



UW GEEST?  
MIJ 'N  
ZORG!

# ZORgelijke vergeestiging

strip door Margreet de Heer



ZO MEVROUWTJE, HOE GAAT HET?

VANMORGEN KWAM DE  
DOKTER LANGS EN DIE ZEI...

NIET ZO  
BEST...

WAT NAAR NOU.  
IK LEEF MET  
U MEE.

HO.



IK HEB GEEN TIJD VOOR EEN LANG  
GESPREK - DAARVAN HEB IK DEZE  
MAAND MIJN QUOTUM AL GEHAALD.

HIER IS EEN EVALUATIEFORMULIER.  
U MOET KIJKEN BIJ DE CATEGORIE  
"KORT GESPREK: MEELEVEND".

WE KUNNEN WEL EEN  
VERVOLGAFSPRAAK  
MAKEN - OVER EEN  
WEEK OF ZES...?



EN NOU NOG MIJN EIGEN EVALUATIE MAKEN  
- DAAR BEN IK DE REST VAN DE MIDDAG  
WEL ZOET MEE...

PFF - MENSEN  
BESEFFEN NIET HOE  
ZWAAR DIT VAK  
EIGENLIJK IS!

- bemoedigend
- presentie
- ondersteuning
- empathie
- vervolgspraak gemaakt



---

# Religieuze taal in moreel beraad

Bruikbaarheid van religieuze taal in ethische reflectie in geïnstitutionaliseerde zorg<sup>1</sup>



Hoe kan religieuze taal een rol spelen bij het bespreken van morele casuïstiek in de zorg? Van Nistelrooy en Vosman analyseren in deze bijdrage de redenen waarom dit als problematisch ervaren wordt en zoeken naar een nieuwe benadering. Zij pleiten voor gebruik van religieuze taal in morele reflectie voor zover deze helpt om zorgervaringen te verhelderen of aan het licht te brengen.

**Inge van Nistelrooy en Frans Vosman**

**G**EESTELIJK VERZORGERS SPELEN REGELMATIG een belangrijke rol in ethische reflectie in zorginstellingen. In de context van institutionele zorg vervullen zij vaak een rol in diverse vormen van reflectie op de dagelijkse zorgpraktijk. Naast de commissie ethiek gebeurt dat ook in moreel beraad, op symposia of congressen rondom ethische kwesties, of in bijeenkomsten die informeel zijn ingebed in de dag, zoals lunchbijeenkomsten of weeksluitingen. De deelnemers

brenge(n) niet alleen hun professionele, disciplinegebonden expertise mee, maar ook hun overtuigingen, bijvoorbeeld over wat een zinvolle behandeling is, wat goede zorg voor deze patiënt/cliënt is, wat een waardig leven is, wat de betekenis is van de naderende dood, het belang van relaties en onafhankelijkheid, of de waarde van het samen delen van leed. In expliciete reflectie op zorgsituaties, meestal in de vorm van moreel beraad,<sup>2</sup> komen (als het goed is) dergelijke betekenissen en

overtuigingen ter tafel. Met de term van Charles Taylor (2010) willen wij deze aanduiden als *strong beliefs*. Taylor duidt daarmee die diepgevoelde morele, spirituele of evaluatieve *beliefs* over het leven en de wereld aan die iemands individuele ideeën en overtuigingen funderen. De term 'overtuiging' is niet genoeg (omdat die ook kan slaan op niet funderende zaken), en de term 'geloof' is te veel (omdat die te zeer uitsluitend geassocieerd is met religie), vandaar dat we de term 'strong beliefs' handhaven. Als ze worden geuit, gebeurt dat niet in neutrale of kleurloze taal, maar met retorische uitdrukkingen die duidelijk maken dat iemand er sterk of zelfs gepassioneerd aan gehecht en toegevoegd is (Taylor 2010). Met andere woorden, hoewel ze niet exclusief religieus zijn, houdt men ze voor heilig.

Deze bijdrage focust binnen de 'strong beliefs' niettemin op religieuze uitingen. Ze wil bekijken op welke wijze religieuze taal heden ten dage behulpzaam kan zijn in ethische reflectie. De niet-religieuze lezer kan desgewenst bezien of de voorgestelde benadering bruikbaar is voor andere 'strong beliefs'. Centraal staat de vraag of te midden van gezamenlijke, institutioneel ingebedde, ethische bezinning, religieuze taal gebezigd kan worden. Is het behulpzaam, taboe, onvermijdelijk, of ongepast? Wij geven hierop geen empirisch maar een systematisch antwoord. Gezien de sterk gesecculariseerde context van de zorg- en welzijnsinstelling, waarin religie een privéaangelegenheid is (zoals in de rest van het openbare leven in Nederland) en men op de werkvloer geneigd is religieuze taal niet overtuigend te vinden voor professionele situaties, lijkt het beter deze taal te bewaren voor pastorale gesprekken. In ethische reflectie kan religieuze taal ook ervaren worden als dodelijk voor het gesprek, een soort 'laatste woord', of een 'topdown' autoritaire verkondiging. Dan is religieuze taal een 'ethiek-doder'. De reflectie stopt. Men is in een doodlopende straat uitgekomen.

Deze bijdrage betoogt dat beide uitersten moeten worden vermeden, dat wil zeggen dat religieuze taal niet verlegen terzijde moet worden gelaten of op voorhand afgewezen, maar ook niet als dominant laatste woord kan worden gesproken. Wij sluiten ons aan bij Taylors verwerping van de epistemologische breuk tussen seculiere rede en re-

ligieus denken (Taylor 2009), zoals Habermas die vroeger bepleitte, tot aan zijn *Wende*. Een dergelijke breuk miskent de normatieve basis voor elke bijdrage aan het debat, niet alleen de religieuze bijdrage. Aan alle bijdragen liggen namelijk 'strong beliefs' ten grondslag. Om 'strong beliefs' te uiten is wel omzichtigheid vereist, gezien de effecten die ze kunnen oogsten. Dit geldt in het bijzonder voor religieuze taal. Wil die op een zinvolle manier gebezigd worden, dan dient ze iets te verduidelijken voor de zorgsituatie, de gelaagdheid van de zorgpraktijk aan het licht te brengen en de complexiteit ervan inzichtelijker te maken. *Religieuze taal is dan een zinvolle bijdrage aan de ethiek, als ze iets verheldert van de dagelijkse zorgpraktijk*. Dit is voor ons het criterium, dat we in de loop van dit artikel zullen specificeren.

Ten behoeve van dit betoog zullen wij een korte analyse maken van de context van institutionele zorg en de ethische reflectie ten behoeve daarvan (1). Daarna gaan we in op Taylors analyse van religieuze taal in een gesecculariseerde wereld (2). Hierna maken we een vergelijking tussen het verleden, waarin religie onmiddellijke invloed had op persoonlijke, institutionele en professionele zorg, en het heden, waarin de condities voor een dergelijke invloed niet meer bestaan (3). De religieuze bronnen die bij religieuze zusters richtinggevend waren voor hun zorg, spelen in de casusbespreking in de laatste paragraaf opnieuw een rol. Maar voordat we daaraan toekomen, presenteren we eerst de voorgestelde benadering voor ethische reflectie (4). Ten slotte illustreren we deze benadering met een casusbespreking (5).

We sluiten deze inleiding af met een afbakenende opmerking. Het perspectief van deze bijdrage is de ethiek, en niet de praktische of pastoraaltheologie. Binnen de ethiek, zoals gezegd, bepalen we ons tot de zorgethiek, dat wil zeggen die stroming die de nadruk legt op relationaliteit, contextualiteit, op de verdeling van macht, en op praktijken waarbinnen morele wijsheid opkomt die wortelt in zowel ratio als gevoel. Zorgethiek contrasteert daarmee met ethiek die de nadruk legt op abstracte, rationele afwegingen, die zich richt op afzonderlijke handelingen en die morele problemen bij voorkeur vervat in een dilemma waarin principes conflicteren.

## 1. Het probleem: zoeken naar betekenisvolle zorg in de context van secularisatie en institutionele zorg

Christelijke (protestantse en katholieke) geestelijk verzorgers in institutionele, professionele zorgpraktijken hebben te maken met een spanningsveld tussen enerzijds hun verschillende morele tradities, en anderzijds de radicaal gesecculariseerde cultuur waarbinnen zij opereren, die zij ontmoeten op individueel en institutioneel vlak. Zonder uitputtend te zijn, willen we vier karakteristieken geven van deze context, die een rol spelen in de ethische reflectie en maken dat deelnemers vaak niet vanzelfsprekend tot een eenduidig begrip van goede zorg komen.

Ten eerste is dat de secularisatie zelf, die in Nederland, tezamen met enkele andere westerse landen, ver gevorderd is in vergelijking met andere landen (Kennedy 1995; SCP 2011)<sup>3</sup>. Historisch gezien leverde de christelijke religie het breed aanvaarde corpus van waarden en overtuigingen, die als vanzelfsprekend leidend waren in morele reflectie op zorg, ondanks scherpe verschillen *ad intram*. Dat is intussen al lang niet meer het geval. Religie wordt algemeen beschouwd als een privé aangelegenheid en religieuze argumenten voor beleid of politiek worden over het algemeen niet als geldig gekwalificeerd. Ook in professionele zorgverlening is dit het geval, waardoor er een druk bestaat om zorg te verlenen, zonder een vanzelfsprekende funderende morele oriëntatie.

Ten tweede is er sprake van religieus en non-religieus pluralisme. Als gevolg daarvan verschillen zorginstellingen en hun werknemers fundamenteel in hun religieuze, non-religieuze en antireligieuze overtuigingen en 'beliefs' en geen enkele traditie biedt 'de' alom erkende basis voor het discours.

Ten derde, toegenomen professionalisering heeft geleid tot verdere specialisatie van de zorg, tot betere behandelingen en resultaten, maar ook neigen professionele specialisten ertoe om hun taak af te bakenen tot hun eigen expertise. Dit gaat dan ten koste van een meer holistische benadering van de patiënt en van de eenheid en samenhang van het zorgproces. Als gevolg daarvan aanvaarden ze weliswaar verantwoordelijkheid voor

specifieke aspecten en elementen van zorg, maar minder voor de morele vraag naar goede zorg, die een coherente en omvattender verantwoordelijkheid veronderstelt.

En ten slotte, de zorg is in rap tempo een sector geworden gebaseerd op marktdenken, waarin zorg veelal gevat wordt in termen van voorkeuren en gestandaardiseerde noden en behoeftes, en niet langer op (religieuze of non-religieuze) morele concepten zoals naastenliefde, liefde of solidariteit. Hét relevante doel van 'goede zorg' is verworpen tot 'geprefereerde' en 'nodige' zorg.

Is religieuze taal behulpzaam, taboe, onvermijdelijk of ongepast?

In dit klimaat zouden geestelijk verzorgers kunnen denken dat zij de enigen zijn die nog zoeken naar een morele richtlijn of een visie op goede zorg die de fragmentatie, het individualisme en het pluralisme overstijgt, en die gedragen wordt door concepten als liefde en solidariteit. Maar ondanks de druk binnen de organisatie van eisen van effectiviteit, efficiency, kostenbewustzijn, competentie en voorkeuren, en van objectieve standaarden en professionele regels, leeft de vraag naar 'goede zorg': onder zorgprofessionals maar evenzeer op het openbare forum. Uit onderzoek is gebleken dat zorgprofessionals hun persoonlijke afwegingen en betrokkenheid onderdrukken (Dierckx de Casterlé, Grypdonck, Cannaearts, en Steeman 2004). Toch doet het er voor hen toe als de zorg niet aansluit bij de behoeftes en zorgen van de patiënt en zoeken zij naar zin en betekenis in de context van ziekte en lijden (zie bijvoorbeeld de bijdragen van zorgprofessionals in Olthuis en Leget 2012). De vraag naar goede zorg leeft breder en geestelijk verzorgers kunnen hierbij aansluiten. Zij kunnen zelfs een unieke rol spelen bij de bezinning hierop, door bronnen aan te reiken voor het herijken van de visie op goede zorg. Voorwaarde is dat zij dit effectief doen.

## 2. Taylors analyse van religieuze taal in een gesecculariseerde wereld

In *A Secular Age* beschrijft Taylor secularisatie in

verschillende Noord-Atlantische landen, een beschrijving die we ook als valide beschouwen voor Nederland. Naast de meer gebruikelijke opvattingen over secularisatie als de afwezigheid van religie in de publieke sfeer (1) en een strikte scheiding tussen kerk en staat (2), beschrijft Taylor secularisatie niet als afwezigheid van religie in de publieke sfeer, maar als fragmentering van religie in de samenleving (3). Hij betoogt dat religie en religieuze praktijken niet verdwenen zijn, maar eerder 'one possibility among others'. Dus voor iedereen, ook diegenen die niet of juist heel vroom geloven, is geloof een mogelijkheid, terwijl het vroeger praktisch onmogelijk was om *niet* te geloven in God (Taylor 2007). De christelijke tradities zijn nog wel aanwezig, maar zijn niet meer cultureel centraal. Ze zijn gefragmenteerd aanwezig in het persoonlijke, sociale, en institutionele leven van velen.

## De gelaagdheid van de zorgpraktijk aan het licht brengen

Taylor, zoals gezegd, keert zich tegen de tendens om religie uit te sluiten van publieke vormen van beraadslaging. Deze tendens is volgens hem gebaseerd op de valse epistemologische scheiding tussen algemeen begrijpelijke, seculiere rede die iedereen kan volgen en die leidt tot algemeen aanvaardbare conclusies aan de ene kant, en speciale taalvormen die extra aannames veronderstellen die in tegenspraak kunnen zijn met de algemene seculiere rede aan de andere kant (Taylor 2009). Taylor veroordeelt deze scheiding: ze is vals en ontkent de normatieve basis van dergelijke beraadslagingen. Waar mensen reflecteren op hun ervaringen en praktijken drukken ze vaak gevoelens uit zoals bewondering en ontzag. Dergelijke uitdrukkingen verhouden zich tot wat Taylor noemt *horizons of meaning*, betekenis-horizonten, die geen individuele uitvinding zijn, maar deel uitmaken van cultuur, traditie en gemeenschap (Taylor 1991). Ze bieden kwalitatieve onderscheidingen tussen goed en kwaad, waardevol en waardeloos, bewonderenswaardig en verwerpelijk, die oriëntatie in het leven bieden. Taylor (1989) spreekt van onvermijdelijke kaders en

horizonten van ons leven. Ze duiden op een gedeelde 'morele kaart' (*moral map*), die de subjectieve ervaring te boven gaat en uitdrukking geeft aan wat we als goed *in se* ervaren (Pijnenburg 2010).

Als religieuze en non-religieuze 'strong beliefs' over het leven en de wereld worden geuit in ethische reflectie in zorginstellingen, mag echter van alle deelnemers verwacht worden dat ze deze uitdrukkingen wel zodanig proberen uit te leggen dat duidelijk wordt wat ze ermee bedoelen, zodat anderen hen kunnen begrijpen en hun visie als in principe geldig en acceptabel kunnen aanvaarden, ook als ze deze niet delen. Hoe we dat zien, leggen we uit in paragraaf 5.

### 3. Een vergelijking tussen verleden en heden

In het verleden werd non-private zorg geleverd door leden van religieuze ordes en congregaties die daartoe werden geïnspireerd door één enkel ideaal: liefde (*caritas*) (Derks, Van Heijst en Monteiro 2010). Hoewel er veel verschillen zijn tussen de congregaties en ordes en ondanks de vele imperfecties en zelfs schadelijke praktijken van het religieuze leven, was het dit ideaal dat ten grondslag lag aan hun levenswijze en praktijken. Het omvatte drie aspecten: (1) de liefde van God voor de mensen, (2) de liefde van mensen voor God, en (3) de liefde van mensen voor elkaar, niet als familiale, erotische of romantische liefde, maar als naastenliefde. Een vierde aspect – zelfliefde – was expliciet uitgesloten (Derks e.a. 2010).

Uit de vele christelijke bronnen maakte iedere congregatie en orde een eigen selectie van bijbelse woorden en verhalen en heiligenlevens als leidraad voor hun spiritualiteit. Zo namen bijvoorbeeld de Zusters Franciscanessen van de Heilige Elisabeth (gesticht in Breda in 1880) drie spirituele bronnen tot hun gids (Van Ierland 2005). 'Ik was ziek en u hebt mij bezocht' (Mt. 25:36) was hun motto dat inspireerde tot huisbezoek en thuisverpleging van zieken, en tot de stichting van wijkverpleegkundigenopleidingen. De tweede bron was het heiligenleven van de Heilige Elisabeth van Thüringen (1207-1231). Deze prinses en volgeling van Franciscus deelde rijkelijk haar bezittingen uit aan armen, verzorgde zieken, stichtte

twee armenhuizen en een ziekenhuis. Ze werd na de dood van haar man verdreven van het hof, samen met haar drie kinderen. Ondanks haar eigen armoede volhardde ze in haar liefdadigheid en zorg voor melaatsen, en wijdde zich aan haar religieuze oefeningen. Ze stierf in armoede van uitputting. Dit verhaal inspireerde de zusters tot hard werken, tot deemoedige inzet voor de zieken, en tot uiterst sober leven in sterk geloof. De derde inspiratiebron was de Kruisweg, vooral de veertien staties in het moederhuis in Breda, in de kloostergang die leidde naar de kapel. Deze was niet zozeer inspirerend door het uitzicht van verlossing, maar meer door het *lijden* van de weg en door de *ontmoetingen* onderweg. Ze waren bron voor contemplatie over het lijden dat ze ontmoeten in hun werk en het belang van troostende en vermenschlijkende ontmoetingen in lijden.

Vanzelfsprekend waren er condities in hun context die het mogelijk maakten om deze bronnen zo te gebruiken. Bijbelse woorden konden als morele bevelen voor het morele leven worden opgevat waarnaar het individuele leven zich diende in te richten, terwijl ze ook hielpen om dagelijkse ontberingen in de toewijding aan anderen te doorstaan. De maatschappij en de cultuur ondersteunden specifiek het religieuze ideaal voor meisjes om te zorgen alsmede de instellingen die de maatschappelijke zorgtaak verrichtten. De kloostergemeenschap ondersteunde de individuele leden. En binnen het christelijke denken waren zorgen en lijden onlosmakelijk verbonden, op basis van de dualistische visie waarin het spirituele als waardevol en het lichamelijke als verwerpelijk werden gezien. Zorgen diende met name de redding van de ziel en tot in de jaren '70 bestonden praktijken waarin uitdrukkelijk het lichamelijke lijden werd opgezocht, zoals versterving (Bosgraaf 2011). Zusters zochten zo zelfheiliging door zelfopoffering (Van Heijst 2002, 2008, cf. Van Nistelrooy 2014).

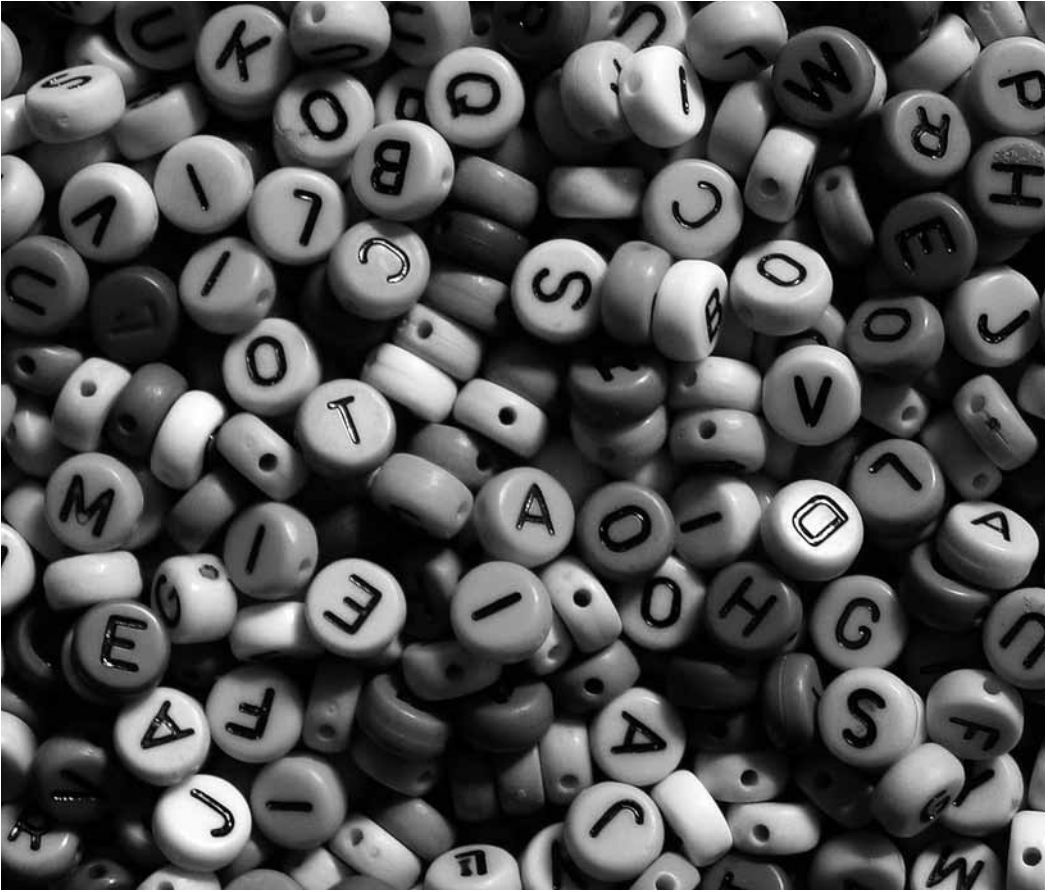
Maar de tijden zijn veranderd. Mensen beschouwen christelijke bronnen meestal niet meer als instructies voor hun persoonlijke en professionele leven, noch als bron van troost in ontberingen. Hoewel onze maatschappij sterke sociale en culturele verwachtingen heeft ten aanzien van vrouwen om te zorgen, steunt ze niet langer religieuze idealen die deze specifiek aan vrouwen toeschrij-

ven. Verder sterft het institutionele religieuze leven in rap tempo uit. En ten slotte is lijden niet langer algemeen geaccepteerd als een betekenisvolle ervaring. Waar de zusters het lijden niet alleen accepteerden maar ook opzochten in hun zorgwerk, daar proberen hedendaagse zorgverleners een balans te vinden tussen zorg voor anderen en zelfzorg (Van Heijst 2005, zie voor een kritische beschouwing hiervan: Van Nistelrooy 2014).

#### 4. Religieuze taal van geestelijk verzorgers in ethische beraadslaging in zorginstellingen

Geestelijk verzorgers in zorginstellingen worden formeel beschouwd als experts op het vlak van religie en de morele systemen die verbonden zijn met verschillende religieuze tradities, zo stelt hun beroepsorganisatie VGVZ. De beroepsstandaard van de VGVZ vermeldt uitdrukkelijk de taak van ethische advisering van de geestelijk verzorger op instellingsniveau, met medewerkers, en op het niveau van de individuele patiënt en zijn/haar naaste (VGVZ 2002, met aanpassingen in 2010). Geestelijke verzorging in en vanuit zorginstellingen bestaat uit zowel 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging', als 'de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming' (idem, p. 9). De expertise van geestelijk verzorgers is ons inziens levensbeschouwelijke en religieuze taal op zo'n manier te bezigen dat deze relevant is voor ethiek op instellingsniveau én voor de dagelijkse zorg.

Gezien de voornoemde ontwikkelingen moeten zij echter op een andere wijze opereren dan de franciscaanse zusters konden. In onze context van diep pluralisme hebben geestelijk verzorgers de taak om bij te dragen aan een 'gezamenlijke betekenis horizon' (Taylor 1989). Nieuwe betekenis horizons worden geopend door dagelijkse dialoog en praktijken (Taylor 1991). Dit vraagt dat zij voorzichtig opereren, met respect en creativiteit, als ze participeren in of leiding geven aan ethische beraadslagingen. We stellen een aanpak voor die bestaat uit drie elementen: fenomenologie, hermeneutiek en aandacht voor het performatieve karakter van religieuze taal.



(a) *Fenomenologie*. – Ethische beraadslaging dient te beginnen met fenomenologie, dat wil zeggen met volledige en zorgvuldige aandacht voor wat er gebeurt, wat er verschijnt als ‘fenomeen’. Wat zijn de feiten van de situatie en de omstandigheden. In plaats van een deductieve benadering die redeneert van algemene principes of ‘beliefs’ naar de praktijk toe, is fenomenologie van nature inductief, startend bij de concrete realiteit zoals deze verschijnt voor onze ogen of ons bewustzijn en in onze ervaring. Centraal is het idee van het ‘emergeren’ van fenomenen: het gaat om fenomenen die allereerst verschijnen, gegeven zijn, opdoemen, *voordat* ze de status krijgen van ethisch dilemma. Ze zijn er al, en daarmee wordt het subject (‘ik’) uit het centrum gehaald, want ze verschijnen onafhankelijk van mij, op zichzelf, als ‘gegeven’. Een voorbeeld is de diagnose borstkanker bij een vrouw die zich geheel niet ziek voelt,

maar binnen een gespecialiseerde afdeling niet alleen diagnose maar ook therapieadvies krijgt. De stappen ‘niet ziek – wel ziek – directe actie’ gaan vooraf aan en laten zich niet vatten door het overnemen van een retorica van afwegen en kiezen. De fenomenologische benadering wil de aandacht richten op het speciale, unieke, concrete, in plaats van op het algemene; op het individuele in plaats van op het institutionele; op de ervaring in plaats van op de theorie (Luther 1992). Fenomenologie toont het subject in de concrete ervaring van passiviteit of lijdelijkheid (met een term van Ricoeur: *passibilité*), dat wil zeggen van te worden onderbroken door wat er gebeurt.

De fenomenologische benadering geeft ruimte om situaties te bekijken in hun veelvormigheid, variatie, ambiguïteit en meerduidigheid. Hiermee kunnen geestelijk verzorgers ethische reflectie stimuleren en ruimte maken voor het bijzondere,

doordat de volle aandacht valt op 'wat er gebeurt' of 'wat er gegeven is'. Teneinde zoveel mogelijk te kunnen zien moeten ethische oordelen zo lang mogelijk worden uitgesteld, omdat een oordeel het zien belemmert en snel te vroeg komt. Een fenomenologische benadering bevordert dat ziekte, zorg, gezondheid, herstel, verzoening, etc., in hun veelheid kunnen verschijnen, elke keer anders, en, zoals uit het voorbeeld naar voren komt: in spanning.

(b) *Hermeneutiek*. – Als individuen overwogen wat er gebeurt, wat er gegeven is, dan ontvouwen zich daarbij ook morele uitdrukkingen. Een hermeneutische benadering probeert de betekenis die individuen hechten aan wat er gebeurt te begrijpen en te interpreteren. Ook dit vraagt een uitspel van een oordeel. Eerst is het behulpzaam om te begrijpen wat de betrokkene(n) zelf aan betekenis geeft. Hermeneutiek focust daarbij op praktijken en zoekt daarin naar woorden die mensen gebruiken om ervaringen te duiden, naar uitdrukkingen van wat kennelijk zinvol is. Wat van betekenis blijkt wordt serieus genomen. De betrokkenen in praktijken bezitten zelf ethische kennis en hun praktijken zijn zelf de plaats waar ethische kennis gevonden kan worden. Juist in een multidisciplinair debat duikt de ethische kennis op die eigen is aan de verschillende disciplines en vertellen verpleegkundigen over hun morele waarden en praktische wijsheid die vaak verschilt van die van artsen. Deze wijsheid betreft niet alleen professionele competenties, maar ook overtuigingen betreffende de essentie van zorg en 'beliefs' over het leven (Van Heijst 2008).

Geestelijk verzorgers zijn getraind in het begeleiden van dit soort processen van betekenis vinden, in het blootleggen van betekenissen van ambigue ervaringen, en in de ethische vragen rondom leven en dood. Een hermeneutische benadering maakt het mogelijk dat mensen zelf deze 'strong beliefs' mogen uiten, met zelfgekozen woorden. Geestelijk verzorgers zijn in staat om betekenissen te helpen duiden, begrijpen en interpreteren.

c. *Het performatieve karakter van de taal van 'beliefs' in ethische beraadslaging*. – Waar we hierboven hebben betoogd dat religieuze taal verhelderend kan werken om een complexe zorgrealiteit te duiden, hebben we nog niet stilgestaan bij het specifieke ef-

fect dat taal kan hebben, en dat misschien nog wel sterker geldt bij religieuze taal. Dat is het performatieve karakter van taal, dat wil zeggen de eigenschap om een situatie voort te brengen waarin mensen zich bewust worden van wat voor hen waardevol is. Bijvoorbeeld: de uitdrukking 'we zijn nu in de laatste fase van het leven beland' creëert als het ware deze nieuwe werkelijkheid van de laatste fase. Hierin kunnen bepaalde vage ge- waarwordingen van wat waardevol is bewust worden gemaakt, zoals het plotselinge besef van het grote belang van contact met familieleden. Op- eens is niets van groter belang dan samen te zijn in familieverband. De ambiguïteit blijft echter ook bestaan, omdat het 'we' in zekere zin ook vals is: de laatste fase geldt voor het samenzijn, maar heel specifiek voor één. Religieuze taal kan, als zij nauwkeurig wordt gebruikt, hierin een rol spelen, door trouw te blijven aan de ambiguïteit van de fenomenen in de zorg en ruimte te maken voor het besef van wat ertoe doet. Ze kan zo ervaringen richting geven of nieuw duiden.

## Religieuze taal draagt bij aan ethiek als ze de dagelijkse zorgpraktijk verheldert

Natuurlijk kan religieuze taal ook misleiden, verhullen, of toedekken. Ze kan een werkelijkheid stichten die als tamelijk onbetwistbaar wordt ervaren. Ook dat is performatief. Religieuze taal heeft potentieel een dubbel effect: ze kan gedachten of gevoelens bevrijden maar ook onderdrukken. Vandaar dat omzichtigheid vereist is, om enerzijds te vermijden dat ze een normatief standpunt wordt dat hoger staat of tegenovergesteld is aan andere, waardoor ze de uitwisseling van verschillende overtuigingen verhindert en verarmt; en anderzijds dat ze 'beliefs' presenteert als weliswaar kleurrijk maar toch vooral persoonlijk of oppervlakkig, en niet relevant.

De taal van 'beliefs' wordt het best gebezigd wanneer er betekenissen en begrippen worden geop- perd die passend en geldig zijn voor de ervaringen van zorgverleners. Geestelijk verzorgers dienen



daarom zorgpraktijken voorzichtig, zorgzaam en respectvol te onderzoeken en alleen dan theologische en ethische theorieën toe te passen als ze uitdrukking geven aan wat opduikt en verschijnt als waardevol. Alleen als ze besef en ethische beraadslagingen helpen verdiepen en verbreden, zijn ze bruikbaar (Van Heijst 2008; Van Nistelrooy 2014).

## 5. Een voorbeeld van religieuze taal die ethische reflectie bevordert en verdiept

Tot wat kan dit alles nu leiden? In deze paragraaf willen we enkele van de hierboven uitgezette lijnen samentrekken rondom een voorbeeld dat we ontlenen aan het *Basisboek Zorgethiek* (Van Nistelrooy 2008). Het betreft een alledaagse situatie in een verpleeghuis, die we duiden als een situatie van zorg. Op de bovenste verdiepingen van het tehuis zijn enkele kantoren gevestigd, van het huis, maar ook van andere organisaties. Daaronder zijn de therapeutische afdelingen van het huis gevestigd: fysiotherapie, logopedie, etc. Op maandagmorgen komt een jongeman die werkt in zo'n kantoor bij de liften, waar kantoorpersoneel en bewoners gezamenlijk gebruik van maken.

*Ik kom bij de liften. Eén lift staat open. Er staan verschillende mensen in. Ook één van onze bewoners in een rolstoel wil naar binnen. Hij kan zichzelf voortbewegen, maar dat gaat heel langzaam. Omdat hij weinig kracht heeft in zijn armen helpt hij zich vooral vooruit door zich met één voet stukje voor stukje naar voren te duwen. Ik wacht, om na hem in de lift te stappen. De mensen in de lift wachten. Enkelen zijn ongeduldig en kijken dwingend naar mij, of ik geen hulp kan bieden bij de langzame rolstoeler. Ik negeer die blikken. Ik vind dat ik deze man alleen mag helpen als hij me vragend aankijkt of om hulp vraagt. Niet omdat anderen haast hebben. Hij komt zelf vooruit. Ik zou hem in zijn waardigheid aantasten door ongevraagd in te grijpen in zijn eigen bewegingsvrijheid. Ik vind zijn waardigheid veel belangrijker dan de haast van anderen. Ik sla daarom mijn ogen neer voor de blikken van de mensen in de lift, maar houd wel in de gaten of de man zelf me alsnog nodig heeft.*

Je zou dit verhaal kunnen lezen als een alledaagse keuze tussen twee handelingen. De jongeman heeft twee opties, geleid door twee principes. Aan de ene kant zijn er de appels van de mensen in de lift en zijn eigen belang om snel aan het werk te gaan. Deze meerderheid en hun gerechtvaardigde

doel, dat gehinderd wordt door de trage rolstoeler, zou de doorslag kunnen geven aan een handeling om de man snel te helpen, zodat iedereen sneller zijn doel bereikt. Aan de andere kant zijn er de principes van weldoen en niet-schaden, waardoor deze jongeman verkiest niet in te grijpen teneinde in elk geval geen kwaad te doen, en respect te hebben voor de autonomie van de rolstoeler. Deze laatste principes geven kennelijk de doorslag.

Wij willen betogen dat deze interpretatie niet voldoende openlegt wat zich aandient. Door de situatie te reduceren tot een keuze tussen twee handelingen gaat de grotere complexiteit verloren van een praktijk die meerduidelijker is, gelaagder en ambivalenter. Deze complexiteit is wel in beeld te krijgen door beter te kijken naar wat er gebeurt en naar de betekenissen die de verteller eraan geeft. Daarbij kan religieuze taal een geschikt hulpmiddel zijn om deze complexiteit te duiden en de gelaagde betekenissen te benoemen. Ricœur (2006) noemt dit het 'vertalen' van religieuze taal naar seculiere taal, zodanig dat religieuze taal bruikbaar is om fenomenen te duiden die opkomen in het leven (hij keert zich dus eveneens tegen een deductieve benadering). Deze vertaling is altijd beperkt, zoals iedere vertaling, omdat er altijd een residu is dat vanwege de context moeilijk of onmogelijk vertaald kan worden. Maar zolang we ons bewust zijn van deze beperking, kunnen geestelijk verzorgers prima vertalers zijn.

Het hierboven gegeven criterium – *religieuze taal is dan een zinvolle bijdrage aan de ethiek, als ze iets verheldert van de dagelijkse zorgpraktijk* – willen we nu specificeren. We doen een poging om met behulp van de religieuze taal uit de bronnen van de franciscaanse zusters deze situatie bij de lift te duiden als een zorgpraktijk. De houding van de jongeman is te hercategoriseren met behulp van deze bronnen op een manier die ook zeggingskracht heeft voor professionele zorgverleners. Zijn houding is, lijkt mij, te duiden als herkenbaar en betekenisvol voor zorgen in een professionele, institutionele setting.

Ten eerste zijn de bijbelse woorden 'Ik was ziek en jij hebt me bezocht' behulpzaam om de respectvolle houding van de jongeman te duiden. Er is een laag zichtbaar in zijn houding die te duiden

is met 'bezoeker-zijn'. Een bezoeker neemt het leven van een zieke ander niet over, maar treedt dit behoedzaam binnen. Hij komt niet op voorhand 'zorg verlenen', maar wacht of er een vraag is. Hij neemt een actief aandachtige positie in, bereid om te helpen, maar alleen als er een verzoek daartoe is. Zorgverleners kennen het verschil tussen deze verschillende zorghoudingen. Ze weten dat ze zich vaak niet als bezoeker (kunnen) gedragen, dat ze handelingsgericht zijn en (te) weinig persoonsgericht, en dat ze de privacy of intimiteit van patiënten en cliënten vaak ongevraagd binnentreden. Een bezinning op nut en noodzaak daarvan kan op gang gebracht worden rondom deze notie van 'bezoeker-zijn'.

Ten tweede is het verhaal van Elisabeth van Thüringen een voorbeeld van 'verdragen', volharding, en de rijkdom van uitdelen. Haar verhaal helpt om te duiden dat de jongeman liever traagheid verdraagt dan gewelddadig doenerig in te grijpen. Verdragen van de traagheid maakt soms deel uit van zorgen. Zorgverleners herkennen zowel de deugd van geduld, als de druk waaronder deze staat. Verdragen van traagheid vraagt dat het lijden onder ogen wordt gezien en dat men desondanks in een zorgende houding volhardt, er niet voor wegloupt. Het vraagt ook volharding tegenover druk van allerlei kanten (sociale, collegiale, politieke, culturele), om sneller, efficiënter, goedkoper, effectiever te zorgen, en de vraag op te werpen wat daar beter aan is. Volharden in de vraag naar goede zorg, tegenover deze druk, is nodig. Ten slotte is met behulp van Elisabeths verhaal het besef te duiden van eigen overvloed, van waaruit delen, uitdelen, opgeven, en weggeven verschijnen als waardevol en geluk. De waarde van zorggeven wordt soms omschreven als 'je krijgt er ook zoveel voor terug'. Maar die waarde kan ook beleefd worden in het weggeven, offeren, in het centraal zetten van de ander, en het nederig maken van jezelf, als gelukkigmakend. Dit was niet alleen in Elisabeths tijd een contraculturele houding, maar ook in de onze. Een bezinning in de zorg op het goede van verdragen van traagheid en lijden, van geduld en volharding, van de ervaring van overvloed en van nederigheid en het opzijzetten van je eigen doelen, kan zorgverleners helpen om contraculturele kanten van hun werk te (her) ontdekken als waardevol.

Ten derde kan de verbeelding van de kruisweg en vooral van de ontmoetingen onderweg helpen bij de her-categorisering van hedendaagse overtuigingen over lijden en over wat er nodig is als we lijden ontmoeten. Lijden kan dan verschijnen als ambigu: het is niet altijd een noodzakelijk iets dat verholpen moet worden. Als de rolstoel wordt gezien als lijdend aan zijn traagheid en moeizame voortbewegen, dan kan dit eenvoudig worden verholpen door een snelle duw. Zijn lijden kan er echter ook in bestaan dat anderen voortdurend over hem beslissen, zijn eigen pogingen afpakken en daarbij interfereren in zijn eigen mogelijkheden. Lijden kan dus heel verschillende dingen zijn en is meestal niet van de buitenkant te bepalen.

## Lijden is niet langer algemeen geaccepteerd als betekenisvolle ervaring

En vaak is het niet te verhelpen, en soms hoeft dat ook niet. Soms moet lijden worden gerespecteerd en verdragen. Alleen in een daadwerkelijke ontmoeting, door aandachtig af te stemmen op een ander, door de ander te horen in hoe hij/zij zichzelf uit, kan de ervaring van lijden worden begrepen. Dit vraagt om een afzien van twee uitersten: enerzijds idealisering, anderzijds toedekking of wegpraterij. Vereist zijn erkenning van de ander, van het lijden zoals hij/zij dit zelf uit, en delen van het lijden. Naast iemand staan die lijdt, erbij blijven en delen in dat lijden, zoals Veronica en Simon van Cyrene in de kruisweg, kan de belangrijkste taak zijn die iemand heeft.

### 6. Conclusie

In dit artikel hebben we geprobeerd de bruikbaarheid van religieuze taal te laten zien in een heel specifieke context: de geïnstitutionaliseerde, geseculariseerde, sterk van systemen doordrenkte context van de professionele zorg binnen zorginstellingen. We hebben betoogd dat religieuze taal (maar ook andere taal van 'strong beliefs') bruikbaar kan zijn om uitdrukking te geven aan betekenissen die in situaties emergeren, door middel van een 'vertaling' ervan naar seculiere taal. Ook kan er ruimte geschapen worden voor een bezinning op datgene dat wel eens de essentie kan uit-