

Spiritual care als toekomst van de geestelijke verzorging

Carlo Leget*

Summary

Since some time chaplaincy as a discipline is in a crisis of both legitimization and communication. In this contribution, which is limited to the health care sector, a possible way out of this double crisis is sketched by joining an international field of studies which is known as spiritual care. Here a central idea is that attention to meaning and spirituality is the task of every care giver. According to this interdisciplinary approach the chaplain has a special role. On the basis of the first Dutch guideline spiritual care, written for physicians and nurses, a plea is made for a further development of chaplaincy as a discipline by embedding it into the spiritual care approach.

Inleiding

Wie de cijfers van het laatste onderzoek van de serie 'God in Nederland' tot zich door laat dringen, kan niet anders concluderen dan dat in de afgelopen jaren een onzichtbare aardverschuiving heeft plaatsgevonden in het levensbeschouwelijk landschap (Bernts & Berghuijs 2016). Het aantal mensen dat in een persoonlijke God gelooft, is tussen 1966 en 2015 gedaald van 47% naar 14%. Het aantal atheïsten is van 6% naar 24% gestegen. Het aandeel agnosten is van 16% naar 34% toegenomen. Alleen het aantal 'ietsisten' (de mensen die geloven dat er 'iets' overstijgends is, maar niet kunnen zeggen wie of wat) is van 31% naar 28% gedaald. Deze laatste groep kende overigens een toptijd gedurende de metingen van 1979 en 1996 waar ze respectievelijk 40% en 39% scoorden. Samenvattend: de meeste Nederlanders zoeken en/of vinden zin en betekenis in hun leven buiten de traditionele levensbeschouwelijke kaders.

Hoewel geestelijke verzorging als professionele begeleiding bij zinvragen al sinds enkele decennia inspeelt op de veelkleurigheid en veranderlijkheid van het levensbeschouwelijke landschap, is er de afgelopen jaren een situatie ontstaan waarin ook deze jonge discipline in een crisis is geraakt. In

* Carlo Leget is als hoogleraar Zorgethiek en bijzonder hoogleraar Palliatieve Zorg verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

deze bijdrage wil ik eerst kort mijn interpretatie van deze crisis weergeven. Vervolgens zal ik een weg schetsen die naar mijn idee kansrijk is om uit deze crisis te komen. Daarbij sluit ik aan bij een beweging die sinds enkele jaren in het Angelsaksische taalgebied bekend is onder de naam van 'spiritual care'.

De dubbele crisis van geestelijke verzorging

De crisis waarin de geestelijke verzorging zich op dit moment bevindt, is naar mijn idee een dubbele crisis. Dit maakt het zeer complex om tot een aanpak te komen. Voor we na gaan denken over oplossingen is het daarom van belang eerst het probleem goed onder ogen te zien.

De eerste crisis waarmee dit vak zich geconfronteerd ziet, is een legitimatiecrisis. De geestelijke verzorging heeft zich als vak ontwikkeld als loot die geënt was op een oude stam: die van levensbeschouwelijke instituties binnen een verzuilde samenleving (Van de Geer e.a. 2012). Iedere zuil had zijn eigen levensbeschouwelijke kleur, en de aandacht voor zingeving had een vanzelfsprekende plaats binnen dit geheel. Een rooms-katholiek ziekenhuis bijvoorbeeld, beschikte van oudsher over een rector, doorgaans een door de kerk gewijde priester, die de zielzorg op zich nam voor de gelovigen van zijn eigen traditie. Men deelde een gemeenschappelijk kader van overtuigingen en rituelen, verstond elkaar, en de legitimering van deze zielzorg was direct gegeven met het bestaan van de eigen zuil. We zien dit nog steeds weerspiegeld in de kwaliteitswet uit 1996 volgens welke iedereen die langer dan 24 uur in een instelling verblijft, recht heeft op geestelijke verzorging vanuit de eigen levensbeschouwelijke traditie. Het is deze juridische basis waarop de geestelijke verzorging nog steeds deels kan steunen voor wat betreft haar bestaansrecht.

Maar de tijden zijn veranderd. En met de onzichtbare aardverschuiving die boven geschetst is, is ook de legitimering problematischer geworden. Naarmate de verzuiling meer en meer bekritiseerd en afgebroken werd, werd ook de stam waar de loot op geënt was een minder zekere basis. Maatschappelijk zien we de afgelopen dertig jaar een verandering in legitimering. Waar voor de jaren tachtig nog ideologische overtuigingen of levensbeschouwelijke waarden een legitimerende functie hadden, zien we vanaf de jaren tachtig vooral een economische rationaliteit dominant worden. Verantwoording werd meer en meer begrepen in termen van transparantie en navolgbaarheid in termen van empirische bewijsvoering, effectiviteit en efficiëntie. Het paradigma van de natuurwetenschappen werd dominant en exemplarisch voor wat als

wetenschappelijk gezien werd. Gecombineerd met een neoliberal klimaat dat sinds diezelfde jaren tachtig opgeld deed, zorgde deze paradigmawisseling voor legitimatiecrisis van de geestelijke verzorging die zich in deze natuurwetenschappelijke taal niet kon verantwoorden, maar dit veelal ook niet wilde. Veel geestelijk verzorgers beschouwden hun bijdrage als een praktijk die zich niet liet uitdrukken in maat en getal, beschouwden zich zelf als een geuzenbeweging of meenden gedekt te zijn door de theorie van de presentie die in het eerste decennium van deze eeuw een grote populariteit genoot. Hoewel de beperkingen en complexiteit van *evidence based* werken steeds meer voor het voetlicht komen – zie hiervoor o.a. het recentelijk verschenen rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Zonder context geen bewijs* – blijft de economische rationaliteit vooralsnog dominant.

De tweede crisis waarmee de geestelijke verzorging zich geconfronteerd zag, hoewel direct verbonden met de eerste, zou ik een communicatiecrisis willen noemen. Zolang de geestelijke verzorging deel uitmaakte van een verzuilde maatschappij, was er een gedeelde taal en visie op de werkelijkheid. Met het geleidelijk zwakker worden van de verzuiling – een proces dat overigens nog steeds gaande is, en waarvan de ondergrondse riolering nog steeds intact is – ontstond in toenemende mate een communicatieprobleem. Want wat is een geestelijk verzorger nu precies? Wie religieus gesocialiseerd is, kan zich nog wel een voorstelling maken van een gesecculariseerde priester of dominee. Maar wie dat niet is, heeft veelal problemen zich een voorstelling te vormen van een beroepsgroep die iets heeft van een psycholoog zonder methode of behandelplan, academisch opgeleid en betaald maar niet transparant in verantwoording of kwaliteitsbeleid, met een aanbod voor iedereen hoewel toch geworteld in een bepaalde levensbeschouwelijke traditie.

Taal structureert onze waarneming en beleving van de werkelijkheid in hoge mate, en waar een beroepsgroep zich in een communicatiecrisis bevindt tot aan de naamgeving van het eigen beroep toe, is het voortbestaan van het beroep in zwaar weer. Dit is al helemaal het geval binnen een terrein van zingeving dat maatschappelijk onder druk staat in een tijdsgewricht waarin de economische rationaliteit dominant is, en dat bovendien ook nog door andere disciplines geclaimd wordt als aandachtsgebied. Als deze andere disciplines zich vervolgens wel weten aan te passen en te bewegen binnen de nieuwe eisen van de tijd, lijkt het niet onverstandig om Darwins theorie van de *survival of the fittest* in het oog te houden. Is er dan wellicht een mogelijkheid om de loot van de geestelijke verzorging zelfstandig wortel te laten schieten, los van de

verzuilde stam waarop zij ontstaan is? Welk voedingsbed zou hier geschikt voor kunnen zijn, en hoe zouden deze wortels er dan uit moeten zien?

Care & spiritual care

Hoewel geestelijke verzorging een breder terrein bestrijkt dan de gezondheidszorg, zal ik me in deze bijdrage beperken tot deze sector. Als grootste werkgever in Nederland biedt de gezondheidszorg een uitgelezen mogelijkheid door te denken over hoe geestelijke verzorging zich op een nieuwe wijze zou kunnen vormgeven en verwortelen. Binnen de gezondheidszorg is er naar mijn mening één beweging in het bijzonder die hier goede kansen biedt. Oorspronkelijk ontstaan binnen het Engelse taalgebied, heeft deze beweging zich over de gehele wereld verbreid, en heeft ze ook in Nederland meer potentieel dan momenteel benut wordt. Ik heb het over de beweging die bekend staat onder de vlag 'spiritual care'.

Gezondheidszorg is een sector waarin in meer en mindere mate multidisciplinair samengewerkt wordt. Sinds de jaren zeventig spreekt men hier van een bio-psycho-sociaal model, waarin gepoogd wordt mensen breder te benaderen dan lichamelijke wezens die genezen en/of verzorgd moeten worden. Meer en meer is het bewustzijn ontstaan dat dit model eigenlijk nog tekort schiet, en dat er een vierdimensionale benadering van belang is, waarin ook de dimensie van zingeving of spiritualiteit een plaats heeft. Dit besef kwam in de Verenigde Staten niet alleen van geestelijk verzorgers, maar juist ook van artsen, zoals de internist Christina Puchalski die zich in de afgelopen dertig jaar ontwikkeld heeft tot een van de boegbeelden van spiritual care (Puchalski 2002). Wie een uitgebreide introductie zoekt in dit nieuwe interdisciplinaire vakgebied, kan zich het beste verdiepen in het *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* dat mede onder haar redactie tot stand is gekomen (Cobb e.a. 2012).

Wat is nu kenmerkend voor de spiritual care benadering, en waarom is ze zo veelbelovend? Om te beginnen gaat het om een benadering die zingeving of spiritualiteit opvat als een antropologisch gegeven. Het betreft ieder mens, ziek of gezond. Voor sommige mensen wordt het beleefd in een meer of minder expliciet religieus kader. Het valt echter niet samen met religie. Door in te steken op het algemene antropologische niveau kan de beweging goed aansluiten bij gezondheidsdefinities zoals deze gehanteerd worden door de

Wereldgezondheidsorganisatie, of de definitie van positieve gezondheid die ontwikkeld is door de arts Machteld Huber (Huber 2011). Daarmee is zingeving of spiritualiteit van meet af aan ingebed in een holistische benadering van mens en gezondheid. Aandacht voor zingeving en spirituele zorg wordt gezien als een gemeenschappelijke taak van alle zorgverleners. De geestelijk verzorger als specialist heeft daarmee van meet af aan een positie als deel van het team en expert voor een bepaalde dimensie van de zorg.

Vervolgens is de werkwijze binnen deze beweging pragmatisch en interdisciplinair. Dat wil niet zeggen dat alle disciplines feitelijk evenveel aan het woord komen, of evenzeer de toon zetten. Maar het streven is minstens om tot een gemeenschappelijk kader te komen. Zo wordt de vraag wat we onder ‘spirituality’ verstaan, via een consensusproces opgelost (Puchalski e.a. 2009; Nolan e.a. 2011; Puchalski e.a. 2014). Vervolgens ligt er een sterke nadruk op het ontwikkelen van empirisch onderzoek als onderbouwing van de legitiemerings. Hierin wordt bij uitstek het medische paradigma gevolgd. Wil men medici overtuigen, dan helpt het om cijfers te tonen. Kwantitatief onderzoek neemt dan ook – deels uit strategische overwegingen – een bijzondere plaats in. Maar ook kwalitatief empirisch onderzoek wordt belangrijk gevonden, want er is een duidelijk besef dat omgaan met zingeving of spiritualiteit hermeneutische competenties vereist.

Met de onderbouwing door empirisch onderzoek kan de spiritual care beweging gezien worden als een ontwikkeling die de *empirical turn* in de geestelijke verzorging belichaamt. Zoals overigens rond het millennium ook in de medische ethiek een dergelijke ontwikkeling plaatsvond, en in de jaren negentig in de geneeskunde al de beweging van *evidence based medicine* opgekomen was. Al deze ontwikkelingen maken deel uit van de eerder geschetste verschuivingen in wetenschap en samenleving waarbinnen geestelijk verzorgers hun weg moeten zoeken.

Spiritual care heeft zich in de afgelopen decennia ontwikkeld tot een beweging met internationale interdisciplinaire samenwerkingsverbanden als het *Global Network for Spirituality and Health*, de *British Association for Study of Spirituality*, de *Spiritual Care Association*, en de *Reference Group Spiritual Care* van de *European Association for Palliative Care*. Er is een Duitstalig wetenschappelijk tijdschrift met de naam *Spiritual Care*, de publicaties in wetenschappelijke tijdschriften groeien exponentieel sinds het jaar 2000, en er komt meer en meer aandacht op voor deze dimensie op wetenschappelijke congressen. Maar hoe strategisch deze samenwerking ook mag zijn, leidt een dergelijke knieval voor het medische model op lange termijn niet tot een uitholling van het vak van geestelijk verzorger? Is het wel verstandig zozeer de

lijn van andere disciplines te volgen? Om dit concreet te kunnen doordenken zou ik kort de casus van de richtlijn spirituele zorg willen bespreken die in 2010 in Nederland verschenen is.

Casus: de richtlijn spirituele zorg

De palliatieve zorg heeft dankzij haar vierdimensionele insteek, zowel nationaal als internationaal een voortrekkersrol gespeeld in de ontwikkeling van een interdisciplinaire benadering van zingeving en spiritualiteit (Van de Geer e.a. 2012). Toen in 2006 een richtlijnenboek verscheen voor artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg, viel enkele geestelijk verzorgers op dat in dit dikke boekwerk nauwelijks aandacht was voor zingevingsvragen (De Graeff e.a. 2006). Het boek bevatte weliswaar een richtlijn existentiële crisis, maar deze was zo psychologisch ingestoken en zozeer op situaties gericht die men liever wil voorkomen, dat het idee ontstond een richtlijn spirituele zorg te schrijven en deze te laten opnemen in de volgende uitgave van het richtlijnenboek.

Met dit voornemen ontstond echter direct een discussie over de vraag of het wel mogelijk en gewenst was het format van de richtlijn te gebruiken om de aandacht voor zingeving of spiritualiteit te bevorderen. Als eerste argument werd geformuleerd dat richtlijnen bedoeld zijn om concrete handelingsaanwijzingen te geven – liefst met empirisch onderzoek onderbouwd – met als doel een specifiek effect te bereiken. Maar in dit geval is dat precies niet mogelijk. Zingevingsprocessen zijn grillig en hebben een eigen dynamiek en tempo. De donkere nacht van de ziel of Gods genade zijn niet in een algoritme te vangen, en ervaringen van transcendentie zijn niet in te roosteren. Bovendien: het slagen van begeleiding bij zingevingsvragen is erg afhankelijk van de kwaliteiten van een persoon. Richtlijnen zijn handelingsaanwijzingen, voor spirituele zorg moeten de competenties van zorgverleners geschoold worden, zodat ze hun houding ontwikkelen. Dat is een langdurig en complex proces van vorming en rijping.

Een derde argument dat aangevoerd werd: door het format van een richtlijn te volgen, maakt men een knieval voor het medische model waardoor geestelijke verzorging nooit meer fatsoenlijk op eigen benen zal kunnen staan. Men levert zich uit aan een benadering die hermeneutisch naïef is, kwantitatief georiënteerd, gesloten voor transcendentie en een maakbaarheids geloof ondersteunt dat haaks staat op de eigenheid van het vak geestelijke verzorging.

De argumenten tegen de richtlijn waren helder en bevatten zeker geen onzinnige gedachten. Toch waren ze eenvoudig te weerleggen. In de eerste plaats is de tegenstelling tussen richtlijnen en handelingsaanwijzingen enerzijds en spirituele processen anderzijds een valse, zo weten we sinds Mozes met de stenen tafelen van de berg Sinaï afdaalde. Alle grote levensbeschouwelijke tradities kennen concrete handelingsaanwijzingen in de vorm van geboden en verboden. Sterker nog: het idee van geestelijke oefeningen is eeuwenlang een belangrijke vorm van spirituele vorming geweest.

Ook het argument dat richtlijnen niet het juiste niveau adresseren is niet overtuigend: juist op handelingsniveau kan men aanwijzingen geven die betrekking hebben op de vorming van de houding van zorgprofessionals. Men moet ergens beginnen met scholing, en dan liever in het hier en nu, in de praktijk, met een concrete casus voor ogen waarvan men veel effectiever leren kan dan in een oefensituatie.

Ten slotte: wat als een knieval gelabeld wordt, kan ook gezien worden als een tegemoetkoming aan het medische model. Het bouwen van bruggen en het spreken van andere talen is noodzakelijk om andere mensen en culturen te bereiken. Dit is niet alleen een communicatieve grondwet waarvan missionarissen en zendelingen uit andere eeuwen zich maar al te goed bewust waren, het betekent ook dat men zelf zich verder ontwikkelt, omdat er nieuwe inzichten aangereikt worden. En de geestelijke verzorging kan veel leren van de medische wereld, als is het maar snel en effectief werken of zich bondig uitdrukken.

Naaste de weerlegging van de drie argumenten heeft het proces van de richtlijn spirituele zorg nog andere argumenten opgeleverd die de vruchtbaarheid van de spiritual care benadering illustreren. Zo kwam er voor het eerst een door vele beroepsgroepen breed gedragen consensustekst over spirituele zorg beschikbaar, waardoor mensen die zich niets bij deze dimensie konden voorstellen nu ermee kennis konden maken in een taal die op hen afgestemd was. Maar tevens kwam een proces van bewustwording op gang op het moment dat de richtlijn op vele symposia in ziekenhuizen, verpleeghuizen en regionale netwerken geïntroduceerd werd. Dit proces duurt nog steeds voort, en de afgelopen jaren hebben we gezien dat verschillende beroepsverenigingen langzaam de waarde van deze dimensie zijn gaan inzien. Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe versie van de richtlijn die met meer wetenschappelijk onderzoek onderbouwd is, in samenspraak met door beroepsverenigingen afgevaardigde en gemandateerde deelnemers.

Wat betekent dit alles voor de geestelijk verzorgers? In de eerste plaats heeft de richtlijn bewerkt dat geestelijke verzorging op een nieuwe manier werd waargenomen: namelijk als een specialisme dat behulpzaam kan zijn bij de ondersteuning van een gemeenschappelijke taak, in plaats van een relict uit een verzuilde tijd dat als een van grootmoeder geërfde stoel niet goed past in een IKEA-inrichting. Naast meer draagvlak heeft het echter ook opgeleverd dat spirituele zorg beter in de zorg verankerd kan worden, en daarmee ook de plaats en positie van de geestelijk verzorger sterker worden. Richtlijnen sluiten aan op de wijze waarop zorg georganiseerd is (binnen kwaliteitskaders), daarmee wordt ruimte geschapen op een wijze die voor meer samenhang en stevigheid zorgt (Leget e.a. 2010).

Pleidooi voor spiritual care

Het omdenken van geestelijke verzorging als eigenstandige discipline die aansluiting zoekt bij de gezondheidszorg, naar spiritual care als gezamenlijke opgave voor alle disciplines waarbinnen geestelijke verzorging een bijzondere plaats inneemt, is een onderneming die minstens op vier manieren voordeel brengt. In de eerste plaats wordt hiermee een grote vooruitgang geboekt voor zorgontvangers. Er is veel onderzoek waaruit blijkt dat het voor patiënten belangrijk is dat zorgverleners hen als uniek persoon zien en geïnteresseerd zijn in wat de ziekte of aandoening met hen als mens doet. De vanzelfsprekendheid van spiritual care als onderdeel van reguliere zorg kan deze dimensie enorm versterken omdat daarmee de vraag naar betekenis automatisch aan bod komt (Leget 2013b).

In de tweede plaats is de integratie van spiritual care een voordeel voor zorgverleners. Aandacht voor wat zorgverleners meemaken en ruimte om hierover met elkaar van gedachten te wisselen is schaars in de zorg en moet steeds weer opnieuw bevochten worden. Waar spiritual care geïntroduceerd wordt, moet geïnvesteerd worden in de wijze waarop zorgverleners omgaan met hun eigen innerlijk. Zonder dat ontbreekt de basis om te verstaan wat er voor anderen op het spel staat. Daarmee krijgen zorgverleners automatisch aandacht voor hun eigen motivatie en iets in handen om hun eigen innerlijke ruimte op orde te houden. Dat kan overbelasting en burn-out voorkomen.

In de derde plaats is het bevorderen van de dimensie van zingeving in de zorg een gewin voor alle betrokkenen. Zoals het onderzoek van Nico van der Leer laat zien, kan aandacht voor de zingevingdimensie in de zorg leiden tot een verdieping in de zorgrelatie en een verrijking voor beide partijen

(Van der Leer 2016). Ook mijn eigen onderzoek bij kaderartsen palliatieve zorg laat zien dat de zorgrelatie verdiept wordt in de ervaring van zorgverleners (Leget e.a. 2013a).

Ten slotte, vormt de introductie van spiritual care als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg een investering in de legitimering van zorg op zichzelf, en daarmee van het samenleven als politiek-ethische uitdaging. Wie de gezondheidszorg met een neoliberale bril bekijkt, kan niet anders dan concluderen dat het een problematische onderneming is waarin veel geld gepompt wordt in weinig rendabele medeburgers. Er is een ander type kijken nodig om de legitimering van deze sector overeind te houden (Brugère 2014). De ervaring van zinvolheid die door spiritual care als gezamenlijk werken aan zingeving en spiritualiteit binnen zorgpraktijken gevoed wordt, biedt een legitimering van zorg vanuit intrinsieke goederen. Daarmee wordt tegendruk gegeven tegen dominantie-tendensen in onze samenleving waardoor zingeving als privé aangelegenheid gezien wordt, professionaliteit van deze dimensie beroofd wordt omdat betekenisgeving tot haar functionele dimensie gereduceerd wordt, en de economische blik wegfilt wat niet als levensvatbaar of winstgevend gezien wordt (Leget 2013b).

Ten slotte: nog nadelen?

Wanneer we de voordelen van spiritual care als toekomst van de geestelijke verzorging op een rij zetten, komen we tot een lijstje met enkele zeer duidelijke voordelen: 1) Het bevordert de professionalisering van de geestelijke verzorging door radicaal opnieuw na te denken over de eigen legitimering en fundering van het vak; 2) het laat de geestelijke verzorging profiteren van de vruchtbare inzichten en werkwijzen uit andere disciplines; 3) het maakt het mogelijk interdisciplinair te bouwen aan een gemeenschappelijk antropologisch fundament van zorg waarin men elkaars taalveld leert verstaan; 4) het zorgt voor een betere integratie op de werkvloer in multi/interdisciplinaire zorgbenaderingen; en 5) het brengt geestelijke verzorging in een strategisch betere positie waardoor zij meer zichtbaar wordt in de politieke werkelijkheid.

Zijn er dan werkelijk geen nadelen te benoemen? Men zou bijvoorbeeld kunnen argumenteren dat een dergelijke strategie nivellerend gaat werken, en op den duur ervoor zorgt dat de geestelijk verzorger zozeer opgenomen wordt in de gezondheidszorg dat de levensbeschouwelijke en/of religieuze kennis en verworteling verloren gaat. Men kan zich echter afvragen of dit proces niet

al volop aan de gang is en niet een van de oorzaken is van de dubbele crisis waarmee we begonnen zijn. Culturele veranderingen zijn niet eenvoudig bij te sturen. Ze worden gestuurd door een veelheid van oorzaken die voor golven zorgen waarop men hoogstens kan proberen goed mee te surfen.

Een tweede bezwaar zou kunnen zijn dat men zich met deze koers uitlevert aan de medici en daarmee het beroep op den duur zal verdwijnen. Hier zou men tegenin kunnen brengen dat de macht van de medici al lang gegeven is. Het gesprek en de nauwe samenwerking met medici weigeren maakt de positie niet sterker. Interdisciplinair samenwerken is iets anders dan zich uitleveren aan de ene of andere partij. Het lukt alleen als beide partijen bereid zijn zich kritisch te laten bevragen op de eigen vooronderstellingen. Bovendien betekent de spiritual care benadering niet dat geestelijke verzorging als specialisme niet meer nodig is. De geestelijk verzorger is nog steeds nodig als ambassadeur, stimulator, opvoeder en organisator van een dimensie die als gezamenlijke opdracht gezien wordt (Leget e.a. 2010). Daarvoor is soms geduld nodig, want begrippen die in de ene discipline tot de basisuitrusting horen – zoals bijvoorbeeld het begrip transcendentie – zijn voor professionals uit andere disciplines volstrekt onbekend. Hiermee verandert de vorm van het beroep geestelijk verzorger wellicht, maar inhoudelijk blijft nog steeds op het spel staan wat sinds 2500 jaar in onze cultuur rond zingeving en spiritualiteit centraal staat. Samengevat: wanneer geestelijke verzorging binnen spiritual care ingebed wordt, profiteert het van reeds aanwezige krachten, en wordt sterker qua inhoud en positie.

We hebben in deze bijdrage nagedacht over de toekomst van geestelijke verzorging binnen het brede kader van de gezondheidszorg als maatschappelijke sector. Hoe de inzichten uit deze bijdrage in andere sectoren vruchtbaar zouden kunnen werken laat ik hier buiten beschouwing. Die oefening zou vanuit die sectoren zelf gemaakt moeten worden vanuit de kansen en uitdagingen die zich daar indienen.

Literatuur

Bernts, A.P.J. & J. Berghuijs (2016),

God in Nederland 1966-2015, Utrecht: Ten Have.

Brugère F. (2014),

Care and its political effects, in: Olthuis, G., H. Kohlen & J. Heier, *Moral Boundaries Redrawn. The Significance of Joan Tronto's Argument for Political Theory, Professional Ethics, and Care as Practice*, Leuven: Peeters.

- Cobb, M., C. M. Puchalski & B. Rumbold (eds.) (2012),
Oxford textbook of spirituality in healthcare, Oxford: Oxford University Press.
- Geer, J. van de & C. Leget (2012),
 How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme, in: *Progress in Palliative Care*, 20, 98-105.
- Graeff, A. de, G.M. Hesselman, R.J.A. Krol, M.B. Kuyper, E.H. Verhagen & E.J. Vollaard (2006),
Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de Praktijk, Utrecht: VIKC.
- Huber, M., J. A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A. R. Jadad, D. Kromhout & P. Schnabel (2011),
 How should we define health?, in: *British Medical Journal*, 343.
- Leget, C. e.a. (2010).
 Richtlijn spirituele zorg, in: Graeff, A. de, J.M.P. van Bommel, R.H.P. van Deijck et al. (red.), *Richtlijnen voor de praktijk*, Utrecht, IKC Publicatie, 637-662.
- Leget, C., M. van Daelen & S. Swart (2013a),
 Spirituele zorg in de kaderopleiding palliatieve zorg, in: *Tijdschrift voor Ouderen-geneeskunde*, 3, 146-149.
- Leget, C. (2013b),
Zorg om betekenis. Over zorgethiek en spirituele zorg, in het bijzonder in relatie tot de palliatieve zorg, Amsterdam: SWP.
- Leer, N. van der, (2016),
 De geestelijk verzorger als onderzoeker, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 4, 42-47.
- Nolan, S., Ph. Saltmarsh & C. Leget (2011),
 Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force, in: *European Journal of Palliative Care*, 18, 86-89.
- Puchalski, C.M. (2002),
 Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring, in: *Journal of Palliative Medicine*, 5 (2), 289-294.
- Puchalski, C. et al. (2009),
 Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference, in: *Journal of Palliative Medicine*, 12, 885-904.
- Puchalski C. et al. (2014),
 Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus, in: *Journal of Palliative Medicine*, 17, 642-656.