? – kan zich daarom binnen zorginstellingen in vele gedaantes voordoen. Het kan gaan om de verhouding tussen het algemene en het bijzondere, tussen verschillende institutionele verantwoordelijkheden, tussen geld en gezondheid, tussen vechten voor patiënten en vechten om patiënten. Deze organisatie-ethische vragen nestelen zich rondom de meer individueel-ethische vragen die zich altijd al voordoen in de zorg: naar de afweging tussen weldoen van patiënten en hen niet schaden, naar recht doen aan autonomie van patiënten binnen asymmetrische verhoudingen, naar kwantiteit, kwaliteit en heiligheid van menselijk leven, et cetera.

Deze veelheid maakt begrijpelijk dat een van de definities van organisatie-ethiek luidt: het organiseren van ethiek of moreel beraad, op alle niveaus binnen de instelling waar zich morele vragen voordoen (Krobath, Heller 2010). Andere definities doen recht aan die veelheid door organisatie-ethiek te omschrijven als de bundeling van de verschillende soorten ethiek die in een zorginstelling worden gepraktiseerd: professionele ethiek, klinische ethiek, bedrijfsethiek, managementethiek (Spencer et al. 2000), of simpelweg als de studie van ethische issues binnen organisaties (Nielsen 1997).

We kunnen dit formele definities van organisatie-ethiek noemen: ze gaan uit van enkele uiterlijke kenmerken, zoals de lokalisering van ethische kwesties of manieren om aan de reflectie erop gestalte te geven. Inhoudelijke definities daarentegen benaderen de organisaties zelf als morele actoren. Zorginstellingen zijn niet zomaar gebouwen of werkplaatsen, maar, analoog met de wet waarin een organisatie als rechtspersoon kan worden aangesproken, ook morele personen of subjecten. Dat wil zeggen, zij zijn meer dan het aggregaat van personen die er werken want ze zijn tevens een conglomeraat: een collectief dat meer is dan de som van individuele medewerkers, en dat de morele

opdracht heeft goede zorg te verlenen, handelingen te stellen en beslissingen te nemen (French 1997, Danley 1999). Een besluit tot bijvoorbeeld een fusie kan niet worden gereduceerd tot een individuele beslissing van de voorzitter van de Raad van Bestuur. Zij of hij zet wel de handtekening, maar doet dit juist niet als individu maar als representant van het collectief dat de zorginstelling is. Als patiënten klachten hebben over behandeling of zorg kan het zo zijn dat individuele zorgverleners hiervoor aansprakelijk zijn, maar ook en vooral de zorginstelling wordt aangesproken op het tekort schieten.

Met betrekking tot de zorginstelling als moreel subject is organisatie-ethiek de reflectie op het handelen van dit subject vanuit het oogpunt van goed en kwaad. Beschouwen we een individu als moreel subject, dan kijken we naar intenties, leidende morele waarden en overtuigingen, motivaties en feitelijk handelen. In analogie hiermee kijkt organisatie-ethiek naar missie en kernwaarden van een zorginstelling, naar haar identiteit, en naar de manier waarop zij feitelijk opereert en handelt. Officieel beledenen of lekker bekkende missies en kernwaarden kunnen immers soms haaks staan op wat feitelijk gebeurt of als zodanig wordt ervaren.

## 2. 'Het beest'

De kloof tussen ideaal en werkelijkheid is niet simpelweg te dichten. Dat heeft de filosoof Paul Ricoeur al in de zestiger jaren van de vorige eeuw duidelijk gemaakt vanuit een normatieve theorie over instituties (Ricoeur 1968). Ethisch handelen, of, in het kader van dit artikel, humaan handelen is niet slechts een persoonlijke intentie, maar komt tot uitdrukking in feitelijk handelen jegens anderen, en binnen rechtvaardige instituties. De zorg voor een ander wordt bemiddeld door de institutionele context. Dat wil zeggen, het persoonlijke staat niet tegenover de onpersoonlijke institutie, maar wordt juist door deze laatste bemiddeld. Subjectivering is pas mogelijk binnen een setting van

---

objectivering. De korte ik-jij-relatie komt tot stand door middel van lange wij-men-relaties. Personifiëring zonder deze noodzakelijke abstrahering is naïef. De mogelijkheid tot menslievende zorg is gelegen binnen de bescherming en garanties die zorginstellingen daarvoor bieden.

Maar deze noodzakelijke dynamiek kent ook zijn gevaren. Het gevaar van objectivering treedt op als het subjectieve wordt vergeten. De verdelende rechtvaardigheid die de basis vormt voor het maatschappelijk netwerk van voorzieningen en die ervoor zorgt dat alle mensen, dus ook de mensen van gisteren en morgen, de zorg krijgen waarop ze recht hebben, kan door zijn onvermijdelijke anonimisering, bureaucrativering en abstrahering onmenselijk worden. De systemen en structuren die zijn ontworpen om humane en rechtvaardige zorg mogelijk te maken kunnen daarom ook ont-aarden in pure machtsuitoefening.

In de Engelse tekst duidt Ricoeur deze ont-aarding aan als *the beast*: ‘Within the center of the most peaceful and harmless institutions lies the beast, obstinacy, the tendency to tyrannize the public, and the abstract justice of bureaucracy’ (Ricoeur 1965: 107). De Nederlandse vertaling is wat vriendelijker en ‘spreekt van ‘domheid’ (Ricoeur 1968: 28). Het punt is niettemin duidelijk: humane zorg kan niet zonder abstracte instituties, bureaucratie, en, zo moeten we er in onze tijd aan toevoegen, protocollen, procedures, evidence-based geneeskunde, standaarden voor veiligheid en kwaliteit en een financiële bedrijfsvoering die niet slechts de zorg van vandaag maar ook die van morgen mogelijk maakt. Maar tegelijk zit juist in al deze institutionele instrumenten het gevaar van ont-aarding.

De reflectie op deze dynamiek biedt daarom ook een permanente maatstaf voor een inhoudelijke organisatie-ethische reflectie en kritiek. Elke structuur, bureaucratie, standaard en bedrijfsvoering waarvan een zorginstelling zich bedient moet

voortdurend worden bevraagd op het doel waarvoor zij ze hanteert: dienstbaar te zijn aan de concrete zorg voor concrete mensen, zowel degenen die actueel binnen een instelling verblijven of zijn opgenomen als ook al diegenen die op termijn institutionele zorg nodig hebben.

### 3. De identiteitsvraag

Het perspectief op de zorginstelling als een moreel subject maakt de vraag onontkoombaar naar de identiteit van dat subject, dat wil zeggen, naar de manier waarop de instelling zichzelf begrijpt en de aard van de instelling die zij is en wil zijn. De identiteit van een instelling of organisatie wordt niet meer vereenzelvigd met een welbepaalde levensbeschouwelijke signatuur. En dat niet slechts doordat die levensbeschouwingen als collectief gedeelde levensovertuigingen, zoals bijvoorbeeld het katholicisme, protestantisme, jodendom of humanisme naar de maatschappelijke marge zijn verdrongen door factoren zoals individualisering en secularisatie, maar ook doordat het inzicht is gegroeid dat *iedere* instelling of organisatie een bepaalde identiteit heeft: McDonald’s evenzeer als Center Parks, en die evenzeer als de kerk. De identiteit van een zorginstelling zit in alles wat deze instelling kenmerkt: het behoren tot de gezondheidszorg, met daarin een specifiek aanbod van zorg, de locatie, de omvang, de manier waarop zij werkt, enzovoort. Maar zijn dit nog algemene kenmerken, identiteit zit toch vooral in het bijzondere van wat een bepaalde instelling voorstaat, en waarin zij zich eventueel, maar niet noodzakelijk, onderscheidt van andere instellingen. Het bedrijfsleven reikt ons het inzicht aan dat zonder zo’n specifieke identiteit de overlevingskans in een competitieve markt aanmerkelijk afneemt (Van Luijk 2000: 45). Het specifieke zit vooral in de waarden die een zorginstelling boven alles voorstaat en nastreeft. Daarmee en daardoor wordt identiteit een managementinstrument bij uitstek. Identiteit drukt uit waarom een instelling er is en waardoor zij zich wil laten leiden. Het is enerzijds zowel ‘the organisation’s fun-

---

damental reason for existence beyond just making money – a perpetual guiding star on the horizon; not to be confused with specific goals or business strategies. Anderzijds haar kernwaarden: ‘the organisation’s essential and enduring tenets – a small set of general guiding principles’ (Collins & Porras 1994: 73).

Vanuit een wijsgerig-antropologisch perspectief ziet ook Charles Taylor de kern van identiteit in waarden en hun bronnen (Taylor 1989). Hoewel hij zich richt op het moderne subject, zijn zijn beschouwingen ook toepasbaar op moderne zorginstellingen (Pijnenburg 2010). Maar hij maakt een belangrijke toevoeging als het gaat om kernwaarden. Want een instelling mag die waarden formuleren en als fraaie slogans op haar website zetten, zij moeten uiteindelijk worden weerspiegeld in feitelijke ervaringen van mensen en in feitelijke praktijken. Menslievendheid belijden is nog wat anders dan een door patiënten en hun families ervaren menslievendheid en een door feitelijke praktijken en structuren uitgedrukte en gereali-seerde menslievendheid. Voor Taylor wordt identiteit primair ontdekt en gecreëerd in ervaringen van mensen en in pogingen om elkaar te vertellen en uit te leggen wat daarin als aantrekkelijk of afstotend wordt gevoeld. Zoiets gebeurt bijvoorbeeld in moreel beraad: door met elkaar te bespreken of bijvoorbeeld een ernstig gehandicapte pasgeborene al dan niet verder moet worden behandeld, en aan elkaar uit te leggen waarom de een daarbij aarzelt, de ander ervoor pleit, sommigen het besluit volledig bij de ouders willen leggen terwijl anderen zich zelf meer verantwoordelijk voelen, wordt identiteit – wat we echt van belang vinden en wat ons daarin drijft – ontdekt en gevormd. Dat gebeurt ook als medewerkers van bijvoorbeeld een afdeling oncologie bij zichzelf en in hun manier van werken proberen op te sporen of en waar van menslievendheid dan wel het tegendeel sprake is. Op een heel ander vlak wordt identiteit ontdekt en gevormd in dialoog met externe stakeholders, zoals verzeke-

raars of patiëntenverenigingen. Ten aanzien van verzekeraars wordt de onderhandelingspositie steviger naarmate de instelling welbewuster weet waar zij voor staat en wat eventueel niet onderhandelbaar is. In dialogen met patiëntenverenigingen of cliëntenraad wordt identiteit gevormd in de ruimte die men elkaar laat of door de invloed die aan deze verenigingen of raden wordt toegekend aan het instellingsbeleid. Deze dialogen over wat van waarde is en hoe vormen onlosmakelijk deel van de instellingsidentiteit.

#### **4. Christendom als historische bron van identiteit**

Naast het morele, respectievelijk de waarden die de instelling voorstaat, en de dialogen waarin wat van waarde is wordt ontdekt en vormgegeven, speelt het levensverhaal van de instelling een rol bij het ontdekken en vormgeven van identiteit: waar komen we vandaan, wat bewoog onze stichters, welke gebeurtenissen en personen zijn karakteristiek voor wat we nu zijn en waar willen we naar toe, hoe zijn wij onszelf als instelling in de toekomst? Voor een aantal instellingen, zoals vandoord christelijke, kunnen hun specifieke levensbeschouwelijke wortels uiteraard een rol spelen bij de reflectie op deze dimensie van identiteit

Deze wortels blijken diep te zitten. Wie de geschiedenis van de westerse gezondheidszorg bestudeert, ontdekt dat daarin van meet af aan christelijk geloof en gezondheidszorg onlosmakelijk met elkaar zijn verweven. Het geloof vormde tot diep in de twintigste eeuw een krachtige bron van inspiratie en morele oriëntatie voor individuen en talrijke door katholieken en protestanten opgerichte instellingen. Zorg voor zieken, behoeftigen en zwakken gold voor velen als een geloofsopdracht en als de kern van christelijke spiritualiteit (Van Heijst 2002). Dat de bevordering van het eigen zielenheil daartoe mede het motief was mag waar zijn, maar dan toch op een andere, minder egocentrische manier dan nu vaak wordt begrepen. Terwijl vanuit onze

---

moderne verstaanshorizon een mens vooral wordt opgevat als een op zichzelf staand, autonoom individu dat primair gedreven is door eigenbelang (zoals geïllustreerd door het zich overal opdringende 'klanten'-jargon), en dus de bevordering van het eigen zielenheil ook al snel de betekenis krijgt van een verstandige investering uit welbegrepen eigenbelang, wordt, zeker binnen het katholicisme en in lijn met de klassieke deugdenleer (Tongeren 2004: 23-27), sterk de nadruk gelegd op het primaat van de gemeenschap en van de mens als een relationeel en sociaal wezen. Het eigenbelang is in die visie niet los te maken van het belang van de ander en de gemeenschap, en zeker niet waar het anderen in nood betreft. De ander en de gemeenschap zijn geen 'middelen tot' het eigen zielenheil, maar pas in het zijn voor de ander en in de ontplooiing van een mens als lid van een gemeenschap vindt een mens zijn bestemming. In concreto heeft dit talrijke religieuzen bewogen hun leven in dienst te stellen van zieken.

Het christendom vormde behalve een spiritueel kader ook lange tijd het ethische kader voor goed en kwaad handelen in de gezondheidszorg. Opvattingen over de beschermwaardigheid van menselijk leven en over seksualiteit en voortplanting vonden een vertaling in een uitgebreide morele traditie van casuïstiek. De leer over handelen met dubbel effect, en het traktaat over gewone en buitengewone middelen, moge thans minder gezag hebben of alleen in gewijzigde vorm, ze drukken in elk geval uit dat de katholieke morele leer de spanning tussen strakke morele beginselen en de praktijk van het dagelijks leven en handelen serieus probeerde te doordenken. De idee dat het leven heilig en onaantastbaar was en een gave van God impliceerde bijvoorbeeld niet dat het leven te allen tijde moest worden verlengd. Als de levensverlengende behandeling voor de zieke of diens familie een onevenredige belasting betekende, gold zij als 'buitengewoon' en niet langer verplicht. En interessant voor de eigentijdse discussie over versterving: al in

de zestiende eeuw vonden filosofen en theologen aan de universiteit van Salamanca dat als voor een zieke het eten teveel moeite kost en de prognose slecht is, hij dat mag staken en dan niet beticht kan worden van een moreel af te keuren zelfdoeding of een poging daartoe (Have 1996: 57).

Het christendom vormde derhalve gedurende haast 2000 jaar de bodem en inspiratiebron als ook het morele kader van de westerse gezondheidszorg. Feitelijke zorgpraktijken waren er opgeënt, en vragen naar goed en kwaad en naar zin en betekenis van lijden vonden in het christendom een bedding. In de huidige, moderne samenleving is de plaats van het christendom grondig veranderd, maar niet de vragen waaraan het de bedding bood: de vragen van moraal en van spiritualiteit. Het christendom, a fortiori de institutionele vormgeving ervan in kerken is niet meer de hoedster van deze vragen, maar die vragen zelf blijven onverkort bestaan. Mensen met zulke vragen zoeken daarvoor naar andere wegen: buiten de traditionele kerken en meer individueel en met intimi, recht doende aan hun eigen ervaringen, gebruik makend van het aanbod van religieuze en niet-religieuze tradities, bronnen van zingeving en rituelen in onze samenleving (Pijnenburg 2010: 18-19).

## 5. Humanisering en geestelijke verzorging

Het wegvallen van het christendom en christelijke kerken als dominant kader voor morele vragen en reflectie is ruimschoots gecompenseerd door de opkomst van de religie-neutrale bio-ethiek en van structuren voor ethische training en reflectie, zoals opleidingen, handboeken, centra voor ethiek, commissies ethiek binnen instellingen en moreel beraad binnen de zorg. Zowel de problemen waarover de ethiek zich buigt als de taal waarin er ethisch over wordt gesproken en antwoorden of oplossingen worden bediscussieerd, kenmerken zich door begrippen die met opzet algemeen en neutraal zijn zodat ze gemeenschappelijk kun-

nen worden gehanteerd: autonomie, kwaliteit van leven, welzijn, vertrouwelijkheid. De bekende 'mantra van Georgetown' – autonomie, beneficentia, nonmaleficentia en rechtvaardigheid – presenteert zich als een lingua franca, een gemeenschappelijk taal voor mensen die op individueel niveau allemaal verschillende talen spreken (Beauchamp & Childress 2008).

Deze aandacht voor ethiek is op zichzelf al een belangrijke bijdrage aan het humaan houden of maken van zorgpraktijken voor ontvangers én verleners van zorg. Voor de verleners is het van belang om wat zij doen ook voor zichzelf te kunnen rechtvaardigen doordat het strookt met wat zij waarde- en betekenisvol vinden. Dus allebei: 'waarde- én betekenisvol'. Dat wat mensen echt van waarde vinden, verschaft ook zin en betekenis. Het nut van moreel beraad is dan ook niet te herleiden tot het aantal malen dat het een beter beargumenteerde oplossing voor een casus oplevert. Moreel beraad is ook een manier van recht doen aan bronnen waaraan mensen betrokkenheid en inspiratie ontle- nen. Het is daarom ook betekenisvol als de ruimte waarin mensen kunnen uitdrukken wat er voor hen en in deze casus werkelijk toe doet, de ruimte waarin zij dit aan elkaar kunnen uitleggen en met elkaar kunnen delen en in die zin gemeenschap kunnen stichten.

'Bronnen', 'inspiratie', 'delen', 'betekenisvol', 'gemeenschap': het zijn termen die verwantschap uitdrukken met het domein waarin vanouds en nog steeds geestelijke verzorging haar eigenheid vindt: de zorg voor de ziel, in dit geval van zorgver- leners, van een team, en van de zorginstelling zelf.<sup>1</sup>

Geestelijk verzorgers hebben professionele expertise juist op het punt van deze niet-productieve, niet direct nuttige waarde van moreel beraad. Het behoeden en bewaken van deze expertise lijkt me temeer van belang vanwege de sterke tendens bin- nen veel instellingen om kwaliteit en voorzienin-

gen slechts bedrijfsmatig te waarderen in termen van meetbare rendementen, en kwesties van inspi- ratie en betekenis te reduceren tot louter indivi- duele aangelegenheden. Dit leidt niet slechts tot het risico van schade aan de inspiratie en motiva- tie van zorgverleners, maar ook aan de humaniteit van de zorg en de zorginstelling zelf. Precies op het niveau van inspiratie en betekenis immers bevindt zich de 'culturele humuslaag', de voedingsbodem voor morele betrokkenheid op een ander, op zorg en op tussenmenselijke en institutionele solida- riteit (Kunneman 2006: 369). Omgekeerd, uitput- ting van deze humuslaag leidt tot schade aan deze individuele en institutionele betrokkenheid. Zoals het moeilijk is om bezielde zorg te – blijven – dragen voor een patiënt of bewoner binnen een zielloos team of organisatie is het evenzeer moeilijk een bezielde organisatie na te streven met onbezielde medewerkers of teams.

Behoud en onderhoud van deze humuslaag is daarom ieders verantwoordelijkheid, en ook in het bijzonder die van het management. Geestelijk ver- zorgers hebben in dit opzicht eigen 'tuingerreed- schap' en dus eigen mogelijkheden.

Wat, omgekeerd, geestelijke verzorging bedreigt is wat ik hiervoor aanduidde als de neiging van alle instituties tot anonimisering, objectivering, eenzij- dig nuttigheidsdenken. Kunneman wijst erop dat deze neiging ook de geestelijke verzorging van bin- nen uit bedreigt. Geestelijk verzorgers zien zich 'gedwongen om hun professionele competenties in termen van kosten en resultaten te verantwoorden, waarmee zij het eigen karakter van de zingevings- vragen waarop zij zich richten geweld aandoen en nolens volens meewerken aan het verdringen van die vragen uit het heersende taalspel binnen die organisaties.' (Kunneman 2006: 379). Dat betekent dat zij door de wijze waarop zij hun werk moe- ten verantwoorden, 'transparant' moeten maken, niet alleen hun eigen specifieke domein moeten verwaarlozen, maar ook moeten collaboreren met

---

'het beest', de institutionele vorm van domheid die haar eigen dehumaniserende effecten niet doorziet.

## 6. Geestelijke verzorging onmisbaar voor zorginstellingen

Het moge duidelijk zijn dat uit het voorafgaande niet kan worden afgeleid dat het transparant maken van zorg en zorgprocessen, inclusief die van de geestelijke verzorging, een verkeerde ontwikkeling is. Het stellen van standaarden en indicatoren voor kwaliteit heeft de zorg veel goeds gebracht en zal dat blijven doen. Bovendien is het een goed tegenwicht tegen risico's van middelmatigheid en zelfgenoegzaamheid van professionals, opnieuw inclusief geestelijk verzorgers, en van zorginstellingen als collectieven van mensen die de opdracht hebben tot de best mogelijke zorg (zie ook Sennet 2009: 45-52). Maar krachtens de eigen identiteit van wat zorg is, een vorm van betrokkenheid van mensen op mensen waarbinnen de best mogelijke zorg gegeven wordt, is zorg niet alleen een resultaatgerichte onderneming, maar ook een zinzoekende en zinstichtende praktijk, zowel voor ontvangers als verleners van zorg. Niet alleen resultaatgericht streven naar genezing, verlichting en voorkoming van lijden, maar ook zoeken, vragen en begeleiden op het gebied van betekenis en zin van dit lijden maken goede zorg uit. Humanisering zit in de balans, beter gezegd in het voortdurend blijven zoeken van balans tussen die beide aspecten. Geestelijk verzorgers kunnen daaraan een belangrijke bijdrage leveren als en voor zover zij zich ook daadwerkelijk kunnen en willen engageren met het collectief van zorgverleners en managers dat zo'n zorg wil realiseren. Dit engagement verschaft de basis voor hun onmisbaarheid, en reikt tegelijk een strikte voorwaarde aan: het is ook een opdracht zich als zodanig te presenteren.

Laat me eindigen met een korte herinnering. Ooit was ik als verpleegkundige actief betrokken bij een poging een patiënt te reanimeren voor wie

de dood al weken verwacht werd. Toen we in een avonddienst deze man aantreffen met een hartstilstand en er geen duidelijke niet-reanimeerspraak was, gingen wij automatisch, volgens het protocol, reanimeren, en kwam ook het reanimatieteam dat het van ons overnam. De geestelijk verzorger die de man en zijn familie had begeleid was eveneens gewaarschuwd. Hij zag de bedrijvigheid en verzuchtte: "wanneer mag God deze mens eindelijk toch zich nemen?" Zijn aanwezigheid, en de woorden die hij koos om zijn bekommernis te uiten brachten bevrijding. Allereerst voor de patiënt, maar evenzeer voor ons, verpleegkundigen en reanimatieteam. Onze automatismen, vaste procedures, op efficiëntie en levensredding gerichte interventies die op zichzelf van onschatbare waarde zijn, kwamen in het juiste licht te staan. Ook de niet-gelovige snapt dit. Wat hier in geloofstaal werd gezegd, gaat immers over een besef dat ieder mens kan snappen: dat het leven eindig is, en dat het goed is om dit te erkennen en deze patiënt over te geven. Op momenten als deze komt naar voren wat Tillich aanduidt als het *ultimate concern*: de uiteindelijke basis en betekenis van alle zijn. En je hoeft niet religieus of kerkelijk betrokken te zijn om te herkennen en te beseffen dat voor iedere mens de vraag waar het uiteindelijk in een leven om gaat zich op een gegeven moment onontkoombaar opdringt. De potentiële kracht en daarom voor zorginstellingen onmisbare bijdrage van geestelijk verzorgers is het vermogen om aan dit besef taal en uitdrukking te geven, en daarmee de mens en het menselijke in het centrum van de aandacht te blijven houden.

---

\* Dr. Martien Pijnenburg is assistant-professor Medische Ethiek bij het Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud.

---

## Literatuur

Beauchamp, T., en J. Childress (2008). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th Edition. New York, NY (etc.): Oxford University Press.

- Blake, D.C. (1999). 'Organizational Ethics: Creating Structural and Cultural Change in Healthcare Organizations', *Journal of Clinical Ethics* 10 (3), pp. 187- 93.
- Collins, J.C., en J.I. Porras (1994). *Built to last. Successful Habits of Visionary Companies*. New York: HarperCollins.
- French, P.A. (1997). 'Corporate moral agency', P.H. Werhane en R.E. Freeman (ed.), *The Blackwell Encyclopedic Dictionary of Business Ethics*. Malden (USA)/Oxford (UK): Blackwell, pp. 148-151.
- Groot, G. (2011). 'Alle Nederlanders, behalve ik, zijn ongelukkig en hufterig. Kleine sociologie van de achterdocht', *NRC Handelsblad*, 19 februari.
- Have, H. ten (1996). 'Een eigen-zinnige visie op mens en zorg', M. Pijnenburg en F. Vosman, *Tegendraadse levensvisies. Visies in de gezondheidszorg op leven en lijden onder kritiek*. Assen: Van Gorcum, pp. 52-62.
- Heijst, A. van (2002). *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*. Hilversum: Verloren.
- Krobath, Th., en A. Heller (ed.) (2010). *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kunneman, H. (2006). 'Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging', W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (ed.), *Geloven in het publieke domein*. WRR / Amsterdam University Press: Amsterdam 2006, pp. 367-393.
- Luijk, H. van (2000). *Integer en verantwoord in beroep in bedrijf*. Amsterdam: Boom.
- Nielsen, R.P. (1997). 'Organization Ethics', P.H. Werhane en R.E. Freeman (ed.), *The Blackwell Encyclopedic Dictionary of Business Ethics*. Malden (USA)/Oxford (UK): Blackwell Publishers, p. 468.
- Pijnenburg, M. (2010). *Sources of Care. Catholic healthcare in modern culture. An ethical study* (dissertatie). Enschede: Ipskamp.
- Ricoeur, P. (1965). *The Socius and the Neighbor*. In: Ricoeur, P.: *History and Truth*. Translated and introduced by Charles A. Kelbley. Evanston: Northwestern University Press, 1965: pp. 98-109
- Ricoeur, P. (1968). 'Medemens en naaste', P. Ricoeur, *Politiek en geloof. Essays van Paul Ricoeur*, gekozen en ingeleid door Ad Peperzak. Utrecht: Ambo, pp. 18-31.
- Sennett, R. (2009). *The Craftsman*. New Haven, Conn.: Yale U.P.
- Spencer, E.M., A.E. Mills, M.V. Rorty en P.H. Werhane (2000). *Organization Ethics in Health Care*. New York/Oxford: Oxford UP.
- Taylor, Ch. (1989). *Sources of the Self. The Making of Modern Identity*. Cambridge/New York/Melbourne/Madrid: Cambridge U.P.
- Tongeren, P. van (2004). *Deugdelijk leven. Een inleiding in de deugdethiek*. Tweede druk. Amsterdam: SUN.
- Winkler, E.C., R.L. Gruen en A. Sussman (2005). 'First Principles: Substantive Ethics for Healthcare Organizations', *Journal of Healthcare Management* 50 (2), pp. 109-20.

## Noten

- 1 Deze combinatie van ziel en zorg is ook terug te vinden in de titel van een advies waarmee in 2007 de aandacht voor menslievendheid als centrale focus werd aanbevolen aan de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud. Deze titel luidde: 'Menslievendheid: ziel van onze zorg'.