

---

# In de marge?

## Religie en het publieke domein van de zorg

In dit artikel reflecteert Rob Plum, werkzaam als geestelijk verzorger in de psychiatrie en medeauteur van het in dit tijdschrift veelgeciteerde WRR-rapport 'Geloven in het Publieke Domein' (2006) op de geestelijke gezondheidszorg in Nederland en de beelden van zorg, behandeling en mens die daarin gehanteerd worden. Plum is kritisch over die beelden en pleit voor een benadering van religies en geestelijke verzorging die zich niet voegt naar het bestaande zorgsysteem maar inspiratie geeft aan mensen die van binnenuit vervlakking van zorg willen bestrijden.

### Rob Plum

**E**EN CONCREET VOORBEELD van de abstracte discussies en debatten die sinds enkele jaren in de sociologie, de filosofie en de theologie gevoerd worden over de nieuwe, veranderde plek en betekenis van religie in onze seculiere of postseculiere samenleving vormt de gezondheidszorg. Hier is nog steeds een specifieke beroepsgroep werkzaam, de geestelijk verzorger, die voor religie staat – zij het dat men als gevolg van de terugkeer en transformatie van religie de laatste decennia 'religie' breder is gaan zien en de meeste geestelijk verzorgers in reactie op de secularisering, subjectivering en privatisering van religie niet alleen verschillende religies maar ook spiritualiteit, levensbeschouwing en zingeving 'aanbieden'.

In dit artikel wil ik aan de hand van deze casus laten zien dat het noodzakelijk is om tot een nieuwe verhouding tussen religie en het publieke domein te komen. Ik beperk me tot de rol van religie in de geestelijke gezondheidszorg, omdat ik hier vanuit eigen ervaring kan spreken. Ik vat religie op een zeer brede manier op en reken er ook godsdienst, spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing toe.

### Zorg als een systeem

Het moderne systeem van de zorg is een complex, veelgelaagd en hoogst gespecialiseerd systeem. In deze sector zijn de te verwachten beroepen aanwezig zoals psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, artsen, sociotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Daarnaast

hebben ook economen, managers, bestuurskundigen, juristen en accountants hun inmiddels vanzelfsprekende positie in de zorg verworven. Dat alles is nodig om in onze moderne samenleving het zorgsysteem overeind te houden, te stroomlijnen, te organiseren en aan te passen aan de snel veranderende tijd, kortom om goede zorg aan te bieden die voldoet aan de wensen van de patiënt binnen de condities die onze complexe samenleving stelt.

In dat systeem speelt 'behandeling' een centrale rol. Op het eerste gezicht is dat niet meer dan logisch wanneer we onder 'behandeling' dat verstaan wat er met medische klachten dient te gebeuren. Wie ziek is, wil daarvoor behandeld worden: er moet, kort gezegd, een diagnose gesteld worden en van daaruit moet tot een behandelplan (ingreep, therapie, medicijnen, gesprekken of een combinatie van dit alles) gekomen worden. In het geval van de geestelijke gezondheidszorg betekent 'behandeling' in de praktijk anno 2011 de zorg die geboden wordt door psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en artsen. Geestelijke verzorging – en dus ook dat wat de geestelijke verzorger aanbiedt en van waaruit hij/zij spreekt, te weten religie in de hierboven aangegeven betekenis – valt officieel buiten deze zorg.

Geestelijke verzorging valt buiten de behandeling. De geestelijk verzorger heeft binnen de zorgsector de taak om zorg te dragen voor, zoals men dat tegenwoordig vaak noemt, de mens achter de ziekte, om er te zijn voor de mens die meer is dan zijn of haar ziekte of aandoening en om hem of haar in contact te brengen met de eigen krachtbronnen en te assisteren bij het vinden van vormen van zingeving die hem of haar helpen deze moeilijke omstandigheden het hoofd te bieden.

Zoals gezegd: geestelijke verzorging valt buiten de behandeling. Die regeling, bedoeld om te voorkomen dat er interferentie ontstaat tussen de medische behandeling en iemands geloofsovertuiging, is inmiddels een mantra geworden, waardoor behandeling en geestelijke verzorging strikt gescheiden blijven. Het denken over de verhouding tussen beiden is daardoor bevroren en een dialoog tussen beide disciplines komt slechts mondjesmaat tot stand. Ik wil in dit artikel aantonen dat deze strikte scheiding tussen behandeling en gees-

telijke verzorging meer is dan alleen een onschuldig organisatorisch principe. De scheiding produceert namelijk een manier van denken over mens, ziekte en zorg die op zijn minst discutabel is. Het probleem is om te beginnen dat deze scheiding van behandeling en geestelijke verzorging ook de scheiding is van verschillende manieren van denken over en omgaan met de zieke mens. Het is de scheiding tussen een discours dat over ziekte gaat enerzijds en een discours dat over de hele mens gaat anderzijds. Door die scheiding worden de twee discoursen geleidelijk steeds meer identiek aan een op ingrijpen en handelen gericht discours aan de ene kant en een op verstaan, interpreteren en ruimte geven gericht discours aan de andere kant. Ik zal later in dit artikel ingaan op het aangewezen zijn op elkaar van die twee discoursen. Het feit dat de twee discoursen nu zo gescheiden blijven maakt dat beide extremer worden in hun focus en het gevoel voor het geheel, de mens, kwijt raken.

Men hoort regelmatig dat veel behandelaars nauwelijks nog tijd hebben om goed met cliënten in gesprek te gaan; velen ervaren dat hun vak is gaan bestaan uit het verstrekken van medicijnen alleen. Een groeiend aantal behandelaars ervaart dat als een verschraling van hun vak. Als men al tijd heeft voor het voeren van gesprekken, dan zijn dat meestal korte 'onderhoudsgesprekken', zoals een ervaringsdeskundige het onlangs noemde, dat wil zeggen gesprekken om na te gaan of de dosering van de medicijnen nog klopt en eventueel bijgesteld moet worden.

Door behandeling en geestelijke verzorging zo van elkaar te scheiden reduceren we geweld of ongewild ook datgene waarvoor de geestelijke verzorging wil opkomen, namelijk de mens zelf, tot een op zichzelf staand individu, met 'ziekte' en 'zingeving' of 'religie' als in principe naast elkaar staande facetten van dit individu. En religie (in de brede, hierboven genoemde zin) en filosofie dreigen gereduceerd te worden tot iets wat alleen over het innerlijk van deze individuen gaat. Hiermee hangt samen dat van geestelijk verzorgers nogal eens verwacht wordt dat ze hun gesprekken met cliënten 'positief' en luchtig houden en dat men ze vooral toespitst op thema's als acceptatie en het leren omgaan met de feitelijke situatie. Ge-

zien de feitelijke scheiding tussen behandeling en geestelijke verzorging is dat in veel gevallen ook raadzaam: wanneer je als geestelijk verzorger niet weet waar men binnen de behandeling met cliënten mee bezig is, dan is het inderdaad verstandig met gesprekken niet al te zeer in de diepte te gaan. Maar hierdoor ontstaat wel een karikaturaal beeld van religie; we dreigen terug te vallen in een religiebegrip dat al lang geleden door iemand als Karl Marx werd bekritiseerd, religie namelijk als een middel om individuen te helpen zich te verzoenen met hun lot.

### **De geestelijk verzorger als criticus**

Nu ligt het in de lijn van de ontwikkelingen van onze samenleving om alles tot een object te maken. Dat geldt evenzeer voor ziekte. Een onmiskenbaar voordeel van deze tendens tot objectivering is dat men de wetenschappelijke focus erop en het specialisme erin kan vergroten. En juist dit is het moment voor de geestelijk verzorger om kritische vragen te stellen. Doet de zorg met een dergelijke focus op ziekte eigenlijk wel recht aan de patiënt? En is het niet tegenstrijdig om enerzijds te zeggen, zoals veel zorginstellingen doen, dat een mens meer is dan zijn/haar ziekte en tegelijkertijd deze ‘mens achter de ziekte’ tot de verantwoordelijkheid te maken van een zo kleine beroepsgroep die niet in contact staat met de beroepsgroep die verantwoordelijk is voor de aanpak van de ziekte? Maakt men zo niet een karikatuur van de metafoer van de mens achter de ziekte?

### **Goede zorg: technisch en ethisch**

De strikte scheiding tussen behandeling en geestelijke verzorging creëert een mensbeeld, maar ook een beeld van ‘behandelen’, van ziekte en van religie en levensbeschouwing, waarvoor we niet zouden kiezen als de vraag naar wat goede zorg is werd gerelateerd aan de omvattender vraag in wat voor soort samenleving wij zouden willen leven. Anders gezegd: wanneer we de vraag wat goede zorg is niet alleen op een technische, methodische manier opvatten, maar minstens ook op een ethische, dan zouden we minder geneigd zijn behandeling en geestelijke verzorging, ziekte en de mens achter de ziekte dusdanig van elkaar te scheiden; dan zouden we meer geneigd zijn beide discourses in wederzijdse relatie tot elkaar te zien.<sup>1</sup>

De ethische vraag naar wat goede zorg is, is de vraag die in alle andere vragen zou moeten meeresonereren. Het zou in ieder geval de insteek moeten zijn van de geestelijk verzorger. Niet dat de geestelijk verzorger het alleenrecht heeft op deze vragen. Deze vragen zouden vroeg of laat steeds een rol moeten spelen bij de vraag naar wat goede zorg is. Maar de praktijk leert dat de vraag wat goede zorg is door professionals in de zorg steeds vaker uitsluitend gesteld wordt binnen de bestaande setting en kaders. Natuurlijk zijn veel professionals bezig hun werk te verbeteren. Zo doet men bijvoorbeeld onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde gehanteerde methodes, probeert men bestaande processen in kaart te brengen en nog beter te stroomlijnen, steekt men veel energie in nog efficiënter en goedkoper werken en in onderzoek naar nog betere registratiemethodes. De vraag naar betere zorg wordt dus binnen de zorg vaak op een louter methodische, technische manier gesteld en nog te weinig op een ethische manier.

De eerste contouren van de ethische vraag beginnen door te schemeren wanneer men hulpverleners in de zorg vraagt of men hun eigen partner of familielid, wanneer die met psychiatrische aandoeningen zou kampen, zou toevertrouwen aan de instelling waar men werkt. Mijn ervaring leert dat behoorlijk wat werknemers in de zorg serieuze twijfels daarbij uiten. In die twijfel ligt de kiem voor een kritische houding ten opzichte van de zorg als paradigma. Een van de kenmerken van dat paradigma van het bestaande zorgsysteem, dat naar mijn mening aan kritiek onderhevig is, is de dominantie van ‘behandeling’ (in de boven beschreven zin) en de scheiding tussen behandeling en geestelijke verzorging.

### **Kritiek op het bestaande paradigma: drie impulsen**

Gelukkig komen de impulsen om dat paradigma ter discussie te stellen uit verschillende hoeken, en niet in de laatste plaats uit de hoek van de psychiatrie zelf. Uit die hoek komt steeds meer kritiek op de manier waarop de hedendaagse biomedische en neurologische psychiatrie – de vandaag de dag dominante vorm van psychiatrie – naar psychiatrische aandoeningen kijkt. Neurologische of biomedische verklaringen alleen volstaan namelijk niet en ze zouden aangevuld moeten wor-

den met een andersoortige, bijvoorbeeld fenomenologische, kijk op deze aandoeningen. Maar daarbij doet zich onmiddellijk een probleem voor. Om dit soort aandacht te kunnen geven aan psychiatrische aandoeningen is tijd nodig: de behandelaar moet aandacht en tijd kunnen besteden aan het verhaal van een cliënt. Die tijd is er meestal niet, omdat behandelaars geacht worden veel cliënten in erg beperkte tijd te behandelen. Saillant is overigens dat de hoeveelheid tijd voor cliënten toeneemt naarmate je in de hiërarchie van de organisatie 'zakt': verpleegkundigen hebben meer tijd tot hun beschikking – al neemt die ook af – dan psychologen of psychiaters. Daarmee wordt duidelijk hoezeer 'behandelen' in ons zorgsysteem gelijk is komen te staan met 'ingrijpen', met een vorm van handelen die op interventie is gericht en het zich nauwelijks meer kan permitteren gevoed te worden door het directe contact met cliënten.

Een tweede impuls om het bestaande paradigma onder kritiek te stellen komt voort uit een filosofische reflectie op het vak van arts of behandelaar. Arts-zijn is van origine meer dan het uitoefenen van een technisch vak. Anders dan andere technische vakken is geneeskunde niet een kwestie van de toepassing van verkregen theoretische kennis op een praktijk, maar bestaat dit vak ten diepste uit het bewaken van een delicaat evenwicht tussen ingrijpen in en overlaten aan de patiënt. In onze samenleving dreigt echter ook de geneeskunde tot een technische wetenschap gereduceerd te worden.<sup>2</sup>

Een derde impuls om het paradigma van de scheiding van behandeling en geestelijke verzorging onder kritiek te stellen komt voort uit een bepaalde kijk op elke professional en meer nog op elk mens. De Duitse filosoof en socioloog Max Horkheimer, stichter van de zogenoemde Frankfurter Schule of 'Kritische Theorie', schreef ooit het volgende: 'de opdracht van elk individu is niet om grote politiek te bedrijven, maar om zich in te zetten voor een goede samenleving die in plaats komt van de huidige onmenselijke toestand. En dat betekent dat hij zich niet in eerste instantie met Vietnam, China en De Gaulle moet bezig houden, dus met politiek waaraan hij sowieso niets kan veranderen, maar dat hij zich moet

bekommeren om de verbetering van ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, scholen, woningen, rechtbanken, gevangnissen en ten slotte om de opheffing van de honger op aarde.'<sup>3</sup> Misschien geldt wat Horkheimer over Vietnam, China en De Gaulle zei vandaag ook voor de afzonderlijke sectoren van onze samenleving en dus ook voor de zorgsector, namelijk dat mensen het gevoel hebben er 'toch niets aan te kunnen veranderen'. Zo zitten veel professionals in hun werk, met het voornemen om zich vooral te concentreren op wat ze kunnen en leuk vinden – dit laatste conform de nadruk van veel organisaties op het feit dat iedereen ook een mate van voldoening in zijn werk moet kunnen vinden. Maar soms roept dat het cynische vermoeden op dat het eerder een vriendelijke doch dringende uitnodiging van de organisatie is aan hun medewerkers om zich vooral te concentreren op en dus te beperken tot hun eigen werkterrein en de rest over te laten aan de daarvoor aangestelde professionals.

## De toekomst van geestelijke verzorging

De drie genoemde impulsen maken duidelijk dat een kritiek op het bestaande paradigma eigenlijk niet voortkomt uit kennis vanuit een andere hoek (een specifieke religie, filosofie of spirituele stroming), maar uit dit paradigma zelf, van binnenuit dus. Het is de psychiatrie zelf die de tekorten van het biomedische en neurologische denken constateert, het is een algemene reflectie op de medische wetenschap en op het vak van arts die de tekorten van een medische als een technische wetenschap aan het licht brengt en het is een reflectie op werknemer- en menszijn die aan het licht brengt dat een mens meer is dan een goed functionerend onderdeel van een organisatie of samenleving.

Daarmee is geestelijke verzorging niet overbodig. Integendeel. Mijn punt is dat ze zich overbodig maakt wanneer ze meegaat in de trend van onze samenleving om haar specialisme, haar core business te omschrijven als iets apart, als een specifiek product dat anders is dan de producten die andere specialismen leveren. Het omschrijven van die core business vanuit het doel, in termen als 'de mens achter de ziekte' of, vanuit de invalshoek, in termen als 'religie', spiritualiteit, zingeving of levensbeschouwing, of vanuit de houding, in termen als presentie en aandacht, maakt uit-

eindelijk een object van die realiteiten – de mens, religie, spiritualiteit, zingeving, levensbeschouwing, presentie, aandacht – die nu juist niet tot object gemaakt zouden mogen worden.

Ik heb in dit artikel de zorg aangesneden als een concreet voorbeeld van de rol die religie in onze moderne samenleving speelt. Ik heb de vraag toegespitst op de kwestie of behandeling en geestelijke verzorging nog wel zo van elkaar gescheiden moeten worden zoals dat in de geestelijke gezondheidszorg vandaag de dag gebeurt. Ik heb willen laten zien dat die scheiding niet slechts een organisatorisch principe is, maar iets dat ingrijpt in de aard van de zorg zelf en mens en ziekte tot objecten maakt.

Maar uiteindelijk verwijst dit punt van de scheiding van behandeling en geestelijke verzorging naar iets veel fundamentele. Veel werknemers in de zorg zijn tegen wil en dank functionarissen geworden. Zij staan onder grote werkdruk, en hoewel dit niet is wat ze zich aanvankelijk bij werken in de zorg hadden voorgesteld, voelen ze zich gedwongen bij hun eigen vak te blijven, dat gereduceerd is tot een vakje, een hokje aan de grens waarvan een ander hokje begint, op het terrein waarvan je je niet mag begeven.

Als het gaat om verbetering van de zorg redden we het niet met de technische, methodische vraag naar verbetering van bestaande technieken of behandelingen. We zullen ook de fundamentele vraag moeten stellen of dit de manier is waarop we met zorgbehoevenden – en dus in principe ook met onszelf of onze naaste, in de meer nabije of veraf gelegen toekomst – willen omgaan. Het probleem is dat die vraag in de praktijk vaak naar de marge verbannen is. Een teamleider van een afdeling met wie ik in gesprek was over het belang van dit soort vragen deed ze af als het ‘opzetten van een boompje’ en merkte erbij op dat daar in onze samenleving ‘nu eenmaal geen tijd voor is’. Dat is ten diepste problematisch aan de zorg, voor zowel patiënten als werknemers in de zorg, dat veel werknemers betaald worden om een bepaalde klus te verrichten. Het pleidooi van organisaties om in het werk toch vooral de eigen inspiratie niet te verliezen werkt ten overstaan van die praktijk eerder lachwekkend, zoals wanneer je wat Amerikanen tegen elkaar plegen te zeggen wan-

neer men elkaar verlaat: ‘take care’ letterlijk opvat en het cynisme ervan doorziet, namelijk als de uitnodiging om toch vooral zelf voor jezelf zorg te dragen.

## Religie als krachtbron

Religie, een van de inspiratiebronnen van de geestelijk verzorger, kan een krachtbron voor een samenleving zijn om zich teweer te stellen tegen een dergelijke vervlakking. Het gebruik van het woord religie kan bij sommigen irritatie oproepen. Ik doel op lezers die traumatiserende ervaringen met religie hebben gehad of die ervaringen uit tweede hand kennen. Die mogen niet gebagatelliseerd worden. Zo is het is een verworvenheid dat veel mensen vandaag de dag ruimte hebben gevonden om de praktijken van seksueel misbruik binnen de rooms-katholieke kerk aan de kaak te stellen. Maar wanneer ik hier over religie spreek, spreek ik niet over religie in de bestaande, beschrijvende zin, maar over religie als het woord voor een groot ideaal.

Mijn overtuiging is dat het mooiste aan religies is dat ze een poging, en toegegeven vaak niet meer dan een gooi, hebben gedaan en doen naar iets ultiems. Nu laat de geschiedenis steeds zien dat de verleiding groot is om na verloop van tijd één bepaalde poging naar het ultieme te identificeren met het ultieme zelf. De Duitse protestantse theoloog Eberhard Jüngel heeft beschreven dat hij in het communistische Oost-Duitsland waar hij opgroeide echte vrijheid had leren kennen in de kerk. Dat er plekken zijn waar mensen voelen dat ze zichzelf kunnen zijn – en voor de een betekent dat vrij zijn, voor de ander geborgen-zijn, voor weer een ander iets nog heel anders – of dat hun vragen gehoord worden, dat het over henzelf gaat: dat is het wezen van religie en het is dat idee van religie dat de prikkel vormt tot een genezende, gezondmakende kritiek.

Deze kritiek stopt niet voordat we een wereld bereikt hebben waarvan iedereen zegt dat dit de wereld en het leven is zoals men het zich had voorgesteld. Een utopie wellicht, iets waarvan we bij voorbaat weten dat het onhaalbaar is. En misschien zelfs niet alleen een naïeve, maar ook een gevaarlijke utopie, omdat het idee dat er een wereld kan bestaan waarin iedereen tevreden is totaliserend zal werken ten opzichte van het heden.

Wat voor religie geldt, geldt ook voor utopieën, namelijk dat ze onmiskenbaar hun gevaarlijke kanten hebben. Toch kan utopisch denken helpen om te voorkomen dat we 'zorg' identificeren met ingrijpen, met een technisch handelen. Er zijn tendensen in onze samenleving die daarop wijzen. Toenemende specialisering, betere salariering en geringer contact met cliënten dreigen zo langzamerhand met elkaar verbonden te worden, alsof ze alles met elkaar te maken hebben, zodat het erop lijkt dat de best betaalde en meest gespecialiseerde in de zorg betaald en gewaardeerd wordt niet alleen – wat vanzelfsprekend is – voor wat hij/zij doet, namelijk ingrijpen, maar evenzeer voor wat hij/zij niet doet, namelijk contact aangaan met patiënten. Veroorzaak je daarmee als samenleving niet juist het failliet van het belang van onderling contact, van dialoog om te komen tot een begrip van de ander, en komen we zo niet gevaarlijk dicht in de buurt van marginalisering van de existentiële vragen die ons allen bezig houden maar die geen technische vragen zijn?

Dr. R.J.J.M. Plum is geestelijk verzorger bij GGZ Oost Brabant (rjjm.plum@ggzooostbrabant.nl)

## Noten

- 1 Gelukkig gaan er de laatste tijd vanuit of naar aanleiding van hersenonderzoek steeds meer stemmen op om, in plaats van uit te gaan van volstrekt onverenigbare taalspelen of de waarheid van een enkel taalspel, de dialoog aan te gaan, namelijk tussen een filosofische manier van kijken naar en denken en spreken over bewustzijn aan de ene kant en deze neurowetenschappelijke bevindingen aan de andere kant. Hoogst interessant en uitermate genuanceerd in dit opzicht is: J.-P. Changeux & P. Ricoeur, *Ce qui nous fait penser: La nature et la règle*, Paris: Éditions Odile Jacob 1998 (vertaald in het Engels als: *What Makes Us Think? A Neuroscientist and a Philosopher Argue about Ethics, Human Nature, and the Brain*, Princeton: Princeton University Press 2000).
- 2 H.-G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993, 50-65.
- 3 Max Horkheimer, *Gesammelte Werke*, Band 14, 365, geciteerd in: C. Wiemer, *Krankheit und Kriminalität. Die Ärzte- und Medizinkritik der kritischen Theorie*, Freiburg 2011, 15.