

Geestelijke verzorging als casus van de ontkerkelijking

Hans Schilderman*

Summary

This contribution offers an exploration of spiritual care as a professional discipline that profited itself during the eighties of last century in the Netherlands as a typical provision that deals with vital questions, issues of meaning and existential problems of patients and clients from the perspective of their religion or philosophy of life. In settings of defence, justice and healthcare, provisions for spiritual care are increasingly confronted with the consequences of declining church attendance and secularization, which this contribution aims to clarify by analysing some problems of legitimation, professionalization and public policymaking. The double bind in spiritual care which requires commitments to the requirements of church and care illustrates an ongoing struggle to offer the best care possible while dealing with the opportunities and threats emerging from the rapidly changing landscapes of both religion and care in Dutch society. A final paragraph offers some suggestions for repertoire development in spiritual care.

Probleemstelling

Godsdienst en levensovertuiging hebben in het Nederlandse zorgbestel een lange traditie waarin religie en kerk van normatief belang bleken voor de vormgeving van de zorg. Ook nu nog wordt dit belang van religie in de zorg, zij het mondjesmaat publiekelijk onderkend. De geestelijke verzorging vertegenwoordigt een beroepsdomein in de zorg waarin dit belang ook in ambtelijke en professionele zin wordt behartigd. De secularisatie en toegenomen ontkerkelijking stellen de geestelijke verzorging echter in toenemende mate voor ingrijpende problemen, hetgeen vragen doet stellen bij een duurzame aanwezigheid van religie in het domein van de zorg. Dergelijke vragen staan in deze bijdrage centraal. Door deze vragen over geestelijke verzorging in beeld te brengen wordt exemplarisch duidelijk hoe religie zich terugtrekt uit het publieke domein van de Nederlandse samenleving en ook institutioneel

* J.B.A.M. (Hans) Schilderman is hoogleraar met als leeropdracht Religie en zorg aan de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

steeds meer aan het oog onttrokken wordt. Duidelijk wordt daarbij ook hoe complex de problematiek is. Verschillende problemen haken in elkaar en onttrekken zich aan de mogelijkheden van individuele geestelijk verzorgers of van de beroepsgroep om invloed uit te oefenen op de veranderingen die zich in het 'culturele wolkendek' voordoen, of op de institutionele mechanismen waarlangs deze veranderingen een maatschappelijke en praktische impact krijgen. Ook al wordt de geestelijke verzorging in het voortbestaan door dergelijke ontwikkelingen bedreigd, de geestelijk verzorgers zelf gedragen zich daarin bepaald niet als slachtoffer maar ze pogen in proactief handelen en beleid de zorg een dimensie te geven die met secularisering en ontkerkelijking juist in toenemende mate dreigt te verdwijnen. De zorg kent spirituele, rituele en morele dimensies die in de geestelijke verzorging dapper, professioneel en innovatief worden vertegenwoordigd. Daarin wordt dat deel van het collectieve geheugen van de zorg aangesproken dat bij een aftocht van religie uit het publieke domein dreigt te dementeren.

De geestelijke verzorging kent een bescheiden omvang en wordt in culturele zin doorgaans confessioneel opgevat en in institutionele zin naar kerkgenootschap ingericht. Bij defensie en justitie zijn geestelijk verzorgers aangesteld – circa 150 in de krijgsmacht en 250 bij justitie – waarbij het zendend achtergrondgenootschap de ratio biedt voor de verdeelsleutel van aanstelling. In de zorg werken beduidend meer geestelijk verzorgers – circa 1000 – en ook hier geldt binding met een achtergrondgenootschap als norm van aanstelling. Er zijn zorginstellingen die slechts ambtsdragers (priesters, dominees, imams, pandits, humanistische raadmensen) aanstellen, maar er bestaat eveneens een praktijk waarbij algemeen geestelijk verzorgers zonder band met een achtergrondgenootschap worden benoemd. Het beroep kent dus een confessionele segmentering naar achtergrondgenootschap die historisch weliswaar plausibel is maar die in de zorg ook steeds meer vragen oproept. Enerzijds is dat zo vanwege voortschrijdende secularisering en toenemende ontkerkelijking die immers ook de cliënten in de zorg en hun zorgverleners betreffen. Anderzijds leiden de ingrijpende veranderingen in de zorg zelf tot vragen in hoeverre de geestelijke verzorging bijdraagt tot de kerndoelen van het zorgbeleid. Is geestelijke verzorging een duurzame vorm van kerkelijke dienstverlening, is ze een van de laatste relictten van de verzuilde tijd, of wellicht toch een voorziening die aanpasbaar blijkt aan haar snel veranderende omgeving? Bij een antwoord op dergelijke vragen moet onderkend worden dat de huidige generatie geestelijk verzorgers ook een cohort vertegenwoordigt, dat grootgebracht met specifieke bekwaamheden, waarden en idealen en op zekere leeftijd gekomen, zichzelf in een periode aantreft met grote

veranderingen in zowel religie als zorg. Welke mogelijkheden bieden de veranderingen in religie en zorg? Kan een nieuwe generatie die mogelijkheden zomaar benutten of zijn veranderingen noodzakelijk in de inhoud en vormgeving van het geestelijk zorgpakket?

Op grond van deze vragen presenteren we de geestelijke verzorging in deze bijdrage als casus van de ontkerkelijking. Na een korte historische en maatschappelijke situering van de geestelijke verzorging schets ik drie problemen waarmee deze beroepsgroep op dit moment kampt, namelijk zich te legitimeren, het beroepsdomein goed af te bakenen, en daarbij goed te integreren in het geheel van de zorg. In een slotparagraaf voorzie ik deze problemen van enkele suggesties voor een repertoireontwikkeling waarin de geestelijke verzorging een meer duurzame legitimatie voor haar beroepsdomein kan verwerven die aangepast is aan ontwikkelingen in de zorg.

Geestelijke verzorging

Elke discipline kent een object van studie dat volgens theoretische en methodische uitgangspunten door een academisch opgeleide beroepsgroep met eigen procedures en onderzoeksmethoden tot uitgangspunt genomen wordt in het kader van maatschappelijk ingebedde dienstverlening. Geestelijke verzorging is de discipline met als kenobject de betekenis die religieuze, levensbeschouwelijke en morele teksten, overtuigingen en praktijken hebben voor levensthema's, existentiële problemen en zingeving. Feitelijk gaat het daarbij steeds om publiek aangeboden, betaalde en verantwoorde zorg die in het kader van het beroep 'geestelijke verzorger' aangeboden wordt aan de clientèle van de gezondheidszorg of van de overheid (defensie, justitie). Het gegeven dat deze zorg – in onderscheid tot allerlei varianten van 'pastorale zorg' – buiten de muren van de achtergrondgenootschappen in het publieke domein aangeboden wordt is slechts mogelijk door voorzieningen waarin de overheid dit op enigerlei wijze faciliteert op grond van haar constitutionele taak om godsdienst en levensovertuiging te borgen met in achtneming van de grenzen van kerk en staat. Het beroepsdomein van de geestelijke verzorging vertegenwoordigt een van de weinige functionele samenwerkingsverbanden tussen kerk en overheid waar 'religieus kapitaal' buiten de kerkmuren in het publieke domein geïnvesteerd wordt. Terwijl het domein van de zorg tot in de recente geschiedenis een evidente religieuze signatuur kende, is die door ontvlechting van de formele banden tussen kerk en staat in onze moderne instituties goeddeels verloren gegaan. De rol die de overheid inneemt bij de behartiging

van geestelijke verzorging is complex en steeds aan veranderingen onderhevig. De banden tussen kerk en staat zijn in de geschiedenis zowel in juridisch als in financieel opzicht steeds voorwerp van discussie geweest. Vanaf de regelingen van de 'Unie van Utrecht' (1579) tot op de dag van vandaag kenmerkt die discussie zich enerzijds door overheidsbehartiging van het recht op vrijheid van godsdienst en anderzijds door een voortgaand ontvlechting-beleid van de traditionele banden tussen kerk en staat. Overheidsfinanciering van kerken en levensbeschouwelijke genootschappen – waarvan het beginsel lange tijd vervat lag in de zgn. 'zilveren koorden' – werd in 1981 afgeschaft met een beduidende afkoopsom door de Staat aan de kerken en achtergrondgenootschappen. Voor personen die in aan de overheid gelieerde instellingen verblijven bleven de banden tussen overheid en kerken echter bestaan in de behartiging door deze kerken en achtergrondgenootschappen van de zorg in verband met godsdienst en levensovertuiging. Tot in de jaren tachtig van de vorige eeuw werd daarbij door vele politieke partijen het standpunt gehuldigd dat geestelijke verzorging geen overheidstaak was en dat de verantwoordelijkheid voor zorgfinanciering bij kerken en achtergrondgenootschappen gelegd diende te worden. Het basisargument betrof doorgaans de scheiding van kerk en staat die zich niet verdraagt – zo luidde de bevinding – met overheidsbemoeyenis inzake geestelijke verzorging.

In dat politieke bewustzijn kwam verandering door het 'Rapport Hirsch-Ballin' (1988) dat een advies bevatte over de criteria van overheidssteun aan kerken en andere genootschappen op geestelijke grondslag. Het rapport achtte de scheiding van kerk en staat niet strijdig met overheidsbemoeyenis inzake geestelijke verzorging. Daartoe voerden de auteurs, mede op grond van een internationale vergelijking, argumenten aan rond een overheidsplicht bij grondrechten, in het bijzonder de bescherming van godsdienstvrijheid; de sociale en morele betekenis van godsdienst en levensovertuiging voor het algemeen belang; en condities en doelen van het minderhedenbeleid. Het advies stelde dat overheidssteun geïndiceerd is steeds daar waar een beroep op beschikbaarheid op die geestelijke verzorging onlosmakelijk verbonden is met overheidstaken. Enerzijds geldt dat die categoriale zorgvormen waarbij een directe overheidsverantwoordelijkheid in het geding is, zoals binnen de krijgsmacht, penitentiaire inrichtingen, en in instellingen van maatschappelijke zorg. Anderzijds geldt dat waar overheidsverantwoordelijkheid indirect – in regulerende zin – aan de orde is, namelijk telkens daar waar een verzekerd basispakket van zorg gewaarborgd moet worden, zoals het geval is in ziekenhuizen, psychiatrische klinieken, verzorgingsoorden waaronder de

hedendaagse verpleeg- en verzorgingshuizen. In het rapport wordt geestelijke verzorging dus als een integraal aspect van de zorg opgevat waarvoor de overheid financiële garanties dient te bieden. Zij het rechtstreeks door bescherming van formatieplaatsen geestelijke verzorging in instellingen waarvoor de overheid rechtstreeks verantwoordelijkheid draagt; zij het indirect door waarborging van geestelijke verzorging binnen het basispakket van het individuele en collectieve verzekeringsstelsel. Het rapport Hirsch-Ballin leidde indertijd weliswaar tot een uitvoerig en instemmend kabinetsstandpunt maar het rapport behield in feite haar adviesstatus. Tot een beoogde 'Wet op de Geestelijke Verzorging' die op dit punt een integrale regelgeving voor defensie, justitie en gezondheidszorg zou moeten bieden kwam het niet. In 1997 sneuvelde het wetsvoorstel (1996: Nr. 208/23720) in de Eerste Kamer, vooral op grond van het argument dat andere wetgeving al voorzag in de bedoelde regelingen (1997: HAN6514A05).

Het vigerende kader voor geestelijke verzorging dient dus allereerst begrepen te worden tegen de achtergrond van verschillende regelingen in het kader van overheidswetgeving. Die wetgeving regelt doorgaans de aanstelling van geestelijk verzorgers door de achtergrondgenootschappen, de onderbrenging en de financiering van geestelijk verzorgers door de overheid of door verzekeraars. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen rechtstreekse overheidsfinanciering, zoals binnen de krijgsmacht (Ministerie van Defensie), de penitentiaire inrichtingen (Ministerie van Veiligheid en Justitie) en de jeugdzorg (o.a. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) enerzijds, en bekostiging in het kader van de individuele en collectieve verzekeringsvoorzieningen voor ziektekostenrisico's anderzijds. Wat de zorg betreft is er geen sprake van rechtstreekse overheidsbemoediging maar slechts van regelgeving en toezicht die de kwaliteit van zorg beoogt te borgen. De wetgeving over kwalificaties in het Nederlandse zorgbestel ligt vervat in twee wettelijke voorzieningen, namelijk de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG, november 1993) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (april 1996). Geestelijke verzorging geldt niet als individueel beroep in de gezondheidszorg, waardoor kwalificaties van geestelijke verzorging wettelijk niet in relatie tot persoonsgericht geneeskundig handelen worden omschreven, maar op instellingsniveau worden geformuleerd en behartigd, en wel in relatie tot uiteenlopende aspecten van kwaliteitsbeleid. Daardoor is slechts de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing die geestelijke verzorging bindt (en dus ook bekostigt) op grond van het verblijf in een zorginstelling, ongeacht de vraag of het hier ziekenhuizen, verpleeghuizen of andere zorginstellingen

zoals in de Kwaliteitswet bedoeld, betreft. In deze wet wordt geestelijke verzorging kort, maar expliciet genoemd in het kader van verantwoorde zorg.¹ De Memorie van Toelichting stelt dat de zorginstellingen samen met de zende instanties de geestelijke verzorging moeten waarborgen als onderdeel van de kwaliteit van zorg. Dit uitgangspunt wordt doorgaans ondersteund met de norm dat geestelijke verzorging beschikbaar en toegankelijk moet zijn voor categorieën mensen die niet of althans niet optimaal door de eigen kerk of het eigen genootschap kunnen worden bereikt. Deze norm wordt op haar beurt weer gelegitimeerd conform artikel 6 van de grondwet, waar de vrijheid van godsdienst en levensbeschouwing omschreven wordt. De geestelijke verzorging is zo in de gezondheidszorg weliswaar gegarandeerd maar indirect wel afhankelijk van de veranderingen in vooral de collectieve verzekeringen. Zo wordt de AWBZ – behalve voor de zwaarste langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten – vanaf 2015 afgebouwd en ondergebracht in de zorgverzekering en bij de lokale gemeenten (WMO). Een van de consequenties is dat de zorg in toenemende mate extramuraliseert en verschuift naar de thuissituatie. Het gegeven dat geestelijke verzorging slechts in de Kwaliteitswet behartigd wordt, bindt haar juridische basis aan instellingen die wat hun intramurale zorgaanbod betreft moeten inkrimpen. Anderzijds zijn er vooralsnog nauwelijks juridische voorzieningen die bekostiging van geestelijke verzorging bij extramurale zorg mogelijk maken.²

Op grond van het voorafgaande kunnen we dus vaststellen dat de regelgeving over geestelijke verzorging met de ontzuiling weliswaar noodzakelijk werd, maar dat de verzuilde gedachte als cultureel kenmerk (de confessie) en als organisatiebeginsel (de band met het achtergrondgenootschap) behouden bleef met een constitutioneel argument: de vrijheid van godsdienst waarvoor de overheid borgt zolang ze zich niet in kerkelijke verantwoordelijkheden begeeft. Tegelijkertijd zijn de ontwikkelingen in de zorg doorgegaan, hetgeen van geestelijk verzorgers een voortdurende herpositionering vergt die in uiteenlopende problemen tot uitdrukking komt.

Legitimatieproblematiek

De alomtegenwoordigheid van religies en kerken in de zorg die gedurende de verzuilde tijd een eeuw lang onomstreden was, is vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw op losse schroeven komen staan. De ontzuiling was broodnodig om de dure verdubbelingen van allerlei institutionele voorzieningen te voorkomen, om de lokale schaal van de voorzieningen om te vormen tot meer

efficiënte alternatieven, en om de zorg zelf te emanciperen en te professionaliseren. Nu, een halve eeuw verder, komt religie soms nog in de naamgeving van zorginstellingen en in hun identiteitsbeleid tot uitdrukking, maar feitelijk is de geestelijke verzorging een van de weinige structurele voorzieningen waarin religies in de zorg nog vertegenwoordigd zijn.

De zojuist geschetste regelgeving bindt de geestelijke verzorging nog aan de achtergrondgenootschappen, maar de praktijk is dat in veel zorginstellingen de band met het achtergrondgenootschap niet langer een exclusieve voorwaarde vormt om geestelijk verzorgers aan te stellen. Voor deze praktijk zijn verschillende motieven aan te voeren. Zo is de ontkerkelijking in Nederland sterk toegenomen en is het subjectieve belang van geloof en levensovertuiging in kracht afgenomen. Het aantal buitenkerkelijken nam drastisch toe – van 25% in 1958 tot 64% in 2004 – al gold dat voor de teruglopende openheid voor transcendentie niet in gelijke mate (Becker & De Hart 2006; Bernts et al. 2007). Een groot aantal mensen in Nederland ervaart geen kerkelijke betrokkenheid meer maar definieert zich niettemin als religieus; volgens een empirische schatting kan 29% van de Nederlanders als solitair-religieus beschouwd worden tegenover 34% als kerkelijk-religieus (Reitsma et al. 2012; Schilderman 2013). Ofschoon orthodoxie nog evident aanwezig is, verschuift voor grote aantallen mensen de beleving van geloof en levensovertuiging. Noties van religie veranderen, worden in de ervaring individueler, emotioneler, en meer aan gebeurtenissen gebonden. Tegelijkertijd komen spirituele vorm en religieuze inhoud steeds losser van elkaar te staan (De Hart 2011).

Dergelijke ontwikkelingen van verminderde kerkelijke betrokkenheid worden weerspiegeld in de aantallen studenten aan de kerkelijke ambtsopleidingen. Theologische faculteiten raken gesloten of worden tegen de studenten-aantallen in met veel daadkracht in de lucht gehouden. Daarnaast kennen faculteiten religiestudies relatief grotere aantallen studenten van wie velen ook geïnteresseerd blijken in een loopbaan als geestelijke verzorger. Voor theologen staat de mogelijkheid tot de voor geestelijk verzorgers vereiste ambtsopleiding open; voor religiewetenschappers echter niet. Niettemin blijken zowel theologisch als religiewetenschappelijk opgeleide geestelijk verzorgers vaak benoembaar in veel zorginstellingen. Dat is niet vreemd. De ambtsopleidingen zijn niet langer in staat om zelfstandig aan de vervangingsvraag van geestelijke verzorgers te voldoen, en het veld is daarmee mede aangewezen op niet-theologen. Vervolgens hebben de zorginstellingen zelf ook te maken met nieuwe generaties cliënten en patiënten waarbij de onkerkelijken onder hen kunnen kiezen voor de dienstverlening van kerkelijk ongebonden geestelijke verzorgers. Daarbij moet opgemerkt worden dat het onderscheid tussen

gebonden en ongebonden geestelijk verzorgers in de zorgpraktijk vaak diffuus blijkt. Enerzijds is de feitelijke band met een achtergrondgenootschap zowel structureel als inhoudelijk vaak weinig ingevuld; iets dat vanwege de ontbrekende expertise en middelen bij die genootschappen ook voor de hand ligt. Anderzijds is de gegroeide geestelijke zorgpraktijk er een van interne arbeidsverdeling volgens afdeling en niet naar denominatie, terwijl de rituele zorg in toenemende mate oecumenisch van opzet is, een min of meer seculier ad-hoc karakter kent of soms ook simpelweg ontbreekt. Onderkend moet dus worden dat geestelijke verzorging buiten de kerkmuren en pastorale zorg daarbinnen nu eenmaal verschillende professionele domeinen vertegenwoordigen.

Hoe voor de hand liggend dergelijke observaties en ontwikkelingen ook zijn, ze vertegenwoordigen wel een legitimatieprobleem. Immers de bestaansgrond van de geestelijke verzorging berust niet allereerst op klinische noodzaak of cliëntbehoeften, maar ligt vervat in het beginsel dat de overheid godsdienstvrijheid borgt waar achtergrondgenootschappen niet in staat zijn om hun leden onmiddellijk en praktisch te bereiken. Het empirisch verdwijnen van de band met een achtergrondgenootschap tast dus in die zin de normatieve grondslag van geestelijke verzorging aan. Het is dan ook niet vreemd dat dergelijke ontwikkelingen kritisch gevolgd worden door achtergrondgenootschappen, die de toegenomen pluraliteit juist als motief opvatten om het eigen religieuze profiel te versterken.³ Ook binnen de grootste beroepsvereniging van geestelijk verzorgers, de VGVZ, wordt een uitvoerige ambtsdiscussie gevoerd, die betrekking heeft op de erkenning van niet-ambtsdragers als volwaardig lid. Twee commissies van de beroepsvereniging spraken zich uit voor het belang van het ambt maar eveneens voor toelating van niet-gebonden ambtsdragers onder verdiscontering van een toets op levensbeschouwelijke competentie met een daarmee verbonden eed (VGVZ 2010). Pas zeer recent werd door diverse betrokken beleidsinstanties een kader ontworpen waarin algemeen ('ongebonden') geestelijke verzorgers op hun 'levensbeschouwelijke competentie' zullen worden getoetst door een 'Raad voor Onafhankelijke Spiritualiteit' waarmee hun bevoegdheid als geestelijk verzorger wordt geborgd.⁴

Het legitimatieprobleem in de geestelijk verzorging blijkt dus in de feitelijke praktijk dat geestelijk verzorgers hun cliënten niet op religieuze achtergrond selecteren en bedienen, hetgeen begrepen kan worden vanuit het perspectief van het wegvallen van de band met het achtergrondgenootschap bij patiënten en cliënten. De emancipatie van burgers uit conventionele gezagsstructuren en hun toegenomen autonomie heeft geen halt gehouden bij de kerkdeur van gevestigde religies. Volkskerkelijke modellen van geestelijke verzorging

die tijdens de verzuiling nog vanzelfsprekend waren sluiten niet goed aan op verwachtingen, behoeften en vragen van nieuwe generaties patiënten en cliënten. Daarbij kan aangetekend worden dat op grond van het veranderde culturele profiel van de burger in voorkomende gevallen de vrijheid van godsdienst eerder conform de letter zal worden verstaan als een individueel recht op religieuze zelfontplooiing. Een dergelijke meer autonome interpretatie van dit grondrecht sluit betrokkenheid op gemeenschap en traditie bepaald niet uit, maar legt een geheel andere klemtoon, namelijk juist op de vrijheid ten opzichte van de achtergrondgenootschappen om de eigen spiritualiteit zelf gestalte te geven, waardoor een identificatie met conventioneel pastoraal zorgaanbod niet langer evident is. Dat hoeft de constitutionele borging van geestelijke verzorging niet te ondergraven, maar vergt wel een andere interpretatie waarbij de overheid zich minder tot de achtergrondgenootschappen richt en meer tot de burger. De vrijheid – zo luidt het adagium en overigens ook de wet – om zich geestelijk te laten verzorgen behoort de individuele burger toe, en dat heeft de overheid te beschermen.

Het hierboven geschetste legitimatieprobleem heeft dus betrekking op het handhaven van de verzuilde identiteit en kerkelijke binding van geestelijk verzorgers terwijl deze voor de zorgvoorzieningen, haar bestuur, staf en cliëntèle steeds minder beslissend is. Daarmee staat de positie en het werkveld van de geestelijke verzorging op losse schroeven, en heeft ze haar domein in de zorg te herdefiniëren in termen die beter aansluiten op de veranderde omstandigheden.

Domeinproblematiek

De domeinproblematiek heeft betrekking op de professionele identiteitsvraag van de geestelijke verzorging. Wat hebben geestelijk verzorgers in de zorg te bieden, en hoe onderscheiden ze zich daarin valide van aanpalende beroepsgroepen en vakdisciplines?

Een eerste opmerking die bij deze vraag naar het kennisdomein gemaakt moet worden heeft betrekking op de veranderingen die zich in wetenschap, opleiding en onderzoek voordoen. Zojuist werd al gewezen op de verandering in de focus van vakdiscipline van theologie naar religiewetenschap, hetgeen een accentverschuiving impliceert van specialisatie naar comparativiteit in theorievorming, van denominatie naar religie als haar materieel object, van prescriptieve naar descriptieve oriëntatie, van binnen-perspectief naar

buitenperspectief.⁵ Behalve deze wetenschappelijke verschuiving in vakdiscipline zijn hier vooral de praktische consequenties voor de toeleiding van geestelijk verzorgers naar het beroepenveld van belang. De expertise van religiewetenschappers heeft een interdisciplinair en vergelijkend karakter. De gangbare veronderstelling dat theologen een denominatie-specifieke – lees christelijke – socialisatie hebben doorlopen gaat voor de eerstgenoemden niet op. Bovendien is het hele onderwijssysteem met de Bachelor-Masterstructuur ingrijpend veranderd, en voor religiewetenschappers in vergelijking met theologen beduidend ingekort. De professionele vooropleiding is beperkt terwijl een structurele vorm van post-initiële scholing zoals die in academische zorgdisciplines gebruikelijk is, voor geestelijk verzorgers ontbreekt. Terwijl de huidige generatie geestelijk verzorgers nog een brede theologische en pastorale scholing genoten heeft, doorgaans rustend op een christelijke socialisatie, kent de aantredende generatie een andere en open beginsituatie met doorgaans divergerende verwachtingen over de beroepsrol.

Het professionele domein van geestelijke verzorging veronderstelt dus feitelijk een steeds meer religiewetenschappelijke invulling. Dat betekent dat veel gehanteerde begrippen in de geestelijke verzorging zoals spiritualiteit, zingeving, levensoriëntatie, levenskunst, presentie en vrijplaats van vak-eigen wetenschappelijke kennis, inzichten en methoden moeten worden voorzien. Terwijl vorige generaties pastores en geestelijk verzorgers in de bejegening nog konden bogen op pastorale routines en kerkelijke conventies, is het voor het gezag van huidige generaties geestelijk verzorgers steeds belangrijker dat cliënten en patiënten op maat van hun eigen biografie professionele hulp en steun ervaren bij zingevingsvragen en persoonlijke levensproblemen. Nu het initiatief in de zorg meer bij de zorgvragers komt te liggen zullen zij dergelijke diensten ook steeds meer rationeel afwegen, zoals op resultaat, nut en prijs. Binnen het zorgverband waarin geestelijk verzorgers werkzaam zijn, worden daarbij door bestuurders en management vergelijkbare afwegingen gemaakt, en wordt ook geestelijke dienstverlening beoordeeld op zakelijke criteria als effecten en kosten, dan wel op klinische einddoelen als preventie, gezondheid of kwaliteit van leven. Telkens is daarbij ook een professioneel concurrentiemotief in het geding: kan de geestelijke verzorging niet beter door mantelzorgers of goedkoper door niet-academisch geschoolde zorgverleners worden verricht? Met andere woorden, de vraag rijst hoe kennisintensief de geestelijke verzorging eigenlijk is of zou moeten zijn en welke kwalificatieniveaus nagestreefd moeten worden nu niet het traditionele maar het professionele gezag steeds meer maatgevend wordt voor het domein van geestelijke verzorging.

Een weinig onderkend belang daarbij is dat een religiewetenschappelijke invulling van de geestelijke verzorging voor godsdienst en levensovertuiging ook noodzakelijk is om het kennisdomein af te schermen van andere vakdisciplines. In het bijzonder de psychologie profileert zich steeds meer op levens-thema's, existentiële problemen en zingeving, en het doet dat natuurlijk zoals het hoort met het gangbare arsenaal van gedragswetenschappelijke begrips- en theorievorming, diagnostiek, instrumentontwikkeling, therapeutische interventieprogramma's, en effectstudies. Dat blijkt het afgelopen decennium uit tal van ontwikkelingen binnen de positieve psychologie, het empirisch onderzoek naar spiritualiteit en coping, de klinische psychologie, de palliatieve zorg en in therapeutische zorg voor uiteenlopende levensthema's. Dat levert evident waardevolle inzichten en instrumenten op die ook voor de ontwikkeling van de geestelijke verzorging van bijzonder interdisciplinair belang zijn. Echter, men hoeft zich geen illusies te maken over de toekomst van geestelijke verzorging indien tegenover dergelijke resultaten van gedragswetenschappelijke studies geen geesteswetenschappelijke inspanningen staan waarin de focus op inhouden, betekenissen en interpretaties van godsdienst en levensovertuiging behouden blijft. Met andere woorden, voor geestelijke verzorging geldt niet langer een bijzondere positie op de beroepsmarkt: het is eten of gegeten worden.

Het professionele domein van de geestelijke verzorging kent echter nog een ander probleem: wordt het door geestelijk verzorgers eigenlijk wel ingenomen? Deze vraag kan begrepen worden vanuit een aanwezige band met het achtergrondgenootschap, die voor geestelijk verzorgers een motief kan vormen om zich niet te integreren in de zorgorganisatie waarin zij werken. Men werkt in dat geval weliswaar in de zorg maar behoort uiteindelijk tot de kerk. Deze confessionele ambivalentie keert in professionele zin terug in de vaak gehuldigde notie van 'vrijplaats' die de beroepsgroep een autonome middenpositie lijkt te bieden tussen zorg en kerk in. Deze notie duidt het initiatiefrecht van de geestelijk verzorger aan om patiënten ongevraagd begeleiding aan te bieden en daarvoor private vertrouwenscondities te scheppen die geborgd worden door beroepsgeheim en verschoningsrecht. In een afgeslankte vorm gelden dergelijke initiatiefrechten en vertrouwensplichten in de meeste beroepsgroepen in de zorg en zijn ze op enigerlei wijze aan te treffen in de desbetreffende beroepstandaarden. Vaak blijkt de term 'vrijplaats' echter specifiek opgevat te worden, namelijk als een toegeschreven asielrecht voor patiënten en een daarmee corresponderende vertrouwenstaak om elkaar in de zorg in egalitaire of vriendschappelijke verhoudingen – van mens tot mens – te ontmoeten, hetgeen de geestelijk verzorger in beginsel vrijwaart

van diagnostische of behandelende taken en van interdisciplinair taakgericht zorgoverleg. Dit beroep op vrijplaats claimt zo weliswaar een beroepsautonomie van de geestelijk verzorger, maar het verhult zo het beroepsdomein van geestelijke verzorging ook. Onduidelijk blijft dan immers wat er in het zorgcontact feitelijk gebeurt en hoe dit aansluit bij het zorgbeleid van instellingen, de opgestelde zorgplannen en het welzijn van patiënten. Het gevaar is dat de geestelijk verzorger zich terugtrekt in het microcontact met de patiënt of cliënt zonder daarbij het meer generieke perspectief van de beroepsgroep als uitgangspunt of maatstaf te nemen. Men kan zich dus afvragen of een beroep op vrijplaats en egalitaire bejegening het domein van de geestelijk verzorger niet juist 'vogelvrij' verklaart, dat wil zeggen redelijk onzichtbaar en daarmee kansrijk voor marginalisering in de professionele zorg.

Daarmee wordt duidelijk dat de domeinproblematiek van de geestelijk verzorging samenhangt met tal van externe factoren die evenzeer als een gevolg van de ontkerkelijking kunnen worden opgevat. De professionele opleiding van geestelijk verzorgers is veranderd, en het aanvankelijk religieuze beroepsdomein dreigt ingenomen te worden door anders geëquipeerde disciplines die het aanpassen aan eigen conceptuele en methodische uitgangspunten.

Zorgproblematiek

De hierboven geschetste legitimatie- en domeinproblematiek kan men nog als relatief interne thema's omschrijven; ze zijn althans in beginsel in overleg met alle betrokkenen te hanteren en mogelijk op te lossen. Dat geldt in veel mindere mate voor de zorgproblematiek, waarmee de grote veranderingen aangeduid worden die zich in het zorgbestel voordoen en waarop de bij geestelijke verzorging betrokkenen maar zeer beperkte invloed kunnen uitoefenen. De zorgproblematiek kan beschreven worden in cultureel-maatschappelijke kenmerken van de zorg, en daarnaast in termen van de concrete politieke besluitvorming over de zorg.

De cultureel-maatschappelijke kenmerken van de zorg dragen in Nederland en in veel andere westerse landen een christelijke signatuur. Het christendom heeft als dominante volksreligie en in verschillende varianten van kerkelijke dienstverlening de zorg steeds in termen van religieus gemotiveerde naastenliefde en sociale verantwoordelijkheid opgevat en die als ethische grondnorm gepropageerd en gepraktiseerd. Deze historische verantwoordelijkheid van kerken voor de zorg heeft zich echter steeds meer tot een overheidsverantwoordelijkheid ontwikkeld. Abram de Swaan wijst er in zijn 'Zorg

en de Staat' op dat de ontwikkeling van zorg volgens kenmerken van toenevende civilisatie verloopt. Het aanvankelijke belang van religieuze en morele zingeving aan de zorg door de kerk zoals die in vroeger tijden door parochiale clerus of vanuit monastieke verbanden met charitatieve ondernemerszin werd vorm gegeven, is gaandeweg overgenomen door lokale overheden, om vervolgens te worden ondergebracht in nationale voorzieningen. De zorg raakte voorzien van medische en gedragswetenschappelijke praktijken en werd onderworpen aan staatstoezicht. De afhankelijkheden van mensen werden zo weliswaar van steeds meer hoogwaardige zorgarrangementen voorzien, maar verloren ook de band van het directe sociale contact. Leek zorg aanvankelijk nog gemotiveerd door persoonsgebonden altruïsme; steeds meer raakte het getransformeerd tot een abstract en anoniem besef van verbondenheid, aldus De Swaan. Religieus engagement in de zorg raakte op de achtergrond, terwijl risicoschatting en welbegrepen eigenbelang belangrijker werden omdat zo aanspraak gemaakt kon worden op hulp door professionele regimes die het leed bestreden volgens normen van gelijkberechtiging, deskundigheid en vergoedingen vanuit het collectieve verzekeringsstelsel. Volgens De Swaan zijn leed en verdriet in het gangbare taalgebruik voorzien van 'proto-professionele' kenmerken die het lijden eerder in termen van formele diagnostiek en medische interventiemogelijkheden uitdrukken dan in de vocabulaires van morele bekommernis. Betoonde solidariteit heeft haar kleinschaligheid verloren en correspondeert steeds meer aan 'sociaal bewustzijn' dat is gebaseerd op het collectieve besef van onderlinge afhankelijkheid. Dit historisch gegroeide besef van generieke wederzijdse afhankelijkheid heeft bijgedragen tot groter sociaal bewustzijn bij het lijden van de medemens (De Swaan 1989).

Op dit soort grootschalige historische visies op de opkomst van de verzorgingsstaat is terechte kritiek uitgeoefend, zoals bijvoorbeeld door Hans Achterhuis die er op wijst dat de historische variëteit van de zorg zich niet steeds verdraagt met de grootse en snelle beschouwingen van De Swaan (Achterhuis 1990). Ook de tegenwoordig op de voorgrond tredende formidabele invloed van markt, medische technologie en demografische veranderingen op de zorg en de mogelijkheden deze in de toekomst te blijven bekostigen kon – in het tijdsgewricht waarin De Swaan schreef – wellicht onvoldoende verdisconteerd worden. Die ontwikkelingen roepen vragen op bij het kernargument van De Swaans betoog over het civilisatiekenmerk van solidariteit, dat namelijk historisch gegroeide interdependentie ('gegeneraliseerde verafhankelijkking') tot groter sociaal bewustzijn bij het lijden van de medemens bijdraagt. Althans, deze vorm van solidariteit die op arbeidsdeling, risicospreiding, collectieve

verzekering en zorgaanspraken is gebaseerd, staat door recente ontwikkelingen onder grote druk en zal leiden tot bezuinigingen, herstructureringen en informalisering van de zorg. Het lijkt daarbij waarschijnlijk dat de solidariteit in de zorg juist verschuift van collectief zorgrecht naar individuele zorgplicht, waarbij de overheid voor de taak staat om een nieuw normatief draagvlak te vinden voor solidaire zorgverhoudingen binnen de leefwereld van zorgvragers en zorgdraggers. Religie en kerk bezitten geen patent meer op de zorg voor een dergelijk normatief draagvlak maar voor de geestelijke verzorging ligt hier een mogelijke taak, al moet deze ook politiek veroverd worden.

Daarmee komt de politieke besluitvorming over de zorg in beeld die de arena afpaalt waarbinnen ook de geestelijke verzorging zich begeeft. De normatieve dimensie van de zorg kent zowel een collectieve als een individuele zijde van besluitvorming. De collectieve zijde van de besluitvorming over zorg wordt vooral bepaald door de onderliggende mensbeelden die doorgaans impliciet zijn maar die zodra de politieke agenda dat vergt ook uitdrukkelijk gepropageerd worden. Het solidariteitsmodel van de zorg, dat ook onder De Swaans benadering ligt, moet inmiddels alternatieve modellen naast zich dulden. Zo is er het liberale model dat marktwerking in de zorg voorop stelt als adaptatiemechanisme in de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod. En een ander model is het communautaire model waarin individuele keuzevrijheid deze afstemming helpt realiseren en waarbij de afhankelijke mens vooral als vrije burger wordt opgevat met een emancipatoire taak in het realiseren van adequate maatschappelijke zorg. Zowel het liberale model met haar klemtoon op nut en profijt, als het communautaire model dat autonomie en keuzevrijheid voorop stelt, vertrekken vanuit andere ideaalbeelden en dito morele oriëntaties die niet per definitie overeen komen met het type solidariteit dat De Swaan aanneemt, en waarvan het overigens maar de vraag is of ze ook in technische zin meer optimale structuren helpen realiseren dan die het gangbare zorgbestel kenmerken (Trappenburg 2005). De individuele zijde van de besluitvorming over zorg wordt in normatieve zin bepaald door de burger zelf, die in de rol van patiënt of cliënt afwegingen maakt in het gebruik of aanbieden van zorg. Binnen de achterliggende mensbeelden maken zorgdrager en zorgvrager hun eigen keuzes. Het gegeven dat verschillende en soms strijdige mensenbeelden de zorg motiveren en het feit dat er zich voortdurend praktische veranderingen voordoen in de aansturing, organisatie en bekostiging, zorgt ervoor dat nauwelijks sprake is van een inzichtelijke situatie op dit microniveau van de zorg. Zo blijkt uit empirisch onderzoek dat er gereede twijfels zijn over het draagvlak in de samenleving als het gaat om de politieke prioriteit voor meer keuze en variëteit in de verzekering van zorg (Hoff &

Vrooman 2002). Zorgvrager en zorgverlener komen steeds meer alleen en in een afhankelijkheidsrelatie tot elkaar te staan, waarbij men er niet voetstoots van kan uitgaan dat uiteenlopende normatieve uitgangspunten als solidariteit, autonomie, zorgkwaliteit en keuzevrijheid op individueel niveau houvast bieden voor de burger. Tenminste zal politiek afgewogen moeten worden of de burger behoefte heeft aan kiezen in de zorg, of hij deze keuzes op de veronderstelde rationele gronden maakt, over welke bekwaamheden deze autonome zorgkiezer eigenlijk moet beschikken, en hoe deze te realiseren of aan te spreken zijn (Leys 2003).

Demografie en bekostiging stellen evidente grenzen aan de collectieve zorgvoorzieningen, en daarmee wordt zorg steeds meer een verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerken. Dat blijkt bijvoorbeeld in de politieke klemtoon die op het belang en de noodzaak van mantelzorg wordt gelegd, waarbij steun en hulp afhankelijk wordt gesteld van een beschikbare sociale relatie, zoals de band met partners, kinderen of vrienden (Kwekkeboom 1990; Kooiker et al. 2012). Die hernieuwde klemtoon op het belang van informele solidariteit zegt uiteraard wat over de wenselijkheid, maar nog niet veel over de mogelijkheid ervan. Het is maar de vraag in hoeverre de zorgsolidariteit in het sociaal netwerk of tussen de generaties aanwezig is en een haalbaar alternatief biedt voor de professionele en institutionele zorg (Oudijk et al. 2010; Kalmijn 2010). Nu het moreel commitment minder ontleend kan worden aan de anonieme solidariteit die ingebed ligt in collectieve zorgvoorzieningen lijken eerder 'charitatieve' thema's te worden aangesproken, zoals die van wederzijdse afhankelijkheid en vertrouwen; van empathie en altruïsme; van dienstverlening en sociaal engagement. De zorg raakt daarmee weer meer aan thema's van zingeving en levensoriëntatie, en zo komen ook taken van religies en kerken weer in beeld. Daarbij kan opgemerkt worden dat godsdiensten en kerken ook nu nog een formidabel sociaal kapitaal vertegenwoordigen dat grote relevantie heeft voor de zorg (Bernts & Kregting 2010). Een antwoord op de vraag of en hoe een geestelijk zorgpakket daarin realistisch vorm kan krijgen is vooraf moeilijk te geven. Dat hangt niet alleen af van politieke keuzes en voorzieningen op nationaal of lokaal niveau, maar evenzeer van kerkelijke prioriteiten en mogelijkheden. De geestelijke verzorging is daarin zeker niet kansloos: ze biedt in de kanteling van de zorg ('terug de leefwereld in') een belangrijke expertise die intramuraal opgebouwd is. Om deze kennis en kunde extramuraal in te kunnen zetten is echter behalve nieuwe regelgeving ook een innovatie van het vak noodzakelijk die uitgaat van het gegeven van de ontzuiling en die afgestemd wordt op de geschetste zorgontwikkelingen.

De hierboven beschreven problematiek van de zorg laat een beweging zien waarin de normatieve kant van de zorg cultuurhistorisch verschoven is van het private naar het publieke domein van de samenleving, en vervolgens onder druk van politieke besluitvorming een beweging terug aan het maken is van het publieke domein van formele zorg naar het private domein van informele zorg. Dat overtuigingen, waarden en normen hierin van belang zijn ligt voor de hand, al biedt de confessionele en kerkelijke setting hiervoor vooralsnog geen evidente structuur.

Repertoire-ontwikkeling in de geestelijke verzorging

In deze bijdrage staat de vraag centraal naar de mogelijkheden om in de geestelijke verzorging levensthema's, existentiële problemen en zingeving in de zorg duurzaam te kunnen behartigen vanuit het perspectief van een 'ontkerkelijkende' godsdienst en levensovertuiging. Daarbij werd een drietal problemen omschreven die samenhangen met ontkerkelijking en secularisatie, en die de geestelijke verzorging voor de vraag stelt hoe geestelijke verzorging in de komende decennia duurzaam gestalte kan krijgen. Deze signalementen vergen een repertoire dat deze problemen adresseert. Daarbij gaat het niet om scenario's of ideaalbeelden die immers voorbij schieten aan de formidabele ontwikkelingen die de zorg momenteel kenmerken. Daarom volgen hier slechts enkele korte en exemplarische suggesties voor de ontwikkeling van een dergelijk repertoire.

Een eerste suggestie luidt dat in een op de toekomst gericht repertoire de geestelijke verzorging gefundeerd blijft op de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging, die *'ieder het recht (geeft) zijn godsdienst of levensovertuiging, individueel of in gemeenschap met anderen, vrij te belijden, behoudens ieders verantwoordelijkheid volgens de wet'*. Dit recht is geadresseerd aan de burger die de eigen godsdienst of levensovertuiging tegenwoordig echter steeds minder laat samenvallen met de confessies van achtergrondgenootschappen. Inmiddels zijn de religieuze vocabulaires verveelvoudigd, verbreed en verschoven en staan feitelijk steeds minder onder invloed van het aanbod door achtergrondgenootschappen. Men kan dit betreuren als gebrek aan religieuze validiteit of kerkelijke orthodoxie, of het als een emancipatoir streven toejuichen dat de religie tot een verlichte zaak maakt en haar bevrijdt van drang en dwang. Belangrijker is echter de vraag of godsdienst en levensovertuiging een zaak blijft die publiek verantwoord kan worden en relevantie blijft houden voor de vraagstukken waarover de geestelijke verzorging zich buigt. Dat immers

wordt betwijfeld in die versies van de secularisatietheorie waarin ontkerkelijking samenvalt met geloofsverlies. Indien de normatieve betekenis van de zorg niet samenvalt met confessionele keuze of kerkelijk lidmaatschap is het gezag van geestelijk verzorgers ook veel meer afhankelijk van de vraag of, waar en hoe ze valide kunnen aansluiten bij die overtuigingen, waarden en normen die in de zorg kennelijk wel van belang zijn. Een dergelijke voorstelling die de vrijheid van godsdienst niet allereerst als een zaak van (kerkelijk) toebehoren ('ascription') maar van (religieuze) expressie ('achievement') opvat, vermijdt dat de legitimatieproblematiek samenvalt met interne discussies over ambt of kerkelijke bevoegdheden, hoe legitiem die laatste uitgangspunten op zichzelf overigens ook zijn en blijven. Legitimatie van geestelijke verzorging kenmerkt zich zo door het maatschappelijk belang dat verbonden is met het signaleren van, en interveniëren bij die normatieve vraagstukken van mensen die hun geloofsovertuiging en levensbeschouwing raken en waarvan de hulp door hen begrepen kan worden als beantwoordend aan een grondrecht in de zorg.

Een tweede suggestie voor een nieuw repertoire van geestelijke verzorging heeft betrekking op de omschrijving van het professionele domein in bredere geesteswetenschappelijke termen. Dit kenmerk doet recht aan een nieuwe generatie geestelijk verzorgers die eigenlijk vooral een religiewetenschappelijke opleiding kennen, zij het met daarin theologische accenten. De geesteswetenschappen bestuderen de menselijke kenmerken ('humaniora') van de cultuur met het oog op de mogelijkheden deze van betekenis te voorzien door het culturele erfgoed in verband te brengen met maatschappelijke vraagstukken en daarbij het kritisch beoordelingsvermogen aan te scherpen. Daarbij kan men de geestelijke verzorging exemplarisch omschrijven als dienstverlening aan cliënten of patiënten die worstelen met vragen van heteronomie (lot, toeval, grenzen) en autonomie (zelfbepaling, zelfredzaamheid, kwaliteit van leven). In die worsteling liggen zingevingsvragen vervat in themaclusters van identiteit (relatie tot lichaam, de ander en het geweten), normaliteit (relatie met de sociale omgeving), contingentie (omgang met het lot), ritualiteit (expressie van gedeelde betekenissen), levensovertuiging (beginsel van eigen levensinrichting), en habilitatie (behoud van sociale handelingsbekwaamheid). Cliënten van geestelijk verzorgers kunnen dergelijke thema's een immanente(seculiere) of een transcendente(religieuze) betekenis verlenen. Het therapeutische doel van geestelijke verzorging valt als een drievoudig praktisch repertoire te omschrijven: a) het diagnostiseren van de problematiek van heteronomie en autonomie in het kader van de geïndiceerde psychosociale zorg; b) het verhelderen van levensthema's in het kader van het levensverhaal van de cliënt; en c) het ondersteunen en ontwikkelen van

zinggeving door de cliënt aan het eigen leven door het helpen integreren van betekenisbronnen uit de tradities van cultuur en religie met het oog op het hanteren van de eigen psychosociale problematiek (Schilderman 2009). Dergelijke omschrijvingen, abstract en formeel als ze mogen klinken, zijn voor de profilering van het beroepsdomein, de verantwoording van opleidingen, de afstemming in de interdisciplinaire zorg, en voor de vergoedingsregeling door zorgverzekeringen van groot belang.

Een derde suggestie voor repertoire-ontwikkeling van geestelijke verzorging raakt aan de besluitvorming over de zorg. Men kan zich afvragen of geestelijke verzorging vanwege de ontkerkelijking en secularisatie überhaupt nog een maatschappelijke betekenis heeft in de besluitvorming over de zorg. Daarvoor zijn echter met het oog op de ontwikkeling van geestelijke verzorging wel degelijk instemmende argumenten te geven. Het zojuist exemplarisch aangeduide beroepsdomein van de geestelijke verzorging illustreert dit in de aandacht voor normatieve vraagstukken die in de zorg behalve een politieke vooral ook existentiële betekenis hebben. Het feit dat normatieve vraagstukken politiek moeilijk te beïnvloeden zijn, kan ze weliswaar aan het oog onttrekken maar ze zijn er wel degelijk en vergen zorg. Een recente aanwijzing van het subjectieve belang van normatieve problemen vormt de empirische peiling ‘burgerperspectieven’ die laat zien dat waarden en normen voor Nederlanders al jaren lang op de eerste plaats staan in de top tien van ervaren grootste problemen in het land (Dekker et al. 2012, 12). Tal van existentiële thema’s, zoals abortus, euthanasie, ziekte, schuld, vergeving, gebrek, geweld, geloof, zinloosheid, veiligheid, seksualiteit, eenzaamheid, levenskwaliteit, fatsoen komen voortdurend in de publiciteit maar worden weinig als normatieve problemen – dat wil zeggen als vragen bij waarden, normen en overtuigingen in de levensvoering – geadresseerd. Het normatieve zorgbelang van dergelijke thema’s vertegenwoordigt zowel in de zorg als bij de achtergrondgenootschappen vaak een blinde vlek. Wat de besluitvorming in de zorg betreft wordt doorgaans ad-hoc gereageerd met protocollen, wetgeving of subsidies, waarmee de publieke controverses opgelost lijken maar waarmee de persoonlijke en normatieve problematiek nog niet is geadresseerd. Wat de achtergrondgenootschappen betreft worden de thema’s weliswaar herkend als normatieve problemen, maar ze lijken geregeld eerder als aanleiding tot confessionele profilering en ethische belangenbehartiging te worden opgevat dan als professionele aandachtsvelden voor beleefde morele problematiek. Een repertoire van de geestelijke verzorging kan maatschappelijke besluitvorming adresseren door het zorgbelang ervan te claimen, het professioneel te behartigen en de resultaten ervan publiek te verantwoorden.

De geschetste suggesties voor repertoireontwikkeling in de geestelijke verzorging bieden enkele aangrijpingspunten om de geestelijke verzorging van de ene generatie naar de volgende over te dragen. Het tijdsgewricht en de context waarin deze overdracht plaatsvindt wordt gekenmerkt door rappe ontkerkelijking en voortgaande secularisatie. Dat maakt geestelijke verzorging tot een noodzakelijke, acute en complexe zaak maar geenszins tot een onmogelijke taak.

Noten

- 1 Kwaliteitswet Zorginstellingen artikel 3: *‘Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten’.*
- 2 Omdat geestelijke verzorging alleen ingeroepen kan worden bij een verblijf in een zorginstelling langer dan 24 uur, ondergraaft deze ontwikkeling de beschikbaarheid van geestelijke verzorging. Weliswaar biedt de CVZ uitvoeringstoets geestelijke verzorging (13 juli 2006) bij het zgn. ‘full package’ mogelijkheden tot geestelijke zorg, maar b.v. niet bij religie en spiritualiteit, terwijl andere indicaties als coping en zingeving eveneens tot het domein van andere zorgdisciplines behoren.
- 3 Zie b.v. van r.-k.-zijde het interim rapport ‘Herkenbaar en betrouwbaar pastoraat’ van de Nederlandse Bisschoppenconferentie dat beoogt toe te werken naar een vademecum voor de geestelijke verzorging.
- 4 Zie: Eindnota Regiegroep Toekomstig Bestel Geestelijke Verzorging. April 2013. De regiegroep baseerde zich daarbij mede op adviezen van de door het bestuur van de VGVZ ingestelde commissies: Commissie Levensbeschouwelijke Legitimatatie (CLL), Ambtelijke Binding (CAB).
- 5 Voor een discussie over de complementariteit van theologie en religiewetenschap zie bijdragen van Van der Ven, Wils, Wiegers en Essen in het themanummer van *Tijdschrift voor Theologie*, 45,2 (2005) en van Sarot en Sanders het vervolg in 45,4 (2005) 331-347.

Literatuur

- Achterhuis, Hans (1990),
 Minachting voor de geschiedenis, in: *Krisis: Tijdschrift voor Filosofie*, 10(3), 5-11.
- Becker, J. & J. de Hart (2006),
Godsdienstige veranderingen in Nederland. Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie, Den Haag: SCP.
- Bernts, T., G. Dekker & J. de Hart (2007),
God in Nederland (1996-2006), Kampen: Ten Have.
- Bernts, T. & J. Kreging (2010),
De kerk telt. De maatschappelijke waarde van parochies en gemeenten, (Rapport nr. 594 januari 2010), Nijmegen: Kaski.
- Dekker, P., P. van Houwelingen & E. Pommer (2012),
Burgerperspectieven 2012-3. Kwartaalbericht continu onderzoek burgerperspectieven, Den Haag: SCP.
- Hart, J. de (2001),
Zwevende gelovigen. Oude religie en nieuwe spiritualiteit, Amsterdam: Bert Bakker.
- Hoff, S.J.M. & J.C. Vrooman (2002),
Zelfbepaalde zekerheden. Individuele keuzevrijheid in de sociale verzekeringen: draagvlak, benutting en determinanten, Den Haag: SCP.
- Kalmijn, M. (2010),
 Verklaringen van intergenerationele solidariteit. Een overzicht van concurrerende theorieën en hun onderzoeksbevindingen, in: *Mens en Maatschappij*, jg. 85(1), 70-98.
- Kooiker, S., M. de Klerk, J. de Berg & Y. Schothorst (2012),
Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg, Den Haag: SCP.
- Kwekkeboom, M.H. (1990),
Het licht onder de korenmaat. Informele zorg in Nederland, Den Haag: Vuga uitgeverij.
- Leys, M. (2003),
Kiezen in Zorg. Preferenties en competenties van consumenten. Een 'quick scan' van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten, (Uitgevoerd in opdracht van ZonMw), Den Haag: ZonMW.
- Oudijk, D., A. de Boer, I. Woittiez, J. Timmermans & M. de Klerk (2010),
Mantelzorg uit de doeken. Een actueel beeld van het aantal mantelzorgers, Den Haag: SCP.
- Reitsma, J., B. Pelzer, P. Scheepers & H. Schilderman (2012),
 Believing and Belonging in Europe, in: *European Societies*, 14(4), 611-63.

Schilderman, H. (2006),

Religie en Zorg in het Publieke Domein, in: Donk, W.B.H.J. van de & A.P. Jonkers (red.), *Geloven in het Publieke Domein*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 395-416.

Schilderman, H. (2009),

Geloven in de GGZ, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 12(52), 23-32.

Schilderman, H. (2013),

Religiosität und Säkularität in Europa: empirisch-theologische Perspektiven, (Lezing Symposium 'Konfessionslosigkeit heute. Zwischen Religiosität und Säkularität'. Friedrich-Schiller-Universität Jena 21. Februar 2013).

Swaan, A. de (1989),

Zorg en de Staat, Amsterdam: Bakker.

Trappenburg, M. J. (2005),

Solidariteit in de gezondheidszorg: een project tot volksopvoeding, in: Jong, Eelke de & Martin Buijsen (red.), *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Nijmegen: Valkhof Pers, 130-151.

VGZ (2010),

Ambtelijke binding, VGZ-cahiers 4, Amsterdam, VGZ.