

Religie & Samenleving

Jaargang 12, nummer 2/3

Oktober 2017

Themanummer

Wat niet weg is is gezien Religie en levensbeschouwing in publieke instellingen

Themanummer naar aanleiding van het symposium op
7 juni 2017 aan de Universiteit voor Humanistiek Utrecht

Redactie: Kees de Groot, Sjaak Körver, Carmen Schuhmann,
Erik Sengers, Lammert Gosse Jansma.

Colofon

Religie & Samenleving

Het tijdschrift wil een podium bieden aan hen die zich bezig houden met de bestudering van de veranderingen in religie en religieuze organisaties in de Europese samenleving van de laatste twee eeuwen. Daarmee wil het tijdschrift een bijdrage leveren aan het debat over de rol van religie in de hedendaagse maatschappij. *Religie & Samenleving* kiest voor een multidisciplinaire benadering om zo het gesprek tussen de sociale wetenschappen onderling en tussen wetenschap en de samenleving te stimuleren. Vanuit dit brede perspectief wil het ook beleidsmakers en het geïnteresseerde publiek informeren over de veranderingen in religie in relatie tot de sociale, culturele en historische context. Het tijdschrift wil daarom een plaats bieden aan – in toegankelijke stijl geschreven – wetenschappelijke artikelen uit verschillende disciplines en eveneens aan essayistische bijdragen. Voorts zal het ruime aandacht schenken aan publicaties die op genoemde terreinen verschijnen. Dan kan het gaan om boekbesprekingen maar ook om opstellen waarin in samenhang recentelijk verschenen en qua thema verwante publicaties worden behandeld. De uitgave wordt door de redactie verzorgd in opdracht van de Stichting FORCES. *Religie & Samenleving* verschijnt driemaal per jaar. Bijdragen voor R&S worden door de redactie beoordeeld. Artikelbijdragen worden ook voorgelegd aan één of meer externe, anonieme beoordelaars. Over het al of niet opnemen van bijdragen beslist de redactie.

Redactieleden

Peter Achterberg
Kees de Groot
Durk Hak
Lammert G. Jansma
Erik Sengers
Inge Sieben

Vormgeving

Textcetera, Den Haag
Studio Hermkens, Amsterdam

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Eburon
Postbus 2867
2601 CW Delft
015-2131484
info@eburon.nl

Redactieadres

L.G. Jansma
Achterweg 66
9269 TP Veenwouden
fzhljansma@hetnet.nl

Recensie-exemplaren

D.H. Hak
Voortsweg 109a
7523 CD Enschede
durkhak@home.nl

Abonnementsprijzen

Instituten: € 40,-
Standaard: € 25,-
Leden Werkgroep Godsdienstsociologie: € 20,-
Leden NSV: € 15,- / € 20,-
Losse nummers: € 10,-

Website: www.religiesamenleving.nl

Abonnement afsluiten: <http://www.eburon.nl/religieensamenleving/>

Het jaarabonnement wordt automatisch verlengd. Opzeggen kan schriftelijk via info@eburon.nl, maar uiterlijk voor 1 mei van het lopende abonnementsjaar.

ISSN 1872-3497

© 2017 *Religie & Samenleving*. Niets uit deze uitgave mag, op welke wijze dan ook, worden vermenigvuldigd en / of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie.

Inhoud

Geestelijke verzorging als antropologisch laboratorium van postseculier Nederland <i>Ernst van den Hemel</i>	91
Spiritual care als toekomst van de geestelijke verzorging <i>Carlo Leget</i>	96
Wat maakt het verschil? Levensbeschouwelijke diversiteit in zorginstellingen <i>Martin Walton</i>	107
Religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in het leven en werk van geestelijk verzorgers <i>Joantine Berghuijs & Anke I. Liefbroer</i>	121
Het buitenkerkelijke succes van de christelijke zielzorg <i>Kees de Groot</i>	143
Dood & Verderf? De bijdrage van geestelijke verzorging aan de beeldvorming over religie <i>Sjaak Körver</i>	160
<i>Personal meaning</i> : van narratieve analyse tot geestelijke zorg <i>Ellen Oosting & Willem Marie Spielman</i>	182
Ethiek in de islamitische geestelijke verzorging <i>Mohamed Ajouaou</i>	201
Oude en nieuwe rituelen voor Moral Injury <i>Tine Molendijk</i>	221
Op onbekend terrein? Moreel beraad vanuit het perspectief van tragiek: Wat betekent dit voor geestelijke verzorging? <i>Benita Spronk</i>	230

In dialoog met tragiek en vergankelijkheid
Geestelijke verzorging en het vormgeven aan een rouwdialoog
middels kunst
Sylvia Grevel

249

Geestelijke verzorging als antropologisch laboratorium van postseculier Nederland

Ernst van den Hemel*

Summary

This introduction to the special issue argues that the field of spiritual care is an indispensable support for people with increasingly pluriform spiritual needs. What is more, because of the continuous interaction between theory and practice, spiritual care can provide input and inspiration for academics and policymakers. As the papers in this special issue show, spiritual care works 'on the ground' with the many forms and meanings religion and spirituality take. Spiritual care, based on individuals' identification and needs, can function as an anthropological laboratory, in which everyday experience is used as the starting point for thinking about the role of religion and spirituality instead of top-down categories and institutions. The experience of spiritual caregivers and the expertise collected in this special issue, provides a solution for a societal, academic and policy stalemate: how to engage with a pluriform spiritual society without depending too much on either the shapes of the (pillarized) past or resorting to secular indifference.

Toen mij gevraagd werd om slotoverwegingen te geven voor het symposium *Wat niet weg is is gezien. Religie en levensbeschouwing in publieke instellingen*, had ik enkele woorden voorbereid over de dringende noodzaak voor herbezinning en herbronning om de rol van levensbeschouwing op betere wijze voor het voetlicht te brengen. Ik wilde hierbij een voor mij gebruikelijke sombere toon aanslaan. In deze inleiding wil ik uiteenzetten waarom het symposium en de hier verzamelde bijdragen een hoopvoller en creatiever antwoord geven dan ik gewend ben en waarom in de geestelijke verzorging de contouren van een nieuwe omgang met religie en levensbeschouwing te ontwaren zijn waar velen in Nederland wat van kunnen leren.

Ik hou me naast mijn wetenschappelijk onderzoek bezig met opinievorming en beleidsvraagstukken rondom religie. In deze hoedanigheid kom ik regelmatig dingen tegen die me somber stemmen. Alhoewel Nederland

* Ernst van den Hemel is als postdoctoraal onderzoeker werkzaam aan het Meertens Instituut binnen het project: HERILIGION (The heritagization of religion and the sacralization of heritage in contemporary Europe).

in toenemende mate levensbeschouwelijk pluriform is, en vragen rondom religie verkiezing na verkiezing domineren, is er weinig kennis over levensbeschouwing in het publieke domein. De kennis die er is, is vaak gebaseerd op verouderde categorieën of opvattingen. Tijdens een recent interview werd mij door een journaliste gevraagd hoe seculiere samenlevingen moeten omgaan met mensen die ‘nog’ geloven. Dit woordje ‘nog’ toont dat in het hoofd van de journalist (en van veel anderen in Nederland) een opvatting aanwezig is waarin geloof ouderwets is en seculier Nederland de norm. Dit lijkt ondersteund te worden door de cijfers. Onderzoek na onderzoek laat zien dat ontkerkelijking steeds verder toeneemt. Volgens het recente onderzoek *God in Nederland* komt 82 procent van de Nederlandse bevolking zelden of nooit in een kerk (Bernts & Berghuijs 2016). In werkelijkheid zijn deze categorieën op losse schroeven komen te staan. Ontkerkelijking is niet de enige realiteit, we zien ook nieuwe vormen van en rollen voor levensbeschouwing in de 21ste eeuw. Hetzelfde onderzoek *God in Nederland* laat zien dat bepaalde vormen van religie afnemen, maar anderen toenemen. Religie vindt niet altijd in kerken plaats, levensbeschouwing is niet altijd religieus, en geloof hoeft niet per se georganiseerd te zijn. Volgens Joep de Hart is het veelgehoorde narratief van ontkerkelijking te beperkt en is er eerder sprake van ‘schuivende panelen’ waarbij mensen op nieuwe wijze levensbeschouwing ervaren en verschillende tradities combineren (De Hart 2014).

Dit is voor religiewetenschappers of professionals misschien bekende kost, maar feit is wel dat het gebrek aan kennis over het hedendaagse levensbeschouwelijke landschap op veel vlakken tot schadelijke situaties leidt. Van allerhande kanten is er weinig kennis over levensbeschouwing, terwijl er wel noodzaak voor is. Ik geef bijvoorbeeld wel eens colleges over religieuze poëzie, daarbij lezen we ook de gedichten van Rumi, een islamitisch mystiek dichter. Ik krijg hierbij vaak dezelfde reactie van verbaasde studenten: ‘we wisten niet dat de islam ook mooi kon zijn’. Het is maar een klein voorbeeld, maar het toont toch aan hoe een polariserend en ongeïnformeerd maatschappelijk klimaat het beeld beïnvloedt dat mensen van een geloof hebben. Dergelijke situaties beperken zich niet tot studenten. Bij mijn werk voor de KNAW verkenningscommissie theologie en religiestudies bleek dat expertise over levensbeschouwing op verschillende plekken in de academie onder druk staat (KNAW 2014). Ook op beleidsniveau speelt een beperkt beeld van religie en levensbeschouwing een rol. In een recente voorpublicatie van Onderwijs 2032 werd nog gesteld dat steeds minder mensen zich baseren op een godsdienst of levensbeschouwing (cf. Van den Hemel et al. 2015). Het gevolg was

een beleidsadvies waarin levensbeschouwing niet of nauwelijks meegenomen hoefde te worden. Wat was hier aan de hand? Expertise over diversiteit qua levensbeschouwing in Nederland vindt onvoldoende haar weg naar publiek, specialisten en beleidsadviseurs. Levensbeschouwelijke kwesties zijn in toenemende mate maatschappelijk relevant, maar de problemen en uitdagingen zijn van andere aard en verschijningsvorm dan men gewend is. Helaas wordt voor de nieuwe verschijningsvormen vaak weinig verbeelding of institutionele ruimte gevonden. Zaak is om een nieuwe omgang te vinden met het hedendaagse klimaat en hierbij ervoor te waken dat definities uit het verleden niet als dwangbuis functioneren. Maar hoe organiseert men dat? Waar begint men? In de hier verzamelde essays vindt men een belangrijke illustratie van het feit dat in de geestelijke zorg zowel praktisch als conceptueel actief nieuwe omgangen met levensbeschouwelijke diversiteit gezocht en gevonden worden.

De geestelijke zorg als antropologisch laboratorium

Rondom geestelijk werk komt de volledige complexe realiteit van levensbeschouwing in postseculier Nederland aan het licht. Allereerst wordt ook de geestelijke zorg bedreigd door de problemen die hierboven geschetst zijn. Opleidingen en begrippenkaders dragen vaak nog de stempel van de verzuiling. Het is de vraag op welke wijze nieuwe vormen georganiseerd kunnen worden zonder dat de geestelijke zorg geslactofferd wordt door een seculiere bezuinigingsagenda. Het symposium en de in deze bundel verzamelde stukken stellen een scherpe diagnose over de uitdagingen voor geestelijke zorg. Maar er is ook een aanzienlijk creatieve en hoopgevende dimensie aan dit special issue.

Geestelijk werkers krijgen te maken met zeer concrete verschijningsvormen van de hedendaagse levensbeschouwelijke realiteit. In geestelijke zorg ervaart men de effecten van nieuwe vormen van levensbeschouwelijke realiteiten en deze vertalen zich in handelingsbehoevende hulpvragen. Te midden van ontkerkelijkend, herkerkelijkend, spiritualiserend, polariserend Nederland komen mensen met geestelijke hulpvragen. Dit Nederland schept hulpvragen, maar het laat ook zien dat alle verhalen van ontkerkelijking en deconfessionalisering ten spijt, hulpvragen geestelijk geformuleerd worden en deze geestelijke hulpvragen behoeven geestelijke expertise. De geestelijke zorg krijgt te maken met de problemen 'op de grond' zoals het met een anglicisme genoemd kan worden.

Deze eigenschap van het veld van geestelijk werk biedt precies een antwoord op de hierboven geschetste problemen. De bijdragen aan dit themanummer en aan het symposium variëren van onderwerpen – een soldaat wordt geconfronteerd met een ‘moral injury’ en moet deze ervaring inpassen in zijn wereldbeeld, een islamitisch geestelijk werker verschaft zich een plaats in polariserend Nederland, of geestelijk werk als werkterrein voor het christendom buiten de kerk – maar deze bijdragen hebben dit gemeen: dit nummer brengt metareflecties over de stand van zaken in levensbeschouwelijk Nederland samen met praktijkervaring. Binnen de context van geestelijk werk staan praktijkervaringen centraal die om duiding en hulp vragen.

Dit maakt dat geestelijke verzorging bij uitstek een werkterrein is om kennis op te doen over de noodzaak voor vernieuwende inzichten in levensbeschouwing. Binnen de academische bestudering van religie is het de vraag wat het beginpunt moet zijn om na te denken over levensbeschouwing. De benadering moet van ‘top down’ naar ‘bottom up’ zogezegd, en hierbij, zo raadde een recente verkenning van de KNAW nog aan, moet een breder religiebegrip gehanteerd worden. We moeten bij het nadenken over religie niet alleen kijken naar heilige boeken, kerken en gemeenschappen, maar ook naar hoe mensen levensbeschouwing toepassen in hun alledaagse leven. Het is hierbij zaak om begrippenkaders en praktijk in constante dialoog met elkaar te laten staan. Dit is bijvoorbeeld een centraal beginpunt voor de academische benadering van ‘lived religion.’

Waar deze benadering nog moet leiden tot brede institutionele academische hervormingen brengt geestelijk werk deze invalshoek al in de praktijk. Aan het begin van het symposium vroeg rector van de Universiteit voor Humanistiek Gerty Lensveld wie hier vanuit een praktijk en wie er vanuit een wetenschappelijk perspectief werkt. De opgestoken handen gaven een interessant inkijkje in de samenstelling van het publiek, maar eigenlijk bleek het onderscheid tussen wetenschap en praktijk telkens weer ontoereikend. Het is precies de wisselwerking tussen theorie en praktijk die centraal stond in het symposium en die in dit issue centraal staat. Geestelijk werk biedt daarmee een unieke mogelijkheid om praktische, academische, theoretische en maatschappelijk uiterst relevante input te leveren. Het is dan ook niet overdreven om de GZ te zien als een antropologisch laboratorium waarin vragen over de aard, verschijningsvorm en uitdagingen van hedendaagse levensbeschouwing gestalte krijgen. Ik bedoel hiermee niet de antropologie van de tropenhoed en het beschouwen van de nobele wilden, maar eerder de antropologie die mede vanwege continue zelfreflectie beter te kunnen luisteren tot hoogste waarde verheven heeft.

Conclusie

Hoe dit laboratorium open en creatief te houden zodat maximaal ingespeeld kan worden op de ervaring van zorgbehoevenden? Deze vraag blijft urgent, en is wellicht een permanente uitdaging van geestelijk werk. Ook het antropologische laboratorium heeft natuurlijk zijn infrastructuur en wordt geframed door belangen, geld, handboeken, wetenschap en beleid. Deze krachten bepalen de methoden, de infrastructuur en zelfs het taalgebruik waar we mee werken. Het zal flink wat strategische stuurmanskunst vereisen om overeind te blijven. Maar wat helder naar voren komt uit de bijdragen aan deze bundel is dat terwijl Nederland in een ingrijpend proces van verandering verwickeld is, het de zorgvragen van Nederlanders zijn die leidend moeten zijn. Leidend beginsel bij het vormgeven van nieuwe benaderingen moeten vanuit de praktijk komen. En het is vanuit deze praktijk dat vastgeroeste kaders, of dit nou in de hoofden van zorgverleners, zorgafnemers, wetenschappers, verzeke- raars of beleidsmakers is, geopend en verbreed dienen te worden. We hebben nieuwe concepten nodig, nieuwe begrippen, nieuwe verhoudingen tot nieuwe praktijken. Dit zie ik als een belangrijke meerwaarde van dit themanummer. Geestelijke verzorging is voor deze uitdagingen een uiterst waardevolle sector, waar bovendien velen veel van kunnen leren.

Literatuur

Arfman, William, Markus Davidsen, Ernst van den Hemel, Brenda Mathijssen & Daan Beekers, (2015),

Religieonderwijs juist nu heel hard nodig, in: *NRC*, 2 november 2015.

Bernts, Ton & Joantine Berghuijs (2016),

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

Hart, Joep de (2014),

Van vaste kaders naar verschuivende panelen, in: Dam, Peter van et al., *Achter de zuilen: op zoek naar religie in naoorlogs Nederland*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 101-134.

KNAW (2015),

Klaar om te Wenden. De academische bestudering van religie in Nederland: een verkenning, Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.

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. Volvaard (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.

Wat maakt het verschil? Levensbeschouwelijke diversiteit in zorginstellingen

Martin Walton*

*Love's mysteries in souls do grow,
But yet the body is his book.
John Donne (1972)*

Summary

In health care institutions, religious and worldview diversity is dealt with in the context of three practices: multicultural care programs, moral deliberation and spiritual (or chaplaincy) care. Whereas in the first two diversity seems to be constituent of the practices, universalizing tendencies in chaplaincy care have limited the appreciation of difference and the development of the handwork of interfaith chaplaincy. In an empirical study by Cadge and Sigalow only two strategies are noted: neutralizing and code-switching. Both strategies, however, tend to neglect the significance of religious and cultural difference. A comparison with pastoral approaches to cultural difference formulated by Lartey leads to the formulation of criteria for strategies of interreligious and intercultural care along with the suggestion of several more strategies.

Inleiding: Manifestaties van levensbeschouwelijke diversiteit

Waar er vroeger veelal sprake was van levensbeschouwelijke 'zuilen' in Nederland, ziet de levensbeschouwelijke diversiteit er tegenwoordig eerder als een 'waaier' of 'palet' uit. Dat maakt het minder gemakkelijk om de diversiteit in beeld te krijgen. Secularisatiethesen worden bijgesteld. Een term als spiritualiteit beleeft hoogtepunten maar ook teruggang (Bernts & Berghuijs 2016). Er is sprake van individualisering van zingeving maar ook van levensbeschouwelijke profielen en leefstijlen in zingeving (Kronjee & Lampert 2006). Er is gelijktijdig sprake van zwevende gelovigen én van consolidering binnen religieuze gemeenschappen met een heldere identiteit (De Hart 2013). De toestroom van migranten vergroot de diversiteit en stelt eigen uitdagingen in de omgang met die diversiteit (Schipani, Walton & Lootens 2017). Het beeld

* Martin Walton is als bijzonder hoogleraar geestelijke verzorging verbonden aan de Protestantse Theologische Universiteit.

is rijk maar daardoor ook diffuus. De vraag die ik hier wil behandelen is hoe zorgverleners, met name geestelijk verzorgers, met die rijkdom aan diversiteit omgaan en kunnen omgaan.

Hoe is levensbeschouwelijke diversiteit aanwezig in de zorg? De diversiteit wordt in de eerste plaats belichaamd door de mensen die zorg ontvangen, zorg verlenen en zorg organiseren. Die mensen verhouden zich tot zorgvragen en zorgpraktijken vanuit hun eigen zingeving en levensbeschouwing.¹ Die zorgpraktijken zelf en de manier waarop zij geboden worden zijn tegelijk mede product van levensbeschouwelijke tradities van zorg, van beschouwingen over medeleven en mensenrechten en van motivaties om iets te betekenen voor anderen (Schilderman 2006; Pijnenburg 2010; Van Heijst 2011). In die levensbeschouwelijke gelaagdheid van zorgervaringen en zorgpraktijken tekent zich een grote diversiteit af, vaak onzichtbaar in de dagelijkse hoeveelheid van routinematige zorghandelingen, soms zichtbaar in specifieke spirituele behoeften van cliënten, af en toe conflictueus in uiteenlopende keuzes rondom behandeling.

Hoe wordt met die diversiteit in de zorg omgegaan? In drie 'zingevingpraktijken' binnen de zorg komt diversiteit aan de orde: multiculturele zorg, moreel beraad en spirituele zorg. *Multiculturele zorg* is vaak zichtbaar op webpagina's van zorginstellingen en beroepsorganisaties, en drukt zich uit in zorgprogramma's, in informatiemateriaal en trainingen, om zorg zo adequaat mogelijk te kunnen bieden. In die zorg worden diversiteit en verschil als uitgangspunt van reflectie en van aanpassing van zorginformatie en -praktijken genomen.

Moreel beraad heeft zich in vele zorginstelling ingeburgerd, soms met ondersteuning van vrijgestelde professionals en training.² Waar bij multiculturele zorg diversiteit uitgangspunt is, lijkt moreel beraad steeds in een spanning te verkeren tussen een streven naar algemene of gedeelde ethische rationaliteit aan de ene kant en de hoeveelheid particuliere perspectieven aan de andere kant. De diversiteit in perspectieven op een situatie en een gebrek aan consensus kan juist aanleiding zijn voor het houden van moreel beraad. Diezelfde diversiteit in perspectieven kan ook verrijkend zijn in de morele verkenning van een situatie. Tegelijk staat moreel beraad telkens in de context van het streven naar consensus aan de hand van ethische rationaliteit, dus van een zekere neiging naar veralgemenisering.

In *spirituele zorg*, en met name in professionele geestelijke verzorging, waar ik me hieronder op wil richten, is sprake van een zekere paradox ten aanzien van levensbeschouwelijke diversiteit. In zorginstellingen wordt vaak rekening gehouden met levensbeschouwelijke diversiteit in de samenstelling

van een team geestelijk verzorgers uit vertegenwoordigers van verschillende religieuze of andere levensbeschouwelijke tradities. Tegelijk wordt de beschikbaarheid van iedere geestelijk verzorger voor iedere cliënt benadrukt (VGVZ 2015) en door sommige instellingen de voorkeur gegeven aan een geestelijk verzorger zonder een (formele) relatie met een bepaalde levensbeschouwelijke instelling.³ In geen van beide gevallen is veel nagedacht, althans niet veel gepubliceerd, over hoe men daadwerkelijk met de diversiteit omgaat in interreligieuze of ‘interlevensbeschouwelijke’ geestelijke verzorging (Liefbroef e.a. 2017; Walton 2016), daar waar er sprake is van een cliënt en een geestelijk verzorger van verschillende levensbeschouwelijke achtergronden.

Liefbroer e.a. constateren, bovendien, dat de meeste empirische literatuur uit de VS en Canada stamt (waar van ‘interfaith spiritual care’ wordt gesproken). Daarin lijkt de inschatting van het vermogen (‘capaciteit’), ofwel de bekwaamheid om interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging te bieden gekleurd te zijn door normatieve overwegingen. Een universalistische benadering waarin interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging wenselijk is, lijkt de eigen bekwaamheid hoger in te schatten dan een meer particularistisch perspectief waarin levensbeschouwelijke verschillen voor goede geestelijke verzorging als problematisch worden gezien (Liefbroer e.a. 2017). Maar geen van beide benaderingen lijkt zeer productief in het bieden van concrete handelingsalternatieven of strategieën in de omgang met levensbeschouwelijke verschillen. De particularistische benadering aarzelt om zich over de drempel van de verschillen te begeven. Een meer universalistische benadering loopt het risico om het verschil te onderschatten of te veronachtzamen, en dus over de drempel te struikelen.

De veronachtzaming van het verschil is mogelijk een gevolg van de manier waarop geestelijke verzorging toenemend in veralgemeniserende taal wordt omschreven. De term ‘geestelijke verzorging’ is daar zelf een voorbeeld van. Die refereert niet aan een bepaalde religieuze of levensbeschouwelijke traditie. Dat geldt ook voor het spreken van ‘zingeving en levensbeschouwing’ in de beroepsdefinitie van de VGVZ (2015), of in Engelstalige literatuur voor het gebruik van de termen ‘spiritual care’ en ‘spiritualiteit’. Typerend daarvoor zijn uitspraken als ‘Iedereen heeft een spiritualiteit’ en ‘Spiritualiteit is wat anders dan religie’ (Swinton 2001). In hoeverre dergelijke uitspraken recht doen aan het fenomeen spiritualiteit (zingeving, betekenisgeving), met name aan de belichaamde levensbeschouwing van mensen, is een vraag voor discussie (Bregman 2014; Waaijman 2010; Walton 2012a). Die discussie wordt hier niet gevoerd. Hieronder is de meer pragmatische vraag aan de orde, hoe

in de praktijk om te gaan met de verschillen die zich manifesteren. Wat is het handwerk van interreligieuze en interculturele geestelijke verzorging?

Strategieën in interreligieuze zorg

Een uitgangspunt biedt het onderzoek van Cadge & Sigalow (2013) naar strategieën van geestelijk verzorgers die in een groot academisch ziekenhuis in de VS ‘interfaith care’ bieden. Welke strategieën komen tevoorschijn in het volgen van 20 geestelijk verzorgers in voltijdse en deeltijdse dienst van het ziekenhuis? Cadge & Sigalow identificeren twee strategieën. De eerste noemen zij ‘neutralizing’, die zich uitdrukt in het minimaliseren van de betekenis van verschillen (‘men [de patiënt] wil vooral iemand [een geestelijk verzorger] die luistert’) of in het benadrukken van veralgemeniserende gezichtspunten zoals een gedeelde humaniteit, presentie of universele spiritualiteit (Cadge & Sigalow 2014, 151 e.v.). De tweede noemen Cadge & Sigalow ‘code-switching’ (codewisseling), die zich uitdrukt in het overstappen naar aanvaardbare religieuze taal, symbolen en zelfs rituelen van een ander. Ook het zoeken naar taal voor een gebedstekst die aanvaardbaar is voor mensen met een andere achtergrond hoort daartoe (Cadge & Sigalow 2014, 153 e.v.). Eén geestelijk verzorger sprak zelf over het nabootsen (‘to mimic’).

Cadge & Sigalow stellen vragen bij het neutraliseren met het oog op de conceptualisering van spiritualiteit: herkennen patiënten zich in dat veralgemeniserende spreken?, en bij ‘code-switching’: (hoe) hebben de geestelijk verzorgers zich de competenties daarvoor toegeëigend? Het zijn legitieme vragen die ik echter hier laat rusten. Mij interesseert een andere kwestie, namelijk hoe komt het in het veelkleurig veld van interreligieuze communicatie dat slechts twee strategieën geïdentificeerd worden: *neutraliseren* (‘neutralizing’) en *codewisseling* (‘code-switching’)? Dat lijkt op het eerste oog een mager repertoire. En bij herlezing blijkt dat Cadge & Siglow nog een derde strategie noemen, maar met de opmerking dat die maar sporadisch voorkomt, slechts als de patiënt erom vraagt: *verwijzen* naar een geestelijk verzorger met dezelfde religieuze achtergrond als de cliënt (Cadge & Sigalow 2014, 151). De mate waarin verwijzing bij religieus verschil een legitieme strategie zou kunnen zijn, wordt echter niet besproken.

Bekijkt men deze drie strategieën, namelijk, neutraliseren, codewisselen en verwijzen, vanuit het oogpunt van mogelijk religieus (of cultureel) verschil, dan zijn een paar kanttekeningen te plaatsen.

- Alle drie strategieën laten het verschil dat er zou kunnen zijn onaangeroerd. Neutraliseren is een poging om een gemeenschappelijke taal te vinden maar daarmee is geen taal voor het verschil zelf gevonden. Het verschil kan onderschat of genegeerd worden. Codewisseling waardeert de taal en traditie van de gesprekspartner positief, maar daarmee zijn de taal- en betekenisverschillen nog niet in kaart gebracht. Men loopt het risico over het verschil heen te springen. Verwijzen onderkent en respecteert (of tolereert) het verschil maar blijft op een afstand. Het verschil wordt niet nader verkend, waardoor kansen voor de begeleiding kunnen blijven liggen.
- Geen van de drie heeft oog voor de mogelijke effecten van individualisering van levensbeschouwing. Neutraliseren veronderstelt een gemeenschappelijke (spirituele) grond. Codewisseling veronderstelt dat men weet wat de codes van het andere individu betekenen. Verwijzing doet eventueel recht aan de wens van het individu om verwezen te worden, maar weet niet of degene naar wie verwezen wordt recht kan doen aan de mogelijke individualisering van levensbeschouwing bij de ander.
- Alle drie strategieën handelen min of meer vanuit een ‘wetende’ positie. Neutraliseren ‘weet’ dat er niet een wezenlijk levensbeschouwelijk verschil in het geding is. Codewisseling ‘weet’ wat de codes van de ander betekenen. Verwijzing veronderstelt dat de ander door iemand van de eigen achtergrond beter geholpen kan worden.
- De communicatie is, in samenhang met de (taal)macht van de professionele geestelijke zorgverlener tegenover een kwetsbare patiënt, moeilijk controleerbaar. Hoe kan bij neutralisering gecontroleerd worden of er daadwerkelijk gemeenschappelijke grond is en in welke mate? Hoe kan bij codewisseling gecontroleerd worden of de geestelijk verzorger de codes goed hanteert en in welke mate? Hooguit kan men bij verwijzing checken of de verwijzing naar tevredenheid gelukt is.
- De levensbeschouwelijke identiteit van de geestelijk verzorger lijkt geen rol te spelen, hetgeen betekent dat die identiteit doorwerkt zonder dat de doorwerking zichtbaar is (Walton 2015).

Wellicht is deze weergave van de strategieën, zo niet karikaturaal, dan wel ideaaltypisch, waarbij voorbijgegaan wordt aan de inbedding van de strategieën in een relationele context en interactief proces. Tegelijk is het risico van de genoemde strategieën als zodanig voldoende helder om op zijn minst de heuristische vraag te stellen of niet andere strategieën eveneens mogelijk zijn, strategieën die uit zichzelf voldoen aan de criteria die in bovenstaande

kanttekeningen gegeven zijn: (1) erkenning van verschil; (2) ‘aanraken’ van het verschil; (3) rekening houden met individualisering van levensbeschouwing bij de ander; (4) rekening houden met het niet of gebrekkig weten van de geestelijk verzorger; (5) communicatieve structuur bieden die correctie en controle vergemakkelijkt; en (6) zichtbaar laten en, indien wenselijk of nodig, thematiseren van de levensbeschouwelijke identiteit van de geestelijk verzorger.

Cadge & Sigalow bieden een voorbeeld van een andere strategie, dat zij echter als een vorm van ‘code-switching’ verstaan. Het betreft de handelingswijze van een joodse geestelijk verzorger, die op een afdeling neonatologie gevraagd wordt om een pasgeborene te dopen. In plaats van zelf het kind te dopen, kiest de geestelijk verzorger ervoor om de ouders bij te staan terwijl zij zelf het kind dopen. Tegenover de benoeming ‘code-switching’ kan men namelijk inbrengen dat de geestelijk verzorger juist niet de taal of het ritueel van de christelijke ouders overneemt, maar eerder met een respect voor religieuze grenzen hen coacht. In een *webinar* over dit artikel op 8 maart 2016 noemde George Fitchett het handelen van de geestelijk verzorger een voorbeeld van ‘empowerment’. Terwijl er inhoudelijk veel voor die benaming te zeggen is, kies ik voor een meer functionele term: *faciliteren*.

Voldoet het faciliteren aan de criteria die boven geformuleerd zijn? In ieder geval is het uitgangspunt van de joodse geestelijk verzorger het onderkennen en erkennen van het verschil. Dat verschil krijgt gestalte in de beslissing vanuit de eigen joodse identiteit om niet zelf het kind te dopen maar om de ouders in het dopen van hun eigen kind bij te staan. Die coachende, faciliterende houding laat in principe ook meer ruimte voor individuele invulling en voor het niet weten van de geestelijk verzorger. Daarom is ook een communicatieve structuur geschapen die vanaf het begin interactief is en daardoor corrigeerbaar.

Benaderingen van interculturele zorg

Voordat ik op zoek ga naar nog andere mogelijke strategieën, introduceer ik een ideaaltypische onderscheiding van Lartey (2003) van verschillende benaderingen van *interculturele* pastorale zorg. Omdat Lartey ook religieuze verschillen in overweging neemt, ga ik ervan uit dat op het niveau van strategie het niet nodig is om een onderscheid te maken tussen interreligieus en intercultureel. Lartey onderscheidt vier benaderingen die ook een pedagogisch karakter hebben, uitlopend op de benadering die hij voorstaat.

- Een ‘mono-culturele’ benadering (Lartey 2003, 163 e.v.) kenmerkt zich door de overtuiging dat er geen wezenlijke culturele verschillen tussen mensen zijn. Veronderstelling is dat alle mensen in essentie hetzelfde zijn. Het resultaat van deze benadering is echter het universaliseren van bepaalde culturele normen, waarden, overtuigingen en praktijken, bijvoorbeeld, die van een (westers) pastoraal counseling model gericht op individualisering en zelfontplooiing. Lartey noemt deze benadering kleurenblind.
- Een ‘cross-culturele’ benadering (Lartey 2003, 166 e.v.) erkent niet alleen cultureel verschil, maar neigt naar een verabsolutering van culturele verschillen. Veronderstelling is dat mensen van verschillende culturen wezenlijk van elkaar verschillen. Op groepsniveau toegepast leidt deze visie tot sociale tegenstellingen in onderscheiden machtsposities. Om in de kleur metafoor te blijven, zou men deze benadering als kleurvast kunnen typeren.
- Een ‘multiculturele benadering’ (Lartey 2003, 169 e.v.) erkent ook het gegeven van culturele verschillen maar geeft zich moeite om kennis en informatie te verzamelen. Veronderstelling is dat er mensen in soorten en maten bestaan en dat men gedegen kennis van de soorten en maten moet hebben. Lartey kan zich hierin vinden, maar hij merkt op dat het centraal stellen van kennis en informatie statisch wordt en tot stereotyperingen en reductionisme (of etnisch profileren) leidt, die geen recht aan individuen doen. Net zoals in de voorgaande twee benaderingen staat de classificerende groep in de regel bovenaan de sociale hiërarchie. Er ontstaat een kleurenschema maar met lievelingskleuren.
- De ‘interculturele benadering die Lartey voorstaat (2003, 171 e.v.) veronderstelt dat iedere mens in sommige opzichten (a) op alle andere mensen lijkt; (b) op sommige anderen lijkt; én (c) op niemand anders lijkt. (“*Every human person is in some respects (a) like all others (b) like some others (c) like no other.*”) Iedere mens heeft algemeen menselijke kenmerken (a) zoals fysiologische, cognitieve en psychologische vermogens. Iedere mens heeft daarnaast ook cultuurspecifieke kenmerken (b), zoals manieren waarmee de wereld wordt gekend, geduid en gewaardeerd, die hun uitdrukking vinden in taal, levensbeschouwing, gewoonten en socialisatieprocessen. Iedere mens heeft tenslotte ook individuele of persoonlijke kenmerken (c) die uniek zijn. De metafoor van kleur zou men zich kunnen voorstellen als het beeld van een kleurenpalet met waardering voor de kleurenpracht.

Aan ieder van deze drie dimensies verbindt Lartey een pastorale taak. Aan de algemeen menselijke kenmerken verbindt Lartey de erkenning van

humaniteit en van de waardigheid van mensen geschapen naar het beeld van God. Aan de culturele en groepskenmerken verbindt Lartey de erkenning van cultureel verschil en gelijk(waardig)heid maar ook het onderkennen van de rol van context, sociale ongelijkheid en machtsfactoren in menselijk verkeer. Aan de individuele kenmerken verbindt Lartey de afstemming op het concrete individu met wie men te maken heeft, met zijn of haar perspectieven vanuit de eigen biografische en existentiële ervaringen, in het bijzonder met het oog op menselijke vrijheid. In alle gevallen zal de pastor zich bewust moeten zijn van de eigen culturele en pastorale veronderstellingen en eigen socialisatie.

Deze nette driedeling van Lartey kan men problematiseren. In hoeverre delen alle mensen (mensen met cognitieve beperkingen, dementerenden, enz.) dezelfde vermogens? Hoe kan men rekening houden met verschillende gelijktijdige vormen of lagen van socialisatie zoals in theorieën van intersectionaliteit (Lutz e.a 2011)? Hoe kan men de individualiteit van mensen respecteren of ondersteunen onder de druk van meerdere sociale rollen en meervoudige culturele loyaliteiten? Denk daarbij ook aan sociale dynamieken rondom gender, seksuele geaardheid en huidskleur. Lartey noemt deze zaken, maar biedt nog niet een pastorale strategie met het oog op deze uitdagingen. Wel wordt duidelijk dat kennis van die dynamieken en van de complexiteit van menselijke identiteit voor de geestelijk verzorger noodzakelijk is. Als ik me bij het verder zoeken naar strategieën voor interculturele en interreligieuze geestelijke verzorging baseer op de driedeling van Lartey is dat met inbegrip van het weet hebben van de complexiteit die daarmee verweven is. Ik zie namelijk een grote mate van correspondentie tussen de interculturele benaderingen van Lartey en de interreligieuze strategieën die naar voren kwamen in mijn behandeling van Cadge & Sigalow.

- Het *mono-culturele* uitgangspunt, ‘Alle mensen zijn eigenlijk hetzelfde’, dat kleurenblind is, correspondeert met de strategie van *neutraliseren* en het veronachtzamen van verschillen.
- Het *cross-culturele* uitgangspunt, ‘Mensen zijn nu eenmaal verschillend’, dat kleurvast is, correspondeert met *verwijzing* en het mogelijk verabsoluteren van verschil.
- Het *multiculturele* uitgangspunt, ‘Mensen komen in soorten en maten’, met een voorkeur voor kleurenschema’s, correspondeert met *codewisseling* en het willen beheersen van verschillen.
- Het *interculturele* uitgangspunt, ‘Iedere mens lijkt tegelijk op alle anderen, op sommige anderen én op niemand anders’, dat een ongekend (intersectioneel) palet van kleuren openbaart, correspondeert met het erkennen

van verschil en met een passende communicatieve strategie zoals wij in beginsel vonden in een voorbeeld van een *faciliterende* strategie.

Proeve van alternatieve strategieën

Tegelijk blijft de vraag of er niet nog meer strategieën mogelijk zijn die tegemoetkomen aan een intercultureel uitgangspunt en die in meerdere of mindere mate voldoen aan de criteria die hierboven geformuleerd zijn. Om dat te onderzoeken introduceer ik de beginsituatie van een kleine casus. Daarna ga ik de verschillende mogelijke reacties van de geestelijk verzorger na, die deels corresponderen met de strategieën die al genoemd zijn en deels alternatieve strategieën introduceren.

Casus: beginsituatie

Een protestantse predikant en geestelijk verzorger wordt op de gang van een opnameafdeling van een psychiatrische kliniek door een man aangesproken. Van een korte kennismaking in de woonkamer een of twee dagen eerder weet de geestelijk verzorger dat de man moslim is.

M. Pastoor, mag ik u wat vragen?

GV. Ja, zeker.

M. Ik ben moslim en ik moet vijf keer per dag bidden, maar ik heb zo'n last van mijn hoofd. Het lukt mij niet om te knielen. Wat moet ik doen?

Mogelijke reacties vanuit de benoemde strategieën

1. *Verwijzen.* De geestelijk verzorger zou door gebrek aan vermeende kennis of autoriteit ervoor kunnen kiezen om de man naar een islamitische geestelijk verzorger door te verwijzen. Een voortijdige toepassing van deze op zich legitieme strategie kan echter gemakkelijk voorbijgaan aan de misschien niet onbelangrijke vraag waarom de man juist aan deze geestelijk verzorger zijn vraag stelt.
2. *Neutraliseren.* Voor een protestantse geestelijk verzorger zou het misschien voor de hand liggen om te benadrukken dat in het gebed niet de uiterlijke handeling (het knielen) het belangrijkste is, maar de innerlijke houding. Deze strategie veronderstelt, terecht of onterecht, dat het gebed voor de moslim eenzelfde intentionele structuur heeft als voor de geestelijk verzorger. Tegelijk zou het kunnen zijn dat door de nadruk op innerlijke houding

zich een 'christelijke spiritualisering' voltrekt, die voorbij gaat aan de betekenis van de belichaming van het gebed in het knielen.

3. *Codewisseling*. De geestelijk verzorger zou met enige kennis van de islam een parallel kunnen trekken met de vrijstelling van zieken van het vasten tijdens de ramadan. Door deze logische gevolgtrekking is de man ontslagen van de noodzaak om tijdens het bidden te knielen, mits de man aan de geestelijk verzorger voldoende geestelijke autoriteit toekent om dit advies aan te kunnen nemen. Tegelijk blijft de betekenis van het knielen voor de man in kwestie onverkend.
4. *Faciliteren*. Het is in deze casus niet meteen helder wat een faciliterende benadering kan bieden. De moslim heeft niet hulp nodig om iets te kunnen doen, maar hulp om om te gaan met iets wat hij niet kan, namelijk, knielen. Of misschien zou het faciliteren kunnen zijn het ten behoeve van deze man raadplegen van een imam of een andere moslim die beschikbaar is.

Mogelijke reacties vanuit andere strategieën

5. *Getuige zijn (o.a. van het verschil)*. De geestelijk verzorger kan, zoals bij 2. *Neutraliseren*, de eigen beleving of overtuiging delen dat de innerlijke houding centraal staat in het gebed, en daarbij wijzen op het belang dat de man aan het knielen hecht. Daarbij wordt in eerste instantie opengelaten of de moslim met die visie van de geestelijk verzorger kan instemmen of niet.
6. *(Interreligieuze) Dialoog openen*. De geestelijk verzorger kan, explicieter dan bij 5. *Getuige zijn*, de eigen identiteit als christen benoemen en zich afvragen of men als christen goed kan aanvoelen wat het knielen bij het gebed voor een moslim betekent, met als uitnodiging aan de man om daar wat meer over te vertellen.
7. *Leerling zijn*. De geestelijk verzorger kan, ook zonder de eigen beleving of overtuiging in eerste instantie in te brengen, weliswaar duidelijk maken dat hij misschien te weinig van de islam of van de man af weet om direct een antwoord te geven, maar graag wil horen wat het knielen bij het gebed voor de man betekent.
8. *Gastvrijheid*. De geestelijk verzorger kan de vraag van de man als aanleiding opvatten om wat meer met de man in gesprek te raken. Het ligt voor de hand om over bidden en knielen te spreken, maar het is ook mogelijk dat voor de man het knielen om te bidden symbool is van iets anders, bijvoorbeeld van de sociale verbondenheid in de moskee die hij mist, of van zijn vraag of hij aan God voldoende gehoorzaam is gezien de

psychische aandoening die hem treft. Of misschien heeft hij eenvoudig behoefte aan een goed gesprek met een geestelijke en ziet hij zijn vraag als een aanknopingspunt.

Repertoire

Deze laatste strategie (als het zo genoemd kan worden) laat opnieuw zien dat iedere strategie ingebed is in een relationele context en een interactief proces. ‘Gastvrijheid’ is ook een metafoor voor het hermeneutische proces waarin de geestelijk verzorger naar een ander luistert, de situatie verkent en tot afstemming komt. Anders gezegd is iedere strategie verbonden met een meervoud van strategieën, waarvan de acht hierboven slechts een proeve zijn. Men kan daarom ook spreken van een *repertoire* aan strategieën. Het spreken over een repertoire erkent dat iedere genoemde strategie wellicht in een bepaalde situatie legitiem kan zijn. Daarbij is niet één strategie als de beste of enige toelaatbare aan te merken. Tegelijk is het zo dat de strategieën in verschillende mate voldoen aan de geformuleerde criteria van erkenning en aanraken van verschillen, van rekening houden met individualisering en niet weten, en van de behoefte aan heldere communicatie en zichtbaarheid van identiteit. Die criteria bieden een grondslag voor een inhoudelijke toets van het gebruik van verschillende mogelijke strategieën.

Vervolgens biedt het spreken over repertoire mogelijkheden om *competenties* van interculturele en interreligieuze geestelijke verzorging verder in beeld te brengen, te vergelijken en te ontwikkelen. Het ontwikkelen van een repertoire aan strategieën versterkt de hermeneutische competentie, doordat het verschillende ingangen tot verstaan en verschillende keuzes in het afstemmen van het handelen op de situatie mogelijk maakt. Het ontwikkelen van een dergelijk repertoire doet tevens recht aan de grote levensbeschouwelijke diversiteit waarvan aan het begin van deze bijdrage sprake is geweest. Het brede palet met alle kleurnuances vraagt om een hele waaier aan interactiemogelijkheden, juist omdat het niet gemakkelijk is om die diversiteit en de daarmee gegeven verschillen helder in beeld te krijgen. In het hermeneutisch lezen van overeenkomsten en verschillen in de concrete ontmoeting tussen geestelijk verzorger en een ander wordt rekening gehouden met de levensbeschouwelijke diversiteit in de samenleving. De drieslag van Lartey betekent dat iedere interculturele of interreligieuze ontmoeting gekenmerkt kan worden door de ervaring van onloochenbare overéénkomst én onherleidbaar verschil. Het alleen zoeken naar overeenkomst miskent

(neutraliseert) de verschillen. Het alleen benadrukken (of verabsoluteren van verschil) maakt interreligieuze en interculturele communicatie en wederkerigheid onmogelijk. Beide kunnen gewelddadig zijn (Lartey 2003). De (taal) macht van de professional en de macht van de veralgemenisering moet men hierbij niet onderschatten. Daarom is het niet wenselijk om overeenkomst en verschil essentialistisch op te vatten. Lartey spreekt van het *lijken* op allen, sommigen en niemand anders, als ik het Engelse ‘like’ hier zo mag vertalen. Een dergelijk ‘spreken in gelijkenissen’ komt overeen met het spreken over de mens als *beeld en gelijkenis* van God. Deze *gelijkenis-structuur* biedt de mogelijkheid om vergelijkingen te trekken zonder zaken te vereenzelvigen en om overeenkomsten te communiceren zonder verschillen te neutraliseren of verabsoluteren. De mogelijkheid van onherleidbaar verschil wordt daardoor gerespecteerd.

De omgang met verschillen, het herkennen, verkennen en erkennen ervan, is namelijk een kritische toets van interreligieuze en interculturele communicatie. Terwijl de geestelijk verzorgers in het onderzoek van Cadge & Sigalow (2013) ook hun verlegenheid met bepaalde situaties uitspreken, suggereert het onderzoek dat men eerder op overeenkomst en begrip gericht is, dat wil zeggen, op nabijheid en het tot stand brengen van een helpende relatie, dan op het herkennen en erkennen van (onherleidbare) verschillen. Ook de verschillen die vreemd blijven in de interactie en in de zorgrelatie, moeten in gastvrijheid verwelkomd worden, waar mogelijk verkend en waar nodig gerespecteerd. Die gastvrije rol is noodzakelijk wil men door de ander eveneens verwelkomd worden (Walton 2012b) als ‘intieme vreemdeling’ (Dykstra 2005, 123 e.v.) in de context van een zorginstelling. De vreemdeling, als gast in het leven van een ander, past een lerende houding.

Noten

- 1 Ik gebruik de termen ‘zingeving’ en ‘levensbeschouwing’ zoals in de beroepsstandaard van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGVZ): “Levensbeschouwing en zingeving liggen in elkaars verlengde. Samen omvatten zij verschillende aspecten van betekenisgeving en religieuze praktijken: formeel en informeel, passief en actief, gemeenschappelijk en individueel, procesmatig en inhoudelijk” (VGVZ 2015, 7).
- 2 Er is intussen een behoorlijk hoeveelheid literatuur verschenen. Bij wijze van voorbeeld verwijs ik naar De Bree & Veening 2012; Van Dartel & Manschot 2003; Van Dartel & Molewijk 2014.
- 3 De kwestie van beschikbaarheid speelde lange tijd een rol in de discussies in de beroepsgroep van de VGVZ rondom ambt. Vgl. Walton 2016.

Literatuur

- APC Webinar (2016),
 Interfaith Spiritual Care: How Do Chaplains Practice It? in: *APC Webinar Journal Club V*, February 8, 2016.
- Bernts, T. & J. Berghuijs (2016),
God in Nederland 1966-2015, Utrecht: Ten Have.
- Bree, M. de & E. Veening (2012),
Handleiding moreel beraad: praktische gids voor zorgprofessionals, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bregman, L. (2014),
The ecology of spirituality: meanings, virtues, and practices in a post-religious age, Waco: Baylor University Press.
- Cadge, W. (2010),
Paging God: religion in the halls of medicine, Chicago: University of Chicago Press.
- Cadge, W. & E. Sigalow (2013),
 Negotiating Religious Differences: Strategies of Interfaith Chaplains in Healthcare, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52 (1), 146-158.
- Dartel, H. van & H. Manschot (2003),
In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk, Meppel: Boom.
- Dartel, H. van & B. Molewijk (red.) (2014),
In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor moreel beraad, Amsterdam: Boom.
- Donne, J. (1972),
Complete poetry and selected prose, (edited by J. Hayward), London: The Nonesuch Press.
- Dykstra, R.C. (2005),
Images of Pastoral Care. Classic Reading, St. Louis: Chalice Press.
- Hart, Joep de (2013),
Zwevende gelovigen. Oude religie en nieuwe spiritualiteit, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Heijst, A. van (2011),
Ontferming voor Dummies. Zorgverhoudingen in een religieus verleden en een pluriform heden, (Oratie), Tilburg: TU.
- Kronjee, G. & M. Lampert (2006),
 Leefstijlen in zingeving, in: Donk, W.B.H.J. van den, G.J. Kronjee & R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 171-208.

- Lartey, E. (2003),
In Living Color. An Intercultural Approach to Pastoral Care & Counseling, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Liefbroer, A.I., E. Olsman, R. Ganzevoort & F.S. van Etten-Jamaludin (2017),
 Interfaith Spiritual Care, in: *Journal of Religious Health*, doi 10.1007/s10943-017-0369-1.
- Lutz, H., M.T. Herrera Vivar & L. Supik (eds.) (2011),
Framing intersectionality: debates on a multi-faceted concept in gender studies, Farnham: Ashgate.
- Pijnenburg, M.A.M. (2010),
Sources of care. Catholic healthcare in modern culture. An ethical study, Nijmegen.
- Schilderman, H. (2006),
 Religie en zorg in het publieke domein, in: Donk, W.B.H.J. van den, G.J. Kronjee & R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 395-415.
- Schipani, D., M. Walton & D. Lootens (2017),
Where are we? Pastoral Environments and Care for Migrants. Intercultural and Interreligious Perspectives, Indiana: Duley Press.
- Waaijman, C.J. (2010),
Spiritualiteit als theologie, (Afscheidsrede), Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- VGZ (2015),
 Beroepsstandaard geestelijk verzorger, <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/>, 17 juli 2017.
- Walton, M. (2012a),
 Assessing the Construction of Spirituality. Conceptualizing Spirituality in Health Care Settings, in: *Journal of Pastoral Care and Counseling*, 66 (3), 1-16.
- Walton, M. (2012b),
 The Welcoming Guest. Practices of mutual hospitality in chaplaincy, in: Louw, D., T. Ito, U. Elsdörfer (eds.), *Encounter in Pastoral Care and Spiritual Healing. Towards an integrative and intercultural approach*, (Series: Pastoral Care and Spiritual Healing), Berlin: Lit., 220 – 235.
- Walton, M. (2015),
 De eigen stem hoort men anders. Waarom de persoon van de geestelijk verzorger geen instrument is, in: *Psyche & Geloof*, 26 (4), 262-270.
- Walton, M. (2016),
 Ruimtelijke ordening. Het handwerk van interculturele & interreligieuze geestelijke verzorging, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19 (83), 49-52.

Religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in het leven en werk van geestelijk verzorgers

Joantine Berghuijs & Anke I. Liefbroer*

Summary

Spiritual caregivers often meet clients with another spiritual or religious orientation than their own, as they care for clients from a diversity of backgrounds and for clients who draw from multiple religious traditions. How do spiritual caregivers deal with religious diversity in their own lives? Do they themselves draw from more than one religious tradition? How do they function in a multireligious environment? Are they willing to provide interfaith spiritual care and do they see themselves as able to do so? What challenges do they see for the future? A survey was conducted among spiritual caregivers in healthcare settings, the military and penitentiary institutions in the Netherlands (n=208) to answer these questions. Implications of the results for the future of spiritual care are discussed.

Inleiding

Steeds minder Nederlanders zijn formeel verbonden aan een religieuze of levensbeschouwelijke traditie. Uit het onderzoek *God in Nederland 1966-2015* blijkt bijvoorbeeld dat, waar in 1966 67% lid was van een religieuze gemeenschap, dit percentage in 2015 gedaald is naar 32%. Het religieuze landschap wordt wel diverser: het gaat in 2015 om 25% kerkleden en 7% betrokkenen bij een andere dan christelijke religieuze gemeenschap. Bovendien voelt 24% van de bevolking zich verwant met meer dan één religie, en blijft religie, zeker op belangrijke levensmomenten, voor veel mensen een rol van betekenis spelen (Bernts & Berghuijs 2016).

Voor geestelijk verzorgers betekent dit dat zij vaak in contact komen met cliënten, patiënten en andere gesprekspartners die een andere religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie hebben dan zichzelf en/of met mensen die elementen uit verschillende religieuze tradities combineren in hun leven. Hoe

* Joantine Berghuijs is postdoc onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het gebied van *Multiple Religious Belonging*. Anke I. Liefbroer is promovenda op het gebied van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

gaan zij om met religieuze diversiteit in hun eigen leven en hoe verlenen zij geestelijke verzorging aan mensen met een andere religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie dan zijzelf hebben?

Twee onderzoeksprojecten aan de Faculteit der Godgeleerdheid van de Vrije Universiteit Amsterdam raken direct aan deze vragen: het onderzoek naar *Multiple Religious Belonging* (meervoudige religieuze betrokkenheid, kortweg MRB) en het onderzoek *Interfaith Spiritual Care* (interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging, kortweg IGV).² Op beide geven we een korte toelichting, waarna we de onderzoeksvragen voor dit artikel formuleren.

Multiple Religious Belonging

In onze westerse wereld, en zeker in gesecculariseerde landen, leiden culturele en religieuze diversiteit in combinatie met individualisering regelmatig tot ‘religieuze creativiteit’, waarbij mensen hun behoefte aan zingeving vervullen door uit bronnen van meerdere religieuze tradities te putten (Cornille 2002a). Internationaal hebben onderzoekers een nieuwe benadering van deze religieuze hybridisatie gevonden: zij kijken ernaar door de bril van wat is gaan heten *multiple religious belonging* (MRB). De discussie over MRB is in een stroomversnelling gekomen na de publicatie van twee verzamelbundels over het fenomeen (Cornille 2002b; Bernhardt & Schmidt-Leukel 2008).

Het combineren van verschillende religies is zeker geen marginaal verschijnsel. Het Pew Research Center (2009) publiceerde een rapport met de sprekende titel: *Many Americans mix multiple faiths*. In de *Religionsmonitor* is te zien dat 13% van de voormalige Oost-Duitsers en 26% van de voormalige West-Duitsers uit verschillende religieuze tradities put (Pollack & Müller 2013, 13). In ons land laat *God in Nederland 1996-2015* zien dat 24% zich verwant voelt met meer dan één religie (Bernts & Berghuijs 2016, 133). In de Oost-Aziatische wereld richt men zich afhankelijk van de levenssituatie en de behoefte tot één of meer religies om rituelen uit te voeren en om bescherming te vragen. Zo is op een bevolking van 126 miljoen Japanners het aantal aanhangers van shinto 100 miljoen en het aantal boeddhisten 95 miljoen. Dat betekent dat de meeste Japanners zich zowel als shinto-aanhanger als boeddhist zien (Van Bragt 2002).

Historici en antropologen beschouwen hybridisatie als deel van de dynamiek, kracht, rijkdom en aantrekkingskracht van een cultuur – en eigenlijk de normale gang van zaken (McGuire 2008). De huidige tijd onderscheidt zich echter van het verleden door de enorme variatie aan culturele keuzemogelijkheden, in combinatie met een wijdverbreid bewustzijn van die opties

en de relatieve vrijheid van individuen om ze te onderzoeken. Dat leidt vaak niet tot een eenduidige keuze:

What if we think of religion, at the individual level, as an ever-changing, multi-faceted, often messy – even contradictory – amalgam of beliefs and practices that are not necessarily those religious institutions consider important? (McGuire 2008, 4).

Uit recent onderzoek naar MRB aan de Vrije Universiteit (Berghuijs 2017) bleek dat tenminste 23% van de volwassen bevolking op uiteenlopende manieren betrokken is bij verschillende religieuze tradities.

Interfaith Spiritual Care

Voor zorgverleners zoals geestelijk verzorgers, maar ook artsen, psychologen en maatschappelijk werkers betekenen de geschetste ontwikkelingen dat zij vaak te maken krijgen met patiënten, cliënten of andere gesprekspartners (hierna aangeduid met ‘gesprekspartners’) die niet in een (eenduidige) religieuze of levensbeschouwelijke traditie te plaatsen zijn. Veelal wordt er van hen gevraagd dat zij aandacht hebben voor de zingeving van hun gesprekspartners, zoals bijvoorbeeld naar voren komt in het ZonMw-signalement over ‘Zingeving in zorg’ (ZonMw 2016).³ Een van de vragen die dit oproept is hoe existentiële thema’s besproken worden wanneer de zorgverlener en de zorgontvanger niet dezelfde religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie hebben. Hoe gaan zorgverleners in dat soort situaties om met religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit?

Als eerste stap binnen het onderzoek naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging is in kaart gebracht wat er op basis van empirisch onderzoek bekend is over hoe de zorgrelatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger eruitziet wanneer beiden een duidelijk andere religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie hebben (Liefbroer, Olsman, Ganzevoort & Van Etten-Jamaludin 2017). Opvallend was dat er nog nauwelijks onderzoek naar deze thematiek gedaan is: van de 22 empirische studies die via een systematische zoekactie in diverse databanken gevonden zijn, zijn de meeste in de Verenigde Staten of Canada uitgevoerd, gericht op de zorgsector en kwalitatief van aard. Drie studies (alle in de VS uitgevoerd) gebruikten een kwantitatieve methode om onder een relatief grote groep mensen zicht te krijgen op de rol van religieuze/levensbeschouwelijke diversiteit binnen de zorgrelatie. Meer onderzoek, en onderzoek in andere landen en contexten, is daarom van belang om meer

te weten te komen over hoe geestelijk verzorgers omgaan met religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit.

Vraagstelling

In samenspraak met de vertegenwoordiger van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) in de overleggroep rond het MRB-project (Carla van der Heijden) is het initiatief ontstaan om vanuit deze twee onderzoeksprojecten middels een enquête onder geestelijk verzorgers in Nederland de rol van religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in hun persoonlijk leven en in hun werk te onderzoeken. Doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in:

- a) de persoonlijke betrokkenheid van geestelijk verzorgers bij meer dan één religieuze traditie;
- b) de manier waarop geestelijk verzorgers omgaan met religieus en levensbeschouwelijk verschil tussen henzelf en hun gesprekspartners;
- c) de uitdagingen die geestelijk verzorgers zien met oog op diversiteit in hun werk en de ideeën die zij hebben met betrekking tot deskundigheidsbevordering op dit gebied.

Wij verwachten dat de resultaten van deze enquête zullen bijdragen aan verbeterde inzichten in de persoonlijke religiositeit en in de inzetbaarheid en werkwijze van geestelijk verzorgers. Ook kunnen de resultaten over uitdagingen en verbeterpunten voor de toekomst bijdragen aan kwaliteitsverbetering in de geestelijke verzorging.

Opzet van het onderzoek

Voor het in kaart brengen van meervoudige religieuze betrokkenheid onder geestelijk verzorgers is aangesloten bij de benaderingswijze van Berghuijs (2017). Dat onderzoek vormde een eerste poging om de omvang en complexiteit van MRB in meer detail in beeld te krijgen met behulp van een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. In het vervolg van dit artikel zal naar dat onderzoek verwezen worden als ‘het landelijke onderzoek’. Daarin wordt iemand als meervoudig religieus betrokken beschouwd als hij of zij elementen van verschillende religieuze tradities in zijn of haar leven combineert. De enquête bracht religieuze betrokkenheid via modaliteiten en per religieuze traditie in kaart. De modaliteiten van religieuze betrokkenheid waren affiniteit, overtuigingen, praktijken, ervaringen, ethiek, zelfidentificatie

(als aanhanger) en sociale participatie. Als ‘religieuze tradities’ werden de ‘wereldreligies’ – christendom, islam, jodendom, boeddhisme, hindoeïsme – als voorgegeven keuzemogelijkheden genomen, aangevuld met een door de respondent eventueel zelf te noemen ‘andere’ religieuze traditie.

Het eerste deel van de vragenlijst voor geestelijk verzorgers bevat een ingekorte versie van de vragen uit het landelijke onderzoek – ingekort, omdat daarna nog veel vragen rond het werk van geestelijk verzorgers volgden en de enquête anders te lang zou worden. Alleen praktijken, sociale participatie en zelfidentificatie als aanhanger van een religieuze traditie zijn geïnventariseerd. In het landelijk onderzoek zijn dit, naast affiniteit, de modaliteiten die als belangrijkste naar voren komen. Affiniteit hebben wij achterwege gelaten omdat we veronderstelden dat dit onder geestelijk verzorgers niet voldoende onderscheidend zou zijn. Daarnaast zijn er enkele open vragen toegevoegd over religieuze/levensbeschouwelijke verbondenheid. Het tweede deel bevat vragen over de werkwijze van de respondenten, hun ervaringen met gesprekspartners met verschillende religieuze/levensbeschouwelijke achtergronden, hun houding ten opzichte van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging en hun visie op deskundigheidsbevordering en uitdagingen voor de toekomst rond religieuze diversiteit.

Bij de opstelling van de vragenlijst hebben we feedback gevraagd aan de VGVZ en de Diensten Geestelijke Verzorging van de ministeries van Defensie en Justitie. Dit heeft op een aantal punten geleid tot aanvullende vragen en stellingen en tot herziening van de terminologie, zodat die beter aansluit op het werkveld.

De vragenlijst was online beschikbaar gedurende september en oktober 2016. Uitnodigingen zijn verstuurd via de VGVZ en de Diensten Geestelijke Verzorging van de ministeries van Defensie en Justitie aan circa 1100 ontvangers.⁴

Respons

275 mensen (een respons van ca 25%) zijn aan de vragenlijst begonnen. Alleen de 208 volledig ingevulde enquêteformulieren zijn meegenomen in de analyse, omdat de voor de analyse essentiële gegevens over denominatie en werkveld ontbraken bij onvolledige invulling. De meeste respondenten komen uit de zorgsector (80%). Het aandeel vanuit Justitie (11%) en Defensie (7%) is

laag, maar daar zijn ook veel minder mensen werkzaam dan in de zorgsector. 2% had op het moment van deelname geen aanstelling en 10% gaf een ander werkveld op, waaronder 'een eigen praktijk', en 'straatpastoraat'. Een klein aantal respondenten is in meerdere sectoren werkzaam, bijvoorbeeld in de zorg en bij Justitie (1%), of combineert een aanstelling in een van de sectoren met een ander werkveld (7%). Een meerderheid van de respondenten (59%) is vrouw. De gemiddelde leeftijd is 51 jaar, met een spreiding van 22 tot 70 jaar. De meeste deelnemers (88%) hebben een master en/of postdoctorale opleiding afgerond. Een klein deel (11%) heeft een HBO of bachelor WO afgerond en een enkeling (1%) iets anders. Bijna de helft van de respondenten (45%) heeft 10 tot 20 jaar ervaring als geestelijk verzorger, 15% werkt meer dan 20 jaar in het veld, 21% 5 tot 10 jaar, en 19% minder dan 5 jaar. De meeste deelnemers zijn gezonden vanuit een religieuze traditie: 36% protestants, 16% rooms-katholiek, 3% islamitisch, 3% boeddhistisch en 1% joods. Daarnaast is 15% gezonden door het Humanistisch Verbond, 19% niet formeel verbonden aan een zendende instantie en heeft 8% een bevoegdheidsverklaring vanuit de Raad voor Institutioneel-Niet-Gezonden Geestelijk Verzorgers (RING-GV). De RING-GV toetst de levensbeschouwelijke competentie van alle geestelijk verzorgers die geen zending van een kerk of levensbeschouwelijk genootschap hebben.

Deze steekproef (waarvan 83% VGVZ-leden) komt qua leeftijd, geslacht en denominatie grotendeels overeen met de kenmerken van de totale groep VGVZ-leden. Alleen respondenten met een rooms-katholieke zending en met een bevoegdheidsverklaring van de RING-GV zijn enigszins ondervertegenwoordigd.⁵

Resultaten

Dit artikel belicht een deel van de resultaten. Het uitgebreide onderzoeksrapport inclusief de complete vragenlijst is via de website van de VGVZ te downloaden (www.vgvz.nl). Twee artikelen over deze materie zijn in september 2017 verschenen in het *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* (Berghuijs & Liefbroer 2017; Liefbroer & Berghuijs 2017). Een journalistieke beschrijving van de enquêteresultaten is te vinden in de glossy *MiX* (Kalsky & Van der Braak 2017) en een Engelstalig artikel zal verschijnen in een internationaal tijdschrift (Liefbroer & Berghuijs). In 2018 verschijnt een Nederlandstalige monografie van Joantine Berghuijs over meervoudige religiositeit, waarin een hoofdstuk aan deze materie gewijd zal zijn.

Tenzij anders aangegeven, zijn de resultaten gebaseerd op multiple-choice vragen. In de meeste gevallen waar scores per denominatie worden uitgesplitst, zijn er significante verschillen tussen de denominaties bij $p < ,05$. In sommige gevallen kon alleen zinvol op significantie getoetst worden wanneer we numeriek kleine groepen combineerden, namelijk de islamitische ($n=6$), joodse ($n=3$) en boeddhistische ($n=7$) gezonden als 'kleine zendende instanties' en degenen met een bevoegdheidsverklaring van de RING-GV ($n=13$) en de respondenten zonder zending ($n=39$) als 'ongebondenen'.

Religieuze/levensbeschouwelijke opvoeding

Het overgrote deel (84%) van de respondenten is christelijk opgevoed. Dat geldt niet alleen voor respondenten met een katholieke of protestantse zending, maar ook voor de meeste geestelijk verzorgers met een boeddhistische en humanistische zending, een bevoegdheidsverklaring van de RING-GV en respondenten zonder zending. Respondenten met een islamitische of joodse zending hebben in de meeste gevallen een joodse respectievelijk islamitische opvoeding gehad. Een minderheid van 10% ($n=21$, van wie 9 humanisten) geeft aan in geen enkele religieuze/levensbeschouwelijke traditie te zijn opgevoed. Een klein aantal respondenten stelt in meerdere religieuze/levensbeschouwelijke tradities te zijn opgevoed (3%, $n=6$). Daarbij gaat het in vijf gevallen om een christelijk-joodse, en in één geval om een christelijk-boeddhistische opvoeding.

Betrokkenheid bij religieuze tradities

Met de stelling 'Religie/levensbeschouwing is naar mijn idee vooral een persoonlijke zoektocht, waarbij je elementen uit verschillende religieuze tradities kunt combineren in je leven' is 72% het eens. Landelijk stemt 48% hiermee in. De instemming is zeer laag onder de joodse (0%) en islamitische (17%) geestelijk verzorgers. Voor de overige groepen lopen de percentages van respondenten die instemden met deze stelling uiteen van 57% bij de protestantse tot 97% bij de humanistische geestelijk verzorgers. Instemming met de stelling dat je 'kunt combineren' wil echter nog niet zeggen dat iemand dat zelf ook doet. Een eerste manier om te bepalen of respondenten meervoudig religieus zijn, is door het ze rechtstreeks te vragen. Instemming met de stelling 'Ik combineer elementen uit verschillende religieuze/levensbeschouwelijke tradities in mijn leven' is er bij 74%. Degenen die instemden konden vervolgens aangeven welke tradities zij combineren, waarbij gekozen kon worden uit christendom, islam, jodendom, boeddhisme, hindoeïsme en humanisme als voorgewezen keuzemogelijkheden, aangevuld met de mogelijkheid om zelf

een ‘andere’ traditie te noemen. Bij de berekeningen rond meervoudige religieuze betrokkenheid laten we het humanisme echter buiten beschouwing, en richten we ons uitsluitend op de religieuze tradities. We doen dit in navolging van het landelijke onderzoek. Het feit dat humanisme, in tegenstelling tot het landelijke onderzoek, wel een antwoordmogelijkheid bij diverse enquêtevragen was, geeft ons de mogelijkheid om te laten zien hoe vaak een humanistische oriëntatie gecombineerd wordt met een religieuze. Dat was voor 56% van de respondenten het geval.

In totaal heeft 63% twee of meer religieuze stromingen aangekruist. We noemen ze ‘combineerders’. De daarbij voorkomende combinaties staan weer gegeven in tabel 1.

Tabel 1. Combineren van elementen van verschillende religieuze tradities onder geestelijk verzorgers via de rechtstreekse vraag, in percentages van de gehele steekproef (n=208).

	islam	jodendom	boeddhisme	hindoeïsme	anders*
christendom	10	38	47	13	6
islam		7	9	5	1
jodendom			24	9	3
boeddhisme				13	4
hindoeïsme					2

* De door de respondenten zelf gegeven specificaties van ‘anders’ zijn opgeschoond: d.w.z. voor christelijke stromingen (die dan bij christendom geteld zijn) en zaken die in deze enquête niet als religieuze stroming geteld worden (‘wetenschap’, ‘atheïsme’ etc.).

Dat de getallen in de tabel opgeteld tot een veel hoger percentage (zelfs boven de 100) uitkomen, komt doordat een aantal mensen meer dan twee religies heeft aangekruist. Drie aangekruiste religies leidt bijvoorbeeld tot drie combinaties, en vier religies tot zes combinaties. Het percentage combineerders (63%) is zeer hoog ten opzichte van het landelijke onderzoek (17%). Net als in dat landelijke beeld komt de combinatie van christendom en boeddhisme het meest voor. De tweede meest voorkomende combinatie is die tussen christendom en jodendom. Men kan zich in het laatste geval afvragen of hier werkelijk sprake is van meervoudig religieus zijn, of dat het vooral gaat om erkenning van de inherente verwantschap tussen christendom en jodendom.

Een meerderheid van de geestelijk verzorgers bij elke denominatie is combineerder, met uitzondering van respondenten met een joodse (0%) en

islamitische zending (17%). De percentages per denominatie zijn: RING-GV 85%, boeddhistisch 71%, zonder zending 69%, rooms-katholiek 67%, humanistisch 66%, en protestants 59%.

De tweede manier om te bepalen of respondenten elementen uit meerdere religieuze tradities combineren, loopt via de meer gedetailleerde vragen rond modaliteiten van religieuze betrokkenheid. Gevraagd werd naar beoefenen van praktijken, sociale participatie (aan de hand van deelname aan bijeenkomsten of vieringen, deelname aan netwerken of discussiegroepen en lidmaatschap van een gemeenschap) en zelfidentificatie als aanhanger van een of meer tradities. Aan de hand van de antwoorden hebben we het percentage MRB'ers berekend, dat wil zeggen diegenen die via één of meer modaliteiten betrokken zijn bij meer dan één religieuze traditie. Het kan daarbij meerdere religies binnen één modaliteit betreffen, bijvoorbeeld in het geval dat iemand praktijken beoefent uit twee verschillende religieuze tradities. Het kan ook gaan om een combinatie van elementen van verschillende modaliteiten, zoals zelfidentificatie als boeddhist en beoefening van hindoeïsmepraktijken.

De combinaties van religies die uit de antwoorden volgen, staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2. Meervoudige religieuze betrokkenheid (MRB) onder geestelijk verzorgers via de modaliteiten van religieuze betrokkenheid, in percentages van de gehele steekproef (n=208).

	islam	jodendom	boeddhisme	hindoeïsme	anders*
christendom	2	7	16	2	2
islam		1	1	1	0
jodendom			3	1	1
boeddhisme				2	2
hindoeïsme					0

* 'anders' opnieuw opgeschoond, zoals bij tabel 1.

In totaal is 22% MRB'er. Dat is nagenoeg gelijk aan het percentage in de Nederlandse bevolking, gevonden in het landelijke onderzoek (23%), maar daar zijn ook de modaliteiten affiniteit, geloof, ervaring en ethische aspecten meegenomen. Dat maakt de kans om als MRB'er geclassificeerd te worden groter. Het verschil tussen de percentages combineerders (63%) en MRB'ers

(22%) is zeer groot vergeleken met het landelijk gemiddelde (17% respectievelijk 23%). Dit grote verschil doet vermoeden dat de combineerders op andere dan de door ons geïnventariseerde manieren elementen uit meerdere religies combineren. Zouden we de inventarisatie van de modaliteiten uitgebreider hebben gedaan, dan zou het percentage MRB'ers naar verwachting veel hoger zijn uitgevallen en ruim boven het landelijk gemiddelde hebben gelegen. In het geval van geestelijk verzorgers blijken de MRB'ers vrijwel een subgroep van de combineerders te zijn, want 93% van de MRB'ers is ook combineerder. Hieruit kunnen we concluderen dat veel geestelijk verzorgers elementen uit meerdere religies combineren, ook als ze zelf niet sociaal participeren in meerdere religieuze gemeenschappen, praktijken uit meerdere religies beoefenen en/of zich als aanhanger van meerdere religies identificeren. Ook als het om MRB gaat komt de combinatie christendom-boeddhisme het vaakst voor (16%), gevolgd door de combinatie christendom-jodendom (7%).

Onder de islamitische en joodse geestelijk verzorgers bevinden zich geen MRB'ers. Bij de overige denominaties is het percentage MRB'ers: RING-GV 46%, zonder zending 33%, rooms-katholiek 24%, protestants 17%, humanistisch 16%, boeddhistisch 14%.

Thuis voelen en trouw zijn

Om zicht te krijgen op hoe geestelijk verzorgers zich verhouden tot of verbonden weten met het religieuze/levensbeschouwelijke in brede zin, stelden we twee open vragen. Als eerste: 'Bij wie of wat voelt u zich in religieus/levensbeschouwelijk opzicht thuis?' Een aantal soorten antwoorden op deze vraag blijkt herhaaldelijk voor te komen. Een grote meerderheid (71%) geeft aan zich thuis te voelen bij zijn of haar kerk, gemeente c.q. het Humanistisch Verbond, of een bij naam genoemde religieuze of levensbeschouwelijke traditie of geloof (we duiden dit samen kortweg aan met 'traditie'). Daarnaast voelt 20% zich thuis bij 'mensen', waarmee we de aanduiding van groepen mensen bedoelen zoals: "mijn medemensen", "kritische mensen", "open mensen", "twijfelende mensen", "cliënten", "mensen die de weg van Jezus Christus willen volgen". Door 5% worden specifieke filosofische, theologische, of spirituele leiders of auteurs genoemd, zoals "Etty Hillesum", "Dietrich Bonhoeffer", "Karl Barth", "Martin Buber", "mijn spirituele begeleider", "De Profeet", "Jezus". We duiden deze categorie aan als 'wegwijzers'. Verder noemde 1% 'God' (God of Allah), en 1% 'mezelf'.

De tweede open vraag luidde: 'Aan wie of wat bent u in religieus/levensbeschouwelijk opzicht trouw?' De bovengenoemde antwoordcategorieën

komen ook hier voor, maar in andere verhoudingen en aangevuld met een categorie ‘waarden’: (soms specifiek genoemde) normen en waarden, of het geweten. Voorbeelden zijn “barmhartigheid en rechtvaardigheid”; “mijn eigen normen en waarden en die bleken later in mijn leven overeen te komen met die van het humanisme”; “de liefde”; “bijbelse oproep zorg voor mezelf en naaste in verbondenheid met de eenheid”; “innerlijke stem”; “liefde, mededogen, waarheid”; “rechtvaardigheid, duurzaamheid, verbondenheid”. Opnieuw komen antwoorden in de categorie ‘traditie’ het vaakst voor (42%). Daarna volgen ‘wegwijzers’ (16%), ‘God’ (13%), ‘mezelf’ (12%), ‘waarden’ (12%), en ‘mensen’ (6%). Het meest opvallende verschil tussen de denominaties is de relatief hoge score op ‘mezelf’ (44%) bij de humanistisch raadslieden, waar de overige groepen uiteenlopen van 0% bij degenen met een islamitische en joodse zending tot 14% bij de boeddhistisch geestelijk verzorgers.

Contacten en gespreksonderwerpen

Aan de respondenten is gevraagd om per religieuze of levensbeschouwelijke groep gesprekspartners⁶ aan te geven hoeveel contact zij met deze gesprekspartners hebben. Uit de reacties blijkt dat respondenten gemiddeld het meeste individuele contact hebben met gesprekspartners die geen blijik geven van een expliciet religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie en met gesprekspartners met een christelijke oriëntatie. Met gesprekspartners met een islamitische, boeddhistische, hindoeïstische en joodse oriëntatie komen respondenten op het geheel gezien weinig in contact. Met de groep MRB'ers komt men daarentegen veel in contact: in totaal stelt 47% ‘vrijwel altijd’, ‘vaak’ of ‘regelmatig’ in individuele contacten in aanraking te komen met mensen die zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie. Respondenten die zelf MRB'er zijn komen significant vaker ($p < ,05$) met deze groep in aanraking dan andere respondenten. De bevinding dat 47% tenminste regelmatig met MRB'ers in aanraking komt, laat zien dat geestelijk verzorgers zeker met deze groep – die 17-23% van de Nederlandse bevolking beslaat (Berghuijs 2017) – bekend zijn. Bijna de helft van de respondenten (46%) is het dan ook oneens is met de stelling ‘Meervoudige religiositeit blijkt vaak pas na meerdere contacten met de betreffende persoon’.

Verder is gevraagd waarvan het afhangt of een individueel contact tot stand komt. Meer algemene of pragmatische factoren – zoals wie er beschikbaar is, of men elkaar eerder heeft ontmoet en of er een persoonlijke klik is met de gesprekspartner – blijken volgens de respondenten veelal bepalender te zijn voor de totstandkoming van individueel contact dan de religieuze of

levensbeschouwelijke oriëntatie van de geestelijk verzorger. Als het gaat om gespreksonderwerpen blijkt dat het thema relaties het vaakst ter sprake komt, gevolgd door zingevingsthematiek (niet specifiek religieus) en psychische problematiek. Praktische zaken komen iets minder vaak, maar nog steeds regelmatig, aan de orde. Bij verschillende groepen gesprekspartners wordt de thematiek door respondenten verschillend ingeschat. Zo komt religieuze zingevingsthematiek bijvoorbeeld het vaakst naar voren in gesprek met ‘mensen met een religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie die duidelijk gerelateerd is aan een van de wereldreligies of het humanisme’, gevolgd door ‘mensen die laten zien dat ze zich laten inspireren door meerdere religies’. In gesprek met ‘mensen die geen blijk geven van een expliciete religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie’ komt daarentegen vaker zingevingsproblematiek die niet specifiek religieus is ter sprake.

Inschatting behoefte aan geestelijke verzorging

Aan de respondenten is gevraagd om per religieuze of levensbeschouwelijke groep gesprekspartners een inschatting te geven van de behoefte aan geestelijke verzorging. Bijna de helft van de geestelijk verzorgers vindt ‘Weet niet’ aan als het gaat over de behoefte aan geestelijke verzorging onder mensen met een joodse, boeddhistische en hindoeïstische oriëntatie. Mogelijk komt dit doordat zij met deze groepen – zoals bleek uit de eerdere vraag over contacten – relatief weinig in contact komen. De antwoorden van degene die ‘Weet niet’ of ‘n.v.t.’ hebben aangevinkt, zijn in tabel 3 buiten beschouwing gelaten.

Gemiddeld wordt de behoefte aan geestelijke verzorging onder christenen en moslims het grootst ingeschat. De behoefte onder mensen die geen blijk geven van een expliciet religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie en humanisten schat men het kleinst in. De behoefte aan geestelijke verzorging onder mensen die zich door meer dan één religieuze traditie laten inspireren, alsook onder joden, boeddhisten en hindoes, zit tussen deze uitersten in. De verschillen tussen deze gemiddelden zijn soms significant, maar niet altijd. Zo verschillen de gemiddelden van ingeschatte behoeften bij christenen en moslims bijvoorbeeld niet van elkaar, maar die van christenen en ‘mensen die laten zien dat ze zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie’ wel ($p < ,01$). Er is geen significant verschil tussen geestelijk verzorgers die zelf MRB’er of combineerder zijn en zij die dit niet zijn als het gaat om de inschatting van de behoefte aan geestelijke verzorging bij mensen die zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie.

Tabel 3. Overzicht van reacties op de vraag ‘Hoe groot is de behoefte aan geestelijke verzorging gemiddeld bij:’, gecorrigeerd voor ‘weet niet’ en ‘n.v.t.’, gerangschikt naar gemiddelden.

	gemiddelde (1=klein; 2=gemiddeld; 3=groot)	standaarddeviatie	n
christenen	2,38	,56	189
moslims	2,37	,66	134
mensen die laten zien dat ze zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie	2,23	,55	151
joden	2,20	,60	83
hindoes	2,17	,59	89
boeddhisten	2,10	,54	91
humanisten	2,06	,57	143
mensen die geen blijk geven van een expliciet religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie	2,04	,63	185

Willen en kunnen verlenen van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging

Aan de respondenten is gevraagd: ‘Wilt u geestelijke zorg verlenen aan mensen met een duidelijk andere religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie dan uzelf hebt?’ en ‘Acht u zichzelf in staat om geestelijke zorg te verlenen aan mensen met een duidelijk andere religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie dan uzelf hebt?’ Op de eerste vraag antwoordt 59% ‘Ja’ en 37% ‘Ja, maar er zijn uitzonderingsgevallen denkbaar’; op de tweede vraag 35% ‘Ja’ en 60% ‘Ja, maar er zijn uitzonderingsgevallen denkbaar’. Dit suggereert dat bijna iedereen (opgeteld 96%) IGV wil verlenen en bijna iedereen (opgeteld 95%) zichzelf hiertoe in staat acht. Slechts een enkeling geeft aan dit niet (1%) of slechts in uitzonderingsgevallen (3%) te willen en 5% acht zich hier alleen in uitzonderingsgevallen toe in staat.⁷

Inschatting voorkeur en waardering van gesprekspartners

In hoeverre hechten gesprekspartners er belang aan dat de geestelijk verzorger qua religie of levensbeschouwing dezelfde oriëntatie heeft, en in hoeverre waarderen zij deze geestelijke verzorging? De resultaten geven hierover geen eenduidig beeld. Ruim de helft van de respondenten denkt dat moslims en christenen het liefst een geestelijk verzorger hebben met dezelfde oriëntatie.

Tegelijkertijd zien we dat een grote groep respondenten (42%) denkt dat het christelijke gesprekspartners niet uitmaakt wat de religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie van de geestelijk verzorger is; dit laatste zien we niet terug bij de inschatting over islamitische gesprekspartners. Volgens de meeste respondenten maakt het mensen die geen blijk geven van een expliciet religieuze of levensbeschouwelijke overtuiging en mensen die laten zien dat ze zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie niet uit wat de oriëntatie van de geestelijk verzorger is. De gedachten over humanisten lopen sterk uiteen: een derde van de respondenten denkt dat zij graag iemand met dezelfde overtuiging willen, 40% denkt dat het humanisten niet uitmaakt en de rest (26%) weet het niet. Als het gaat om joodse, boeddhistische en hindoeïstische gesprekspartners weet ruim de helft van de respondenten niet waar de voorkeur van deze groepen naar uitgaat.

Ook is aan geestelijk verzorgers gevraagd naar hun inschatting van de waardering voor hun werk door verschillende groepen gesprekspartners (zie tabel 4).

Tabel 4. Overzicht van reacties op de vraag ‘Wat is uw indruk van de waardering voor uw werk vanuit de verschillende groepen?’, gerangschikt naar gemiddelden.*

	gemiddelde (1=zeer negatief; 5=zeer positief)	standaarddeviatie	n
mensen met eenzelfde religieuze/ levensbeschouwelijke oriëntatie als u zelf hebt	4,34	,51	205
mensen die blijk geven zich te laten inspireren door meer dan één religieuze traditie	4,10	,48	186
mensen die geen blijk geven van een expliciete religieuze/ levensbeschouwelijke oriëntatie	4,07	,50	201
mensen met een duidelijk andere religieuze /levensbeschouwelijke oriëntatie dan u zelf hebt	3,95	,55	201

* Respondenten die ‘n.v.t.’ of ‘weet niet’ hebben aangevinkt, zijn buiten deze berekening gelaten.

Volgens de respondenten waarderen mensen die geen blijk geven van een expliciet religieuze of levensbeschouwelijke traditie de geestelijke verzorging ongeveer evenveel als mensen die laten zien dat zij zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie. Tegelijkertijd hebben respondenten gemiddeld de indruk dat gesprekspartners met eenzelfde achtergrond als zichzelf de

geestelijke verzorging meer waarderen dan gesprekspartners met een duidelijk andere achtergrond. Dit verschil is significant bij $p < ,05$.

Met het oog op de toekomst

Hoe zou geestelijke verzorging voor een diverse groep gesprekspartners er in de toekomst uit kunnen zien? Allereerst is gevraagd naar mogelijke verbeterpunten qua toerusting voor geestelijk verzorgers met het oog op religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit (zie tabel 5).

Tabel 5. Overzicht van de reacties op de vraag ‘Wat zou geestelijk verzorgers en aankomend geestelijk verzorgers kunnen helpen om de kwaliteit van hun werk te verhogen als het gaat om contacten met mensen die een duidelijk andere religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie dan zij zelf hebben en aan mensen met een meervoudige religieuze oriëntatie?’, gerangschikt en in gemiddelden (n=208).

	gemiddelde (1=zeker niet zinvol; 5=zeker zinvol)	standaarddeviatie
meer aandacht in de opleiding voor andere religies/levensbeschouwingen dan die waar je zelf bij hoort	4,20	,78
scholing, oefening en vorming in de eigen spiritualiteit/levensbeschouwing met het oog op de professionele inzet daarvan	4,18	,80
meer aandacht in de opleiding voor meervoudige religiositeit	4,02	,87
bijscholingscursussen over andere religies/levensbeschouwingen dan die waar je zelf bij hoort	3,99	,83
bijscholingscursussen over meervoudige religiositeit	3,85	,87
training/intervisiegroepen rond andere religies/levensbeschouwingen dan die waar je zelf bij hoort	3,73	,93
training/intervisiegroepen rond meervoudige religiositeit	3,73	,93

Alle genoemde opties worden gemiddeld tenminste enigszins zinvol geacht. ‘Meer aandacht in de opleiding voor andere religies en levensbeschouwingen dan die waar je zelf bij hoort’ en ‘Scholing, oefening en vorming in de eigen spiritualiteit/levensbeschouwing met het oog op de professionele inzet daarvan’ zijn volgens de respondenten het meest zinvol. Over bijscholingscursussen en trainingen/intervisiegroepen zijn de respondenten naar verhouding

significant (bij $p < ,05$) minder enthousiast dan over extra aandacht in de opleiding. Respondenten die zelf combineerder zijn, scoren alleen significant hoger ($p < ,05$) in hun voorkeur voor ‘meer aandacht in de opleiding voor meer-voudige religiositeit’ dan degenen die geen combineerder zijn. Op geen van de opties verschillen respondenten die MRB’er zijn van respondenten die dat niet zijn.

Vervolgens is de open vraag gesteld: ‘Wat zijn naar uw mening de belangrijkste uitdagingen in de komende tijd voor de geestelijke verzorging in uw organisatie, als het gaat om religieuze/levensbeschouwelijke diversiteit?’ De antwoorden zijn zeer uiteenlopend, zoals van “Het blijven oefenen in oprechte aandacht” en “Profilering” tot “Non issue” en “Taalbarriere”.⁸ Toch is er een aantal thema’s dat herhaaldelijk wordt genoemd, waarvan we een zestal hier bespreken. Ze hebben te maken met de organisatie, de diversiteit aan gesprekspartners, en de eigen religieuze/levensbeschouwelijke basis van de geestelijk verzorger.

Wat opvalt aan de eerste drie thema’s is dat zij niet direct een antwoord bevatten op de vraag naar uitdagingen met oog op religieuze of levensbeschouwelijke diversiteit, maar eerder een antwoord geven op de bredere vraag naar uitdagingen voor de geestelijke verzorging. Zo gaat het eerste thema over de positie van de geestelijk verzorger binnen de organisatie waarin hij of zij werkzaam is. Uitspraken als “De belangrijkste uitdaging is dat er genoeg uren g.v. blijven bestaan, zodat ik/we er voor een ieder die ons nodig heeft, er kunnen blijven zijn”, “Integratie van de geestelijke verzorging in de organisatie” en “(...) de rol en het belang van geestelijke verzorging over het voetlicht brengen bij collega’s en managers” komen herhaaldelijk voor.

Iets soortgelijks zien we bij het tweede thema, dat uitspraken omvat die gaan over de wijze waarop geestelijke verzorging (in brede zin) wordt vormgegeven en gezien. Het belang van de ander – de gesprekspartner – wordt door velen als focus genoemd: “Het blijft gaan om die ander” en “De grootste uitdaging is m.i. het “peilen” van de geestelijke nood van de ander. Op welke manier kun je passende geestelijke zorg aanbieden? (...)”. Daarbij wordt door sommigen gewezen op de uitdaging zichtbaar te maken dat geestelijke verzorging breder is dan religie of traditionele godsdiensten: “Duidelijk maken dat zingeving/levensbeschouwing/spiritualiteit niet enkel gebonden zijn aan de traditionele godsdiensten” en “Het beeld ‘je kunt alleen bij de geestelijk verzorger aankloppen als je zelf religieus bent’ is ondanks alle voorlichting heel hardnekkig”. Soms vraagt het afstemmen van geestelijke verzorging

op een diverse en veelal gesecculariseerde doelgroep om concrete (nieuwe) taal en rituelen: “de omvorming van levensbeschouwelijke oriëntering naar zingeving. Dus meer een taal voor iedereen in een gesecculariseerde wereld” en “vertalen van en vormgeven aan de traditie (teksten, rituelen) zodat deze bruikbaar is voor degene die geen vaste voet hebben in deze traditie maar er wel een connectie mee hebben” zijn hier voorbeelden van.

Een derde thema gaat over de uitdaging om religie en levensbeschouwing onder de aandacht van andere professies dan de geestelijke verzorging te brengen. Voorbeelden hiervan zijn “medewerkers die geen affiniteit hebben met religie alert te maken op hoe om te gaan met religie” en “Een belangrijke uitdaging voor mij is dat andere collega’s, (niet de geestelijk verzorger collega’s), inzicht krijgen in het feit dat er religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit bestaat. Ik merk dat velen om mij heen weinig idee hebben wat spiritualiteit en zingeving is, laat staan dat het zoveel kleurig kan zijn”.

Daarnaast is er een drietal thema’s dat directer betrekking heeft op uitdagingen met oog op religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit. Zo is een vierde thema aandacht voor geestelijke verzorging aan specifieke religieuze of levensbeschouwelijke groepen. Sommigen spreken over het belang van geestelijke verzorging aan moslims: “Met name gv aan Moslims. Want met enige regelmaat zien we hen in onze instelling. (...)”, “Zorgverlening aan mensen met een islamitische achtergrond” en “Hoewel het nog nauwelijks voorkomt, voorzie ik wel, dat er meer moslimcliënten zullen komen. (...)”. Anderen richten zich in hun antwoord op de groep zonder expliciete levensovertuiging: “Vooral om de groep niet (expliciet) religieus te bereiken”. en “het er ook zijn voor mensen die niet zo duidelijk een bepaalde religie of levensoriëntatie aanhangen, maar dit mogelijk wel vanuit hun jeugd hebben gehad”. Weer anderen focussen op de gehele groep gesprekspartners, inclusief diegenen met een duidelijk andere overtuiging dan zichzelf: “Hoe je vanuit een eigen, pluriforme identiteit open kan staan voor mensen van welke overtuiging dan ook en dat expliciet laat blijken” en “Interesse en aandacht hebben voor andersgelovigen, in gesprek blijven (...)”.

Een vijfde thema betreft uitdagingen met oog op het bestaansrecht van denominaties, waarover uiteenlopende visies de revue passeren. Zo schrijft iemand: “De verzuiling doorbreken”, terwijl anderen opmerken: “ik wil met mijn eigen denominatie blijven werken”, “Behoud van de Joodse identiteit van onze instelling” en “ervoor te zorgen dat de eigen humanistische levensbeschouwing, onze identiteit, niet verloren gaat”.

Een laatste, hieraan verwant thema omvat uitspraken die betrekking hebben op het werken vanuit een stevige basis, zoals “(...) Belangrijk is

het voeden van je eigen bron. Niet om dat gelijk over te brengen, maar om gegrond te zijn, een stevige basis om dit werk te kunnen blijven doen. (...)”, “(...) Tegelijkertijd is het nodig goed zelf te wortelen in een traditie om daadwerkelijke hulp te kunnen verlenen. (...)” en “Trouw blijven aan de eigen bronnen. Professionaliteit bevorderen zonder de eigen levensbeschouwelijke wortels te verloochenen. (...)”.

Conclusies en discussie

Geestelijk verzorgers in Nederland krijgen in hun werk veel te maken met religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit. Met een enquête onder geestelijk verzorgers onderzochten wij hoe zij hier persoonlijk en professioneel mee omgaan.

Wat betreft de persoonlijke kant blijkt dat geestelijk verzorgers over het algemeen een zeer ‘religieus flexibele’ instelling hebben, wat bijvoorbeeld blijkt uit een hoge instemming (72%) met de stelling ‘Religie/levensbeschouwing is naar mijn idee vooral een persoonlijke zoektocht, waarbij je elementen uit verschillende religieuze tradities kunt combineren in je leven’. Ook stelt 63% van hen zelf elementen uit verschillende religieuze tradities in hun leven te combineren en is 22% actief betrokken bij meerdere religieuze tradities. Respondenten met een bevoegdheid van de RING-GV en de geestelijk verzorgers zonder zending komen in dit onderzoek naar voren als het meest geneigd tot meervoudige religiositeit, terwijl respondenten met een joodse en islamitische zending daar geen blijk van geven. Het geringe aantal deelnemers uit deze twee laatstgenoemde richtingen noopt echter tot voorzichtigheid met betrekking tot deze bevindingen.

Met betrekking tot het werk van geestelijk verzorgers blijkt allereerst dat respondenten met een variatie aan gesprekspartners in aanraking komen. Gesprekspartners ‘zonder een expliciete religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie’ en christenen worden daarbij het meest gezien, gevolgd door gesprekspartners die zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie. Bijna alle respondenten (96%) geven aan bereid te zijn zorg te verlenen aan gesprekspartners met een andere levensbeschouwelijke oriëntatie dan die van henzelf, en nagenoeg iedereen (95%) acht zich daartoe in staat. Tegelijkertijd valt op dat sommige groepen gesprekspartners, met name moslims en christenen, volgens veel respondenten wel degelijk een voorkeur hebben voor een geestelijk verzorger met eenzelfde religieuze of levensbeschouwelijke

oriëntatie als zichzelf. Ook hebben respondenten gemiddeld de indruk dat gesprekspartners met eenzelfde achtergrond als zichzelf hun werk meer waarderen dan gesprekspartners met een andere achtergrond. Met andere woorden, hoewel bijna alle respondenten interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging (IGV) zeggen te willen en kunnen verlenen, denken zij tegelijkertijd dat gesprekspartners meer waardering hebben voor en (sommigen) een voorkeur geven aan zorg door iemand van dezelfde oriëntatie.

De resultaten roepen allerlei vragen en discussiepunten op. In hoeverre is het voor het professioneel functioneren van geestelijk verzorgers wenselijk als zij een religieus flexibele en/of meervoudig religieuze instelling hebben? Met name geldt deze vraag voor degenen die in hun werk met een religieus en levensbeschouwelijk diverse groep gesprekspartners in aanraking komen. Het is een vraag die niet aan ons als onderzoekers is om te beantwoorden, maar aan de beroepsgroep en aan elk van de zendende instanties. Waar nader onderzoek naar gedaan kan worden is de vraag in hoeverre persoonlijke (al dan niet meervoudige) religiositeit invloed heeft op de wijze waarop iemand zorg verleent aan zijn of haar gesprekspartners. In dat kader zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden wat de invloed is van het persoonlijke ‘zich thuis voelen bij’ en ‘trouw zijn aan de eigen ‘traditie’ op de wijze waarop iemand geestelijke verzorging verleent aan gesprekspartners met een andere religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie. Kan de binding aan de eigen traditie belemmerend werken, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van rituelen uit een andere religie? En hoe is dat bij mensen die zich primair thuis voelen bij en/of trouw zijn aan ‘God’, ‘mensen’, of ‘waarden’?

Een tweede discussiepunt betreft het willen en kunnen verlenen van IGV: hoe ziet deze zorg eruit? Welke vaardigheden of strategieën zetten respondenten in als zij zorg verlenen aan gesprekspartners met een duidelijke andere oriëntatie dan zichzelf? Door Cadge en Sigalow (2013) worden bijvoorbeeld een aantal strategieën onderscheiden die geestelijk verzorgers inzetten in de omgang met gesprekspartners met een andere religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie dan zichzelf, onder andere ‘neutralizing’, waarin geestelijk verzorgers een taal gebruiken die de overeenkomsten in plaats van de verschillen tussen de eigen oriëntatie en de oriëntatie van de gesprekspartner benadrukt, en ‘code-switching’, waarin geestelijk verzorgers de taal, symbolen en praktijken van de gesprekspartner hanteren. In hoeverre worden deze strategieën door geestelijk verzorgers in Nederland gehanteerd? Ook raken de reacties van de respondenten aan de vraag naar de rol van de religi-

euze of levensbeschouwelijke oriëntatie van de geestelijk verzorger in brede zin: in hoeverre doet deze ertoe voor het verlenen van geestelijke verzorging? Als, zoals we zagen, de totstandkoming van contacten sterker afhangt van iemands beschikbaarheid of het hebben van een persoonlijke klik dan van iemands religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie, en als bijna alle geestelijk verzorgers zorg kunnen en willen verlenen aan gesprekspartners met een duidelijk andere achtergrond dan zichzelf, is hun religieuze of levensbeschouwelijke oriëntatie dan nog van belang voor de zorgverlening, en zo ja, op welke wijze? Een mogelijkheid is dat deze oriëntatie niet zo zeer van belang is voor *aan wie* er zorg wordt verleend, maar veeleer voor de *wijze waarop* er zorg wordt verleend en voor het hebben van een stevige basis om vanuit te kunnen werken.

De genoemde uitdagingen voor toekomstige geestelijke verzorging roepen vragen op over de positie van geestelijk verzorgers binnen organisaties en ten opzichte van andere professionals, het bestaansrecht van denominaties binnen organisaties en de aandacht die er uit zou moeten gaan naar gesprekspartners van specifieke religieuze of levensbeschouwelijke groepen.

Tot slot is het van belang te benadrukken dat in dit onderzoek is gevraagd naar de ideeën van geestelijk verzorgers. In hoeverre komen hun opvattingen over het omgaan met diversiteit overeen met wat gesprekspartners zelf zouden zeggen? Vervolgonderzoek zou zich op dit nog nauwelijks onderzochte perspectief (Liefbroer et al. 2017) kunnen richten.

Noten

1. Dit is een ingekorte en bewerkte versie van twee eerder verschenen artikelen in het *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* (Berghuijs & Liefbroer, 2017; Liefbroer & Berghuijs 2017).
2. Dit onderzoek maakt deel uit van het project ‘Geloven in veelvoud’ van het onderzoeksprogramma ‘Religie in de moderne samenleving’, gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Tevens maakt dit onderzoek deel uit van een promotieonderzoek aan de Vrije Universiteit Amsterdam naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging.
3. ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek en stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.
4. Bij Defensie hebben alleen de protestantse en humanistische geledingen hun medewerking toegezegd. Bij Justitie hebben de katholieke en de protestantse geledingen aangegeven niet te zullen meewerken. Alle leden van de VGVZ hebben de uitnodiging

voor de enquête ontvangen. De VGVZ telt volgens mededeling van beleidsmedewerker Christien den Draak 986 leden. De meesten werken in zorginstellingen. De VGVZ staat sinds enkele jaren ook open voor geestelijk verzorgers werkzaam bij Defensie en Justitie. Bij de Dienst Geestelijke Verzorging van het ministerie van Defensie waren ten tijde van het onderzoek 77 humanistische en protestantse geestelijk verzorgers in dienst (persoonlijke mededeling Ambtelijk Secretaris Casimir Struijk). Alleen zij hebben een uitnodiging ontvangen; bij Justitie werkten er toen 104 geestelijk verzorgers exclusief de protestantse en katholieke denominaties die niet meededen (persoonlijke mededeling Directiesecretaris Martha Hulshof). Omdat het niet duidelijk is hoeveel geestelijk verzorgers bij Justitie en Defensie de uitnodiging via zowel de werkgever als de VGVZ ontvangen hebben, hebben we een schatting gemaakt van 1100 ontvangers van de uitnodiging.

5. De representativiteit van de respons kan gedeeltelijk worden gegeven met behulp van door de VGVZ (Christien den Draak) geleverde achtergrondcijfers van de VGVZ leden ten tijde van het uitzetten van de enquête. 83% (n=173) van de steekproef van 208 compleet ingevulde vragenlijsten heeft de uitnodiging via de VGVZ ontvangen. De gemiddelde leeftijd van die 173 deelnemers was 52 (VGVZ leden 54); het aandeel vrouwen was 65% (VGVZ leden 64%). De zending betrof 37% protestants (VGVZ leden 42%), 19% rooms-katholiek (VGVZ leden 30%), 13% humanistisch (VGVZ leden 12%), 0,6% islamitisch (VGVZ leden 2,3%), 0,6% joods (VGVZ leden 2,3%), 2,3% boeddhistisch (VGVZ leden 1,4%) en 7,5% RING-GV (VGVZ leden 18%).
6. Te weten: mensen die geen blijk geven van een expliciet religieuze/levensbeschouwelijke oriëntatie; christendom; islam; jodendom; boeddhisme; hindoeïsme; humanisme; mensen met een andere achtergrond (dan de genoemde); mensen die laten zien dat zij zich laten inspireren door meer dan één religieuze traditie.
7. In de enquête is ook gevraagd naar redenen die te maken kunnen hebben met het wel of niet willen en kunnen verlenen van IGV. In Liefbroer en Berghuijs (nog te verschijnen) wordt daar nader op ingegaan.
8. Om zo dicht mogelijk bij de citaten van respondenten te blijven, zijn eventuele taalfouten in citaten behouden.

Literatuur

- Berghuijs, J. (2017),
Multiple Religious Belonging in the Netherlands: an empirical approach to hybrid religiosity, in: *Open Theology*, 3 (1), 19-37.
- Berghuijs, J. & A.I. Liefbroer (2017),
Meervoudige religiositeit onder geestelijk verzorgers, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 20 (3), 13-22.
- Bernhardt, R. & P. Schmidt-Leukel (eds.) (2008),
Multiple religiöse Identität: Aus verschiedenen religiösen Traditionen schöpfen, Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Bernts, T. & J. Berghuijs (2016),
God in Nederland, 1966-2015, Utrecht: Ten Have.

- Bragt, J. van (2002),
Multiple religious belonging of the Japanese people, in Cornille, C. (ed.), *Many mansions? Multiple religious belonging and christian identity*, Eugene: Wipf & Stock Publishers, 7-19.
- Cadge, W. & E. Sigalow (2013),
Negotiating religious differences: The strategies of interfaith chaplains in healthcare, in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52 (1), 146-158.
- Cornille, C. (2002a),
Introduction: The dynamics of multiple belonging, in: Cornille, C. (ed.), *Many mansions? Multiple religious belonging and christian identity*, Eugene: Wipf and Stock publishers, 1-6.
- Cornille, C. (ed.) (2002b),
Many mansions? Multiple religious belonging and christian identity, Eugene: Wipf and Stock publishers.
- Kalsky, M. & A. van der Braak (2017),
MiX. Flexibel geloven, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Liefbroer, A.I. & J. Berghuijs (2017),
Religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in het werk van geestelijk verzorgers, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 20 (3), 24-33.
- Liefbroer, A.I. & J. Berghuijs,
Spiritual care for everyone? Personal and organizational differences in interfaith spiritual care among chaplains. *Nog te verschijnen*.
- Liefbroer, A.I., E. Olsman, R.R. Ganzevoort & F.S. van Etten-Jamaludin (2017),
Interfaith spiritual care: A systematic review, in: *Journal of Religion & Health*, 56 (5), 1776-1793. doi:10.1007/s10943-017-0369-1.
- McGuire, M.B. (2008),
Lived Religion: Faith and practice in everyday life, Oxford: Oxford University Press.
- Pew Research Center (2009),
Many Americans mix multiple faiths, verkregen op 9-05-2017 van <http://www.pewforum.org/2009/12/09/many-americans-mix-multiple-faiths/>.
- Pollack, D. & O. Müller (2013),
Religionsmonitor: Verstehen was verbindet; Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland, Gütersloh: Bertelsmannstiftung.
- ZonMw (2016),
De mens centraal: ZonMw-signalement over Zingeving in zorg, Den Haag: ZonMw.

Het buitenkerkelijke succes van de christelijke zielzorg¹

Kees de Groot*

In memoriam Jan Sloat

Summary

This article considers contemporary spiritual care in the Netherlands as the result of a development that started off with ecclesial initiatives. Through ecumenical cooperation, establishing a common professional organization, and initiating specialized training trajectories, priests, pastoral workers, ministers, rabbis, and humanistic counsellors have contributed to the development of a separate profession: spiritual care. Often these 'new style' chaplains work outside their own denomination. What started as an ecclesial service to patients, soldiers, and inmates has evolved into a new, precarious profession, sometimes only loosely connected with organized religion. Rather than an instance, however, of secularization or of a spiritual revolution, this persistence of the care of souls is regarded as a successful dissemination of the ecclesial tradition in the secular domain against the background of liquid modernity.

Het is eigenlijk fantastisch. Wanneer je in het ziekenhuis ligt of in een zorginstelling woont, als je vast zit of onder de wapenen bent, en je hebt iets op je lever, er moet je iets van het hart, of je wilt gewoon een gesprek met een mens van vlees en bloed, dan zijn er lieden die precies daarvoor beschikbaar zijn. 'Beroep: Mens', stond er op het visitekaartje van Joost Beekman, het hoofdpersonage in de roman *De stille omgang* van Ernst Timmer (1998). Zo iemand. Die er dan voor iedereen is. Nu ja, in principe.

Het instituut geestelijke verzorging draagt die belofte in zich. Buiten de muren van een publieke instelling kennen we dat woord niet zo. Daar heb je wel priesters, predikanten, rabbijnen, imams en spirituele consultants van allerlei soort, maar daarvoor moet je 'iets' wezen of tenminste bereid zijn om voor even te doen alsof.

* Kees de Groot is socioloog en theoloog, universitair docent aan Tilburg School of Catholic Theology en redacteur van *Religie & Samenleving*.

Geestelijke verzorging en vloeibare moderniteit

Geestelijk verzorgers worden betaald uit publieke middelen; ze hoeven dus niet aan je te verdienen, en zullen niet proberen je te bekeren. Het kan wèl goed zijn dat ze van een bepaalde geestelijke stroming zijn, en misschien waardeer je dat juist wel en spreek je hen daarom aan met, bijvoorbeeld, ‘pastor’. Tegen een arts kun je ‘dokter’ zeggen, maar hoe spreek je een geestelijk verzorger aan? Tegen de gevoelswaarde van ‘zuster’, ‘pater’ of ‘dominee’ is moeilijk op te boksen, maar de huidige opvattingen over gender en de toegenomen religieuze diversiteit zorgen er toch voor dat deze termen nostalgisch aandoen, terwijl geestelijke verzorging zoals we dat nu kennen iets nieuws is. Zo nieuw dat het in veel buitenlandse landen zo niet voorkomt. In Engeland en Wales domineert de clerus van de Anglicaanse kerk, die een paar katholieke en islamitische collega’s naast zich duldt. In Frankrijk overheerst de *aumônier* (Beckford, Joly & Khosrokhavar 2005), met daarnaast een groeiend aantal zorgvuldig geselecteerde gevangenisimams die de radicalisering moeten tegenhouden (de Galembert 2016). In Duitsland beheerst het christendom de *Leitkultur* en de *Seelsorge* (Jahn 2015) en in Denemarken maakt de Lutherse kerk de dienst uit (Kühle 2016). De buitenlandse equivalenten van onze geestelijke verzorging, in het Engels meestal weergegeven als *chaplaincy*, zijn doorgaans niet anders dan categoriaal pastoraat: zielzorg voor een bepaalde categorie mensen die even of langdurig niet bereikbaar zijn voor de eigen dominee of pastoor.

De laatste tijd klinkt daarnaast steeds vaker de term *spiritual care*. Dat kan gewoon de letterlijke vertaling van het Nederlandse neologisme ‘geestelijke verzorging’ zijn (Ajouaou & Bernts 2015).² Dit komt overeen met een omschrijving van *spiritual care* als ‘datgene wat *chaplains* doen’, ofwel zielzorg in publieke instellingen zoals het in de ondertitel van een recent handboek luidt (Swift 2014; Swift, Cobb & Todd 2015).³ Dezelfde term duikt echter ook op als aanduiding voor verpleging en (palliatieve) zorgverlening die aandacht heeft voor de spirituele dimensie (Gärtner 2015). In dit themanummer van *Religie & Samenleving* breekt Carlo Leget daar een lans voor. Enerzijds kennen we dus geestelijke verzorging (Engels: *spiritual care*) als overkoepelend begrip voor allerlei, ook vertrouwde, vormen van zorg voor het geestelijke, ofwel de ziel, speciaal in een publieke omgeving zoals de zorg, defensie en justitie. Anderzijds maken we in het Nederlands, via het Engels, kennis met ‘spiritual care’ als een begrip dat staat voor het program en het onderzoeksveld van een vernieuwingsbeweging in de gezondheidszorg.

Deze twee begrippen, ‘geestelijke verzorging’ en ‘spiritual care’, tonen affiniteit met twee visies op de herkomst en toekomst van de huidige geestelijke verzorging in Nederland.

Eén visie is dat geestelijke verzorging een overblijfsel is van de tijd dat we in Nederland nog volop religieus waren. Met verdergaande secularisatie zal geestelijke verzorging dan ook verdwijnen, hetgeen een zegen zou zijn volgens hen die religie teruggedrongen wensen te zien tot in de privé-sfeer (Den Boef 2003). Of, vanuit de voorstanders gezien: de ratio achter geestelijke verzorging is dat er gelovigen zijn (Van Iersel & Van Gastel 2007). Positief of negatief gewaardeerd, geestelijke verzorging geldt hier als een *relict* van de verzuilde samenleving.

Een andere visie is dat geestelijke verzorging een nieuwe professie is, gebaseerd op een eigen deskundigheid. Daartoe zijn er nieuwe opleidingen opgericht, vanuit psychologie (Zock 2008), sociale wetenschappen (Ter Borg 2000), religiewetenschappen (Schilderman 2013) en humanistiek (Sools & Schuhmann 2014). Geestelijk verzorgers zijn dan een nieuw soort hulpverleners die niet vanuit een bepaalde levensbeschouwing opereren maar gespecialiseerd zijn in existentiële problematiek als zodanig. Deze voorstelling van zaken past goed bij het vermoeden dat er een herleving van spiritualiteit gaande is.⁴

Deze twee visies corresponderen elk met een bredere theorie, of algemener gesteld: narratief, over religie in de laat-moderne samenleving. Het ene stelt dat geestelijke verzorging voortkomt uit de religieuze taak van de kerken en bijgevolg in betekenis zal afnemen naarmate de kerken hun geprivilegieerde positie verliezen. Het andere stelt dat geestelijke verzorging voortkomt uit de behoefte aan en het streven naar een nieuwe professie, die gebruik maakt van disciplines als de psychologie en de studie van spiritualiteit. Is de *relict*-visie verbonden met het narratief van secularisatie, de ‘spiritual care’-visie past bij het idee van een spirituele revolutie (Heelas & Woodhead 2005).

Ik stel een alternatieve visie voor die eveneens is verbonden met een breder verhaal. Ik sluit aan bij Zygmunt Baumanns begrip *liquid modernity* (Bauman 2000) en neem als uitgangspunt dat gestolde religieuze vormen vloeibaar worden waardoor deze kunnen worden overgenomen in andere institutionele contexten. Naar analogie van het bedrijfskundig fenomeen van liquidatie spreek ik van de liquidatie van de kerk (De Groot 2018). Wat ze aan inboedel, eigendommen, onderdelen en kapitaal in huis heeft, wordt herverdeeld. Dat is wat liquidatie in de bedrijfseconomie betekent: de boel gaat failliet. Wat besloten lag in panden, goederen en goodwill komt vrij, wordt omgezet in geld en gaat in andere handen over. Religie overschrijdt de grenzen van het religieuze

veld en verschijnt in andere sociale contexten: in de wereld van de vrije tijd, de zorg, kunst en cultuur.

Hiermee verbonden is een visie op de sociogenese van de geestelijke verzorging in Nederland. Bijzonder is dat in de huidige wereld van de geestelijke verzorging de confessionele identiteit niet strikt wordt gehanteerd: de pastores zijn er voor iedereen en andersom kun je geestelijk verzorger worden zonder kerkelijke binding. Dat is enerzijds een teken van controleverlies, maar anderzijds laat de ontwikkeling van dit beroep zien dat een pastoraal model succesvol is overgenomen, aangepast en hergebruikt door humanisten, moslims en professionals zonder binding met een levensbeschouwelijke organisatie, elk vanuit hun eigen achtergrond.

Het verhaal van de secularisatie is een verhaal van terreinverlies. Het verhaal van de spirituele revolutie is een verhaal van vijandige overname. Het verhaal van de liquidatie roept in herinnering dat die geestelijke verzorging ooit is opgezet als een kerkelijk initiatief in de seculiere context van een instelling waar je min of meer toe veroordeeld bent wegens ziekte, beroep of, letterlijk, een veroordeling. Vervolgens neemt de concurrentie toe en verkrijgen vertegenwoordigers van seculiere en andere religieuze stromingen een plaats in het systeem. Op deze ontwikkeling wil ik wijzen vanuit de vraag: wat is de historische relatie tussen geestelijke verzorging en de traditionele zielzorg in het Nederland van de negentiende en vooral twintigste eeuw?

Om deze vraag te beantwoorden heb ik bestaande literatuur over geestelijke verzorging en pastoraat vanuit sociologisch perspectief bestudeerd. Ik heb dus geen nieuw historisch onderzoek verricht, maar construeer vanuit een theoretische interesse een nieuw verhaal over de herkomst van geestelijke verzorging in Nederland. Ik richt hierbij de aandacht op drie institutionele contexten – de zorg, defensie en justitie – waarbij ik slechts summier in kan gaan op de specifieke ontwikkelingen die daar spelen. Maar eerst het spoor terug.

De voorgeschiedenis van een oligipolie

Bovengenoemde visies op geestelijke verzorging zeggen iets over de religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in Nederland, de wijze waarop daarmee wordt omgegaan en de wijze waarop daarmee zou moeten worden omgegaan. Nederland geldt in het Europese Waardenonderzoek als een geseculariseerd en religieus heterogeen land. Het buitenkerkelijk deel van de bevolking groeit in dit verband sterker dan het religieus heterogene deel in

termen van moslims, hindoes, boeddhisten en christenen, nader te verdelen in katholieken, protestanten, en orthodoxen. Volgens *God in Nederland* (Bernts & Berghuijs 2016) meldt 26 procent van de Nederlanders dat ze zijn aangesloten bij een christelijke kerk, vooral de rooms-katholieke (12 procent), 5 procent bij een islamitische gemeenschap, 2 procent bij een andere geloofsgemeenschap en daarmee houdt het op. De 68 procent die antwoorden dat ze niet zijn aangesloten bij een godsdienstige groepering hebben de onderzoekers met enig kunst- en vliegwerk nog nader weten onder te verdelen in ‘ongebonden gelovigen’ (17 procent), ‘ongebonden spirituelen’ (10 procent) en niet nader geïdentificeerde ‘seculieren’ (41 procent). Het is duidelijk dat de traditionele onderscheidingen tekortschieten. Er is hyperdiversiteit: mensen zijn niet meer zo gemakkelijk in één categorie te vangen.

Met een historische blik kunnen we hieraan toevoegen dat de voorgangster van de Nederlandse Hervormde Kerk sinds het begin van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden de dominante religie vertegenwoordigde, wat we nog steeds terugzien in de speciale band van het koningshuis met de Protestantse Kerk in Nederland. Door de aanwezigheid van een grote rooms-katholieke minderheid, joden uit Zuid- en later Midden- en Oost-Europa, doopsgezinden, remonstranten, oud-katholieken en lutheranen, en de afscheiding en hergroepering van vooral orthodoxe protestanten in diverse gereformeerde kerken, heeft Nederland ervaring opgebouwd in de omgang met religieuze diversiteit. Een weliswaar niet unieke, maar wel opvallende, expressie daarvan is de traditie van overheidssteun aan maatschappelijke initiatieven die vanuit kerkelijke zijde werden ontplooid, oftewel de pacificatiepolitiek die Lijphart (1968) voor het tijdperk van de verzuiling heeft beschreven.

Het gaat hier om een bepaalde verhouding tussen staat en kerk, of breder: georganiseerde religie, bij de omgang met religieuze diversiteit. De Amerikaanse socioloog Fenggang Yang (2010) maakt hierin onderscheid tussen pluralisme, oligopolie, monopolie en totale uitsluiting. Voor een pluralistische politiek zijn alle religieuze merken – of minstens de vanouds bekende religies – gelijk, in een oligopolie hebben één of meer religies bepaalde privileges, in een monopolie is er één goedgekeurde of staatsreligie. Yang hanteert deze driedeling bij de interpretatie van de gegevens die Brian Grim en Roger Finke (2006) bijeen hebben gebracht en gesystematiseerd met behulp van drie indexen. De eerste index staat voor de mate van overheidsbemoeienis met religie. Hier gaat het over officiële rechten voor religies en formeel beleid. In dit opzicht zijn alle religies gelijk in Nederland.⁵ De tweede staat voor ondersteuning en voorkeursbehandelingen die de overheid biedt aan bepaalde religies. Hierop scoort Nederland wel tamelijk hoog, hoewel niet

zo hoog als bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk.⁶ De derde index staat voor sociale regulering en kijkt niet naar formele regelingen maar naar institutionele en culturele belemmeringen die niet direct voortkomen uit overheidsmaatregelen, maar wel duidelijke gevolgen kunnen hebben, en vaak ook hun oorsprong kunnen hebben in de religies zelf. Op deze index scoort Nederland nog iets hoger, even hoog als het Verenigd Koninkrijk.⁷ Op grond van deze meetinstrumenten kan Nederland met zijn zuilensysteem als een milde vorm van een oligopolie worden gekenschetst. Het oligopolieysteem zien we terug in de wijze waarop in de zorg, en vooral in het leger en in de gevangenis de geestelijke verzorging is geregeld. Hoe heeft dit systeem zich zo ontwikkeld?

Zorg: van rector tot categoriaal pastor

De huidige situatie waarin geestelijk verzorgers als enige beroepsgroep ‘het religieuze’ moeten behartigen – als ze zich daar al niet enigszins van distantiëren – staat in contrast met de religieuze achtergrond van veel van de collectieve initiatieven die tot het huidige zorgstelsel hebben geleid (Ter Borg 1995). Vanaf de kerstening van Europa werden, mede op initiatief van bisschoppen, hospitalen en gasthuizen gesticht waar vrouwen de verzorging en verpleging op zich namen. Religieuze ordes boden in en bij kloosters en gemeenschappen ziekenzorg en geestelijke zorg. Deze initiatieven werden ook van bovenaf gestimuleerd. Karel de Grote (742-814) “decreeteerde dat iedere bisschop bij zijn kathedraal een hospitaal voor armen, zieken en vreemdelingen moest stichten en onderhouden” (Goudswaard 2006, 28). Hoewel de uitvoering van het decreet te wensen over zal hebben gelaten, is het tekenend voor de nauwe band die werd gezien tussen uiteenlopende vormen van zorg en de verantwoordelijkheid van religieuze autoriteiten, waaraan direct moet worden toegevoegd dat de bisschop evenzeer een politieke autoriteit was, en de keizer een religieuze (Raedts 2014). In de ‘godshuizen’ zwaaiden priesters de scepter, bijgestaan door medewerkende leken die de zieken diagnosticeerden. De zorg voor de ziel, in brede zin, stond voorop, al had deze een hoger ritueel en collectivistisch gehalte dan nu. Het was het gebed dat de klok sloeg. Vanaf de elfde eeuw werden vanuit kloosters kloosterhospitalen onder leiding van lekebroeders en –zuster gesticht, en vanuit gilden gasthuizen (Goudswaard 2006, 29). In de negentiende eeuw introduceerden diaconessen protestantse ziekenhuizen. Burgers begonnen zich via levensbeschouwelijk georiënteerde kruisverenigingen te verzekeren van zorg in tijden van nood.

Pas in diezelfde negentiende eeuw begon de machtsbalans tussen religieuze en medische specialisten in het voordeel van de laatsten uit te slaan. Een seculiere beroepsgroep deed haar intrede waar zusters de dienst uitmaakten

en langzamerhand werd een 'leek' iemand die niet medisch geschoold was in plaats van iemand die geen lid van de clerus was. Zowel in de katholieke, protestantse als in de enkele openbare ziekenhuizen die er waren, ging het medische regime domineren (De Swaan 1996). De rol van priesters en predikanten werd gereduceerd tot het voorgaan in vieringen en gebed, het bedienen van de sacramenten of het lezen uit de Bijbel. De voormalige 'rector' moest zich gaan toeleggen op pastoraat dat was afgestemd op mensen die ziek zijn: categoriaal pastoraat.

Defensie: de uitzondering die de regel wordt

Aangezien de Nederduitse Gereformeerde kerk de 'heersende religie' was in de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden, waren de soldaten onderworpen aan haar morele gezag (Brabers 2006). Twee predikanten gingen mee op veldtocht en gingen voor in woord en gebed. De Franse bezetting maakte hieraan een einde, maar na de stichting van het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden (1818) werd de vroegere praktijk voortgezet. Nederlands-hervormde predikanten werden, als 'dienaren van het Koninkrijk', geacht deze diensten te verlenen (Bos 1999). Nieuw echter was dat ook van katholieken werd verondersteld dat zij, waar mogelijk, hun eigen kerk of kapel zouden bezoeken. Ze kregen zelfs een voorkeursbehandeling: toegang tot speciaal aangestelde legeraalmoezeniers die een *ex gratia* betaling ontvingen voor hun diensten aan de krijgsmacht. Betaalde geestelijke verzorging begon dus als een faciliteit voor een religieuze minderheid. Het duurde een eeuw, tot 1914, tot de protesten vanuit de Nederlandse Hervormde Kerk ertoe leidden dat er niet alleen vier aalmoezeniers, maar ook acht leger- en vlootpredikanten werden aangesteld (Goossens 1974). Interessant is dat dit Koninklijk Besluit getuigde van een politiek van gelijke behandeling waarbij het dominante religieuze regime een regeling volgde die was ontworpen voor het ondergeschikte regime, de rooms-katholieke kerk.⁸ Hiermee werd de grondslag gelegd voor een door de staat gesubsidieerde, multi-denominatieve geestelijke verzorging.

Justitie: van verplichting tot voorziening

Het huidige justitiepastoraat gaat terug op een verplichting voor specifieke bevolkingscategorieën. Sinds de organisatie van het gevangeniswezen van staatswege in de Republiek werden gevangenen in de Noordelijke Nederlanden verplicht om naar de protestantse kerkdiensten te gaan en in de Zuidelijke naar de katholieke. Daarnaast werden zij bezocht door hulp-predikanten, ziekentroosters, pastoors en kapelannen. Vanaf 1824 werden bij

Koninklijk Besluit door de overheid gesalarieerde ‘godsdienstleraren’ aangesteld voor de nederlands-hervormde, de rooms-katholieke en de joodse gezindte met de bevoegdheid om de gevangenen te bezoeken ‘die troost, vermaning en onderricht behoeven’ (Van Iersel 1991a, 9). Vanaf 1932 werden de protestantse en joodse bedienaren door de minister van justitie benoemd als ambtenaren en na de Tweede Wereldoorlog (1949) stelde deze een hoofdpredikant en een hoofdaalmoezenier aan ter integratie van het justitiepastoraat in het gevangeniswezen (Abma, Blom, Loman, Dautzenberg & Blom 1990; Van Iersel 1991b). Geïstitutionaliseerde religies konden toegang verkrijgen tot de inrichtingen om voor hun leden te zorgen voor een terrein waar de staat zich buiten moest houden: de ziel.

Tussenbalans

De huidige geestelijke verzorging als dienst aan patiënten, gedetineerden en militairen gaat terug op het recht dat aan geïstitutionaliseerde religies werd toegekend om voor hun leden te zorgen. Daaruit werden vormen van categoriaal pastoraat, gespecialiseerde zielzorg, ontwikkeld. Meer specifiek vormde ziekenhuispastoraat zich uit een verlies aan functies als gevolg van de medicalisering van het ziekenhuiswezen: kernactiviteiten werden het voor gaan in vieringen en het bieden van geestelijke begeleiding. In de krijgsmacht werden geestelijken langzamerhand geïncorporeerd, om te beginnen met de rooms-katholieke minderheid. Ook in gevangenissen werden bezoekende geestelijken enerzijds langzamerhand opgenomen in het systeem en namen zij anderzijds een eigen positie in. Op alle drie de plekken ontstond een vorm van geestelijke verzorging, en in alle drie de gevallen had die een denominationele kleur. Staat en kerk (protestants, rooms-katholiek, israëlitisch) tuigden samen een solide bouwwerk in moderne stijl op: verzuilde geestelijke verzorging.

De geboorte van geestelijke verzorging

Over degenen die niet bij een groot christelijk of joods kerkgenootschap waren aangesloten ging het tot dan toe niet – niet over hen die ‘niets’ waren, de moslims, de ongebondenen en de andersgelovigen. Eind jaren zestig, toen het aandeel buitenkerkelijken was opgelopen tot een vijfde, en nieuwe religies en religieuze bewegingen hun intrede in deze contreien deden, ontstond er onrust en niet alleen in de zielzorg. Konden die buitensluitende schotten

niet worden doorgebroken? Op veel maatschappelijke terreinen werd het verzuilingsprincipe weer verlaten, naar niet overal.

In de zorg

De confessionele kleur van de ziekenhuizen begon te verbleken en ziekenhuispredikanten en -pastores naderden elkaar. Het was hier dat de term geestelijke verzorging werd geadopteerd als de gemeenschappelijke noemer voor wat zij deden: zorg voor het geestelijke. (Door 'geestelijken' zou je kunnen toevoegen, maar van dit vocabulaire wilden de zielzorgers, zoals ze voorheen heetten, juist af.) Ze gingen zich scholen in psychologie en counseling en vormden één beroepsvereniging (de Vereniging van Geestelijk Verzorgeren in Ziekenhuizen) met een katholieke en een protestantse afdeling. En vooral: ze kwamen met een vergelijkbare functiewaardering in dienst van de instelling met een salaris gefinancierd vanuit de collectieve verzekeringsgelden (Snelder 2006).

'Geestelijke verzorging' werd een beroep dat aantrok. Niet-kerkelijk gebonden geestelijk verzorgers dienden zich aan, en vormden in 1976 een 'niet-kerkelijke sector', later herdoopt in 'humanistisch'. In 1990 werd een joodse en in 1993 een islamitische afdeling opgericht. In zekere zin opnieuw, meldden zich 'ongebonden' geestelijk verzorgers, maar nu met een eerder spirituele oriëntatie, en vormden in 2014 een sector, gevolgd door een hindoeïstische.

Het proces van professionalisering werd voortgezet met de formulering van een beroepsstandaard (1995), erkenning van diploma's en een registratiesysteem. Geestelijk verzorgers gingen steeds meer de hele patiëntenpopulatie tot hun werkveld rekenen, zonder onderscheid naar geloof en levensbeschouwing. "Geestelijke verzorging is professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing.", aldus het herziene beroepsprofiel (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2015). 'Wij geestelijk verzorgers' gaat iets worden, misschien het winnen van 'wij priesters', 'wij predikanten', 'wij rabbijnen', enzovoort. Aan de andere kant valt het met die ontzuiling wel mee: binnen de VGVZ werden steeds weer aparte afdelingen voor nieuwe gezindten gevormd.

De juridische basis onder het recht op geestelijke verzorging is bovendien nog altijd gebaseerd op de vrijheid om je geloof of levensbeschouwing te belijden en uit te oefenen. Daarom moest je, aldus de commissie Hirsch Ballin (1988), toegang hebben tot passende pastorale zorg wanneer je even (langer dan 24 uur) moeilijk te bereiken was voor je eigen zielzorger. De grondslag is er dus niet in gelegen dat gespecialiseerde geestelijke verzorging op zichzelf zo waardevol is, hoewel tegenwoordig juist wèl haar legitimatie wordt gezocht

in de bijdrage die ze levert aan het ‘primaire proces’, ofwel: goede, ‘mens-lievende’, zorg. In het licht van de aan het begin geformuleerde visies leunt de nieuwe professie toch behoorlijk zwaar op de georganiseerde en gepraktiseerde godsdienst en levensbeschouwing buiten de instelling. Historisch is geestelijke verzorging de voortzetting van de zorg voor de eigen gelovigen. De opleiding van de geestelijk verzorgers wordt gedomineerd door opleidingen voor theologie en humanistiek als ambtsopleidingen. Juridisch veronderstelt geestelijke verzorging een religie of levensbeschouwing die buiten de instelling al relevant was.

Bij defensie en justitie

Ook bij defensie en justitie werd het aanbod aan geestelijke verzorging uitgebreid vanuit nieuwe denominationele leveranciers, om te beginnen met de humanistische variant in de late jaren zestig. Bij overheidsinstellingen werd de juridische basis voor geestelijke verzorging nog sterker doorvertaald in haar organisatiestructuur. Het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (art. 9) waarborgt de vrijheid om van godsdienst of overtuiging te veranderen, deze te belijden en ‘tot uitdrukking te brengen in erediensten, in onder-richt, in praktische toepassing ervan en in het onderhouden van geboden en voorschriften’ (Europees Hof voor de Rechten van de Mens/Raad van Europa 2010). Vandaar moet de toegang tot de gelovigen geregeld zijn zonder dat de overheid directe bemoeienis met hun godsdienst heeft.

In Nederland is dit grondrecht uitgewerkt in een systeem dat er recht aan probeert te doen dat de overheid zich enerzijds moet inspannen om dit recht op ‘vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst’ te garanderen en zich anderzijds juist verre dient te houden van de wijze waarop deze vrijheid wordt ingevuld. Zowel bij het Ministerie van Defensie als het Ministerie van Veiligheid en Justitie is een Dienst Geestelijke Verzorging gevestigd waarin erkende ‘zendende instanties’ vertegenwoordigd zijn met een ‘hoofd’ dat elk inhoudelijk verantwoordelijk is voor de aansturing van ‘zijn’ of ‘haar’ geestelijk verzorgers, terwijl de staf als geheel, onder leiding van een manager die niet is gebonden aan een zending, voor de formele ondersteuning zorgt. In beide werelden heeft dit geleid tot een expanderend systeem van niet alleen protestantse, katholieke, joodse en humanistische, maar ook islamitische, hindoeïstische en boeddhistische geestelijke verzorging. Het is dan nog wel een oligopolie – want alleen groepen die zich volgens de regels weten te organiseren verkrijgen in een plaats in dit systeem – maar de reikwijdte hiervan wordt wel steeds groter.

Interpretatie

Wanneer we de eerdergenoemde concurrerende visies confronteren met deze korte sociogenese ontstaat het volgende beeld. Vanuit een kerkelijk initiatief is een professie ontstaan die expertise claimt op het terrein van de existentiële problematiek en daar enigszins in slaagt, aan de ene kant in zorginstellingen, aan de andere kant bij justitie en defensie. De dynamiek in die twee sferen verschilt.

Geestelijke verzorging in de *zorgsector* is enerzijds historisch, juridisch en vaak ook feitelijk verbonden met georganiseerde godsdienst en levensbeschouwing. Dit pleit voor de visie op geestelijke verzorging als een relict, al rijmt de term bepaald niet met de intrede van steeds weer nieuwe denominaties. Anderzijds wordt op steeds meer manieren gepoogd om geestelijke verzorging te vestigen als een nieuwe professie die deskundig is in *coping*, spiritualiteit en levensvragen. Dit pleit eerder voor de visie op geestelijke verzorging als iets nieuws.

De organisatorische basis van geestelijke verzorging in een *staatscontext* is de georganiseerde godsdienst, al werken vooral protestantse en katholieke geestelijk verzorgers ook voor gedetineerden en militairen die niet tot hun kudde behoren (Spruit, Bernts & Woldringh 2003). Hier wordt vooral de visie bevestigd dat geestelijke verzorging een historische verworvenheid is, al is wel gebleken dat de geestelijk verzorger niet zomaar een restant is uit een religieus verleden maar eerder een moderne uitvinding, juist om bepaalde minderheden tegemoet te komen en, kun je daaraan toevoegen, anderen buiten te houden.

Tegen de achtergrond van de meer algemene overgang van solide naar vloeibare moderniteit stel ik een alternatieve interpretatie voor. Kerkelijke initiatieven in de moderniteit hebben geleid tot zoiets als categoriaal pastoraat, tegenwoordig: geestelijke verzorging. Daaruit wordt iets gebouwd dat ook los van die achtergrond lijkt te kunnen functioneren. Hierbij worden twee verschillende trajecten gevolgd. In de context van de staat wordt vooral het bestaande oligopolie uitgebreid. Er heerst een georganiseerd pluralisme waarbij het sleutelwoord 'veiligheid' is: begrippen als 'erkenning', 'bevoegdheid' en 'zendende instantie' kenmerken het vertoog. In de zorgsector zien we eerder een ontwikkeling naar een gegeneraliseerd pluralisme waarbij het sleutelwoord 'verantwoording' is: hier draait het om 'professionaliteit', 'deskundigheid', en 'bijdragen aan goede zorg'. Niet alleen door secularisering, maar ook door extramuralisering van de zorg, wordt de juridische basis van het 24-uurscriterium wankel. De onderscheiden trajecten lopen in werkelijkheid

door elkaar heen: ook bij justitie en defensie worden de geestelijk verzorgers uitgedaagd om hun nut te bewijzen, bijvoorbeeld door te laten zien hoe ze bijdragen aan respectievelijk herstel en de omgang met ‘moral injury’. En in de zorgsector sluiten geestelijk verzorgers uit religieuze minderheden vooral aan op de wensen van de eigen achterban.

Deze alternatieve interpretatie probeert een plaats te geven aan de volgende elementen: het historische belang van moderne kerkelijke initiatieven, de impuls die uitgaat van religieuze diversiteit, het financiële kader van de verzorgingsstaat en de omstandigheid dat er een seculiere setting is ontstaan voor een beroep dat vanouds op religieus terrein werd uitgeoefend. Ik zou de herkomst van de geestelijke verzorging daarom als volgt willen formuleren. Christelijke zielzorg is in publieke instellingen getransformeerd tot geestelijke verzorging, als een nieuwe professie nabij, maar onderscheiden van psychologisch en therapeutisch georiënteerde beroepen. Praktijken en structuren die waren ontworpen om tegemoet te komen aan de verlangens van christelijke kerken om contact te houden of te krijgen met hun gelovigen, bleken een model te leveren dat vertegenwoordigers van andere religies en seculiere levensbeschouwelijke kringen konden overnemen om nieuwe praktijken te creëren binnen de sfeer van de zielzorg. De imam wordt van voorganger in het gebed tot geestelijk verzorger en het Contactorgaan Moslims en Overheid gaat functioneren als een op kerkelijke leest geschoeide zendende instantie. Christelijke zielzorg in publieke instellingen is een doorslaand succes gebleken, maar het christelijke monopolie is wel aan dit succes ten onder gegaan.

Aldus komt geestelijke verzorging voort uit een actief gebruik van de christelijke erfenis: een kerkelijk initiatief vindt navolging. In de concurrentiestrijd om de middelen – de financiering van geestelijke verzorging – zijn nieuwkomers vaak tegengewerkt. Wat dat betreft heeft de uitbreiding tegen wil en dank plaatsgevonden. Hedendaagse geestelijke verzorging is echter onvoorstelbaar zonder de bijdrage van de kerken. In feite werd van daaruit het model geleverd dat buiten eigen kring succesvol werd. Dat geldt zowel voor de praktijk als voor de organisatiestructuur. In de praktijk is het christelijke type zielzorg, met de nadruk op het herderlijke gesprek, maatgevend. Voor een gedetineerde uit Suriname bijvoorbeeld, die lijdt aan wat de *winti* in zijn cel uitspoken, hangt het van de omstandigheden af of hij het type geestelijke verzorging krijgt dat hij nodig heeft – in dit geval waarschijnlijk een reinigingsritueel (Post 2005, 201-204). De organisatiestructuur vergt een aanspreekbare religieuze groepering, vormgegeven naar analogie van de christelijke kerk, zoals mooi tot uitdrukking komt in de naamgeving van die vroege nieuwkomer: het Nederlands-Israëlitisch Kerkgenootschap. Zo wordt een bijdrage

geleverd aan de creatie van religieuze minderheden die er voordien niet op deze wijze waren (Burchardt 2017).

Slot

Ongetwijfeld kent de hedendaagse geestelijke verzorging uiteenlopende equivalenten in andere tijden en plaatsen, maar de vestigingsgeschiedenis van het huidige laat-moderne beroep toont een specifieke ontwikkeling. Deze kan beter begrepen worden tegen de achtergrond van een proces van liquidatie dan van secularisatie of 'spirituele revolutie'. De opkomst en verbreiding van geestelijke verzorging in Nederland buiten christelijke kring is niet een bekende variant op het oude liedje: het gebruikelijke verhaal over het einde van het tijdperk waarin God en de kerk nog wat voorstelden in Nederland, of dat einde nu wordt betreurd of bejubeld. Samengevat: (1) het religieuze veld, *in casu* geestelijke verzorging, zoals we dat kennen is een product van de moderniteit, (2) van hieruit zijn bijdragen geleverd aan een seculier beroep (3) het religieuze veld zelf is aan ontbinding onderhevig, (4) elementen die afkomstig zijn uit het religieuze veld worden overgenomen in andere sociale sectoren, bijvoorbeeld in de zorg, en wie weet waar men verder nog brood zal zien in geestelijke verzorging.

Noten

- 1 Deze bijdrage is deels gebaseerd op hoofdstuk 7 van De Groot (2018).
- 2 Zie ook <http://www.rug.nl/masters/spiritual-care/?lang=en> [geraadpleegd 24 juli 2017].
- 3 Het komt dan overeen met wat de socioloog Max Weber al op inclusieve wijze, maar vooral gebaseerd op de christelijke traditie, *Seelsorge* (zielzorg) noemde: dat wat religieuze specialisten doen die zich bezighouden met het individuele lijden van hun cliënten door hen te laten praten, vooral over hun innerlijk leven, en dan te zoeken naar een interventie die verlichting brengt in het leven van alledag (Weber 1989, 90).
- 4 Wellicht is dit een bijkomende reden dat de term *spiritual care* opgang doet in niet-Engelstalige landen. De associatie met spiritualiteit is anno 2017 welkom, terwijl het bijvoeglijk naamwoord 'geestelijk' minder zou kunnen aanspreken.
- 5 GRI_08 (Government Regulation of Religions Index). Scale: 1-10. Netherlands: 0. UK: 2,22. Score World: 2,552 (Harris, Martin & Finke 2010).
- 6 GFI_08 *Government Favoritism Index). Scale 1-10. Netherlands: 5,6. UK: 7,33. World: 4,269 (Harris et al. 2010).
- 7 MSRI (Modified Social Regulation Index). Scale 1-10. Netherlands: 6. UK: 6. World: 3,787 (Harris et al. 2010).

- 8 Hoewel de Rooms-Katholieke Kerk sinds 1853 meer publieke ruimte had gekregen en de emancipatie van het rooms-katholieke volksdeel in volle gang was, kan toch gesteld worden dat deze een ondergeschikte positie innam binnen de toen geldende machtsverhoudingen.

Literatuur

- Abma, J. F., E. J. M. Blom, G. Loman, A. J. Dautzenberg & M. B. Blom (1990),
Geestelijke verzorging in penitentiaire inrichtingen; een orientatie op een karakteristiek werkveld, in: *Justitiële Verkenningen*, 16 (6), 102-124.
- Ajouaou, M. & T. Bernts (2015),
Imams and Inmates: Is Islamic Prison Chaplaincy in the Netherlands a Case of Religious Adaptation or of Contextualization?, in: *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 28 (1), 51-65. doi: 10.1007/s10767-014-9182-y.
- Bauman, Z. (2000),
Liquid Modernity, Cambridge: Polity Press.
- Beckford, J. A., D. Joly & F. Khosrokhavar (2005),
Muslims in prison. Challenge and change in Britain and France, Hampshire/New York: Palgrave MacMillan.
- Bernts, T. & J. Berghuijs (2016),
God in Nederland 1966-2015, Utrecht: Ten Have.
- Boef, A. H. den (2003),
Nederland seculier! Tegen religieuze privileges in wetten, regels, praktijken, gewoonten en attitudes, Amsterdam: Van Genneep.
- Borg, M. B. ter (1995),
Kerk, macht en civilisatie, in: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 21 (4), 102-115.
- Borg, M. B. ter (2000),
Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij, Nijmegen: KSGV.
- Bos, D. (1999),
In dienst van het koninkrijk: beroepsontwikkeling van hervormde predikanten in negentiende-eeuws Nederland, Dissertatie Universiteit van Amsterdam: Amsterdam. (WorldCat.org database).
- Brabers, J. (2006),
Van pioniers tot professionals: de dienst humanistisch geestelijke verzorging bij de krijgsmacht (1964-2004), Utrecht: De Tijdstroom.
- Burchardt, M. (2017),
Diversity as neoliberal governmentality: Towards a new sociological genealogy of religion, in: *Social Compass*, 64 (2), 180-193. doi: 10.1177/0037768617697391.

De Galembert, C. (2016),

Les aumôniers musulmans dans la politique de lutte contre la radicalisation, Paper presented at the International symposium The Making of Muslim Chaplaincies in Prison - Comparative Approaches, Paris.

Europees Hof voor de Rechten van de Mens/Raad van Europa (2010),

Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_NLD.pdf [Geraadpleegd 26 juli 2017].

Gärtner, S. (2015),

Seelsorge *wird* Spiritual Care vs. Spiritual Care *und* Seelsorge. Ein Ländervergleich der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, in: *Spiritual Care*, 4 (3), 1-13.

Goossens, L. A. M. (1974),

Geestelijke verzorging Koninklijke landmacht, Voorburg/Den Haag: Uitgave Hoofdlegeraalmoezenier Hoofdlegerpredikant.

Goudswaard, N. (2006),

Geestelijke verzorging in het verleden, in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging. Geheel herziene editie*, Kampen: Kok, 23-59.

Grim, B. J. & R. Finke (2006),

International Religion Indexes: Government Regulation, Government Favoritism, and Social Regulation of Religion, in: *Interdisciplinary Journal of Research on Religion*, 2 (1).

Groot, K. de (2018),

The liquidation of the Church, London: Routledge.

Harris, J., R. R. Martin & R. Finke (2010),

Data from the ARDA National Profiles, 2011 Update: Religion Indexes, Adherents and Other Data (J. T. Foundation, Trans.): The Association of Religion Data Archives.

Heelas, P. & L. Woodhead (2005),

The spiritual revolution : why religion is giving way to spirituality, Malden [etc.]: Blackwell.

Hirsch Ballin, E. M. H. (1988),

Overheid, godsdienst en levensovertuiging: eindrapport van de Commissie van advies inzake de criteria voor steunverlening aan kerkgenootschappen en andere genootschappen op geestelijke grondslag (ingesteld bij ministerieel besluit van 17 februari 1986, Staatscourant 1986, nr. 51). 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Stafafdeling Constitutionele Zaken en Wetgeving.

Iersel, A. H. M. van (1991a),

De voorgeschiedenis van het justitiepastoraat. "Ik was in de gevangenis", in: Wit, G. W. M. de (red.), *Het justitiepastoraat in Nederland: uitgave ter gelegenheid van veertig jaar Hoofdaalmoezenier en Hoofdpredikant bij de Inrichtingen van Justitie in Nederland 1949-1989*, ('s-Gravenhage: Bureau Hoofdaalmoezenier/Bureau Hoofdpredikant, Ministerie van Justitie, 3-18).

- Iersel, A. H. M. van (1991b),
 Het katholiek justitiepastoraat, in: Wit G. W. M. de (red.), *Het Justitiepastoraat in Nederland*, 's Gravenhage: Bureau Hoofdaalmoezenier/Bureau Hoofdpredikant Ministerie van Justitie, 93-154.
- Iersel, A. H. M. van & L. van Gastel (2007),
Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg, Budel: Damon.
- Jahn, S. J. (2015),
 Institutional logic and legal practice: modes of regulation of religious organizations in German prisons, in: Becci, I. & O. Roy (eds.), *Religious diversity in European prisons*, Heidelberg etc.: Springer, 81-100.
- Kühle, L. (2016),
The development of Muslim chaplaincy in Denmark, Paper presented at the International symposium 'The making of Muslim chaplaincies in prison - Comparative approaches', Paris.
- Lijphart, A. (1968),
Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek, Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Post, M. (2005),
Detentie en culturele diversiteit: de effectuering van de rechtspositie door etnische minderheden in detentie, Dissertatie Universiteit Utrecht.
- Raedts, P. (2014),
De uitvinding van de rooms-katholieke kerk, Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Schilderman, H. (2013),
 Geestelijke verzorging als casus van de ontkerkelijking, in: *Religie & Samenleving*, 8 (1), 205-225.
- Snelder, W. (2006),
 Beknopte geschiedenis van de VGVZ tot 2000, in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw handboek geestelijke verzorging*, Kampen: Kok, 84-100.
- Sools, A. & C. Schuhmann (2014),
 Theorizing the Narrative Dimension of Psychotherapy and Counseling: A Big and Small Story Approach, in: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44 (3), 191-200. doi: 10.1007/s10879-014-9260-5.
- Spruit, L., T. Bernts & C. Woldringh (2003),
Geestelijke verzorging in justitiële inrichtingen, Nijmegen: ITS/KASKI.
- Swaan, A. de (1996),
Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd (5e aangevulde dr.), Amsterdam: Bert Bakker.
- Swift, C. (2014),
Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century, 2nd edition: The Crisis of Spiritual Care on the NHS, Farnham: Ashgate.

Swift, C., M. Cobb & A. Todd (2015),

A handbook of chaplaincy studies: understanding spiritual care in public places, Farnham: Ashgate.

Timmer, E. (1998),

De stille omgang, Amsterdam: Bert Bakker.

Vereniging van Geestelijk VerZorgers (2015),

Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger, Retrieved 1 August 2017, from https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/beroepsstandaard_definitief.pdf.

Weber, M. (1989),

Max Weber Gesamtausgabe I/19, Tübingen: J.C.B. Mohr.

Yang, F. (2010).

Oligopoly Dynamics: Consequences of Religious Regulation, in: *Social Compass*, 57 (2), 194-205.

Zock, H. (2008),

The Split Professional Identity of the Chaplain As a Spiritual Caregiver in Contemporary Dutch Health Care, in: *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 62 (1/2), 137-139.

Dood & Verderf?

De bijdrage van geestelijke verzorging aan de beeldvorming over religie

Sjaak Körver*

*'And, finally, this is what I need to say to you.
There are things in your life that only you will see,
stories that only you will hear.
If you don't tell them or write them down,
if you don't make the picture,
these things will not be seen,
these things will not be heard.'*
(Emmet Gowin 2013, 64)

Summary

The imagery of religion in the media is usually negatively coloured and stereotyped, emphasizing the conflicting and violent sides and highlighting the differences. This imagery is in sharp contrast with the experiences of chaplains working in prison, the army, youth care, and care institutions. Although their position is often unclear and under pressure, they are actually asked for assistance in case of existentially serious events. Usually clients and caregivers (especially nurses) know when to appeal to them. Opposite the negative framing of religion in the media chaplains create positive images of religion dealing with the boundaries of existence in a personal way. Stories about these experiences can counterbalance the unilaterally hostile image of religion. Rituals, an attitude of hospitality and common humanity, and especially the awareness that we share in the same fragility of life appear to play an essential role.

Inleiding

Wie het beeld over religie in de media enigszins tot zich door laat dringen, moet constateren dat dit meestal negatief gekleurd en stereotiep van aard is,

* J.W.G. (Sjaak) Körver is als universitair docent verbonden aan de Masteropleiding Theologie van de Universiteit Tilburg en hoofdredacteur *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*.

en dat vooral de conflictueuze en gewelddadige kanten breed worden uitgemeten. Hiermee wordt de suggestie gewekt dat religie vooral spanningen en conflicten oproept, mensen tegen elkaar opzet en beter alleen privé kan worden beleden. Dit staat in scherp contrast met wat geestelijk verzorgers in de feitelijke praktijk van hun werk ondervinden. Hoewel hun positie binnen de publieke instellingen waar zij werkzaam zijn (zorg, justitie, jeugdzorg, krijgsmacht) bedreigd wordt en het besturen en management vaker niet helder is wat (zij met) geestelijk verzorgers in huis hebben, worden geestelijk verzorgers feitelijk te hulp gevraagd bij existentieel zeer ingrijpende gebeurtenissen: na een dodelijk ongeluk op een spoedeisende hulp, een militair die na een uitzending niet meer zichzelf is, een fragiele oudere die zich afvraagt of ze niet iedereen tot last is, een ex-gedetineerde die elk gevoel van eigenwaarde ontbeert. In deze bijdrage verken ik het verschil van het beeld van religie zoals dit expliciet in de media wordt opgeroepen naast zoals dit beeld impliciet aanwezig is zodra geestelijk verzorgers in zorginstellingen gevraagd worden hulp te bieden wanneer de dood in zicht komt, zich ethische vragen opdringen waarvoor geen antwoorden bestaan, wanneer anderen de ogen sluiten voor de kwetsbaarheid en machteloosheid die nu eenmaal met het leven zijn gegeven. Tegenover de negatieve *framing* in de media staan positieve beelden over geestelijk verzorgers die op een persoonlijke wijze voorwaarden scheppen om met de grenzen van het bestaan om te gaan. Verhalen (*storytelling*) over deze ervaringen kunnen een tegenwicht bieden tegen het eenzijdig gewelddadige beeld van religie, juist omdat verhalen een transformatieve kracht bezitten. Rituelen, een houding van gastvrijheid en het besef dat we delen in de vergankelijkheid van het bestaan blijken daarbij een wezenlijke rol te spelen.

Van religiestress tot ‘Rot op met je religie’

‘Religiestress’ werd in 2012 door de redacteurs van Van Dale genomineerd als *Woord van het Jaar*. Zij omschreven de term als ‘het geheel van religieuze spanningen die kunnen optreden in een moderne, seculiere samenleving als die wordt geconfronteerd met traditionele godsdienstuitingen’. In datzelfde jaar werd in de categorie jongerentaal ‘booslim’ genomineerd: ‘een fundamentalistische moslim, die in het openbaar agressief reageert op (vermeende) aantasting van zijn godsdienstige normen en waarden [samentrekking van boos en moslim]’ (De Wever 2012). De herkomst van het woord booslim bleek onduidelijk, maar het werd in de loop van 2012 regelmatig gebruikt op blogs als *De Dagelijkse Standaard* en *GeenStijl*. De term religiestress werd eerder

in 2012 gemunt door de remonstrantse theoloog Tom Mikkers in een boek met de gelijknamige titel, en met de ondertitel *Hoe je te bevrijden van deze eigentijdse kwelgeest*. Met dit zelfhulpboek signaleert de auteur dat ‘het redelijk religieuze spreken en het redelijk spreken over religie langzaam maar zeker steeds ingewikkelder zijn geworden’ (Mikkers 2012, 9). En even verder: ‘Religiestress ontstaat als de druk die religieuze of levensbeschouwelijke opvattingen en gedragingen op mensen uitoefenen te groot wordt. De mensen zelf en hun onderlinge relaties komen onder hoogspanning te staan, met als gevolg een verhoogd risico op spanningen, conflicten, mijding en geweld’ (idem, 10). De dan volgende beschouwingen en tips zijn bedoeld om de stress te verminderen en om te laten zien hoe religie vruchtbaar en nuttig kan zijn voor een seculiere samenleving. Om te zorgen dat beide – religie en samenleving – weer *on speaking terms* raken is volgens Mikkers vooral verbeeldingskracht (van theologen) nodig: ‘In mijn beleving is een theoloog iemand die beelden van nu verbindt aan beelden en handelingen uit een religieuze traditie. Tekstuitleg en toegepaste theologie winnen aan kracht als ze aansluiten bij het menselijk vermogen om het leven te duiden met behulp van beelden en metaforen’ (Mikkers 2012, 113).

Tegen deze achtergrond heeft *Motivaction* begin 2017 in opdracht van de *Evangelische Omroep* een onderzoek gedaan naar de dilemma’s en stress die Nederlanders in het dagelijks leven ervaren rond religie. Ruim 1000 Nederlanders werden ondervraagd. Uit dit onderzoek komt naar voren dat 93% van de Nederlanders voor de vrijheid van meningsuiting is, 82% voor de vrijheid van godsdienst, maar dat bijna de helft vindt dat mensen hun religie niet openbaar dienen uit te dragen en dat religie juist een privé kwestie is. 60% van de respondenten zegt dat religie geen invloed mag hebben op de politieke besluitvorming, en dat de vrijheid van godsdienst niet mag leiden tot het kwetsen van mensen met een religie. Volgens 43% is godslastering onacceptabel (Redactie Kerk 2017).¹ Naar aanleiding van het onderzoek wijst EO-eindredacteur Arie Rijnveld erop dat mensen religiestress ondervinden als zij ongewild worden geconfronteerd met religieuze uitingen van anderen: ‘Bijvoorbeeld als ze zien dat een man weigert een hand te geven aan een vrouw, vanwege zijn geloof. 76 procent van de ondervraagden geeft aan daar grote moeite mee te hebben. Wat ook stress geeft, is als jouw kind in de klas zit met een aantal kinderen die niet zijn gevaccineerd vanwege de religieuze overtuiging van hun ouders. 67 procent van de Nederlanders zegt hier moeite mee te hebben. Maar religieuzen zelf ervaren ook stress. Als je merkt dat jouw religie een baan op de arbeidsmarkt in de weg staat, of als je gedwongen wordt

op zondag te werken terwijl dat ingaat tegen je principes, kan dat veel spanning geven' (Redactie Kerk 2017). De EO heeft over het verschijnsel religiestress vervolgens begin 2017 een vijfdelige televisieserie gelanceerd onder de titel *Rot op met je religie*, waarin vijf mensen met verschillende religieuze achtergronden die twee weken in een huis samenleefden, werden gevolgd. De bedoeling was om in beeld te brengen wat religiestress doet met deze vijf mensen en wat het effect was op hun opvattingen. Gezien de opzet van het programma lijkt het er vooral op dat de stress zo hoog mogelijk moest worden opgevoerd, vooral door de verschillen tussen de deelnemers scherp aan te zetten. De confrontatie en de verhitte gesprekken worden gezocht, en de hoop op verzoening is ijdel: een hoop pleuris lijkt de bedoeling (Beerekamp 2017; Heesakkers 2017).

Negatief framen van religie als bron van conflict

Het bovenstaande is een voorbeeld van hoe religie in de media in beeld komt of in beeld wordt gebracht. Dat religie in allerlei gedaanten in de media wordt gepresenteerd, is niet verwonderlijk, omdat religie een wezenlijk onderdeel is van onze cultuur. In tal van culturele, sociale en politieke uitingen speelt religie een impliciete of expliciete rol. Dat betekent dat in kunst, literatuur en architectuur, maar ook in vele gewoontes, tradities, waarden en normen sprake is van religieuze of levensbeschouwelijke elementen. Ook als velen zich hiervan nauwelijks bewust zijn. Religie blijkt, ondanks de secularisatie, nog steeds een belangrijke maatschappelijke en publieke factor, iets wat een decennium geleden al door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) werd vastgesteld (Van de Donk, Jonkers, Kronjee & Plum 2006). Hoewel religie een wezenlijke dimensie is van ons bestaan, blijkt zij echter vooral in een negatieve sfeer, negatief *geframed*, in de media te verschijnen. Onderzoek maakt bijvoorbeeld duidelijk dat moslims in de Nederlandse media stereotyperend, stigmatiserend, vooringenomen en met soms ronduit racistisch taalgebruik ter sprake komen. *Priming* en *framing* spelen daarbij een belangrijke rol, dat wil zeggen dat enerzijds de media kernthema's selecteren aan de hand waarvan personen of gebeurtenissen worden beoordeeld, en dat anderzijds de media de gebeurtenissen vanuit heel specifieke perspectieven aan de orde stellen die de interpretatie en waardentoekenning door de lezers en luisteraars beïnvloeden (Shadid 2009). Op deze manier wordt de werkelijkheid die complex en meerduidelig is, gestructureerd en versimpeld, en vindt er een selectie plaats van wat als belangrijk dient te worden beschouwd (Entmann

1993). De beelden of frames van religie in het publieke debat en de media zijn vooral dat religie achterhaald is, soms nuttig, maar meestal onderdrukkend en gewelddadig (Ratheiser & Van der Stoep 2013). Het blijkt dat juist conflict, bij het duiden van nieuws in de media, een van de meest dominante frames is, vooral ook als religie in beeld komt (Mitchell 2007).

Deze mechanismen zijn eveneens van toepassing op de presentatie van andere religieuze tradities (dan de islam) in de media. In het WRR-rapport *Identificatie met Nederland*, dat ingaat op de Nederlandse identiteit die door migratie en mondialisering diffuser lijkt dan vroeger, wordt vastgesteld: 'De media zijn ontegenzeggelijk een steeds belangrijker rol gaan spelen in het articuleren van normen. Ten eerste functioneren ze als vindplaats van normen, ze weerspiegelen bepaalde normen uit de samenleving. Ten tweede is het een plek waar afwegingen worden gemaakt over wat wel en niet wordt getoond, en waar dus bepaalde posities, standpunten en personen meer aandacht krijgen dan andere. De media reguleren in dat opzicht in belangrijke mate het publieke debat, en daarmee de arena waarin normen besproken en vastgesteld worden' (WRR 2007, 145). De vaak eenzijdige, stereotype en stigmatiserende benadering van religie in de media, waarbij vooral de excessen van de traditionele en geïnstitutionaliseerde religieuze tradities in beeld komen, heeft twee docenten journalistiek aangezet tot het schrijven van een boek dat (aankomende) journalisten wil helpen om op een eerlijke en professionele wijze verslag te doen van gebeurtenissen, personen en verschijnselen die met religie hebben te maken (Ratheiser & Van der Stoep 2013). Om de berichtgeving over religie te verbeteren, benadrukken zij vijf principes: (1) respect voor sterke religieuze overtuigingen en deze niet meteen als intolerant framen; (2) waarachtigheid, om recht te doen aan hoe religieuze overtuigingen vorm krijgen in het leven van mensen; (3) balans, om het complete beeld te belichten en niet alleen de extreme of spectaculaire uitingsvormen; (4) voldoende kennis van zaken; en (5) lichtvoetigheid en moed om taal te kiezen die recht doet aan gelovigen en tegelijk toegankelijk is voor niet-gelovigen (Ratheiser & Van der Stoep 2013, 5). Dat deze vijf principes zo expliciet dienen te worden genoemd, geeft aan hoe krachtig het negatieve frame is waarin religie in de media verschijnt en dat er bij velen (o.a. journalisten, ambtenaren, leraren) sprake is van religieuze ongeletterdheid.

Tussenstop in Molenbeek

Om een meer onbevagen en minder eenzijdige benadering van religie te stimuleren, zijn andere invalshoeken nodig, misschien ook andere mediale uitingsvormen. Zo nodigt de Belgische fotograaf Kurt Deruyter met zijn foto's en rapportages in zijn project *Halfway Home* uit om anders naar de betekenis van religie te kijken. Hij brengt het leven van migranten in wijken als Molenbeek in Brussel in beeld, en maakt inzichtelijk dat auto's, religie en kapsalons (*cars, priests and haircuts*) een verbindende kracht hebben in deze wijken die een soort tussenruimte vormen, halverwege het land van oorsprong en een nieuwe bestemming (Deruyter & Vankersschaever 2016). Een artikel uit een serie die Deruyter samen met de journaliste Fikry El Azouzzi voor het Vlaamse dagblad *De Morgen* heeft geschreven, heeft als titel meegekregen: 'Elke stad heeft een Molenbeek nodig' (El Azouzzi & Deruyter 2016). In deze verborgen stad, na de aanslagen in Parijs en Brussel geframed als 'een hellegat vol geradicaliseerd addergebroed', blijken de autohandel, de kapsalons en de talloze en zeer diverse religieuze organisaties en bijeenkomsten sociale bindmiddelen bij uitstek te vormen. 'Als je (...) het standpunt van de migrant kiest, is zo'n wijk een godsgeschenk. Je kan er te voet heen, het is vlak bij het centrum, je vindt er gemakkelijk werk – akkoord: de jobs worden slecht betaald, en zijn zeker niet voor iedereen weggelegd, maar het geeft je een inkomen (en soms ook een opleiding) –, in de buurt zijn er overal winkeltjes, het leven is er niet duur, landgenoten op elke straathoek... Kortom: voor veel heel wat migranten is dit een levenslijn, een manier om te overleven in België. Hoop op een betere toekomst. Die er vaak ook komt' (Deruyter & Vankersschaever 2016).

In tegenstelling tot wat in de media gebruikelijk is, maakt Deruyter zichtbaar welke rol religie in het concrete leven van mensen speelt of kan spelen. Het gaat dan niet om grote systemen, tradities en identiteiten die op principiële niveau met elkaar worden vergeleken en tegen elkaar uitgespeeld, het gaat om steun en houvast die mensen in hun wankel bestaan vinden bij religieuze rituelen, groepen en voorbeeldfiguren. Het gaat om *lived religion* (Ganzevoort & Roeland 2014), waarbij de wijze waarop mensen vorm geven aan en steun ondervinden van hun religieuze beleving voorbij de grenzen van systemen, mediabeelden en theologische orthodoxie gaan. Vooral in ideografisch onderzoek kan zichtbaar worden hoe mensen steun en houvast vinden in religie (Murphy 2017). Het is dus zaak om voorbij de *mediaframes* van religie (o.a. achterhaald, onderdrukkend en/of gewelddadig) goed te observeren

hoe religie feitelijk – impliciet of expliciet – een rol speelt in het leven van mensen, in specifieke sociale contexten en in publieke instellingen. In het vervolg van deze bijdrage richt ik het focus op de wijze waarop geestelijke verzorging in zorginstellingen functioneert, te hulp geroepen wordt in zeer specifieke situaties en door cliënten en medewerkers zeer hoog wordt gewaardeerd. Door het focus te richten op het functioneren van geestelijke verzorging wordt iets zichtbaar van de wijze waarop religie een belangrijke rol kan spelen in het leven van mensen, vooral als zij worden geconfronteerd met de fragiele kanten van het bestaan. Een heel ander beeld van religie laat zich zien, verhalen die verteld moeten worden en die het vermogen tot transformatie van de luisteraar in zich dragen.

‘Verkeerde’ beeldvorming over geestelijk verzorgers

Afgaande op enkele Nederlandse onderzoeken zijn patiënten of cliënten in de zorg uitermate tevreden over de geestelijke verzorging die zij hebben ontvangen; hun beeld van religie, of in ieder geval van geestelijke verzorging, lijkt zeer positief. De geestelijk verzorgers Loes Berkhout en Anne Helms (2015) ontwikkelden een vragenlijst om de tevredenheid van patiënten in een (academisch) ziekenhuis met de hen geboden geestelijke verzorging in kaart te brengen. Het blijkt dat de tevredenheid eigenlijk niet of nauwelijks hoger kan, dat patiënten zich begrepen en gesteund voelden, dat de geestelijk verzorgers – volgens de rapportage van de patiënten – goed aansloten bij de situatie en vraag of behoefte van de patiënten, en dat patiënten het idee hadden dat ze nadien beter met hun situatie konden omgaan. Los van de vraag of er sprake is van bias en van een plafondeffect, en los van de vraag wat deze vragenlijsten precies meten (klanttevredenheid, algemeen welbevinden, effect van geestelijke verzorging?), komen in internationaal onderzoek vergelijkbare resultaten bij de ontwikkeling en inzet van dergelijke PROM's (*Patient Reported Outcome Measures*) naar voren (zie o.a. Snowden, Telfer, Kelly, Bunniss & Mowat 2012; Snowden & Telfer 2017). Het bevestigt ook het beeld uit eerder Nederlands onderzoek naar de grote behoefte van patiënten, cliënten en bewoners in zorginstellingen aan geestelijke verzorging en de hoge mate van hun tevredenheid met de geboden zorg (zie o.a. Rooijackers, De Jong, Van Knippenberg & Wolswijk 1987; Prins 1996; Pieper & Van Uden 2006).

Op basis van deze onderzoeksresultaten zou men kunnen concluderen dat geestelijke verzorging een gewaardeerd en noodzakelijk aanbod is binnen

de zorg. Het tegendeel lijkt eerder het geval. Formatieplaatsen staan onder druk. Geestelijke verzorging wordt niet of te laat ingeroepen door andere zorgverleners (Dobber 2017). Beeldvorming speelt hierbij een belangrijke rol. Managers en andere medewerkers hebben, althans dat is de opvatting van nogal wat geestelijk verzorgers, vaak te weinig beeld van wat geestelijk verzorgers doen. Deze medewerkers nemen waar dat de geestelijk verzorger met mensen praat, maar waarover is hen niet duidelijk, en hoe dit vervolgens bijdraagt aan de zorg en behandeling is nog minder duidelijk. Vaak hebben managers en zorgverleners ook een verkeerd beeld, vinden althans geestelijk verzorgers: geestelijke verzorging heeft met kerk en geloof te maken, inclusief de negatieve associaties op basis van berichtgeving in de media of op basis van eigen negatieve ervaringen in het verleden (Meulink 2006). De mate van integratie van geestelijke verzorging in de desbetreffende zorginstelling speelt daarbij een wezenlijke rol (Van Gerwen 1992; Schilderman 2012), juist omdat geestelijk verzorgers de neiging hebben om op basis van hun rolopvatting vooral in te zetten op het individuele contact met de patiënt, cliënt of bewoner (Smeets 2006) en zich relatief weinig richten op samenwerking, uitwisseling en afstemming in hun werkzaamheden, niet denken in gemeenschappelijke doelen in zorgbeleid en te weinig energie besteden aan de verheldering van hun interventies in voor anderen toegankelijke taal (Vandenhoeck 2007; Körver 2014).

Desondanks vinden andere hulpverleners in de zorg, en in ieder geval de cliënten, hun weg naar de geestelijke verzorging. Uit het onderzoek van Handzo et al. (2008) naar het type interventies dat geestelijk verzorgers inzetten in hun werk, blijkt dat – naarmate de ernst van de situatie toeneemt (crisis, levenseinde, levensbedreigende behandeling) – meer specifieke religieuze interventies door de patiënten worden gevraagd en/of door de geestelijk verzorger worden aangeboden. Het gaat dan vooral om gebed en andere religieuze rituelen. Vooral verpleegkundigen verwijzen naar geestelijk verzorgers, met name als het levenseinde in zicht is en specifieke religieuze ondersteuning aan de orde is, maar ook als naasten worstelen met ingrijpende ethische vragen (Weinberger-Litman, Muncie, Flannelly & Flannelly 2010; Winter-Pfändler, Flannelly & Morgenthaler 2011). De resultaten van deze onderzoeken komen overeen met de indruk die ik krijg uit de huidige praktijk van geestelijke verzorging in de zorg. Deelnemers aan een postacademische cursus (*Geestelijke verzorging 2.2*, TST/Luce) heb ik gevraagd om met voor hen onbekende zorgverleners in hun organisatie in gesprek te gaan en hen te vragen welke associaties zij hebben bij het werk van geestelijk verzorgers. ‘Dood en verderf’, was een van de reacties.² Een verzorgende zei dat het volgens

haar te maken had met ‘katholiek’ en ‘dood’, en een specialist longziekten zei: ‘Geestelijk verzorgers doen toch de mis op zondag en zorgen voor het laatste sacrament, toch?’ Deze reacties weerspiegelen kernachtig wat ook anderen te horen kregen. Door de verschillende associaties te bundelen ontstonden drie clusters: (1) dood en eindigheid, (2) geloof en kerk, en (3) kerkdiensten en ander ritueel. In de spaarzame onderzoeken waarin vooral de cliënt aan het woord is en uitdrukt wat hij of zij van de geestelijk verzorger verwacht, komen dezelfde drie clusters of behoeften naar voren – meestal in samenhang (vgl. o.a. Walton 2014a; Fitchett & Nolan 2015). Het is begrijpelijk dat geestelijk verzorgers zich ongemakkelijk voelen bij deze beeldvorming, omdat de associaties een beperkt en traditioneel beeld van religie en geestelijke verzorging benadrukken. Niet zelden distantiëren zij zich er uitdrukkelijk van: religie en geestelijke verzorging gaan toch over meer dan de dood, zijn ruimer dan de kerk, en ik ben geen sacramentenboer. Tegelijk is het ongemak merkwaardig. Omdat de tevredenheid met geestelijk verzorgers zo hoog is, zou je kunnen veronderstellen dat er iets zeer positiefs in deze associaties (van cliënten en verpleegkundigen) besloten ligt – ondanks het feit dat de formuleringen gedateerd aandoen en religieuze ongeletterdheid verraden. Een nadere beschouwing van de (samenhang van deze) drie clusters kan echter een bijdrage leveren aan de verheldering van de positieve beeldvorming over geestelijke verzorging, en daarmee aan het beeld van religie.

Een glans van werkelijkheid

Bij het raadplegen van een van de belangrijkste hedendaagse handboeken praktische theologie in Nederland, *Zorg voor het verhaal*, van de praktisch theologen Ruard Ganzevoort en Jan Visser, blijkt al hoe nadrukkelijk het omgaan met contingente ervaringen, verlies, tragedie en dood als thema aanwezig is, waarbij als pastorale interventies verhalen, symbolen en rituelen een essentiële rol spelen, en dat juist deze thema’s en interventies vanuit het perspectief van geloof en transcendentie aan bod komen (Ganzevoort & Visser 2007). Wie door het *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (Doolaard 2006) bladert, ziet onmiddellijk dat het bij geestelijke verzorging gaat om de zin van het bestaan, ingewikkelde ethische problematiek, levenseinde, eenzaamheid, symboliek, kerkdiensten en andere vormen van ritueel. Ook hier komen dood, geloof en ritueel vaak in onderlinge samenhang ter sprake. In het werk van de theologe Christa Anbeek verschijnen de kwetsbaarheid van het bestaan, de centrale thema’s uit religieuze tradities en rituele vormen van ontmoeting en dialoog in

onderlinge samenhang (Anbeek 2013; Anbeek & De Jong 2013). In de recente studie van religiewetenschapper Brenda Mathijssen over hoe in Nederland zin en vorm wordt gegeven aan de dood, blijkt eveneens een krachtige associatie bij mensen te bestaan tussen de drie clusters dood en eindigheid, geloof en kerk, en ritueel en symbool (Mathijssen 2017). In het recente onderzoek van de Amerikaanse sociologe Wendy Cadge naar de basis of het mandaat van de geestelijk verzorgers die werkzaam zijn op Amerikaanse vliegvelden, wordt duidelijk dat die geestelijk verzorgers op het raakvlak van deze drie clusters werkzaam zijn – te oordelen naar de situaties en vragen waarmee zij van doen krijgen (Cadge 2017). Een basis voor de samenhang tussen de drie genoemde clusters kunnen we vinden in het werk van cultureel antropoloog Clifford Geertz. Zijn analyses van religie, chaos en ritueel bieden aanknopingspunten. Hij omschrijft religie als volgt: ‘Religie is een systeem van symbolen, die krachtige, overtuigende en langdurige stemmingen en motivaties in de mens vestigen, en wel door de formulering van overtuigingen inzake een algemene orde van het bestaan alsmede door deze overtuigingen in een glans van werkelijkheid te kleden, zodanig dat de stemmingen en motivaties op een unieke wijze realistisch schijnen te zijn’ (Geertz 1993, 90; vertaling ontleend aan Van der Ven 1993, 144).³ In zijn toelichting op deze definitie benadrukt Geertz het belang van symbolen en rituelen, waarbij hij symbolen opvat als voorwerpen, handelingen, gebeurtenissen, kwaliteiten of betrekkingen die als een soort voertuig dienen voor een concept of abstractie, of misschien beter, die een concept, abstractie of ervaring tastbaar, zichtbaar en concreet maken, belichamen. Symbool en ritueel bieden een ‘model of reality’, een interpretatie van hoe de wereld op dit moment is en een ‘model for reality’, een ideale status van diezelfde werkelijkheid. Het ritueel brengt deze beide modellen bijeen, waarbij deelnemers de overtuiging opdoen en daadwerkelijk beleven dat deze modellen en concepten van en voor de werkelijkheid geloofwaardig en deugdelijk zijn (Geertz 1993). Tegen deze achtergrond is te verhelderen dat ritueel misschien wel het hart van geestelijke verzorging vormt en tevens de ruimte waarin verschillen in religieuze achtergrond te overstijgen zijn (Körver 2012; 2016a). In zijn toelichting benadrukt Geertz overigens nog een tweede belangrijk element. Religie en ritueel zijn vooral van belang als er chaos in het leven ontstaat, het leven ontregeld of in een crisis raakt, en mensen worden geconfronteerd met verlies, tragiek en eindigheid. Chaos omschrijft hij als ‘a tumult of events which lack not just interpretations but *interpretability*’ (Geertz 1993, 100). Chaos leidt ertoe dat mensen op de grens van hun begrip (‘ik kan het niet meer vatten’), van hun uithoudingsvermogen (‘ik kan het niet meer uithouden’) en op de grens van hun morele draagkracht (‘het is ontoe-

laatbaar’) stuiten. Tegen de achtergrond van deze inzichten zouden geestelijk verzorgers die gedateerde of verkeerde beeldvorming juist moeten omarmen en tot de kern van hun functioneren en taakopvatting moeten kiezen. Hierbij moet tevens worden bedacht dat – getuige de associaties van cliënten en zorgverleners – deze drie dimensies of clusters uitsluitend met de geestelijk verzorger of pastor worden geassocieerd (en dus niet met andere professionals in de zorg). Daarmee beschikt de geestelijk verzorger over een uniek of exclusief domein of perspectief dat – in deze combinatie vooralsnog – niet door anderen wordt betwist of opgeëist.

Ziekenzegen op de intensive care

De beeldvorming over geestelijke verzorging kan nog verder gepreciseerd en geconcretiseerd worden. In het Case Studies Project Geestelijke Verzorging, een samenwerkingsproject van de Faculteit Katholieke Theologie van de Universiteit van Tilburg en de Protestantse Theologische Universiteit te Groningen, worden case studies beschreven en geanalyseerd met het oog op wat geestelijk verzorgers feitelijk doen, vanuit welke theoretische achtergrond, met welk doel en met welk resultaat. In dit over vier jaar lopende project werkt een tiental onderzoekers samen met 60 geestelijk verzorgers die alle werkvelden van geestelijke verzorging en vrijwel alle levensbeschouwelijke achtergronden vertegenwoordigen. De samenwerking tussen de deelnemende geestelijk verzorgers en de universitaire onderzoekers vindt plaats in wat onderzoeksgemeenschappen worden genoemd, die ingedeeld zijn naar werkveld (Van Loenen, Körver, Walton & De Vries 2017; Walton & Körver 2017). Het doel van dit onderzoeksproject is om tot criteria van *good practices* te komen, waarbij interventies, theoretische achtergrond, doelen en resultaten helder zijn. Deze *good practices* vormen *practice-based evidence* die zowel voor de beroepsgroep van geestelijk verzorgers normatief wordt alsook verheldering en verantwoording van geestelijk verzorgers voor bestuurders, beleidsmakers, financiers en andere professionals verschaft. Aan de hand van een vast format worden representatieve, paradigmatische en uitzonderlijke case studies over de interactie tussen geestelijk verzorger en patiënt, cliënt of bewoner beschreven en geanalyseerd. Het is de bedoeling om de werkzame mechanismen, interventies en interacties te beschrijven, die bijdragen aan of een verdere onderbouwing kunnen betekenen voor het positieve beeld dat meestal op het microniveau van de individuele begeleiding aanwezig is. Juist deze beschrijving en onderbouwing kan bijdragen aan een meer positieve en

minder eenzijdige beeldvorming over religie op mesoniveau (zorginstelling) en macroniveau (samenleving). Dit onderzoek past in de internationale trend om de praktijk van geestelijke verzorging nauwkeuriger te beschrijven, zowel kwantitatief als kwalitatief (zie o.a. Handzo, Flannelly, Murphy et al. 2008; Fitchett 2011; Körver 2016b).

Een voorbeeld van een case study⁴ die ingebracht en geanalyseerd werd in de onderzoeksgemeenschap 'ziekenhuis', betrof de situatie dat de echtgenote aan de verpleging vroeg om contact met de geestelijk verzorger om haar man die op de IC zou worden opgenomen, de ziekenzegen te geven. Deze man, in de zeventig, zeer kerkbetrokken, was in zeer korte tijd terminaal geworden. Enkele weken eerder had hij als vrijwilliger op het kerkhof nog mee een graf gedolven. Een dergelijk ritueel, het sacrament der zieken of een ziekenzegen, lijkt een tamelijk eenvoudige standaardhandeling: afspraak maken, kennis-makingsgesprek, verkenning van het levensverhaal (indien daartoe tijd en ruimte beschikbaar zijn), vaststellen van het tijdstip en van wie aanwezig zou moeten zijn, uitvoering van het ritueel volgens een voorgegeven schema, afronding. Door de nauwgezette beschrijving en de minutieuze analyse werd echter duidelijk dat er complexe communicatieve processen en genuanceerde inhoudelijke afwegingen schuilgingen in de case study. Het ritueel bleek toch niet zo'n standaardhandeling te zijn. De reconstructie maakte duidelijk dat de geestelijk verzorger – op basis van zijn jarenlange ervaring in het betreffende ziekenhuis – op subtiële wijze contacten wist te leggen tussen de verschillende partijen: patiënt en familie, verpleging en artsen van de IC, andere betrokken specialisten. De geestelijk verzorger gebruikte op een gegeven moment voor zichzelf het beeld van verbindingsofficier. Hij wist in de hypertechische wereld van de IC ruimte te creëren voor de leefwereld en het levensverhaal van de patiënt en diens naasten. Dit is niet vanzelfsprekend te creëren in deze context, gezien het feit dat de alom aanwezige techniek weinig of geen ruimte laat voor wat Anne-Mei The vragen van de lange termijn heeft genoemd en die juist de zin of onzin van dit alles aan de orde stellen (The 1999). Verhelderend was ook om in dit kader de begrippen systeemwereld en leefwereld van Habermas in te brengen, die inzichtelijk maken dat twee heel verschillende werelden opeens door elkaar gaan lopen, elk met een eigen logica, en dat het een bijzondere competentie vraagt om de afstemming tussen deze twee tot stand te brengen (Abma 2010). Daarnaast werd in de reflectie duidelijk dat in/met het ritueel – in de termen van de cultureel antropologen Anton Van Gennep (1981 [1909]) en Victor Turner (Turner 1977) – een liminale situatie werd gecreëerd, waarin de betrokken partijen zich kunnen

voorbereiden op de overgang van de patiënt naar de dood; dat bleek ook te gelden voor de betrokken verpleegkundigen en artsen. Het was dan ook niet verwonderlijk dat de eerste vraag van de echtgenote in het gesprek met de geestelijk verzorger was: ‘Hoe gaat het nu verder?’. Een vraag die feitelijk en alledaags kan worden geïnterpreteerd, maar ook te maken bleek te hebben met de voorbereiding op het feit dat zij nu alleen zou komen te staan. Een opvallend detail in de case study was nog dat een van de behandelend specialisten die de patiënt al jaren kende, verbaasd was toen zij de geestelijk verzorger in deze context ontmoette, waarbij zij zei: ‘Ik wist niet dat hij [de man] gelovig was en dat dit voor hem belangrijk was’. Systeem- en leefwereld hadden elkaar kennelijk nog niet eerder ontmoet. Navrant is de opmerking wel tegen de achtergrond van een review van 54 onderzoeken naar de vraag of patiënten willen dat de dokter met hen spreekt over hun geloof of spiritualiteit. De conclusie is dat patiënten het op prijs stellen dat de dokter daarvoor belangstelling heeft, maar dat zij niet veronderstellen dat hij/zij dit onderwerp verder met hun uitvoerig bespreekt (Best, Butow & Olver 2015). Patiënten beschouwen het contact met hun dokter als een relatie en niet in eerste instantie als een bron van informatie, hoewel die natuurlijk ook van belang is (Salander 2002). En dat is – zo kwam naar voren in de analyse van de situatie – wat de geestelijk verzorger juist uitdrukkelijk deed: een relatie aangaan, als verbindingsofficier de verschillende partijen met elkaar in contact brengen, zich richten op de behoeften uit de leefwereld in het bewustzijn van de eigen logica van de systeemwereld, balancerend op het raakvlak van dood, geloof en ritueel. In de context van de IC kon een verhaal verteld en beluisterd worden, waarin religie een ondersteunende, verbindende en zingevende rol speelde. Het verhaal over dit verhaal kan een transformatieve werking krijgen (Kroth & Cranton 2014).⁵

Gastvrijheid: van buiten naar binnen en vice versa

Als laatste stap in deze bijdrage wil ik nog stilstaan bij een aantal uitgangspunten die bij kunnen dragen aan een minder eenzijdige beeldvorming over religie met behulp van geestelijke verzorging in een zorginstelling. Met het oog op de toekomst waarin van interculturaliteit en interreligiositeit steeds meer sprake zal zijn, ook in de geestelijke verzorging, ontwierp de Sri Lankaanse hoogleraar oecumenische theologie Wesley Ariarajah een model met drie concentrische cirkels om de mogelijkheden van interreligiositeit te verkennen en te bevorderen (Ariarajah 1999). In de binnenste cirkel plaatst hij de kern of identiteit van een religieuze traditie, als het meest eigene en

het meest afgeschermd. In deze context kan enkel sprake zijn van geestelijke verzorging volgens de eigen traditie. De eigen traditie wordt hier afgeschermd en afgegrensd. Een buitenstaander kan worden uitgenodigd, maar blijft een buitenstaander. Het onderscheid wordt benadrukt en gekoesterd. De buiten-cirkel van het model representeert de voor alle mensen gemeenschappelijke, universele ervaringen en praktijken. Op dit niveau is interreligieuze geestelijke verzorging mogelijk en noodzakelijk. Een gezamenlijk verhaal en een gemeenschappelijk gebed en ritueel kunnen ontstaan. Het tussenniveau representeert de brede schatkamer van spirituele bronnen en tradities, waaruit een ieder kan putten voor eigen gebruik. Hier liggen echter ook meningsverschillen en conflicten op de loer. De Amerikaanse geestelijk verzorger Dagmar Grefe en de Amerikaanse hoogleraar Daniel Schipani hebben dit model later overgenomen (Grefe 2011; Schipani 2016). Als echter het uitgangspunt is dat alle mensen, met welke levensbeschouwelijke of religieuze achtergrond dan ook, delen in hetzelfde kostbare en fragiele leven, dan is het de vraag of dit model toereikend is. Het model suggereert immers dat in de kern – de particuliere religieuze ervaring en praktijk – de culturele en religieuze verschillen tussen mensen steeds weer tot conflicten zullen leiden. De veronderstelling is tevens dat mensen zich in deze kern zullen terugtrekken, zodra er zich verschillen met andere groepen of personen aandienen. De vraag is dus of het model van Ariarajah niet juist binnenste buiten moet worden gekeerd. In het oorspronkelijke model is de binnencirkel het hart, het meest kostbaar ook, en de buitenkant de oppervlakte waar men doorheen moet om bij de kern uit te komen. De kern is echter juist dat mensen delen in hetzelfde kostbare, fragiele en kwetsbare leven (Alma & Anbeek 2013). Waar mensen elkaar – in crisissituaties of niet – in hun fragiele bestaan ontmoeten, willen ontmoeten, ontstaan respect en relatie, is er geen plaats voor vooroordelen, stereotypen of stigmatiseringen, en ook niet voor de angst dat de eigen (religieuze) identiteit wordt bedreigd. Als mensen elkaar op dat niveau ontmoeten – in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere zorginstelling – spelen de andere lagen/cirkels een secundaire rol. Juist in het kader van geestelijke verzorging vindt deze ontmoeting ook daadwerkelijk plaats, of worden – vooral via rituelen – de condities voor deze ontmoeting geschapen (Körver 2016a).

De Britse hoogleraar communicatie, kunst en religie Jolyon Mitchell benadrukt in zijn eerder genoemde studie *Media violence and Christian ethics* (2007) dat als tegenwicht tegen de framing van religie als gewelddadig en conflictueus specifieke praktijken noodzakelijk en mogelijk zijn. Hij noemt onder meer het getuigenis afleggen van intermenselijke en interreligieuze ontmoetingen, gastvrijheid bieden, vriendschap aangaan en participeren in een rituele con-

text. Deze praktijken bieden de mogelijkheid om het benadrukken van het verschil en van het gewelddadige van religies te reframen. Tegen deze achtergrond is gastvrijheid de metafoer om (rituele) ontmoetingen in geestelijke verzorging te typeren, waarbij de rol van gastheer/-vrouw en gast voortdurend op een subtiële wijze wisselen en waarbij iedere betrokkene zowel geeft als ontvangt. De geestelijk verzorger is niet alleen gastheer/-vrouw, maar tegelijk gast in het leven van de ander. In een dergelijke ontmoeting veranderen alle betrokkenen – aldus de Nederlandse hoogleraar geestelijke verzorging Martin Walton (2014b). Ook in de epiloog van de bundel *Ritual participation and inter-religious dialogue* (Moyaert & Geldhof 2015) wordt gastvrijheid als een model genoemd voor geestelijke verzorging die te maken krijgt met culturele en religieuze verschillen, met rituele participatie in een interreligieuze context. In die epiloog wijst de Leuvense liturgiewetenschapper Joris Geldhof erop dat in de beschrijvingen van en reflecties op interreligieuze rituele praktijken de complexiteit opvalt, dat er sprake is van een verbijsterende diversiteit die nauwelijks in woorden te vatten is, en dat vooral een grote mate van sensitiviteit wordt gevraagd. Uiteindelijk zou je, zo zegt hij, dit interrituele handelen kunnen opvatten als een bijzondere vorm van liefde of vriendschap, waarvoor gastvrijheid een passende metafoer is (Geldhof 2015). Een dergelijke benadering erkent het feit dat steeds meer geestelijk verzorgers te maken krijgen met individuen en groepen afkomstig uit allerlei culturen en geloofstradities en met mensen die in zichzelf verschillende levensbeschouwelijke, religieuze en spirituele achtergronden hebben geïntegreerd.

Persoonlijke verhalen over dood en verderf

Tot slot wijs ik nog op een conclusie uit het eerder genoemde onderzoek van Cadge (2017) naar de basis en het mandaat van geestelijk verzorgers op vliegvelden. Het denken over de verhouding tussen de verschillende beroepen is vooral gebaseerd op het model van competitie. Wil je je (i.c. als geestelijk verzorger) een plek verwerven in een organisatie, moet je de competitie met andere beroepen aangaan. Je moet je ‘breed’ maken. In haar onderzoek naar de geestelijk verzorgers op vliegvelden blijkt echter dat er geen wettelijke noch economische argumenten spelen, maar morele. Het werk dat geestelijk verzorgers doen, is onzichtbare, religieus gemotiveerde inzet, werk dat anderen niet doen en dat ook niet zal worden gedaan als geestelijk verzorgers het niet doen. Het is enerzijds werk dat door anderen niet als werk wordt gezien, en is anderzijds juist het ‘vuile’ werk – namelijk het op een persoonlijke wijze

omgaan met verdriet en dood. Dit werpt een ander licht op het beroep van geestelijk verzorger. Het verklaart wellicht dat juist in de persoonlijke ontmoeting met een geestelijk verzorger religie op een positieve wijze kan worden waargenomen, omdat in die ontmoeting verdriet en dood aan bod mogen komen, ruimte krijgen in het ritueel waarin het transcendente ‘een glans van werkelijkheid’ (Geertz) krijgt. In deze zin zijn geestelijk verzorgers spirituele voorbeelden (Oman 2013), hetgeen echter een groot beroep doet op hun ‘personale’ competentie, de competentie om als persoon op het raakvlak van dood en eindigheid, geloof en kerk, en ritueel en symbool te functioneren (Van de Spijker 1984). Het kunnen omgaan met dood & verderf – dus toch.

Over deze ervaringen moeten betrokkenen verhalen vertellen. Natuurlijk, wat zich tussen geestelijk verzorgers en patiënten afspeelt, vindt plaats op het individuele (micro-)niveau. In aansluiting op het begincitaat van de fotograaf Emmet Gowin moeten geestelijk verzorgers wat zij zien en meemaken vertellen, omdat anders niemand hierover hoort. Verhalen blijken krachtige middelen te zijn die mensen (managers, professionals, publiek) andere perspectieven laten zien en beleven, en mensen kunnen leren om hun visie en overtuigingen aan te passen of bij te stellen (Brown 2005; Kroth & Cranton 2014). Verhalen beschikken over transformatieve kracht, een kracht die uitstijgt boven het individuele (micro-)niveau. Daarnaast zouden onderzoekers meer een beroep moeten doen op observatie als onderzoeksmethodiek. Vragenlijsten leiden vaak tot sociaal wenselijke antwoorden, bieden in hun keuzemogelijkheden meestal te weinig ruimte voor de complexiteit van de werkelijkheid en het menselijk gedrag, en weerspiegelen iets van de haast die hedendaags onderzoek kenmerkt (Jansma, Hak & De Koning 2012). Dus niet alleen voor iedere stad een Molenbeek, maar voor iedere onderzoeker. Daar zijn de echte verhalen te vinden – verhalen met het vermogen tot transformatief leren.

Noten

- 1 Motivaction heeft, aldus een mededeling per mail hierover, voor dit onderzoek uitsluitend data opgeleverd voor de EO en geen onderzoeksverslag geschreven. De resultaten zijn uitsluitend beschikbaar in de vorm van tabellen, maar deze zijn niet openbaar, behalve de resultaten die in enkele bladen zijn verschenen en op de website van Motivaction zijn gepubliceerd: www.motivaction.nl/kennisplatform/in-de-media/eo-nederlanders-ervaren-dilemma-s-rond-religie-2.
- 2 De uitspraak ‘dood & verderf’ is afkomstig van een collega van Karin Seijdell, geestelijk verzorger bij Lunetzorg in Eindhoven.
- 3 De oorspronkelijke tekst bij Geertz luidt als volgt: ‘Religion is (1) a system of symbols which acts to (2) establish powerful, pervasive, and long-lasting moods and

- motivations in men by (3) formulating conceptions of a general order of existence and (4) clothing these conceptions with such an aura of factuality that (5) the moods and motivations seem uniquely realistic.'
- 4 Deze case study is ingebracht door Frans Broekhoff, werkzaam in het Isala ziekenhuis in Zwolle, en met zijn toestemming hier gebruikt. De betrokken familieleden hebben eveneens toestemming gegeven.
 - 5 Zie ook bijvoorbeeld: www.transformativestory.org/.

Literatuur

- Abma, T. A. (2010),
Herinneringen en dromen van zeggenschap. Cliëntenparticipatie in de ouderenzorg, Den Haag: Boom Lemma.
- Anbeek, C. (2013),
Aan de heidenen overgeleverd. Hoe theologie de 21ste eeuw kan overleven, Utrecht: Ten Have.
- Anbeek, C. & A. de Jong (2013),
De berg van de ziel. Een persoonlijk essay over kwetsbaar leven, Utrecht: Ten Have.
- Alma, H. & C. Anbeek (2013),
 Worldviewing competence for narrative interreligious dialogue. A humanist contribution to spiritual care, in: Schipani, D. S. (ed.), *Multifaith views in spiritual care*, Ontario: Pandora Press, 131-149.
- Ariarajah, W. (1999),
Not without my neighbour. Issues in interfaith relations, Geneva: WCC Publications.
- Beerekamp, H. (2017),
 In 'Rot Op Met Je Religie' trekken gelovigen en niet-gelovigen met elkaar op. De spanningen in het realityprogramma worden zo hoog mogelijk opgevoerd, in: NRC. Retrieved from <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/01/17/de-eo-stookt-de-religiestress-nog-op-6246021-a1541592>.
- Berkhout, L. & A. Helms (2015),
 Patiëntenbeoordeling van contact met de geestelijk verzorger. Ontwikkeling van een vragenlijst, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 18 (80), 45-51.
- Best, M., P. Butow & I. Olver (2015),
 Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review, in: *Patient Education and Counseling*, 98 (11), 1320-1328. doi:10.1016/j.pec.2015.04.017.
- Brown, J. S. (2005),
Storytelling in organizations. Why storytelling is transforming 21st century organizations and management, Boston: Elsevier Butterworth-Heinemann.

- Cadge, W. (2017),
 God on the fly? The professional mandates of airport chaplains, in: *Sociology of Religion*, doi:10.1093/socrel/srx025.
- Deruyter, K. & S. Vankersschaever (2016),
 Halfway Home. A (mostly) photographic research on migration, arrival cities & identity, Retrieved from <http://www.halfway-home.org/>.
- Dobber, L. (2017),
 Geestelijke begeleiding van stervende komt vaak te laat, in: *Trouw*, 12 juli 2017. Retrieved from www.trouw.nl/samenleving/geestelijke-begeleiding-van-stervende-komt-vaak-te-laat~addf6776/.
- Donk, W. B. H. J. van de, A. P. Jonkers, G. J. Kronjee & R. J. J. M. Plum (red.) (2006),
Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie (Vol. 13). Amsterdam: Amsterdam University Press - Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Doolaard, J. (red.) (2006),
Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging, Kampen: Kok.
- El Azouzzi, F. & K. Deruyter (2016),
 Elke stad heeft een Molenbeek nodig, in: *De Morgen*. Retrieved from <http://www.halfway-home.org/wp-content/uploads/2016/07/26-10-2016-Meer-dan-een-Hellhole-Bij-de-baard-van-de-profeet.pdf>.
- Emmet Gowin* (2013), New York: Fundación Mapfre - Aperture.
- Entmann, R. M. (1993),
 Framing: toward clarification of a fractured paradigm, in: *Journal of Communication*, 43 (4), 51-58.
- Fitchett, G. (2011),
 Making our case(s), in: *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17 (1-2), 3-18. doi:10.1080/08854726.2011.559829.
- Fitchett, G. & S. Nolan (eds.) (2015),
Spiritual care in practice. Case studies in healthcare chaplaincy, London - Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ganzevoort, R. R. & J. Roeland (2014),
 Lived religion: the praxis of practical theology, in: *International Journal of Practical Theology*, 18 (1), 91-101.
- Ganzevoort, R. R. & J. Visser (2007),
Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding, Zoetermeer: Meinema.
- Geertz, C. (1993),
 Religion as a cultural system, in: Geertz, C. (ed.), *The interpretation of cultures. Selected essays*, London: Fontana Press, 87-125.

Geldhof, J. (2015),

Epilogue. Inter-riting as a peculiar form of love, in: Moyaert, M. & J. Geldhof (eds.), *Ritual participation and interreligious dialogue. Boundaries, transgressions, and innovations*, London - New York: Bloomsbury Academic, 218-223.

Genep, A. van (1981 [1909]),

Les rites de passages. Étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc., Paris: E. Nourry.

Gerwen, G. T. van (1992),

Geestelijke verzorging in instellingen van gezondheidszorg, in: *Praktische Theologie*, 19 (5), 467-482.

Grefe, D. (2011),

Encounters for change. Interreligious cooperation in the care of individuals and communities, Eugene: Wipf & Stock.

Handzo, G. F., K. J. Flannelly, T. Kudler, S. L. Fogg, S. R. Harding, Y. H. Hasan, . . . B. E. Taylor (2008),

What do chaplains really do? II. Interventions in the New York Chaplaincy Study, in: *Journal of Health Care Chaplaincy*, 14 (1), 39-56. doi:10.1080/08854720802053853.

Handzo, G. F., K. J. Flannelly, K. M. Murphy, J. P. Bauman, M. Oettinger, E. Goodell, . . . M. R. Jacobs, (2008),

What do chaplains really do? I. Visitation in the New York Chaplaincy Study, in: *Journal of Health Care Chaplaincy*, 14 (1), 20-38. doi:10.1080/08854720802053838.

Heesakkers, G. (2017),

Een hoop pleuris en religiestress in 'Rot op met je religie', in: *De Volkskrant*, 18 januari 2017.

Jansma, Lammert Gosse, Durk Hak & Martijn de Koning (2012),

Ervaren en ervaren worden. Opstellen over langdurig wetenschappelijk veldonderzoek, Delft: Eburon.

Körver, J. (2012),

Het ritueel als de ziel van geestelijke verzorging in de psychiatrie, in: Verhagen, P. J. & H. J. G. M. van Megen (red.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*, Utrecht: De Tijdstroom, 481-491.

Körver, J. (2016a),

Ritual as a house with many mansions. Inspirations from cultural anthropology for interreligious cooperation, in: *Jaarboek voor Liturgie-Onderzoek*, 32, 105-123.

Körver, J. (2016b),

Wat doen geestelijk verzorgers? Met *case studies* op naar *practice-based evidence* van geestelijke verzorging, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19 (82), 10-19.

- Körver, J. (red.) (2014),
In het oog in het hart. Geestelijke verzorging 2.1., Nijmegen: Valkhof Pers.
- Kroth, M. & P. Cranton (2014),
 Transformative learning through storytelling, in: Kroth, M. & P. Cranton (eds.), *Stories of transformative learning*, Rotterdam - Boston - Taipei: Sense Publishers, 25-35.
- Loenen, G. van, J. Körver, M. Walton & R. de Vries (2017),
 Case study of 'moral injury'. Format Dutch Case Studies Project, in: *Health and Social Care Chaplaincy*, 5, in press.
- Mathijssen, B. (2017),
Making sense of death. Ritual practices and situational beliefs of the recently bereaved in the Netherlands, Berlin - Münster - Wien - Zürich - London: Lit Verlag.
- Meulink, H. F. (2006),
 Geïntegreerde geestelijke verzorging, in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging. Geheel herziene druk*, Kampen: Kok, 511-523.
- Mikkers, T. (2012),
Religiëstress. Hoe je te bevrijden van deze eigentijdse kwelgeest, Zoetermeer: Meinema.
- Mitchell, J. (2007),
Media violence and Christian ethics, Cambridge [etc.]: Cambridge University Press.
- Moyaert, M. & J. Geldhof (eds.) (2015),
Ritual participation and interreligious dialogue. Boundaries, transgressions, and innovations, London - New York: Bloomsbury Academic.
- Murphy, J. (2017),
 Beyond "religion" and "spirituality". Extending a "meaning systems" approach to explore lived religion, in: *Archive for the Psychology of Religion*, 39 (1), 1-26.
 doi:10.1163/15736121-12341335.
- Oman, D. (2013),
 Spiritual modeling and the social learning of spirituality and religion, in: Pargament, K. I., J. J. Exline & J. W. Jones (eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality. Volume I: Context, theory, and research*, Washington DC: American Psychological Association, 187-204.
- Pieper, J. Z. T., & M. H. F. van Uden (2006),
Religie in een forensisch psychiatrische setting. Patiënten van de Pompestichting over geloof/ levensbeschouwing en geestelijke verzorging, Tilburg: KSGV.
- Prins, M. C. J. (1996),
Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis, Dwingeloo: Kavanah.
- Ratheiser, M. & J. van der Stoep (2013),
Media en religie, Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

- Redactie Kerk (2017),
EO: Nederlanders ervaren dilemma's rond religie, in: *Reformatorisch Dagblad*, 12 januari 2017, Retrieved from <https://www.rd.nl/kerk-religie/eo-nederlanders-ervaren-dilemma-s-rond-religie-1.1365904>.
- Rooijakkers, W., T. de Jong, T. van Knippenberg & F. Wolswijk (red.) (1987),
Pastorale ontmoeting met zieken. Themanummer 'Praktische Theologie', Zwolle: Waanders.
- Salander, P. (2002),
Bad news from the patient's perspective. An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients, in: *Social Science & Medicine*, 55 (5), 721-732. doi:10.1016/S0277-9536(01)00198-8.
- Schilderman, H. (2012),
Geïntegreerde geestelijke verzorging, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 15 (68), 9-14.
- Schipani, D. S. (2016),
Commonality and beyond. Exploring the "circles" of spiritual care. Paper presented at the Expert meeting on intercultural & interreligious spiritual care: Commonality, complementarity, contrast & conflict potential, Utrecht.
- Shadid, W. (2009),
Moslims in de media. De mythe van de registrerende journalistiek, in: Vellenga, S., S. Harchaoui, H. El Madkouri & B. Sijses (red.), *Mist in de polder. Zicht op ontwikkelingen omtrent de islam in Nederland*, Amsterdam: Aksant, 173-193.
- Smeets, W. (2006),
Spiritual care in a hospital setting. An empirical-theological exploration (Vol. 13), Leiden [etc.]: Brill.
- Snowden, A. & I. Telfer (2017),
Patient Reported Outcome Measure of spiritual care as delivered by chaplains, in: *Journal of Health Care Chaplaincy*, 23 (4), 131-155. doi:10.1080/08854726.2017.1279935.
- Snowden, A., I. Telfer, E. Kelly, S. Bunniss & H. Mowat (2012),
'I was able to talk about what was on my mind'. The operationalisation of person centred care, in: *The Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 16 (1), 13-22.
- Spijker, A. M. J. M. H. van de (1984),
Pastorale competentie. Mogelijkheden en moeilijkheden van het pastor-zijn, Heerlen: Poimen.
- The, A.-M. (1999),
Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten, Houten-Diegem: Bohn Stafleu Loghum.
- Turner, V. (1977),
Variations on a theme of liminality, in: Moore, S. F. & B. G. Myerhoff (eds.), *Secular ritual*, Assen - Amsterdam: Van Gorcum, 36-52.

- Vandenhoeck, A. (2007),
De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. Resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief-hermeneutisch model van C.V. Gerkin, Leuven: KU Leuven.
- Ven, J. A. van der (1993),
Ecclesiologie in context, Kampen: Kok.
- Walton, M. N. (2014a),
Hoe waait de wind? Interpretatie van geestelijke verzorging door cliënten in de ggz, Tilburg: KSGV.
- Walton, M. (2014b),
 Mehr Partner als je zuvor! Mehr Perspektiven als je zuvor! Islamische Seelsorge im Gespräch, in: Begić, E., H. Weiß & G. Wenz (Hrsg.), *Barmherzigkeit. Zur sozialen Verantwortung islamischer Seelsorge*, Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft, 177-184.
- Walton, M. & J. Körver (2017),
 Dutch Case Studies Project in Chaplaincy Care. A description and theoretical explanation of the format and procedures, in: *Health and Social Care Chaplaincy*, 5, in press.
- Weinberger-Litman, S. L., M. A. Muncie, L. T Flannelly & K. J. Flannelly (2010),
 When do nurses refer patients to professional chaplains?, in: *Holistic Nursing Practice*, 24 (1), 44-48. doi:10.1097/HNP.0b013e3181c8e491.
- Wever, R. de (2012),
 Religiestress en booslim kandidaat voor het woord van het jaar, in: *Trouw*, 27 november 2012. Retrieved from <https://www.trouw.nl/home/religiestress-en-booslim-kandidaat-voor-het-woord-van-het-jaar-aa0bc352/>.
- Winter-Pfändler, U., K. J. Flannelly & C. Morgenthaler (2011),
 Referrals to health care chaplaincy by head nurses. Situations and influencing factors, in: *Holistic Nursing Practice*, 25 (1), 26-32. doi:10.1097/HNP.0b013e3181fe266c.
- WRR (2007),
Identificatie met Nederland, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Personal meaning: van narratieve analyse tot geestelijke zorg

*Ellen Oosting & Willem Marie Speelman**

Summary

The religious origins of medical care tell us that care is always also a manner of coping with the uncontrollable sides of life. Present day medical care, however, finds it difficult to deal with this manner of coping, because it is a very personal and individualized matter. On the other hand, the personal manner of coping – religiously, spiritually or other – is considered an important aspect of care practice. The (spiritual) counselor may have a special role in this process and develop special skills in order to assist it. This article investigates coping with the uncontrollable sides of life as a personal involvement in which meaning is generated. By a narrative analysis of the stories of three different persons involved in this process – the patient, her daughter and the physical therapist – we can follow how they are generating meaning together. Relying on powers of motivation, collecting or hoping for competences, the patient tries to realize a valuable situation, transforming an uncontrollable into a meaningful life event. The daughter and physical therapist, each one following their own program are helping the patient. The narrative approach of personal meaning may help the counselor to follow the manner in which a person copes with his or her situation, and to tune the programs of different persons involved in this situation to one another.

Zorg en de omgang met het onbeheersbare

Gezondheidszorg is tegenwoordig meer dan vroeger gericht op het functioneren van de patiënt in zijn dagelijks leven (Vloet 2011). Het is niet *alleen* om kosten te besparen dat de patiënt zo snel mogelijk uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Ook om goede zorg te bieden is het zorgtraject er op gericht de patiënt als zelf regelend persoon te benaderen die, wanneer mogelijk, zijn of haar leven weer oppakt en het herstel thuis voortzet (Huber 2011). Het herstel

* Willem Marie Speelman is directeur van het Franciscaans Studiecentrum, verbonden aan de Tilburg School of Catholic Theology van de Tilburg University. Ellen Oosting is als fysiotherapeut en onderzoeker verbonden aan de afdeling fysiotherapie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede.

is immers uiteindelijk het werk van de patiënt zelf. En laten we niet vergeten dat de zorg oorspronkelijk thuiszorg is. Om de terugkeer naar het leven thuis vloeiend te laten verlopen maakt de zorg gebruik van mantelzorg, waarin het thuisfront actief bij het zorgtraject betrokken wordt.

Om dit alles heen hangt een zweem van beheersing en controle. En dat is weer niet *alleen* om de kosten in de hand te houden. Zorg is altijd een praktijk geweest van bezorgdheid, nauwkeurigheid en bijzondere aandacht; want zorg is in wezen omgang met het onbeheersbare, oncontroleerbare. Niemand weet wanneer hij ziek wordt of een ongeluk krijgt, niemand kan zich volledig afschermen van de risico's van het bestaan. Vandaar dat het ziekenhuis ook een religieuze oorsprong heeft in de tempels van Asklepios en Hygeia: hoe hard Hippocrates ook probeerde de ziekten van zijn tijd onder *medische* controle te krijgen, de cultus van magie en ritueel bleef bloeien.¹ En die strijd tussen religieuze en medische zorg, die toen begon en tot in onze tijd duurde, is uiteindelijk beslecht in het voordeel van de medisch-wetenschappelijke benadering (Grmek 2002). Maar met de overgang van religieus gemotiveerde naar wetenschappelijk gestuurde zorginstellingen, van 'zusters' naar 'verpleegkundigen', is het zorgstelsel de religieuze vormen van de omgang met het onbeheersbare kwijtgeraakt. Natuurlijk, er wordt nog gebeden aan ziekbedden, en ook de ziekenzalving wordt nog toegediend. Maar dat gebeurt eerder in de marge dan dat het opgenomen is in het reguliere zorgtraject.

Dit proces is historisch en onomkeerbaar. Toch lijkt het nodig nieuwe vormen te ontwikkelen, waarbij de focus – zoals het in deze tijd past – gericht zal zijn op de persoonlijke omgang met het onbeheersbare op weg terug naar de huiselijke omgeving. En nu denken wij aan iets anders dan risicomangement, dat de rol van het onbeheersbare zoveel mogelijk probeert te verkleinen (Horstman 2000). Eerder denken wij aan een zorg die aansluit bij het persoonlijke vermogen van de patiënt om zijn of haar levensuitdagingen een plaats en een betekenis te geven (Huber 2011). We zullen betogen dat een geestelijk verzorger juist op dit terrein een bijzondere rol kan vervullen, vanwege zijn of haar vaardigheid zich te verhouden tot het onbeheersbare. En we zullen dit doen tegen de achtergrond van een willekeurige casus uit de fysiotherapeutische praktijk (Oosting 2017). We kiezen ervoor geen gebruik te maken van de term 'spiritualiteit', hoe belangrijk dit terrein ook is (De Jager Meezenbroek 2012; Zinnbauer & Pargament 2000), omdat de term te onduidelijk is (Reinert & Koenig 2013)² en door de koppeling van spiritualiteit en religie belemmerend kan werken voor zowel de therapeut als de patiënt.³ Toch willen we dit terrein wel degelijk beschrijven, maar dan wel zo dat zowel diep religieuze verhalen als wereldse verhalen als het onze in een *zelfde* benaderingswijze

beschreven kunnen worden. Daarom kiezen wij ervoor aan te sluiten bij het onderzoek naar ‘personal meaning’, waarin geprobeerd wordt het terrein van de spiritualiteit op een brede, al dan niet religieuze en levensbeschouwelijke manier te ontsluiten (Wong 1998). Dit is geen waardenvrije benadering (cf. de kritiek van Zinnbauer & Pargament 2000), maar zoals we zullen zien juist een benadering die de waarden probeert te beschrijven.

***Personal meaning*: een nieuwe benadering van de gezondheidszorg**

Met het woord *personal meaning* is het niet de bedoeling nog eens een ongedefinieerd en ondefinieerbaar begrip toe te voegen aan de reeks van zingeving, spiritualiteit en levensbeschouwing. En het gaat ons ook niet om het woord, dat wat ons betreft prima vertaald kan worden als persoonlijke zingeving. Maar door het terrein *persoonlijk* te maken en te benaderen als zingeving of liever *betekenisvormgeving*, wordt het mogelijk het terrein in alle openheid en toch precies te beschrijven. Dit gesteld hebbende, zullen we meteen aangeven hoe wij dit brede terrein willen toespitsen.

Hoewel *personal meaning* in wezen alle betekenisvormgeving betreft, zullen wij ons richten op de betekenis van levenssituaties die ook gekenmerkt worden door het onbeheersbare. Denk bijvoorbeeld aan *major life events* zoals een operatie, waarin de patiënt zelf geen regie kan voeren. De ervaring van onmacht in het persoonlijke leven wordt in het algemeen gevoeld uit het meer omvattende ‘global meaning’ – waaronder grotere, al dan niet religieuze tradities. In onze benadering krijgt deze ‘global meaning’ zijn waarde echter doordat het persoonlijk wordt herkend en/of toegepast in de eigen levenssituatie (Park & Folkman 1997; Reker & Wong 1998).

Een andere toespitsing betreft de persoonlijke betekenis als resultaat en als proces. Tot nog toe wordt *personal meaning* vooral beschreven vanuit kwantitatief onderzoek, waarin een patiënt bijvoorbeeld aangeeft hoe religieus hij is, en hoe belangrijk lichamelijk welbevinden voor hem is (Delle Fave 2013). In een dergelijke benadering kan de indruk ontstaan dat betekenis ‘iets’ is dat iemand als een kant en klaar medicijn tot zijn of haar beschikking heeft om in te zetten bij ziekte of verlies.⁴ Maar persoonlijke betekenis(vormgeving) is *altijd* een proces,⁵ waarin de individuele persoon leert zijn of haar situatie een plaats te geven in zijn of haar leven. Een onderzoeksvraag als “bent u religieus?” of “bent u spiritueel?” heeft maar een zeer beperkte zin. Alleen zeggen dat je katholiek bent zal je niet veel helpen met het afstemmen op je situatie van hulpeloosheid; dat gebeurt alleen als je jouw geloof betreft bij het proces

van betekenisvormgeving, als bijvoorbeeld God en de kerk een rol gaan spelen in dit proces. Vanzelfsprekend kunnen dit ook andere vormen van 'global meaning' zijn. Daarom is het beter te onderzoeken hoe het geloof of het ongehoof deze persoon in deze situatie volgens zijn of haar eigen verhaal verandert. Een ander, bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, kan de persoon om wie het gaat begeleiden in dit proces.

Om de persoonlijke betekenis te kunnen beschrijven zullen we haar benaderen in het licht van persoonlijke betrokkenheid – aan de hand van de spiritualiteitsleer van Kees Waaijman (2001) – en als generatief proces van betekenisvormgeving – aan de hand van de semiotiek van Algirdas Julien Greimas (Greimas & Courtés 1979). Waaijman beschrijft spiritualiteit als een godmenselijk betrekkingenbeuren waarin beide polen van deze betrekking – dus zowel God als de mens in kwestie – wederzijds tot gestalte komen (2001, 424). Deze definitie is zeer bruikbaar gebleken in de beschrijving van theïstische levensbeschouwingen, maar lijkt een probleem op te leveren in 'spiritualiteiten zonder God'. Echter, in de beschrijving van Waaijman is het *betrekkingenbeuren* de activiteit die de polen gestalte geeft. Daarom kan in het algemeen gezegd worden dat betrokkenheid tot wederzijdse verandering, meer bepaald tot onderlinge afstemming van de betrokkenen leidt. Zo leidt ook de persoonlijke betrokkenheid op een levenssituatie, bijvoorbeeld een blijvende handicap, ertoe dat zowel de persoon als de situatie veranderen. In dit omvormingsproces, of betrekkingenbeuren, gaat de mens op een positieve manier om met het onbeheersbare: terwijl de persoon de situatie niet naar believen kan veranderen, verandert hij of zij zichzelf *en* de situatie ten minste zo dat zij op elkaar afgestemd zijn. Als de persoon en zijn of haar levenssituatie in onderlinge betrokkenheid veranderen, ontstaat er betekenis. En het ontstaan van betekenis is te beschrijven. Greimas en zijn Parijse School ontwikkelden een methode om het ontstaan van betekenis in verhalen te beschrijven. We zullen straks nader ingaan op deze methode, of althans dat deel ervan dat wij hier gebruiken.

De overgang van de vanwege zijn onduidelijkheid moeilijk operationaliseerbare term 'spiritualiteit' naar 'personal meaning' heeft ons inziens als voordeel dat deze laatste term breed toepasbaar is – ook bij mensen die zich niet als spiritueel beschouwen –, dat hij toch het terrein van de spiritualiteit kan beschrijven – namelijk als een betrekkingenbeuren dat de nieuwe levenssituatie gestalte geeft –, en dat hij semiotisch ontsloten kan worden.

Het onderzoek naar personal meaning in de zorgpraktijk

We zullen ons hier richten op personal meaning als proces, en in hoeverre de patiënt het vermogen heeft dit proces te voltrekken. Allereerst gaat het natuurlijk om de patiënt zelf, en in hoeverre zij in staat is haar gebrekkige gezondheid betekenis te geven in haar leven. Vervolgens is personal meaning nooit 'iets' van een geïsoleerd individu, maar spelen verschillende mensen en instanties er een rol in; i.c. de mantelzorger en de therapeut, de thuissituatie en het gezondheidsinstituut. Overigens ontbreekt in onze casus de geestelijk verzorger en het levensbeschouwelijke instituut; maar dat ontbreken geeft ons juist inzicht in de rol die hij of zij zou kunnen spelen. Tenslotte speelt in de personal meaning het hele persoon-zijn van de betrokkenen mee: het lijdende lichaam zowel als de psychische gesteldheid, het dagelijks leven zowel als het zelfbeeld (Oosting 2017).

Personal meaning veronderstelt de ontwikkeling van een persoonlijkheid, die Dan McAdams “an emerging narrative identity” en “a redemptive self” noemt (McAdams 1998). Deze narratieve identiteit beleeft zijn situaties in het verhaal dat hij of zij erover vertelt. In dat vertellen schikt dat “redemptive self” (van *redimo*: vrijkopen, schikken, weer goedmaken) zijn situatie zo dat hij er zinvol mee kan leven. Persoonlijke betekenis kan daarom benaderd worden in het verhaal, waarin de mens, samen met anderen en tegen de achtergrond van al dan niet religieuze verhalen,⁶ alles wat hem of haar overkomt narratief organiseert, schikt en weer goedmaakt. Greimas heeft aangetoond dat de narratieve organisatie de gebeurtenis vertelt als een narratief programma waarin een motivatie (willen, moeten), een competentie (kunnen, weten hoe), een handeling (doen) en een evaluatie (beoordelen) verondersteld wordt. De actie wordt beschreven als de realisatie van een of meer waarden (Greimas & Courtés 1979).⁷

In dit licht stellen wij een kwalitatieve onderzoeksmethode voor, meer bepaald een narratieve (Speelman 2011; 2013; 2017; Oosting 2017) om de rol van persoonlijke betekenis in de zorgpraktijk te onderzoeken. We zullen dieper ingaan op de methode op het moment dat wij haar zullen gebruiken. Allereerst hebben we een persoonlijk verhaal nodig van iemand die zich moet afstemmen op haar levenssituatie, die de reguliere zorg maar ten dele kan beheersen. Dit hoeft geen bijzondere casus te zijn, maar het moet wel het *eigen* verhaal zijn, zo spontaan mogelijk geformuleerd. De veronderstelling is dat persoonlijke betekenis zich – al is het maar door een detail – toch wel laat kennen in het spontane verhaal; tegelijk laat de verteller allerlei informatie onvernoemd, hetgeen een eigen rol speelt in het proces van betekenis-

vormgeving.⁸ Ook wat iemand *niet* zegt is immers betekenis. Omdat het persoonlijke verhaal echter uitdrukking is van een sociaal proces zijn we niet alleen geïnteresseerd in het verhaal van de patiënt, maar ook in die van de direct betrokkenen in deze casus. De algemene vraag is dan hoe de betrokkenen zich afstemmen op de zorgsituatie waarin zij zich bevinden en met elkaar te maken hebben: waar halen zij hun motivaties vandaan, lukt het hen om de competenties te verwerven om te doen wat zij willen doen, wat doen zij in feite en hoe beoordelen zij dat? Deze vragen sluiten nauw aan bij de narratieve analyse van de school van Greimas, en geven inzicht in de wijze waarop deze personen zich verhalend afstemmen op de nieuwe levenssituatie van de patiënt en deze aldus een plaats en zin geven. Zo kunnen we inzicht krijgen in de persoonlijke betekenis binnen de complexe situatie (huis, ziekenhuis) waarin zij vormgegeven wordt.

We hebben een patiënt, haar dochter en haar fysiotherapeut gevraagd een kort verhaal te schrijven dat verbonden is met de casus. We hebben geprobeerd dit verhaal zo spontaan mogelijk te laten ontstaan. Het gaat om een vrouw die in de voorbereiding van een heupoperatie een training volgt om de kans van een snel post-operatief herstel te vergroten. Haar is gevraagd hoe het met haar gaat in het zorgproces, en wat ze hoopt te bereiken. Omdat ze problemen had met schrijven is haar verhaal in de vorm van een interview opgetekend. Aan de dochter en de fysiotherapeut is dezelfde vraag gesteld. Van de fysiotherapeut moet gezegd worden dat zij weinig persoonlijke informatie over zichzelf losliet, en zich eigenlijk beperkte tot een verslag van de casus. Van de dochter geldt juist het omgekeerde; dat ging vooral over zichzelf in relatie tot haar moeder. Wellicht waren wij in een interview geneigd geweest deze beperktheid te corrigeren. Maar zo wordt meteen duidelijk waarom het eigen verhaal de beste bron is. De wijze waarop deze mensen de vraag verstaan hebben, zegt namelijk iets over hun positie in het zorgproces: de dochter spreekt in de context van het huis, de fysiotherapeut in de context van het gezondheidsinstituut; en zo klinken inderdaad hun verhalen, die ook betekenis genereren door iets te verzwijgen. De gedachte achter het analyseren van deze verhalen is, dat iedere participant zijn of haar eigen programma volgt dat tot betekenis leidt, en dat in het totale zorgprogramma deze verschillende processen zich – harmonisch of dysharmonisch – tot elkaar verhouden.

We hebben de verhalen geanalyseerd met behulp van een narratieve methode (Speelman 2011). Deze methode bestaat in het navolgen van de structuur van bovengenoemde narratief programma, dat we hier nog eens in schema zetten:

1. motivatie	iedere handeling is gemotiveerd, in gang gezet: met een technische term <i>destination</i> → we zoeken sporen van motivatie in de verhalen: waarom zegt iemand dat zij doet wat zij doet?
2. competentie	iedere handeling veronderstelt de volledige competentie tot haar uitvoering → hoe zegt het verhaal dat iemand zich toerust tot het uitvoeren van een handeling? Moet zij, wil zij, kan zij, weet zij hoe?
3. handeling	de structuur van de handeling zelf is een transitie van een oude naar een nieuwe toestand, waarin waarden worden gerealiseerd die de inhoud vormen van de persoonlijke betekenis → wat probeert men te bereiken, en wat betekent het als men dat bereikt heeft?
4. evaluatie	iedere handeling veronderstelt een terugkoppeling, en een oordeel van de <i>destinator</i> → is het gelukt, is men tevreden, en wie is tevreden?
Narratief schema	

In het programma van het verhaal komt dus aan het licht wie nu eigenlijk actief is, waar de al dan niet motiverende krachten vandaan komen, welke competenties er zijn of gemist worden, welke betekenis (in de vorm van waarden) gerealiseerd wordt en in hoeverre dit gelukt is en gewaardeerd wordt. Omdat de drie verhalen op elkaar betrokken worden, wordt zo duidelijk hoe de één een rol speelt in het verhaal van de ander, en in hoeverre hun trajecten op elkaar zijn afgestemd. Vooralsnog is alleen de vraag gesteld hoe de persoonlijke betekenis functioneert in de zorgpraktijk, niet de vraag hoe dit functioneren kan worden verbeterd. Maar op die vraag zullen we aan het eind wel ingaan, omdat wij daar een rol voor de geestelijk verzorger in vermoeden. We zullen nu de verhalen (iets verkort) noteren, en daarbinnen *exemplarisch* – want er zijn er altijd vele – sporen aanwijzen van motivatie, competentie, handeling en evaluatie.

Case report

Het verhaal van de patiënt

(*De fysiotherapeut was langsgelkomen ...*) We hebben eigenlijk eerst een half uur zitten praten en toen wou ze nog gaan lopen, maar toen heb ik gezegd dat doen we niet meer (*de patiënt bepaalt, en is dus de uiteindelijke motiverend kracht*). Ja je kunt hier lopen en nu ben ik best wel actief, nou voor mijn doen, actief geweest. Ik heb zelf de boodschappen gedaan voor mijn verjaardag (...) Dat heb ik toch maar gedaan en dan ben ik wel trots op mezelf hoor (*evaluatie*). Maar dan ben ik helemaal gevloerd de volgende dag (*negatief spoor van competentie*). Dan heb ik zo'n pijn, ja, dat heb ik er niet altijd voor over, maar nu moest ik wel. Ik had A gezegd en toen moest ik ook B zeggen, maar ja, pijn in de heup, maar ook in het hele lijf en dood en dood moe, maar vooral ook mijn heup hoor, in de lies en mijn bovenbeen. Ik wilde ook niets meer, dan kan ik helemaal niet meer in en uit

bed komen. En toen ben ik elke middag een paar uur op bed gegaan. (...) Maar ja, ik zak erdoor, ik loop niet meer, ja ook in huis, ik durf niet meer. (...) Ik heb iemand die voor mij de boodschappen doet, mijn 89-jarige buurman (*competentie*). (...) En dan heb ik een hoop in die kar zitten en dan denk ik: wat doe je toch alleen met al die spullen. Ja, en hoe het allemaal na die tijd moet, daar ben ik natuurlijk ook mee bezig. En ik heb geen zin om te revalideren. Want als je gaat revalideren kom je in een bejaardentehuis te zitten of in zo'n revalidatiedinges als ONO, alles is krakkemikkig en oud, nou... ik ben wel oud, ik ben 76 geworden, maar ik voel me niet echt oud. (*Telefoon gaat en mevrouw maakt een afspraak, ze zet die in de agenda*) ...hij is vol voor vandaag! Allemaal leuke dingen, fysiotherapie staat er bij, koffie schenken moet ik zo meteen doen en vanavond ga ik spelen, dobbelen (*andere motiverende kracht, van anderen, maar ook van handeling en zelfs van evaluatie bij voorbaat*). (...) En nu doe ik weer dingen. Morgenavond ga ik met 2 vriendinnen, 2 mensen van hierboven, daar was ik pas en toen zei ze: kom nou eens een keer koffiedrinken, ok, ze is 89, een ontzettend leuk gezellig mens. Ja ik mis het zo, zei ze, eens een keer naar een voorstelling of theater of een keer uit eten, dat doe ik nooit meer. Dus ik zei: nou dan gaan we samen uit eten, dat gaat morgen gebeuren. En we hebben er nog iemand bij gevraagd, dus we gaan met z'n drieën (*spoor van handeling*). (Vraag: "En wat verwacht u van de fysiotherapeut?") Nou ik ben deze week toch wat meer gaan lopen, ook hier in huis, dan zijn het allemaal wel rechte vloeren, maar zo kan ik wel lopen. Maar ik moet er op letten dat ik mijn schouders laat zakken, kijk ik zit zelfs met de schouders omhoog, gespannen. En dat is natuurlijk ook niet goed voor de hele narigheid (*spoor van fysiotherapeut als competentie-verschaffer*). Maar ik heb nooit een slecht humeur, maar ik ben wel eens verdrietig. En als het dan helemaal niet wil... daar heb ik moeite mee. Dat je niet kunt fietsen. Oja, de fysiotherapeut zei: ik krijg je weer op de fiets (*fysiotherapeut probeert de anti-competenties of hindernissen weg te nemen*). Ik ben vorig jaar voor het laatst geweest. Ik durf niet. En ik heb een elektrische fiets en dat heb ik pas 30 km gedaan, ja dat is zonde natuurlijk, ik kan het goed gebruiken, maar als dat zou lukken zou heel mooi zijn. Dan kan ik ook op de fiets naar het dorp. (...) En dan ben ik bij mijn dochter: o mam, ik ben zo moe, vind je het goed dat ik even plat ga. En ik zeg: ja natuurlijk meisje en ik denk: o je moest eens weten. Dan ben ik bij de kleintjes en dan gaat zij even op bed liggen. 4 kinderen, groot huis en dan nog 2 dagen werken, ja... dat is dan een andere soort moeheid (*mevrouw competentie-verschaffer voor haar dochter*). Ja, bij mij is het ook 2 soorten moeheid, het is de letterlijke moeheid, maar ook de moeheid in mijn kop, dat je je zo moet inspannen om wat te gaan doen. Het wil niet. Ik hoop zo dat ik na deze operatie, dat ik dan: we gaan, hup, jas aan, en naar buiten en dan zonder rollator of zonder krukken of weet ik veel wat. Ja maar ja... (*spoor van competentie, "hoop doet leven"*) En ik ben naar Den Haag geweest! Met de trein. Met krukken, maar ik ben er toch gekomen en alleen weer terug gegaan. (...) Ik ben trots dat ik ben gegaan (*handeling en evaluatie*), ik had al gezegd dat ik niet zou komen, mijn zusje was er zelf al over begonnen: ik weet dat je helemaal niet van verjaardagen houdt. En

haar verjaardagen zijn toch wel speciaal, want ze is griffier op de rechtbank geweest dus er loopt van alles van dat spul rond. Ze zijn allemaal wel met pensioen, maar toch. En ik ken de meesten wel. En dan moet je toch wel een keer je best doen (*spoor van externe motivatie*). Maar ik denk ik ben gek, mijn zus is jarig en ik ga! (*eigen motivatie*). Ik ben toch wel blij dat ik ben geweest (*spoor van handeling en evaluatie*). Ja maar dan denk ik, ik moet er wel voor betalen, maar ok, dat moet dan maar. En dat kan dan in mijn situatie. Als je, zoals u, elke dag werkt, dan moet je de volgende dag toch weer aan het werk, dat heb ik dus niet. Ik heb dan de tijd aan mezelf (*competentie*).

Voor wat betreft de motivatie is het opvallend dat mevrouw A. zelf de belangrijkste motiverende kracht achter haar programma is. En dat programma is vooral een normaal actief leven te leiden, waarin ze bezig kan blijven en zonder al te veel moeite gezellige dingen kan doen. Haar angst om te vallen, de pijn en fysieke beperkingen werken dit tegen. Daarom is ze naar de orthopedische chirurg en de fysiotherapie gegaan. Na de operatie hoopt ze weer, zonder wandelstok of rollator en zonder revalidatie, leuke dingen te kunnen gaan doen. Dit zijn sporen van *verhoopte* (nog niet gerealiseerde) competentie. Behalve de chirurg en de fysiotherapie, en de wandelstok en rollator die ze nu gebruikt, is ook een buurman een competentieverschaffer: hij helpt haar met het doen van boodschappen. Met deze hulpbronnen lukt het haar om inderdaad een actief leven te leiden: “[Mijn agenda] is vol vandaag! Allemaal leuke dingen. Ik zal straks koffie schenken, en vanavond gaan we spelletjes spelen.” Ze evalueert dat zelf met een gevoel van trots. Maar na afloop van zo’n dag is er wel steeds pijn en uitputting. Het ontbreekt haar dus aan voldoende competentie om haar programma – een normaal actief leven leiden – uit te voeren. Het succes van haar programma hangt af van een onbeheersbare kracht, die zij echter niet rechtstreeks aanspreekt: dat de operatie mag slagen. We horen hier geen vrouw die patiënt is, bezig met haar revalidatie; deze vrouw wil niets anders dan de competentie om zelf een actief leven te leiden. In haar nieuwe levenssituatie probeert zij waarden te realiseren als /onafhankelijkheid/, /gezelligheid/, /moeiteloos/ en /bezig blijven/. Die geven haar leven zin.

Het verhaal van de fysiotherapeut

Als ik aan kom lopen, staat ze al op de gang te wachten vergezeld door haar kat. Ze loopt met een kruk. Het is een slimme goed ontwikkelde vrouw, weduwe. Ze spreekt met veel liefde over haar overleden man. Hij had veel humor en samen lachten ze veel. Ze mist hem, al wil ze hem niet op speciale dagen herdenken. Ze gaat ook nauwelijks naar zijn

graf, dat is tenslotte maar een steen. Ze herdenkt hem wanneer het haar zo uitkomt (*spoor van competentie? Persoonlijke relatie helpt de fysiotherapeut om te helpen*).

Mevrouw wil graag meewerken aan het onderzoek en is zeer gemotiveerd om te trainen. Ze wil namelijk niet naar een verpleeghuis. Mevrouw gelooft dat ze thuis veel sneller herstelt (*spoor van motivatie: mevrouw, haar geloof, is eerste motiverende kracht*).

Mevrouw wil eigenlijk alles proberen, bij het afnemen van de DEMMI moet er gesprongen worden. Ze vindt het raar dat het niet wil, begrijpt het niet. Dat moet toch kunnen. Uiteindelijk met steun van mijn handen maakt ze een sprongetje. “Zie je wel dat het lukt” (*spoor van motivatie: mevrouw zelf motiveerde het te blijven proberen*). Ook de 50 meter zonder loophulpmiddel wil ze proberen en het lukt haar ook nog in een flink tempo. Ik heb het gevoel dat ze het graag “goed” wil doen (*spoor van fysiotherapeut als motiverende kracht: mevrouw wil dat de fysiotherapeut vindt dat zij het goed gedaan heeft*).

Mevrouw oefent elke dag ondanks dat de pijn met 2 punten is toegenomen van 6 naar 8 nu ze meer belast. Mevrouw slikt 6 paracetamol op een dag en zou er dus nog twee mogen. Dit wil zij echter niet. Als excuus gebruikt ze de verdeling over de dag. Voordat ze goed en wel op is, is het 10:00 uur. Ze neemt er dan 2, 's middags 2 en voor het slapen gaan 2.

Mevrouw heeft elke dag 2-3x 150 m gelopen in een flink tempo, met BORG 13. Naast haar evt loopje naar het dorp. Mevrouw geeft echter aan dat ze het moeilijk vindt om dit aan te geven. En dat gevoel heb ik ook: zij scoort te laag. Op haar ademhaling en zwetend voorhoofd af te gaan denk ik dat het BORG 15 is.

Ze zou ook 3x daags 10x opstaan en gaan zitten, maar dat is ze vergeten (*sporen van (gebrek aan) competentie*).

De TUG vandaag getest met kruk en deze was 14,63, In het ziekenhuis was het 16,75. Er is dus al progressie. Ook trap gelopen, trap af is geen probleem, trap op kost veel moeite. Is ook pijnlijk maar neemt niet toe NPRS 8, Borg 15, HF 116. Ook deze BORG score is denkt ik te laag, ze was helemaal buiten adem; ik zou zelf BORG 17 geven (*sporen van handeling en evaluatie, maar door de technische termen ook van een andere motiverende kracht: het gezondheidsinstituut*).

Mevrouw wil graag na de operatie weer kunnen fietsen, ze heeft een fiets met lage instap. Nu lukt het niet om op te stappen omdat ze niet op haar linker been kan staan. Ik heb aangegeven dat we dit zeker na de operatie gaan oefenen en dat de kans groot is dat het lukt omdat de pijn dan waarschijnlijk weg is (*spoor van andere kracht, operatie, die competentie zal verschaffen*).

De fysiotherapeut bevestigt in haar verhaal dat de belangrijkste motiverende kracht mevrouw A. zelf is, haar onuitputtelijke wil. De motivatie van mevrouw A. motiveert de fysiotherapeute haar te helpen. Maar ze laat ook blijken dat de richtlijnen van het gezondheidsinstituut een sterke motivator

voor haar handelen zijn. Ze neemt de rol van helper op zich, om bij te dragen aan de competentieverwerving voor het programma van mevrouw A. In dat kader spreekt ze uitgebreid over de professionele competenties die haar als fysiotherapeut ter beschikking staan om deze hulp te bieden; allereerst de technische instrumenten en metingen die het gezondheidsinstituut haar oplegt – bijvoorbeeld hoe men de toestand van een patiënt behoort te beschrijven – maar vervolgens ook haar persoonlijke competenties – bijvoorbeeld wanneer ze twijfels houdt over een zgn. BORG score. Ten slotte noemt ze de aanstaande operatie als een instrument voor mevrouw A. om competentie te verwerven voor haar programma, in haar woorden “weer fit te worden”. De fysiotherapeut laat niet na te melden dat haar programma gelukt is: mevrouw A. gaat vooruit, en bovendien meldt ze dat mevrouw A. nog meer gemotiveerd is geworden. De waarden die de fysiotherapeut hoopt te realiseren zijn /fitheid/ en /kunnen/. Het succes van de fysiotherapeut is vooral afhankelijk van de kracht van de patiënt enerzijds, en het protocol anderzijds. Merk op dat in dit verhaal geen spoor van omgang met het onbeheersbare te vinden is (behalve ‘dat de kans groot is’): er heerst groot vertrouwen in het technische kunnen *en* in de motivatie van de patiënt.

Het verhaal van de dochter

Mijn man en ik zijn twee dagen samen uit geweest. Onze oudste twee kinderen (T. 13 en M. 15 jaar) hebben bij mijn moeder gelogeed. De oudste twee hebben de minste ruimte en de minste zorg nodig. Dus voor hen is het geen probleem om naar mijn moeder te gaan op de flat. Ze kunnen haar helpen met boodschappen doen en in huis hebben ze genoeg aan hun telefoon, laptop, of een boek. Ze voelen zich op hun gemak bij hun omi, alhoewel T. altijd wel bang is dat er iets met omi gebeurt, een val ofzo, en dat hij dan goed moet handelen. Ik heb hem uitgelegd dat hij niet verantwoordelijk is en dat hij meteen andere volwassenen er bij moet halen (*spoor van competentie, maar voor het programma van de dochter: mevrouw A. maakt haar uitje mogelijk*).

Het was heerlijk om voor het eerst in 15 jaar een paar dagen samen weg te zijn, maar het is ook weer fijn om iedereen bij elkaar te hebben (*evaluatie door dochter over haar handeling*). Mijn moeder is erg trots op de jongens. Ze hebben leuk geholpen met het koffieschenken tijdens het sjoelen wat mijn moeder elke maandagmiddag doet. T. heeft in huis geholpen met afruimen en het inruimen van de vaatwasser. M. heeft regelmatig een kaartspelletje gedaan met zijn omi. Mijn angst dat ze niet achter hun laptop vandaan te slaan zouden zijn die twee dagen blijkt dus ongegrond. Ook de jongens hebben leuke dagen gehad (*spoor van evaluatie en dus van motivatie: als moeder trots is, is zij de destinator oftewel motiverende kracht voor de dochter*).

We hebben chinees gehaald en dat eten we bij mijn moeder op. Haar vriend eet ook mee. Het is dan eigenlijk te druk in huis. De kinderen eten aan de salontafel, de volwassenen aan de eettafel. De kinderen worden wat onrustig, de oudste twee gaan steeds op hun laptop terwijl ik dat niet meer wil. De jongste twee zitten elkaar in de haren en eten bijna niets. Het toetje valt gelukkig wel in de smaak, zeker als het de zelfgemaakte kwattapudding van omi is met slagroom! Ik krijg dan het gevoel dat de drukte te veel wordt voor mijn moeder (of voor mij in deze kleine ruimte?) en dan wil ik snel naar huis. Dus na het eten gaan we naar huis (*evaluatie en motivatie komt van de dochter: over haar eigen programma, drukke kinderen zijn anti-competentie*).

Daarom ga ik het liefst alleen naar mijn moeder, of met 1 of 2 kinderen, maar liever niet met het hele stel! Dan vind ik het fijner dat ze bij mij komt zodat de kinderen de ruimte hebben en hun eigen gang kunnen gaan. Dan heb ik meer rust om gezellig te kletsen. Dus al met al kom ik niet zo vaak bij mijn moeder, maar komt zij doordeeweeks 1-2 keer bij mij. Ze vindt het fijn om me dan wat te helpen met de was, anders voelt ze zich niet nuttig! Voor mij gezellig en praktisch! (*spoor van het programma van de dochter, dat moeder zich nuttig voelt in een gezellig huis*).

Na de operatie zal ze een tijd geen auto mogen rijden en zal ik meer haar kant op gaan. Ik weet nu al dat ze zich dan bezwaard gaat voelen (*spoor van anti-competentie in het programma van de dochter*). Maar als ze zo goed opknapt na deze operatie als na de vorige heupoperatie, dan kan ze misschien weer wat meer ondernemen met de kleinkinderen en kunnen we ook weer eens gaan shoppen samen, want dat wil ze zo graag en dat gun ik haar van harte! (*spoor van de motivatie door de moeder*).

De dochter schrijft uitsluitend over haar familie, haar kinderen en de relatie met haar moeder. Haar verlangen en motivatie is om thuis een warme en kalme atmosfeer te creëren, waarin de familierelaties goed zijn. Vergelijkbaar met het programma van haar moeder staat ook bij haar de gezondheid van haar moeder in het teken van leuke gezamenlijke activiteiten. Maar in de uitvoering van dit programma lijkt haar moeder haar meer te helpen dan andersom. De hoop van de dochter in haar laatste zinnen zijn een spoor van een onafdwingbare kracht. De waarden die de dochter hoopt te realiseren zijn /harmonie/ en /connectiviteit/. En ze oordeelt zelf dat het een keer gelukt is, namelijk toen twee van haar kinderen een paar dagen bij oma hadden gelogeed. Je zou zelfs kunnen zeggen dat deze twee kinderen en oma (mevrouw A.) het programma van de dochter hebben uitgevoerd. En daar was de dochter trots op.

De drie programma's samen

	Mevrouw A.	Dochter	Fysiotherapeut
Motivatie	Verlangen naar een actief, moeiteloos, gezellig leven	Verlangen naar een goede sfeer in de familie met gezamenlijk activiteiten	Het verlangen van mevr. A., maar ook de richtlijnen van het gezondheidsinstituut
Competentie	Doet haar best om te trainen, hoopt op succesvolle operatie	Onvermogen vanwege druk eigen leven, hoopt op succesvolle operatie	Ontvangt competentie van de professionele richtlijnen om mevrouw A. competentie te verschaffen
Handeling	Probeert ondanks het ontbreken van competentie de verlangde waarden te realiseren	Probeert een gezellige en goede atmosfeer te creëren waarin haar moeder kan delen	Helpt mevrouw A. met de oefeningen, en motiveert haar
Evaluatie	Trots wanneer ze dat gedaan heeft	Trots dat haar twee kinderen dat gedaan hebben	Constaateert verbetering van TUG score, en ook de goede motivatie van mevrouw A.

Op het eerste gezicht vormen de drie afzonderlijke programma's een harmonisch geheel. De krachtigste motivator is de wil van mevrouw A. In het verhaal van de fysiotherapeut zijn weliswaar sporen van een tweede krachtige motivator: die van het gezondheidsinstituut dat eisen stelt aan de therapie. Maar in het verhaal van mevrouw A. wordt ook duidelijk dat zij zelf wil bepalen waar en hoe zij haar leven leidt. Omdat zij zo'n sterke motivatie heeft kan de fysiotherapeut vrij gemakkelijk de rol van de professionele hulpverlener op zich nemen. Mevrouw A. is wat men noemt 'een goede patiënt', en de fysiotherapeut bevestigt dat mevrouw A. "het goed wil doen." De rol van de dochter als mantelzorger komt niet uit de verf, vreemd genoeg *juist* omdat zij aansluit bij het programma van haar moeder, om weer snel te herstellen om gezamenlijk leuke dingen te gaan doen. Zij zorgt daar niet voor, maar hoopt met moeder mee.

Discussie

Dat spiritualiteit, het terrein dat wij met het begrip personal meaning willen ontsluiten, een rol speelt in de zorg is wel aangetoond (Kashdan 2012; De Jager Meezenbroek 2012). Vaak wordt dit onderzocht middels vragenlijsten, waarin betrokkenen bijvoorbeeld aanvinken of zij relaties belangrijk vinden. Wij willen echter beschrijven *hoe* spiritualiteit in de vorm van personal meaning in de zorg functioneert. We kozen daartoe een kwalitatieve benadering, meer

bepaald een narratieve beschrijving van de verhalen van de betrokkenen in de zorgpraktijk. In plaats van een vragenlijst in te vullen, laten de betrokkenen – zonder zich er precies van bewust te zijn – in hun verhalen zien wat zij wel en niet belangrijk vinden. Door hun verhalen nauwkeurig te analyseren op sporen van motivatie, competentie, handeling en evaluatie zijn wij in staat de belangrijkste waarden te beschrijven. Daarmee kunnen we niet alleen te weten komen *wat* de betrokkenen belangrijk vinden, maar ook waarom en in welke context, i.c. die van hoop. Bovendien ‘verraden’ de verhalen waar zij deze waarden vandaan denken te kunnen halen, welke krachten er worden aangesproken. Wij menen dat wij hebben laten zien dat deze benadering ten minste een aanvulling is op de gangbare kwantitatieve. We zullen onze bevindingen hieronder beschrijven als een casus van personal meaning in proces.

In de casus die wij beschreven is sprake van sterke motivatie om zonder al te veel tegenwerking een goed leven te leiden in goede relaties. Personal meaning, in dit geval in de vorm van wil en hoop, heeft dus een motiveerende kracht. Maar ook een duidende, want in de verhalen krijgen de aan-doening respectievelijk gezondheid een betekenis: in dit geval dat een slechte gezondheid de vrouw afhoudt van het goede leven, en dat goede gezondheid (/fitheid/) haar een goed leven mogelijk maakt. Gezondheid is in deze casus dus niets anders dan een competentie een goed leven te leiden; aldus bevestigen deze verhalen de definitie van gezondheid volgens Machteld Huber: ‘the ability to self manage and to adapt’ (2011). Het thuisfront en het ziekenhuis, in de persoon van de dochter respectievelijk de fysiotherapeut sluiten in een bepaalde mate aan op het hoofdprogramma, i.e. het programma van de patiënt. In hun samenwerking worden onder meer de waarden /onafhankelijkheid/, /gezelligheid/, /moeiteloos/, /bezig blijven/, /fitheid/, /kunnen/, /goed/ en /connectiviteit/ gerealiseerd. Deze waarden vormen de inhoud van de personal meaning, zoals die een rol speelt in deze casus. Door de zorg te richten op de personal meaning wordt meer zicht verkregen op de persoon van de patiënt in haar geheel, dat wil zeggen in haar betrokkenheid op de mensen die zij tegenkomt in het zorgtraject. Ook wordt helder gemaakt dat deze participanten, i.c. de fysiotherapeut en de mantelzorger, een bemiddelende rol in de zorgpraktijk hebben. Zij moeten namelijk twee werkelijkheden zien te combineren, en zaken van de ene zien ‘om te zetten’ naar de andere werkelijkheid. De fysiotherapeut bemiddelt tussen het gezondheidsinstituut en de patiënt, de mantelzorger tussen het huis en de patiënt.

Een taak voor de geestelijke verzorger?

We hebben in ons onderzoek drie verhalen met elk hun eigen narratieve programma beschreven, en de beschrijvingen naast elkaar gelegd. In de beschrijving zelf moet een oordeel over hoe de betrokkenen op elkaar betrokken *zouden moeten* zijn vermeden worden. Dit wil niet zeggen dat zo'n oordeel geen rol zou kunnen spelen in de verbetering van de zorg. We hebben gezien dat in dit geval de zorgverlener en de mantelzorger een bemiddelende rol vervullen. Dat doen zij vanuit hun verbondenheid met een instituut, i.c. het ziekenhuis respectievelijk het thuisfront. Ook een geestelijk verzorger is vaak verbonden aan een instituut, meestal of althans in oorsprong een religieus of levensbeschouwelijk. Vanuit deze levensbeschouwelijke setting stelt zich de vraag welke bemiddelende rol de geestelijk verzorger heeft. Wij kunnen ons voorstellen dat deze rol gericht is op het verbinden van verschillende verhalen, i.c. verschillende narratieve programma's, meer bepaald: de patiënt ondersteunen in het verhelderen en afstemmen van deze verschillende programma's.

Het is in deze context niet nodig dat een patiënt eerst moet aanvinken of hij of zij religieus is. In sommige gevallen kan het goed zijn te weten welke religie hij of zij aanhangt, omdat de patiënt dan kan worden aangesproken in het eigen religieuze discours over leven met ziekte en gezondheid (Rambaran 2015). Maar een kwalitatieve benadering van personal meaning van de patiënt geeft een geestelijk verzorger de mogelijkheid hoe dan ook in te gaan op het verhaal van de patiënt. In onze casus, bijvoorbeeld, speelde religie of spiritualiteit nauwelijks een rol, wel geloof en hoop. Daar kan een geestelijk verzorger op ingaan. Maar het is ook heel goed mogelijk om met dezelfde benadering een casus te beschrijven waarin religieus geloof en spiritualiteit een belangrijke rol spelen. Op het eerste gezicht zal dit een motiverende rol zijn, of eventueel een competentieverlenende. We hoeven zelfs, strikt methodisch gesproken, niet uit te sluiten dat een transcendente kracht een handelend subject wordt dat de patiënt 'wonderbaarlijk' geneest. We kunnen ons voorstellen dat een specialist daar 'niets mee kan', en vervolgens zwijgend overgaat tot de orde van de dag. Maar een geestelijk verzorger die het verhaal van de patiënt serieus neemt zou zonder blozen kunnen zeggen: "Gefeliciteerd. Het ga je goed." Ook als hij zelf niet in wonderen gelooft, dan nog is het zijn taak het geloof en de hoop van de patiënt te verhelderen en af te stemmen op diens levenssituatie.

Alles wat er in een mensenleven gebeurt krijgt betekenis in een verhaal. Alisdair McIntyre noemt mensen 'story-telling animals' (MacIntyre

1984, 216). Mensen zien zichzelf en elkaar als rollen in hun verhalen. Net als kinderen die opgaan in hun spel: “En toen was ik de prinses, en toen moest jij vechten, tegen de draak ...” Via die rollen verhouden de mensen zich tot elkaar, zoeken en ondervinden zij krachten (virtues, competenties) bij zichzelf en bij elkaar, en in dat krachtenspel komen zij wederzijds tot gestalte. Soms zijn de gezochte krachten niet beheersbaar. Dan wordt de vraag een soort gebed of een aanklacht. Eigenlijk sluiten de persoonlijke verhalen altijd min of meer aan bij de grotere culturele verhalen, bijvoorbeeld over het gelukkige leven (Park & Folkman 1997). Omdat de verhalen zelf, als voorbeelden, competenties verschaffen komen er uit die verhalen krachten vrij (Reker & Wong 1998). Ze leveren in ieder geval een geadresseerde en een model van handelen. We zien daar sporen van in onze casus: het protocol van de fysiotherapeut, en het ‘gelukkige familie’ verhaal van de dochter. De mensen van onze verhalen proberen zo goed mogelijk een rol te vervullen in een gezamenlijk gemaakte variatie op het grotere verhaal van de goede zorg. Zo laat een personal meaning benadering zien hoe mensen, geconfronteerd met het onbeheersbare, zich toch, in wederzijdse betrokkenheid, afstemmen op hun nieuwe levenssituatie.

Noten

- 1 <http://www.greekmedicine.net/mythology/asclepius.html>. De spanning tussen religieuzen en wetenschappelijke zorg is al herkenbaar in de figuur van Asklepios, die volgens de Iliad van Homerus een arts en soldaat was, maar in Hippocrates' tijd verheven tot de status van een god.
- 2 In de spiritualiteitswetenschap wordt geen enkele definitie van de spiritualiteit door allen gedeeld (Hense 2014); en vaak wordt de term dan ook helemaal niet gedefinieerd (Speelman 2013b). In de zorg is veel geschreven over spiritualiteit, maar ook doorgaans zonder enige definitie, zoals in een review van artikelen over spiritualiteit tussen 1961 en 2011 wordt opgemerkt (Hermanns 2012, 201).
- 3 Enerzijds kan de eigen, bijvoorbeeld monotheïstische, religie een belemmering zijn (De Jager Meezenbroek 2010), anderszijds kan juist het ontbreken van een eigen religie een belemmering voor goede zorg zijn (Zinnbauer & Pargament 2000).
- 4 In de betrokkenheid van de menselijke persoon met zijn natuurlijke en sociale omgeving zijn krachten werkzaam, die de mens waardeert, en vervolgens vermijdt of zoekt. Die krachten zijn verbonden met de praktijk of het verhaal waarin de mens zich bevindt (MacIntyre 1984), en zij veranderen zowel de persoon als zijn of haar omgeving in de zin dat zij onderling op elkaar afstemmen.
- 5 Vgl. de beschrijving van de werking van de hersenen door Antonio Damasio, waarin de hersenen geen voorraad betekenissen opgeslagen hebben, maar eerder procedures om die betekenissen iedere keer weer opnieuw te maken. “Voorstellingen zijn instant-constructies, pogingen tot reproductie van eerder ervaren patronen” (Damasio 1998, 121).

- 6 Religieuze verhalen staan de mens ter beschikking om wat hem overkomt een transcendente - of eeuwigheidshorizon te geven. Maar de religieuze *figuren* beginnen al veel eerder een rol te spelen, namelijk wanneer de patiënt vertwijfeld uitroept: “Waarom moet mij dit nou overkomen?” of verzucht: “Heer, geef mij kracht.” De afstandelijke vraag of de persoon die dit zegt ook gelooft in het bestaan van een Heer is een spelbreker: de verzuchting *is* zijn of haar geloof.
- 7 De Franse termen van het narratieve schema zijn *destination*, *compétence*, *performance* en *sanction*. De waarden heten *valeurs*. Het voert te ver om de school van Greimas hier te introduceren. Wij maken gebruik van de Nederlandse uitwerking door SEMANET, een afkorting van SEMiotische Analyse door Nederlandse Theologen (Lukken 1987) en Speelman (1995).
- 8 Dit is een belangrijke veronderstelling in de Greimassiaanse semiotiek, die daarom de bron van het onderzoek strikt beperkt tot het verhaal zoals het geschreven is (*énoncé*), en vanaf dat moment losgekoppeld (*débrayage*) van de schrijver (*énonciateur*) bestaat (Greimas & Courtés (1979).

Literatuur

- Damasio, A. R. (1998),
De vergissing van Descartes. Gevoel, verstand en het menselijk brein, Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- De Jager Meezenbroek, E. et al. (2012),
 Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires, in: *Journal of Religion and Health*, 51, 336-354.
- Delle Fave, A. et al. (2013),
 Sources and motives for personal meaning in adulthood, in: *Journal of Positive Psychology*, 8 (6), 517-529, DOI: 10.1080/17439760.2013.830761.
- Greimas, A.J. & J. Courtés (1979),
Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Tome 1, Paris: Hachette.
- Grmek, M. D. (ed.) (2002),
Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages, Harvard University Press.
- Hense, E. (2014),
 Present-day spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? Introduction, in: Hense, E. et al., *Present-Day Spiritualities. Contrasts and Overlaps*, Leiden: Brill, 1-17
- Hermanns, M. et al. (2012),
 Biopsychosocial and Spiritual Aspects of Parkinson Disease: An Integrative Review, in: *Journal of Neuroscience Nursing*, 44 (4), 194-202, DOI: 10.1097/JNN.0b013e3182527593.
- Horstman, K. (2000),
 Pleidooi voor een publieke ethiek van voorspellende geneeskunde, in: Lange, Frits de (red.), *De nieuwe mens: maakbaarheid van lijf en leven*, Kampen: Gooi & Sticht, 59-76.

- Huber, M. et al. (2011),
How should we define health?, in: *British Medical Journal*, BMJ.2011;343:d4163.
- Kashdan, T.B. (2012),
Whether, When, and How Is Spirituality Related to Well-Being? Moving Beyond Single Occasion Questionnaires to Understanding Daily Process, in: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38 (11), 1523–1535. DOI: 10.1177/0146167212454549.
- Lukken, G.M. (1987),
Semiotiek en christelijke uitingsvormen. De semiotiek van A.J. Greimas en de Parijse school toegepast op Bijbel en liturgie, Hilversum: Gooi & Sticht.
- MacIntyre, A. (1984),
After Virtue. A Study in Moral Theory, (second edition), Indiana: University of Notre Dame Press.
- Oosting, E. et al. (2017),
Personal meaning in relation to daily functioning of a patient in physical therapy practice: narratives of a patient, a family member, and physical therapist, in: *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2017.1290153.
- Park, C. & S. Folkman (1997),
Meaning in the Context of Stress and Coping, in: *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144.
- Rambaran, H. et al. (2015),
Handboek geestelijke verzorging voor Hindoes, Almere: Parthenon.
- Reinert, K.G. & H.G. Koenig (2013),
Re-examining definitions of spirituality in nursing research, in: *Journal of Advanced Nursing*, 69 (12), 2622–2634. doi: 10.1111/jan.12152.
- Reker, G.T. et al. (2012),
Personal meaning in life and psychosocial adaptation in the later years, in: Wong, P.T. (ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, (2nd ed.), London: Routledge, Taylor & Francis Group, 433–456.
- Speelman, W.M. (1995),
The generation of meaning in liturgical songs, Kampen: Kok Pharos.
- Speelman, W.M. (2011),
A spiritual method for daily life practices, in Hense, E. & F. Maas (eds.), *Towards a theory of spirituality*, Leuven: Peeters, 55–71.
- Speelman, W.M. (2013a),
Levende franciscaanse spiritualiteit. Een spirituele methode, Heeswijk: BerneMedia.
- Speelman, W.M. (2013b),
Vrije spiritualiteit? Een zware last, in Groot, Kees de et al. (red.), *Zelf zorgen voor je ziel. De actualiteit van christelijke spirituele centra*, Almere: Parthenon, 135-152.

Speelman, W.M. (2017),

Half Her Knee. Description of the Spiritual Dimension of a Physiotherapeutic Case, in: Hense, E., Ch. Hübenthal & W.M. Speelman (eds.), *The Quest for Quality of Life. Approaches, concepts and images with a special focus on the Netherlands*, Munster: Aschendorff, 79-93.

Vloet, L., S. van den Hof & I. Marttin (2011),

Ontslaggericht werken: winst voor patiënt en ziekenhuis, in: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 6, 55-61.

Waaijman, K. (2001),

Spiritualiteit. Vormen, grondslagen, methoden, Kampen: Kok.

Wong, P.T.P. (1998),

Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP), in: Wong, P.T.P. & P. Fry (eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical application*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 111-140.

Zinnbauer, B., Pargament, K. (2000),

Working With the Sacred: Four Approaches to Religious and Spiritual Issues in Counseling, in: *Journal of Counseling & Development*, 78 (2), 162-171.

Ethiek in de islamitische geestelijke verzorging

Mohamed Ajouaou*

Summary

Though a relative newcomer in the Netherlands Islamic spiritual care seems to be well integrated, institutionalised and emancipated. This new phase of development means also new challenges for the professional counselors. One of these challenges is establishing a theory for Islamic ethics in order to apply to actual ethical dilemmas in the context in which these professionals are working: detention, health care and the army. Ethics in Islam is often confused with fiqh, i.e. rulings derived from Islamic law. The law, however, of whatever nature it may be, is not ethics and does not offer a solution to ethical dilemmas. The author proposes, inspired by among others Islamic sources, a definition of Islamic ethics. From a reconstruction of an actual case of Islamic spiritual care he discusses how Islamic ethics can be put into practice.

Inleiding

De islamitische geestelijke verzorging lijkt inmiddels goed ingebed in de geestelijke verzorging in Nederland. In januari 2008 zijn islamitische geestelijk verzorgers, na jarenlang op freelance basis te hebben gewerkt, erkend als ambtenaar.¹ Sindsdien maken ze integraal onderdeel uit van de Dienst geestelijke verzorging en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Ze genieten dezelfde rechten en plichten en hebben dezelfde mogelijkheden als de (al eerder) gevestigde geestelijk verzorgers. In 2009 volgde de aanstelling van de eerste islamitische geestelijk verzorgers bij de krijgsmacht. In veel zorginstellingen zijn islamitische geestelijk verzorgers aangesteld en geïntegreerd in de zorgorganisatie en zijn volwaardig lid van de beroepsvereniging VGVZ, Vereniging van geestelijk verzorgers, waarbinnen ze ook een eigen 'sector' hebben.² Men zou kunnen stellen dat de islamitische geestelijke verzorging de emancipatiefase grotendeels heeft doorlopen. In de emancipatiefase staan het vinden van een eigen formele positie binnen de beroepsgroep, de organisatie en erkenning

* Mohamed Ajouaou is als universitair docent verbonden aan de VU Amsterdam en de KU Leuven en tevens hoofd Islamitische geestelijke verzorging bij de Dienst Justitiële Inrichtingen.

van de samenleving centraal. Interne en externe factoren hebben bijgedragen aan de realisatie van deze emancipatiefase. Intern kan gedacht worden aan de inzet van islamitische geestelijk verzorgers zelf en de organisaties die moslims om dit beroep heen hebben ingericht zoals de oprichting van een zendende instantie, eigen sectoren, universitaire opleidingen en het inschakelen van vrijwilligers. De aanwezigheid van een rijke praktijk met voldoende volume van zorgafnemers ofwel cliënten helpt om het beroep van onderop te ontwikkelen en expertise op te bouwen. Extern kan gedacht worden aan de impulsen vanuit de gevestigde organisaties om dit beroep toe te laten (gelijkheidsbeginsel, godsdienstvrijheid, beheersing van diversiteit) en de aanwezigheid van allerlei professionele inhoudelijke en organisatorische kaders van het vak waar de nieuwkomers zich in hebben kunnen voegen (teamverbanden, vaktheorieën en -praktijk, bondgenoten in de samenleving enzovoort).

Ervan uitgaande dat de genoemde emancipatie inderdaad in de afrondende fase verkeert, dient de volgende vraag zich aan. Wat zijn dan de volgende uitdagingen? Bijvoorbeeld: kan de islamitische geestelijke verzorging, die tot nu toe bijna uitsluitend denominatief en categoriaal (op moslims) was gericht, ook zorgvragers met een andere levensbeschouwelijke achtergrond dienen en zo ja wat is ervoor nodig? Of: hoe gaan islamitische geestelijk verzorgers om met onvoorziene maatschappelijke vraagstukken, zoals religieuze radicalisering, bijvoorbeeld op een manier die de onwenselijke *securitisering* en instrumentalisering van het vak uitsluit? (Ajouaou 2017, 43).³ In dit artikel sta ik stil bij de volgende uitdaging: in hoeverre is er plaats in de islamitische geestelijke verzorging voor toepassing van een islamitische ethiek en hoe moet deze ethiek zich verhouden tot bijvoorbeeld de seculiere en publieke ethiek? De ontwikkeling van een islamitische ethische reflectie is gewenst voor de islamitische geestelijke verzorging, omdat deze reflectie een eigen confessie overstijgende blik vraagt en dus, zoals we zullen zien, verbindend is naar de brede omgeving. Ethiek stelt de islamitische geestelijk verzorger ook in staat om een bijdrage te leveren aan de oplossing van complexe ethische vraagstukken voor de individuele zorgafnemers en organisaties. De term 'uitdaging' veronderstelt hier dat toepassing van ethiek nog niet zo manifest is en vraagt dus de nodige articulatie. Voor zover ik kon nagaan, is het Centrum voor Islamitische Theologie, Universiteit Tübingen, de eerste die hiervoor een tweedaagse internationale conferentie heeft georganiseerd (8-9 juli 2017) onder de titel: *Islamic Spiritual Care and Ethics in Modern Contexts*.⁴ Dit artikel is een verdere en grondiger uitwerking van de presentatie die ik gaf tijdens deze conferentie aan de Universiteit Tübingen.⁵

Onder 'ethiek' in de context van bovengenoemde en soortgelijke organisaties versta ik voorlopig met De Kruif (1999, 40) 'de rationele reflectie over het menselijk leven onder moreel gezichtspunt', waarbij 'moreel' verwijst naar de begrippen goed en kwaad en waarbij de invulling van 'goed' in termen van wetten, normen, protocollen en procedures (civiel of religieus) niet volstaat, of zoals Chappel aangeeft: *'of course, some of the most interesting questions in professional ethics are about cases where the roles do not fit'* (Chappel 2009, 7).

In de bovengenoemde context gaat ethiek over afwegingen tussen uiteenlopende belangen en de rechtvaardiging van het geprevaleerde belang. Deze belangen hebben hier betrekking op waarden die op het spel staan van de verschillende actoren. De verwijzing naar de waarden is voor dit artikel relevant omdat het debat over positionering van de islam in de Nederlandse samenleving zich voor een belangrijke deel situeert in het debat over al dan niet botsende waarden. Ik versta vervolgens onder het begrip 'goed' het als 'in de gegeven omstandigheden het meeste gerechtvaardigde belang'. De uitdrukking van 'goed' in de notie 'belang' sluit aan bij het bestaande begrippenkader binnen de islamitische theologie, in het bijzonder het recht. Daar spreekt men van *al-maslaha* of wel *hét* belang, specifieker, *istislah* ofwel het afwegen van het publieke belang (Hourani 1985, I), al dient onmiddellijk de vraag zich aan: wie bepaalt wat dit belang is en op basis van welke criteria? Het 'afwegen' verwijst doorgaans naar de zogeheten ethische dilemma's. Een dilemma betekent dat het ene geprevaleerde belang ten koste gaat van een ander belang, maar dat dit wel te rechtvaardigen is en dus verdedigbaar is. Met islamitische ethiek doel ik dan op de reflectie waarbij de afwegingen en overwegingen gezag ontnemen aan het feit dat ze op islamitische bronnen en gronden berusten. Welke deze bronnen en gronden dan zijn, komt later aan de orde.

In dit artikel doe ik een voorstel hoe ethische reflectie vanuit islamitisch perspectief toegepast kan worden. Ik ga als volgt te werk. Ik schets eerst globaal het ontstaan van de islamitische geestelijke verzorging in Nederland. Ik sta vervolgens stil bij de definitie van deze discipline en breng de verschillende diensten en functies daarvan in kaart. Ik focus in deze stappen op die elementen die van betekenis zijn voor de toepassing van ethiek. Daarna komt de betekenis van ethiek in islamitische context uitvoeriger aan de orde. Ik sluit af met een korte casus waar de voorgestelde analyse en visie worden toegepast. Ik richt me primair op de ontwikkelingen in de islamitische geestelijke verzorging in detentie, het domein waarop ik onderzoek deed en waar ik professioneel een goed overzicht van heb.⁶

Geschiedenis

Geestelijke verzorging in detentie is georganiseerd langs denominatieve lijnen. Daar waar de eerste benoemingen van christelijke geestelijk verzorgers in de gevangenissen eind jaren vijftig van de vorige eeuw plaatsvonden⁷, de humanistische geestelijk verzorgers in de jaren zeventig⁸, werden islamitische geestelijk verzorgers pas op 1 januari 2008 erkend als ambtenaar met dezelfde rechtspositie en status als de gevestigde geestelijk verzorgers. De erkenning van en uitbreiding naar de islamitische confessie vloeit primair voort uit het gelijkheidsbeginsel (Hirsch-Ballin 1988, 73). Dit beginsel is verankerd in artikel 1 van de Grondwet. Bij de Nederlandse justitiële inrichtingen, evenals bij het leger, is de aanstelling van geestelijk verzorgers een gezamenlijke onderneming van de staat en de desbetreffende vertegenwoordiger van kerk- of levensbeschouwelijk genootschap, de zogeheten zendende instantie. Deze ‘samenwerking’ komt er globaal gesproken op neer dat de staat geestelijke verzorging faciliteert op aspecten als bekostiging, personeelszorg en bewaking van de professionele kwaliteit en integriteit, terwijl de zendende instanties garant staan en verantwoordelijkheid nemen voor de religieuze bevoegdheid, bekwaamheid en geschiktheid van de geestelijk verzorgers (Heitink 2001, 180-181).

Met bovengeschetste gedeelde verantwoordelijkheid wordt invulling gegeven aan het principe van scheiding van kerk en staat. Erkenning van de islamitische geestelijke verzorging, vereiste van overheidswege het oprichten van een zendende instantie die de samenwerking kon aangaan. In oktober 2007 werd het Contactorgaan Moslims en Overheid (CMO) erkend als zendende instantie.⁹ Deze instantie moest dan wel eerst aan een aantal criteria voldoen, waaronder representativiteit ten opzichte van de islamitische gemeenschappen, de weerspiegeling van deze representativiteit in het bestand van ‘gezonden’ geestelijk verzorgers, toegankelijkheid van de geestelijke verzorging voor alle typen gedetineerden die erom vragen, ongeacht hun religieuze richting en mate van religiositeit. In de lijn met de gevestigde zendende instanties wordt van het CMO verwacht dat de door dit orgaan gezonden geestelijk verzorgers zich in hun levensstijl en professioneel handelen houden aan de burgerlijke wet en dat ze de taken van de overheid op het gebied van het rechtssysteem respecteren. Met andere woorden van het CMO werd verwacht geestelijk verzorgers voor te dragen die geschikt zouden zijn om in het publieke domein te werken en hierdoor het publieke belang in acht te nemen in hun professie. Het uitwerken van deze aspecten wordt in ambtelijke taal genoemd ‘het

ontwikkelen van religieus-inhoudelijk beleid', dat is gemandateerd aan het Hoofd van de islamitische geestelijke verzorging.

Diversiteit van stromingen binnen de islam, mate van orthodoxie (van orthodox tot vrijzinnig, van praktiserend tot liberaal en seculier), etniciteit en culturele achtergrond, de verhouding tot civiel recht, tot de Grondwet, de plaats in het publieke domein, wijze van aansluiting bij een gevestigde praktijk, de structuur van zendende instanties, scheiding van kerk en staat, al deze elementen moeten afgewogen worden in en zijn relevant voor de ethiek die de islamitische geestelijk verzorger toepast dan wel ontwikkelt.

Definitie en grondslagen van de islamitische geestelijke verzorging

Zoals in de inleiding is aangegeven, is de ontwikkeling en vormgeving van de islamitische geestelijke verzorging in de Nederlandse gevangenis onder meer te danken aan de aansluiting bij een al gevestigde praktijk en aan de aanwezigheid van een significante doelgroep waar de expertise van onderop is opgebouwd. Bij de aansluiting bij de gevestigde praktijk keek deze laatste niet passief toe, want ook voor haar staat nogal wat op het spel. In de meest abstracte zin kan in de lijn van socioloog Flap gedacht worden aan pre-occupatie rond degradatie van het beroep geestelijke verzorging. De vraag die hij stelt is: 'Zal het aanzien van een vrij beroep dalen met de groei van het aandeel vrouwen en personen uit etnische minderheden die dat beroep uitoefenen?' (Flap 2001, 42). Hij doelt dan op beroepen als advocaat en notaris, maar een geestelijk verzorger valt zeker hier ook onder. Een andere 'zorg' voor de gevestigden is concurrentie. Immers, in de meeste gevallen betekent het introduceren van geestelijk verzorgers van de nieuwe denominaties, afstaan van eigen formatie. Aan de andere kant bood de islamitische variant van de geestelijke verzorging ook kansen zoals verrijking van het vak vanuit nieuwe invalshoeken en handelingsperspectieven, het 'ontlasten' van de gevestigden door de specifieke zorg (rituelen en geloofspecifieke aangelegenheden) over te dragen aan de nieuwe collega's en het invoeren van een diversiteitsbeleid in het vak. Daarnaast vonden ze de islamitische geestelijke verzorging een goede bondgenoot om het vak op de maatschappelijke en politieke agenda te zetten wegens hernieuwde aandacht voor religie in het publieke domein, waarbij niet alleen nieuwe varianten van geestelijke zorg konden worden verwacht maar ook bijdragen aan het management van deze religies in dat domein (Ajouaou & Bernts 2015). Dus alle gevestigden hadden er baat bij

om de genoemde aansluiting soepel te laten verlopen in de vorm van goede begeleiding, facilitering, training, collegiale consultatie, intervisie tot aan belangenbehartiging toe.

Het een en het ander betekent, en dat is het punt waar ik naartoe wil werken, dat het aannemelijk is dat de visies op detentie, zorg en het geestelijke in de islamitische geestelijke wereld zoveel mogelijk willen aansluiten bij de gevestigde geïnstitutionaliseerde geestelijke verzorging, zowel bij christelijke als bij de humanistische. Dit is aannemelijk omdat indien deze visies (te veel) afwijken van de gevestigde kaders, er vanuit de gevestigden hoogstwaarschijnlijk protest (om in te grijpen) zou luiden.¹⁰ Een Zorgvisie bevat globaal gesproken: institutionele kaders, vakkundigheid, en inhoudelijke betrokkenheid met de daarbij behorende kijk op thema's als ziekte, criminaliteit en straf en oorlog. De institutionele kaders zijn min of meer opgelegd (oprichting zendende instanties, beroepsvereniging zorg enzovoort). Vakkundigheid gaat over wetenschappelijk onderbouwde handelingsmodellen.¹¹ Deze leren de nieuwkomers in de toerusting via opleidingen en cursussen of al doende via interen supervisie met gevestigde collega's. Bij inhoudelijke betrokkenheid gaat het om hoe islamitische geestelijk verzorgers zich vanuit hun geloof kunnen verhouden tot de zorgvragers. Daarbij putten islamitische geestelijk verzorgers deels ook uit bestaande ervaringen (Ajouaou 2010).

Zoals gezegd, er blijft ruimte om eigen accenten te ontwikkelen, ingegeven door de particulariteit van de islamitische levensbeschouwing en de primaire zorgafnemers, vooralsnog vooral cliënten met een islamitische achtergrond. Het een en het ander betekent ook dat bij de definitie, maar ook bij de grondslagen van wat islamitische geestelijke verzorging is, dezelfde aansluiting plaatsvindt (Ajouaou 2016). Dat wil zeggen: wat islamitische geestelijke verzorging is, is een reconstructie die past bij een van de modellen of definities van de gevestigde geestelijke verzorging. Zo kunnen we de islamitische geestelijke verzorging definiëren aan de hand van een aantal elementen. Het eerste element is dat islamitische geestelijke verzorging een gespecialiseerde – lees 'verzelfstandigde' – tak is van het moskee-imamschap. Dat loopt parallel aan de verhouding tussen algemeen pastoraat en het categorale en thematische (misdaad, ziekte, oorlog) gespecialiseerde pastoraat dat zich richt tot een categorie 'die vanwege hun sociale functie en/of levenswijze niet geschikt door de territoriale parochie kunnen worden verzorgd en die soms daarentegen een bijzondere benadering en verzorging vragen' (Van der Klei 1982, 301; Hendriks 1982, 313). Het imamschap vormt dus de basislegitimatatie en

kernidentiteit van het beroep van islamitische geestelijke verzorging (Ajouaou 2010, 85). Als gevolg van deze ‘verzelfstandiging van het imamschap’ beschikt de islamitische geestelijke verzorging over eigen professionele standaarden die deels wel en deels niet overlappen met de standaarden van het imamschap. Islamitische geestelijke verzorging vereist ook eigen academische vorming en training. Een ander element is dat islamitische geestelijke verzorging anders of veel meer dan bij het (moskee) imamschap een zorg is, *ri’aya*, die zich richt op het dienen van het individu en niet op de groep of de gemeenschap. Het spreekt verder vanzelf dat de islamitische geestelijke verzorging zich manifesteert in het publieke domein (dat wil zeggen in plaatsen waar individuen uit verschillende gezinden samenkomen), daar waar het algemene imamschap zich beweegt in een particuliere setting van de moskee.

In het verlengde van de definitie van de islamitische geestelijke verzorging, staan we nu stil bij de diensten die ze biedt. Deze ‘diensten’ zijn in 2006 geconceptualiseerd aan de hand van de bestaande praktijk van de geestelijke verzorging (DJI 2006). Men trachtte toen met deze conceptualisering aan te duiden wat de verschillende gevestigde denominaties aan geestelijke verzorging deden. De islamitische geestelijke verzorging heeft haar voordeel gedaan met deze indeling en kon haar praktijk geruisloos verdelen over intakegesprekken, ambulante gesprekken, individuele gesprekken, gespreks-groepen, gebedsdiensten en bezinningsbijeenkomsten, bijzondere religieuze bijeenkomsten, zoals kerstviering, offerfeest enzovoort en bijstand in crisis-situaties. Deze diensten worden aangeboden aan gedetineerden, maar zoals hierboven reeds is vermeld, zijn geestelijk verzorgers ook dienstbaar aan het personeel en de organisatie in brede zin.

Voor ons hoofdthema ethiek is, in de uiteenzetting over de definitie, de aansluiting bij bestaande visies over zorg in brede zin van het woord en in het bijzonder voor het belang van de individualiteit in deze visies, relevant. In termen van ‘belangen’ betekent dit dat het belang van het individu¹² en zijn of haar specifieke omstandigheden zwaarder wegen dan belangen van andere actoren en factoren in ethische vraagstukken die zich voordoen in de praktijk van de islamitische geestelijke verzorging. Verder is relevant te vermelden dat de toepassing van ethiek zich leent voor individuele gesprekken, waarin individuen vertrouwelijk hun casuïstiek aan de islamitische geestelijk verzorger kunnen voorleggen, waarin doorgevraagd kan worden en waarin de afwegingen toegelicht kunnen worden; in crisissituaties zoals bij hongerstaking, straf in isolatiecel, maatschappelijke spanningen enzovoort, en voor ambulante gesprekken oftewel vluchtige gesprekken op de luchtplaats,

keuken, arbeidsplaats en dergelijke. Dat betekent dat ethiek zich minder leent voor toepassing in diensten waarin prediking en eenzijdige overdracht centraal staan. Toepassing van ethiek is niet het over de schutting gooien van kant en klare ‘principes’, ‘deugden’, ‘wetten’, of ‘idealen’ bij zorgvragers.

Functies van de islamitische geestelijke verzorging

Zoals in voorgaande paragraaf is aangegeven, functioneert geestelijke verzorging als zelfstandige professie op het snijvlak van geloof en samenleving, van religie en publiek domein. Een omschrijving van de geestelijke verzorging waarin deze dualiteit tot uitdrukking komt is, die van de VGVZ.¹³ In deze omschrijving wordt geestelijke verzorging gekenmerkt door ‘twee kwaliteiten: de ambtshalve kwaliteit (...) en de professionele kwaliteit’ (Mooi-Kemp 2006, 132). Op het niveau van de ambtshalve kwaliteit gaat het over religieuze en levensbeschouwelijke binding en identiteit en komt wat we kunnen noemen de particuliere ethiek aan de orde. In dit artikel gaat het dan om de islamitische ethiek. Het niveau van de professionele kwaliteit verwijst naar de publieke organisatie waarin dan min of meer, wat we kunnen noemen, seculiere ethiek om de hoek komt kijken. Bij de begeleiding of het bijstaan vanuit ambtshalve kwaliteit wordt invulling gegeven langs de zogeheten ‘kerkelijke activiteiten’ (Ganzevoort 2009, 20) zoals die worden aangeduid in de christelijke geestelijke verzorging of algemener uitgedrukt bij de ‘religieuze presentie’ (Baart 2001). In mijn eigen onderzoek, met als hoofdvraag: ‘wat doen islamitische geestelijk verzorgers eigenlijk zoal’, heb ik dit aspect in de praktijk van de islamitische geestelijke verzorging afgebakend, geconceptualiseerd en van een begrippenkader voorzien (Ajouaou 2010). De praktijk heb ik in mijn onderzoek grotendeels bekeken vanuit wat het veld ofwel de primaire afnemers van geestelijke zorg (gedetineerden) verlangen van de islamitische geestelijke verzorging. Ik benoemde de volgende activiteiten of functies: de *fiqh* (religieuze wet te vergelijken met kerkelijk recht, (Ajouaou 2010, 132-139)), de exegese, de *da’wa* (missie), de raad, het voorgaan in het gebed, het bij het voorgaan in het gebed behorende predikantschap, de begeleiding bij rituelen, het godsdienstondericht en het geven van zegeningen. Deze concepten hebben hun equivalenten in de christelijke traditie of zijn zelfs daaraan deels ontleend. Ze krijgen hier echter een eigen islamitische invulling. Ik licht ze kort toe en ik laat de functies behorend tot de ‘professionele kwaliteit’ buiten beschouwing. Ik maak vervolgens verbinding met het thema ethiek.

De functie van *fiqh*, waarbij kennis van de religieuze wet en de toepassing daarvan vereist en cruciaal is, spant de kroon als het gaat om religieuze presentie van de islamitische geestelijk verzorger. Dat is simpelweg omdat de islam in het algemeen, net als het jodendom maar veel minder dan het christendom, wettisch van aard is. Weten wat toegestaan is, verboden, verplichtingen enzovoort (Averroes 2006, 30), zijn belangrijke preoccupaties van de moslim ongeacht zijn of haar mate van godsdienstigheid (Ajouaou 2010, 118-121, 216-261; Ajouaou 2014). De functie van exegese is de tweede kerncompetentie van de religieuze presentie en draait om uitleg, interpretatie en het verstaanbaar maken van de Koran, maar soms ook om de uitleg van Hadith, de nalatenschap van de profeet. In praktisch-theologische termen doet deze functie een beroep op het hermeneutische vermogen (Jansen 2000, 149).

Da'wa is missie- of zendingswerk, voor de moskee-imam de drijfveer achter de hele geestelijke inzet en krijgt in de praktijk van de islamitische geestelijke verzorging een eigen invulling. Hierin speelt geloofsoverdracht zeker een rol, maar dat wordt principieel gedaan als de gevangene erom vraagt, naar gelang zijn of haar behoefte en dus slechts ter realisatie van het wettelijke recht van de gevangene om zijn of haar geloof te praktiseren. De functie van godsdienstondericht kan zonder meer vergeleken worden met de christelijke catechese. Het komt voor in gespreksgroepen, soms in individuele gesprekken, tijdens preken en in religieuze voordrachten bij vieringen. Deze functie bevredigt vooral de zogeheten 'intellectuele dimensie' van geloofsuitoefening die zo typerend is voor de moslim gelovige (Ajouaou 2014, 136-141). De functie van voorgaan in of leiden van het gebed en het geven van zegeningen staat symbool voor het begeleiden van alle soorten rituelen.

Wat opvalt, is dat in het genoemde veldonderzoek (Ajouaou 2010) de functie ethiek niet is geïdentificeerd, althans niet expliciet. De functie van ethiek is met andere woorden geen zelfstandige functie in de praktijk van de islamitische geestelijke verzorging. De waarnemer kan die echter wel opsporen in andere functies. Maar welke? In mijn onderzoek (2010, casestudie) kwam aan het licht dat de functies van *fiqh* en raadgeven zich het meest lenen voor toepassing van ethiek. Dat is omdat in deze functies casuïstiek wordt voorgelegd door individuen en vaak in een vertrouwelijke setting (soms worden casussen ook in groepsverband behandeld). In deze functies wordt, zoals hierboven is vermeld, de vraag naar de wet gesteld. De islamitische geestelijk verzorgers buigen de bestudeerde casussen echter in de richting van ethische kwesties en nemen ook de attitude aan van ethicus, al zijn ze daar zichzelf kennelijk niet zo van bewust. Als onderzoeker en waarnemer heb ik deze buiging naar

ethiek moeten reconstrueren. Indicaties van een ethische houding zijn: het belang van de cliënt/gedetineerden staat voorop en niet de religieuze wet, dat wil zeggen: de geestelijk verzorger is niet primair gepreoccupeerd met het implementeren van de religieuze wet of die als uitgangspunt te nemen; iets wat het werk van de moskee imam kenmerkt (Ajouaou 2010, 102-106). Alle mogelijke belangen worden in kaart gebracht en goed afgewogen. Er wordt gekeken naar de geest van de religieuze wet en niet naar de letter.

In de andere functies waarin min of meer woordverkundiging centraal staat zoals *da'wa*, prediking en onderricht, worden wel islamitische waarden en normen aan de man gebracht. Maar daarmee is nog geen ethiek toegepast. Ethiek leent zich überhaupt niet voor prediking. Sterker nog, het is niet zelden het vermogen om af te wijken van wat men predikt aan waarden en normen, wat zo kenmerkend is voor ethische benadering zoals we zullen zien in de casus waarmee dit artikel wordt afgesloten.

Een definitie van (islamitische) ethiek

In een werkstuk van een student, *Islamitische ethiek, toegepaste vraagstukken* (juni 2017), schreef deze recapitulerend wat een aantal auteurs optekenden: 'Er bestaat in de Islam geen onderscheid tussen ethiek en wet. Vanwege het nauwe verband tussen Islamitische ethiek en recht is een bestudering van de Islamitische ethiek vruchtbaarder wanneer deze wordt uitgevoerd samen met een bestudering van de Islamitische kijk op recht en wetgeving' (zie ook Reinhart 2007). Dat is in zekere zin waar zoals bleek uit de uiteenzetting hierboven over de functie *fiqh* en ethiek. Echter, vaak wordt dit 'nauwe verband' verstaan als een volledige identificatie tussen wet en ethiek. Dat berust conform de voorgestelde definitie van ethiek hier op een misverstand en wel om verschillende redenen. Ten eerste, de meeste wettische vragen die aan de islamitische geestelijk verzorger worden voorgelegd, zijn oneigenlijke vragen (Ajouaou 2010, 118), dat wil zeggen, ze verhullen veel diepgaandere vragen van meer ethische en niet zelden existentiële inslag. De vragen letterlijk nemen leidt dus direct tot een verkeerde diagnose en dat leidt per definitie tot verkeerde antwoorden (Gilliat-Ray 2013, 156). Ten tweede, het grijpen naar de religieuze wet in die situaties waarin een beroep op de ethiek wordt gedaan, draagt altijd het risico met zich mee de nieuwe ontstane situatie tekort te doen vanwege 'applying traditional norms to new problems' (Sajoo 2009, 9). Ten derde, de wet op zich, maar ook de islamitische waarden en normen en de

bronnen daarvan, zoals de Koran en Hadith vormen slechts grondslagen van de islamitische ethiek. Ze zijn en leveren zelf niet de ethiek. Wetten, waarden en normen hebben niet zelden een sterk statisch gehalte die de ethiek niet kan verdragen. Klakkeloze reproductie van wetten kan zelfs leiden tot onethisch handelen, bijvoorbeeld door schade aan te richten die voorkomen had kunnen worden.¹⁴ En ten slotte, in ethische dilemma's, biedt de wet zelden soelaas zoals we eerder hebben gezien.

Het voorzien van de mogelijke consequenties (Sajoo 2009, 11) voor betrokkenen wanneer een religieuze wet of norm wordt aangedragen als oplossing voor een ethisch dilemma is een belangrijke competentie van de geestelijk verzorger. Dat kan alleen als men oog heeft voor de *maslaha*, het ultieme belang als uitgangspunt voor ethische reflectie (Sajoo 2009, 11), zoals eerder is aangegeven. Dat brengt ons tot de notie van *lived ethics* zoals de beroemde moslim filosoof al-Tusi (1201-1274) deze zou aanduiden (Sajoo 2009, 9). Toepassing van *lived ethics* is een creatief proces, van steeds afwegen en overwegen, dat niet zelden vraagt om voorbij de religieuze wet te denken. Dat is geen gemakkelijke opgave gelet, zoals gezegd, op het feit dat het wettische en het dogmatische nogal domineert in de islamitische godsdienstigheid (Ajouaou 2010, 118-126).

Islamitische ethiek als 'geleefde ethiek' richt zich, samenvattend, tot het oplossen van ethische dilemma's met het oog op het realiseren van *maslaha*, het ultieme of algemeen belang, waarbij het laten gelden van de religieuze wet slechts een van de belangen is en afgewogen dient te worden tegen andere belangen. In de praktijk van de geestelijke verzorging is het ultieme belang van het individu doorslaggevend. Het ultieme belang van het individu is anders dan diens persoonlijke belang, sterker nog, ze kunnen botsen met elkaar, zoals zal blijken uit onderstaande casus. Ik versta onder 'het ultieme belang' hier de uitkomst met de minste schade voor het individu op zowel de korte als de lange termijn.¹⁵ Daarom is het de taak van de geestelijk verzorger om die belangen boven tafel te krijgen en ernaar te handelen. De uitkomst van zijn of haar inzet kan het beste omschreven worden als de 'gegeven de omstandigheden, beste uitweg', *maghradj*. Onderstaande casus laat zien dat de *maghradj* zelf voor de geestelijk verzorger vraagtekens kan oproepen en mogelijk tot gewetensproblemen kan leiden. Maar het is wel een *maghradj* die het beste uitpakt voor het individu.

In de inleiding heb ik islamitische ethiek gedefinieerd als de reflectie waarbij de afwegingen en overwegingen gezag ontlenen aan het feit dat ze op islamitische bronnen en gronden berusten. Die bronnen zijn de sacrale geschriften Koran en Hadith en het Recht of beter gezegd de grondslagen

van het recht (*fiqh*). De geestelijk verzorger zal altijd een link moeten leggen tussen de uitkomst van zijn of haar ethische reflectie en deze bronnen. Een link leggen is niet hetzelfde als reproductie of simpelweg verwijzen naar, maar geschiedt langs grondige analyse van zowel relevante stukken uit deze bronnen als van andere factoren in de voorgelegde casus van het ethische dilemma. De analyse is een rationalisatieproces, dat wil zeggen een beroep doen op de ratio, als bron zowel als methodologie. Ratio is dan naast de sacrale geschriften de tweede bron qua toegekend gezag. Immers, zodra ratio meer gezag wordt toegekend dan de sacrale bronnen¹⁶ kan de geloofwaardigheid van 'islamitisch' in 'islamitische ethiek' ter discussie komen te staan. Wanneer het gaat om methodologie, dan komt het gezag van ratio in ethische reflectie wel op eerste plaats. Rationalisatie in ethiek gaat over inzichtelijk maken en afwegen van de belangen, het voorzien van de consequenties van elke mogelijke uitkomst van de reflectie, navolgbaar maken van de redenering bij de afwegingen en het goed kunnen rechtvaardigen en uitleggen van de uitkomst van de ethische reflectie voor alle partijen en in de 'taal' die deze partijen verstaan. In het repertoire van het islamitische denken mag men putten uit de werkwijze van de islamitische scholastici waarin de discussie over het primaat van ratio en schrift als bron en als methodologie uitgebreid aan de orde kwam (Wolfson 1976).

Een casus: voorbeeld van een ethische reflectie

De volgende casus is door een geestelijk verzorger beschikbaar gesteld op mijn verzoek. In dat verzoek vroeg ik naar een situatie waarin sprake is van een ethisch probleem en legde tegelijk uit wat ik onder 'ethisch' verstond: een complexe situatie waarin verschillende belangen, opties en mogelijkheden in het spel zijn. Ik vroeg hem hoe hij heeft gehandeld en hoe hij bij of na dat handelen reflecteerde.

De casus

‘Een paar dagen geleden heeft zich een situatie in de gevangenis waar ik werkzaam ben voorgedaan. Tijdens een persoonlijk gesprek met een moslim-gedetineerde met wie ik vrij lang contact heb, kwam het onderwerp ‘huwelijk tijdens detentie’ aan de orde. Gelet op zijn lange straf en het feit dat hij – naar eigen zeggen – naar zijn geloof wil leven en dus niet in de fout wil gaan, wilde hij graag tijdens zijn detentie een religieus huwelijk sluiten met een vrouw die hij niet zo lang geleden had leren kennen. Hij benaderde mij als imam met de vraag of ik dit ‘huwelijk’ kon of mocht bijstaan en zegenen. De inrichting, met name het hoofd beveiliging stemt – tot mijn verbazing – hiermee in als waardering voor het goede gedrag van de jongen.’

De imam weet goed dat het voltrekken van een huwelijk niet mag en zelfs strafbaar is. De imam moest helaas met tegenzin – en moeite – de gedetineerde teleurstellen en kon zijn wens bijgevolg niet verwezenlijken, waardoor de imam in een delicaat, moreel dilemma belandde.

Zelfreflectie [van de imam]:

Heb ik hem niet tekort gedaan?

Heb ik de wil, de wens van de jongen serieus genomen?

Zet ik mijn positie als imam niet op het spel in de ogen van de jongen door het niet waarmaken van zijn wens?

Meen ik echt wat ik predik of zeg ik maar wat? Daar ik de jongen daar tot goed gedrag aanspoor, maar als puntje bij paaltje komt, dan laat ik hem in de steek?

Stel dat de jongen in de fout gaat, ben ik dan niet medeverantwoordelijk?

Word ik niet ter verantwoording geroepen door Allah? Is dat niet een religieuze verantwoordelijkheid, ik ben toch imam?

Is het zo erg [om zo'n huwelijk goed te keuren]? Het is maar een zegening, het kan nooit kwaad doen.....

Bron: ‘Islamitisch geestelijk verzorger’, maart 2017

In deze casus komen verschillende belangen in beeld. Een reconstructie levert onder meer de volgende belangen op: het belang van de religieuze wet, het belang van de civiele wet, het belang van het individu, het belang van de inrichting en het belang van de geestelijk verzorger. Er spelen ook andere belangen op de achtergrond, zoals die van de vrouw, de eer en gevoelens van de familie van de vrouw (en de man) enzovoort.

Het religieuze belang is als volgt. Intimiteit en seks buiten het huwelijk ofwel overspel druisen in tegen de islamitische seksuele moraal (Ajouaou 2016a). De overtreder of zondaar mag bij overtreding rekenen op straf van God. In sommige islamitische landen ligt ook straf volgens het civiele recht in het vooruitzicht. De religieuze wet die de islamitische geestelijk verzorger/imam zo vaak zou hebben gepredikt zou zeggen: ga geen relatie aan als die niet bevestigd is door het huwelijk. Hiervoor zijn procedures nodig, zoals ‘openbare’ aankondiging en goedkeuring door autoriteiten. De begrippen ‘openbaar’ en ‘autoriteit’ zijn echter rekkelijk. Sommigen vinden het bekend maken bij een kleine kring of zelfs het ondertekenen van een vooraf gedrukte ‘huwelijksacte’ open(baar) genoeg. Niet zelden rekenen sommigen een (aangewezen) geestelijke ook onder ‘autoriteit’. De voltrekking van een ‘huwelijk’ onder deze laatste condities leidt echter niet zelden tot wat Abdullah Kamal ‘*halal* prostitutie’ noemt (Kamal 1997), omdat de intentie allesbehalve een serieuze relatie is, hoogstens een ‘genotshuwelijk’ (Ajouaou 2016a).

Bij de gedetineerde spelen in ieder geval het belang van bevrediging van seksuele behoeftes, mogelijk ook oprechte liefde en het in aanmerking komen voor het zogeheten ‘bezoek zonder toezicht’ een rol. Bij dat laatste kan de bezoeker/bezoeker langer blijven en kan eventueel zonder toezicht seks plaats vinden. Zijn overkoepelende belang is datgene wat de imam onder woorden bracht: de gedetineerde wil dit volgens islamvoorschriften doen en dus vraagt hij de imam om hiervoor te zorgen door het huwelijk te bekrachtigen.

Wij zien verder dat ook de inrichting een belang heeft. Dat is: belonen van de gedetineerde voor goed gedrag, hetgeen mogelijk bijdraagt aan rust en orde. De beveiliging zou verder vanuit een seculier ethisch uitgangspunt hebben gedacht: hier gaat het om twee volwassenen die geheel vrijwillig iets met elkaar willen en daar is geen bezwaar tegen. Het maakt dan voor hen verder niet uit of dit een ‘huwelijk’ is dan wel een andersoortige relatie en of dit gezegend wordt door een geestelijke of door een ander. Zelfbeschikking is hier de achterliggende waarde. De toenmalige Minister van Veiligheid en Justitie Hirsch Ballin drukte soortgelijke gedachten als volgt uit: ‘We kunnen niemand verbieden na een ritueel met elkaar het bed te delen’ (Binnenlands Bestuur 2009).

Dezelfde minister riep echter tegelijk – vandaar de verbazing van de imam – op om aangifte te doen van informele huwelijken vanwege de schade daarvan, namelijk het in de hand werken van ‘polygamie, isolement van de bruid en gedwongen trouwen voor minderjarigen’ (Binnenlands Bestuur 2009) en dus

‘onderdrukking’ van de vrouw en aantasten van het principe van gendergelijkheid. De druk om het bekrachtigen van de relaties te criminaliseren werd opgevoerd door signalen van veelvoorkomend misbruik onder jihadisten van informele huwelijken, de angst voor de komst van de zogeheten ‘sharia rechtbanken’ en de komst van religieuze radicalisering, thema’s die vallen onder veiligheidsvraagstukken en openbare orde. Daarom verbiedt artikel 1:68 van het Burgerlijk Wetboek dat een geestelijke een huwelijk zegent voordat de ambtenaar van de burgerlijke stand het huwelijk voltrekt. Overtreding kan een straf opleveren variërend van een boete tot gevangenisstraf krachtens artikel 449 van het Wetboek van Strafrecht.

De reflecterende en handelende imam heeft zelf duidelijk ook een belang. Hij zal nu zelf normen en wetten die hij eerder predikte mogelijk anders moeten lezen en uitleggen, zijn reputatie en geloofswaardigheid kan als gevolg daarvan een deuk oplopen en als de gedetineerde zonder goedkeuring van de imam toch doorzet, zou hij voor zijn geweten mogelijk mede verantwoordelijk zijn voor de zonde die de gedetineerde begaat.

Het gemakkelijkste voor de imam zou dan gewoon zijn: zegenen, zeker na instemming van de inrichting.¹⁷ Aan de andere kant vraagt zijn rol als ambtenaar en ook vertegenwoordiger van de islamitische gemeenschap (CMO) veel politieke sensitiviteit om deze casus te behandelen.

Hoe komt de imam hieruit ofwel wat is zijn *maghradj*? Alhoewel met aarzeling (dit moet meer gelezen worden als: een niet geheel bevredigende keuze), heeft de imam het huwelijk niet gezegend. Hij handelt ondanks de schijn van het tegendeel, in het belang van het individu, namelijk de gedetineerde, door deze en zijn mogelijk toekomstige partner in bescherming te nemen tegen zichzelf, door mogelijke sociale en psychische schade te voorkomen die het gevolg is van een niet wettig of erkend huwelijk – zoals bijvoorbeeld hierboven zijn weergegeven. Het belang van beiden ligt uiteindelijk (lange termijn) in het op correcte manier (zoals de civiele wet dat voorschrijft) volgen van de procedures voor een echtelijke verbintenis indien ze daadwerkelijk de intentie hebben om ‘islamitisch’ te trouwen. De imam heeft desgevraagd laten weten, de gedetineerden uitvoerig te hebben ingelicht over zijn afwegingen. Hij pree de wens van de gedetineerde (willen trouwen op islamitische wijze), maar wees hem tegelijk op het belang en de noodzakelijkheid om de procedures in de juiste volgorde te volgen, zodat ieders belang gewaarborgd wordt.

Noten

- 1 Dienst Justitiële Inrichtingen, 'Islamitische geestelijke verzorging', www.dji.nl/locaties/landelijke-diensten/dienst-geestelijke-verzorging/islamitische-geestelijke-verzorging.aspx (laatst geraadpleegd 26 juli 2017).
- 2 Vereniging van geestelijk verzorgers, 'sectoren', VGvZ.nl/sectoren/islamitisch/ (laatst geraadpleegd 26 juli 2017).
- 3 In dit Turkstalig artikel verwijs ik naar de grote belangstelling voor de islamitische geestelijke verzorging in studies rond veiligheid, terrorismebestrijding en beleid (Neumann 2010, United Nations Office on Drugs and Crime 2016, International Institute for Justice and the Rule of Law 2015). Twee gevaren liggen op de loer bij deze benaderingen: *securitisering* en *instrumentalisering* van het beroep. Beide wijzen op oneigenlijk gebruik van het vak en kunnen deze schaden. Zo kan daardoor het principe van scheiding van kerk en staat worden aangetast, kan een aanslag worden gepleegd op het beroepsgeheim en kan disproportioneel worden gefocust op de belangen van veiligheid ten koste van zorg en humaniteit.
- 4 https://www.uni-tuebingen.de/uploads/media/170605_UNI_Tuebingen_Flyer.pdf (laatst geraadpleegd 3 augustus 2017).
- 5 De introductie in de aankondiging luidt: '(...) *In Europe as well as in other Western and Muslim countries new pastoral and ethical concepts, theories and approaches need to be developed in accordance to the societal situation. It is recognized that this should be achieved through the analysis of traditional Muslim pastoral counselling and ethics as well as in confrontation with present intellectual discourses*', https://www.uni-tuebingen.de/uploads/media/170605_UNI_Tuebingen_Flyer.pdf (laatst geraadpleegd op 2 augustus 2017).
- 6 Ik betrek daarbij overigens ook mijn reflecties als docent Islamitische ethiek, toegepaste vraagstukken aan de universiteit KU Leuven. Voor dit vak vraag ik geregeld casussen uit de praktijk van de geestelijk verzorgers in detentie, de zorg en de krijgsmacht en ik nodig ze uit voor gesprekken met studenten over deze casussen.
- 7 In 2009 vierde het rooms-katholieke en protestantse pastoraat zijn zestigjarige jubileum bij Justitie.
- 8 De humanistische geestelijke verzorging vierde in 2009 haar veertigjarige jubileum: <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2008/12/11/40-jaar-humanistische-geestelijke-verzorging-bij-justitie.html> (laatst geraadpleegd op 2 augustus 2017).
- 9 Rijksoverheid, 'Justitie erkent CMO als zendende instantie', 23 oktober 2007: rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2007/10/23/justitie-erkent-cmo-als-zendende-instantie (laatst geraadpleegd: 26 juli 2017).
- 10 Ik wijs erop dat het al dan niet zich aansluiten bij de gevestigde vakdiscipline regelmatig in de media opduikt. Vergelijk bijvoorbeeld: C. van Limpt en K. van der Velde ('De imam aan het ziekenhuisbed is geen manager', *Trouw* 3 juni 1998), *Trouw*, Religie en Filosofie, ('Geestelijke verzorging te hoog gegrepen voor imam', 26 september 2001) en T. Boer ('Ik wil weten wie er aan mijn bed staat', *Trouw*, Podium, 12 juni 2006).
- 11 Vergelijk voorbeelden van handelingsmodellen vanuit het katholieke perspectief (Van der Ven 2000), en vanuit het protestantse perspectief (Brienen 2008).
- 12 Svendsen zegt over het belang van het individu in westerse hedendaagse samenlevingen: "The basic figure of fully developed modernity is the single person. Or the 'individual', if you want. The liberal individual is a historical reality. Yet why do I use the phrase *liberal individual*? Simply because that individual is concerned with or takes for granted liberal rights such as freedom of expression, right to property, privacy and so on", (2017, 94).

- 13 Deze definitie is door de VGVZ recentelijk herzien in het document *Beroepsstandard geestelijk verzorger* (2015). Ik houd de oude definitie aan omdat die beter past bij de stand van ontwikkeling van de islamitische geestelijke verzorging.
- 14 Dit zou geïllustreerd kunnen worden aan de hand van de volgende casus die mij is verteld door een (vrouwelijke) islamitische geestelijk verzorger in een ziekenhuis. Een moslimvrouw kreeg een vroeg overleden kind. Zij vroeg een ‘passerende’ imam die door het ziekenhuis was ingehuurd om de vrouw bij te staan wat te doen. Hij antwoordde vanuit de wettische houding dat ze niets hoefde (dus niets mocht) doen, dat wil zeggen geen enkel ritueel. Dit advies is ook door het ziekenhuis opgevolgd en het kind is dan ook niet begraven, noch zijn andere rituelen voor hem geregeld. De imam redeneerde vermoedelijk als volgt: ‘het kind is een blanco blad, onschuldig en gaat rechtstreeks naar het paradijs. Hiervoor zijn dan geen speciale gebeden van de gemeenschap nodig, noch speciale herdenkingen’. De moeder heeft er echter een traumatische ervaring aan overgehouden waar ze lange tijd aan leed. Zij vertelde de vrouwelijke geestelijk verzorger niet tevreden te zijn met het antwoord van de imam, dat ze voor haar kind graag een herdenking had gewenst, dat ze een waardiger afscheid had gewild en het kind ook gewoon had willen begraven. Dit alles om haar rouwproces goed te laten verlopen. Als alternatief heeft de vrouwelijke geestelijk verzorger aangeboden om (weken later) alsnog een symbolisch afscheid te regelen door alsnog de gemiste rituelen uit te voeren. De rouwende moeder is hierop ingegaan, hetgeen een helende werking had op haar.
- 15 Ik wijs er overigens op dat in de grondslagen van het islamitische recht en dus indirect ook in de ethiek, grote waarde wordt gehecht aan het begrip ‘voorkomen van schade’ ofwel het kwaad in het afwegen van ‘het belang’. Hierbij is het principe van toepassing: ‘voorkomen van het kwade gaat voor het najagen van het goede’.
- 16 Dit gebeurt simpelweg wanneer men stelt dat de uitkomst van een reflectie geheel zonder rechtvaardiging uit de sacrale bronnen kan geschieden, kortom, wanneer men stelt dat hiervoor geen God nodig is.
- 17 Vergelijk de verschillende varianten van het informeel zegenen van een huwelijk (Ajouaou 2014, 77-78).

Literatuur

Ajouaou, M. (2014),

Wie is Moslim? Geloof en secularisatie onder westerse moslims, Zoetermeer: Meinema.

Ajouaou, M. & T. Bernts (2014),

Imams and inmates. Adaptation or contextualization of Islamic prison chaplaincy? in: *The International Journal of Politics, Culture of Society*. doi:10.1007/s10767-014-9182-y.

Ajouaou, M. (2016a),

Seksualiteit in de islam tussen dogma en dagelijks praktijk, in: *Religie & Samenleving*, 11 (2), 175-187.

Ajouaou, M. (2016),

Islamitisch gevangenispastoraat. Context, enkele grondslagen en uitdagingen, in: Daems, T., P. De Witte & G. Zuidwegt (red), *De gekooide mens. Gevangenisstraf als doorleefde realiteit*, Leuven: Universitaire Pers Leuven, 135-145.

- Ajouaou, M. (2017),
 “Hapishane imamların güvenli politikalarının kiskacında” (*Gevangenisimams in de greep van het beveiligingsbeleid*), in: *Perspektif* (Turks tijdschrift, Duitsland), 23 (258), 43-45.
- Ajouaou, M. & T. Bernts (2015),
 The Effects of Religious Diversity on Spiritual Care: Reflections from the Dutch Correction Facilities, in: Becci, I. & O. Olivier (eds.), *Religious Diversity in European Prison*, Switzerland: Springer International publishing, 31-45.
- Arts, W.A., R.S. Batenburg & P. Groenewegen (red.) (2001),
Een kwestie van vertrouwen. Over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Averroes (2006),
Geloof en wetenschap in de islam. Averroes’ “Het beslissende woord”, uit het Arabisch vertaald, ingeleid en geannoteerd door R. Kruk, Kampen.
- Baart, A. (2001),
Een theorie van de presentie, Utrecht: Lemma.
- Binnenlands Bestuur (tijdschrift van 2009),
 ‘Doe aangifte van informeel huwelijk’, 4 september 2019: <http://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/nieuws/doe-aangifte-van-informeel-huwelijk.127775.lynkx?specialismId=94> (laatst geraadpleegd 3 augustus 2017)
- Brienen, T. (2008),
Van Ambt naar dienst. Een Bijbelse visie op diensten en bedieningen, Kampen: Kok.
- Chappel, T. (2009),
Ethics and Experience. Life beyond moral theory, Durham: Acumen.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen) (2006),
Samenvatting eindrapport diensten specificaties, Den Haag: Dienst Geestelijke Verzorging (DGV).
- Doolaard, J. (red.) (2006),
Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging, Kampen: Kok.
- Flap, H. (2001),
 Professies als probleem: sociaal-wetenschappelijke vraagstellingen op het terrein van vrije beroepen’, in: Arts, W.A. et al. (red.), *Een kwestie van vertrouwen. Over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 31-50.
- Ganzevoort, R. (2009),
 Geestelijke verzorging kan niet zonder theologie. Een reactie op Pitstra en Zock, in: *Handelingen, tijdschrift voor praktische theologie*, 3, 21-26.
- Gilliat-Ray, S., M. Ali & S. Pattison (2013),
Understanding Muslim Chaplaincy, Farnham: Ashgate.

- Heitink, G. (2001),
Biografie van de dominee, Baarn: Ten Have.
- Hendriks, A. (1982),
 Huisbezoek in het Nederlandse katholieke pastoraat, ontstaan, ontwikkeling en mogelijkheden, in: *Praktische Theologie, Nederlands tijdschrift voor pastorale wetenschappen*, (5), 313-324.
- Hirsch-Ballin, E. (1988),
Overheid, godsdienst en levensovertuiging. Eindrapport criteria voor ondersteuning aan kerkgenootschappen en andere genootschappen op religieuze grondslag, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.
- Hourani, G. F. (2007),
Reason in tradition in Islamic ethics, Cambridge: Cambridge University Press.
- International Institute for Justice and the Rule of Law (2015),
 Prison management recommendations to counter and address prison radicalization, 14, online, 2015: <https://theij.org/wp-content/uploads/Prison-Recommendations-FINAL-1.pdf>.
- Jansen, G. (2000),
Naar een oecumenische hermeneutiek. De hermeneutiek van Wolfhart Pannenberg belicht tegen de achtergrond van het hermeneutisch debat binnen Faith and Order vanaf 1963 tot 1993, Zoetermeer: Boekencentrum.
- Kamal, A. (1997),
Al-Da'āra al-halal. Al-Mu'assasa al-Haditha li-Azawādj fi Misr, al-Saudiyya wa Iran (Halal prostitutie. Een moderne huwelijksinstituut in Egypte, Saudi Arabië en Iran), Beyrout: al-Maktaba al-Thaqafiyya.
- Klei, P. van der (1982),
 Waar gaat het om bij het huisbezoek van de pastor?', in: *Praktische Theologie, Nederlands tijdschrift voor pastorale wetenschappen*, 5, 292-302.
- Kruif, G. de (1999),
Christelijke ethiek. Een inleiding met sleutelteksten, Zoetermeer: Meinema.
- Mooij-Kemp, D. (2006),
 Over opleiding en competentie, in: Doolaard, J. (red.) (2006), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 131-145.
- Neumann, P. (2010).
Prisons and Terrorism. Radicalisation and De-radicalisation in 15 Countries. A policy report published by the International Centre for the Study of Radicalisation and Political Violence (ICSR). London: King's College. Online beschikbaar op: <http://icsr.info/wp-content/uploads/2012/10/1277699166PrisonsandTerrorismRadicalisationandDeradicalisationin15Countries.pdf>.

- Reinhart, A. (2007),
Ethics and the Qur'ân, in: MacAuliffe, J.D. (ed.), *Encyclopedia of the Qur'ân*, 2, 55-79,
ook online te raadplegen op: [https://pmr.uchicago.edu/sites/pmr.uchicago.edu/files/
uploads/Reinhart_IslamicLawAsIslamicEthics.pdf](https://pmr.uchicago.edu/sites/pmr.uchicago.edu/files/uploads/Reinhart_IslamicLawAsIslamicEthics.pdf) (laatste geraadpleegd: 1 augustus
2017).
- Sajoo, A. (2009),
Muslim Ethics, Emerging Vistas, London/New York: I.B. Tauris Publishers.
- Svendsen, L. (2017),
A philosophy of loneliness, Glasgow: Reaktion Books.
- Ven, J. van der (2000),
Pastoraal perspectief. Vorming tot reflectief pastoraat, Kampen: VBK Media.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016),
*Handbook on the Management of Violent Extremist Prisoners and the Prevention of
Radicalization to Violence in Prisons*, New York: United Nations. [https://www.unodc.
org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_VEPs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_VEPs.pdf).
- Wolfson, H. (1976),
The Philosophy of the Kalam, Cambridge, MA/London: Harvard University Press.

Oude en nieuwe rituelen voor Moral Injury

Tine Molendijk*

Summary

'Moral Injury' is a relatively new concept, dealing with the wounds resulting from confrontations with morally critical situations. Currently, studies on moral injury predominantly focus on war veterans. However, while systematic research on moral injury is new, the idea that war can be morally compromising is literally as old as sin. Many societies knew institutionalized rituals to cleanse returning warriors from their dirty hands and morally 'polluted' souls. In this contribution I discuss the approach of these rituals with respect to 'moral pollution' and 'guilt', and their two-fold objective of purification and reintegration. Also, I discuss the ways in which Dutch veterans create comparable rituals themselves. The fact that present-day western veterans do so, I argue, shows the lack and importance of a nuanced approach – in words as well as in actions – towards moral injury, both for veterans and for any other person struggling with moral conflict.

Inleiding

Tijdens een patrouille benadert een oude man Niels' eenheid, op sandalen door de sneeuw. Hij draagt een klein jongetje bij zich met ontstoken brandwonden. De man, die de grootvader van het kind blijkt te zijn, is zichtbaar wanhopig. Hij heeft de hele nacht met zijn kleinzootje rondgelopen op zoek naar medische hulp. Niels dient het kindje zuurstof toe door een masker en brengt een infuus in, maar ziet al snel dat het kindje het zo niet gaat redden. Niels vertelt zijn commandant dat het kind naar een ziekenhuis gevlogen moet worden. Hoewel dit verzoek de originele plannen van de commandant in de weg staat, probeert deze toch een helikopter voor het kind te regelen. Echter, hun wordt verteld dat vanwege hevige sneeuwval slechts een beperkt aantal helikopters beschikbaar is. Niels vertelt me:

* Tine Molendijk is cultureel antropoloog en als promovenda verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Haar interdisciplinaire proefschrift richt zich op de morele, politieke en maatschappelijke dimensies van Moral Injury onder veteranen van Dutchbat (Srebrenica, Bosnië) en TFU (Uruzgan, Afghanistan).

Ze zeiden, er zijn niet genoeg helikopters voor ISAF-personeel [ISAF = de NAVO-troepen in Afghanistan]. Dus dat werd vertraagd. En toen kwam er een militaire opdracht: we moesten een Talibanstrijder gaan vinden. Dan moet je dat kindje weer loskoppelen van het zuurstof en van zijn infuusje. Als verpleegkundige is dat niet te rijmen met elkaar. Ik had een eed afgelegd als militair, maar als verpleegkundige had ik ook een eed afgelegd. Maar die twee beloftes, die rijmen daar niet, je moet daar kiezen. Uiteindelijk koos ik voor de militair. (...) Ik neem mezelf dat achteraf kwalijk. Ik denk dat als we dat kind hadden geholpen – één van de doelen was winning hearts and minds. Stel dat we hadden geholpen, als we dat kind hadden gered, dan zouden die families anders naar ons hebben gekeken.

Enkele jaren na zijn uitzending besluit Niels een boek te schrijven over zijn ervaringen. Hierin beschrijft hij dat hij na thuiskomst frequent begon te dromen over de vele heftige gebeurtenissen die hij in Afghanistan had meegemaakt. ‘Er spookten allerlei vreemde ideeën en gedachtes door mijn hoofd. Ondanks alles had ik in Afghanistan mijn stinkende best gedaan en gehandeld uit zuivere idealen, maar in bed kon ik niet met mezelf in het reine komen’ (Veldhuizen 2014, 55).

Het verhaal van Niels is één van confrontaties met moreel kritische situaties. De verwonding die zulke ervaringen kunnen veroorzaken wordt tegenwoordig aangeduid met het Engelse concept ‘moral injury’. ‘Moral Injury’ is een relatief nieuw conceptueel model (zie e.g. Litz et al. 2009; Shay 2014). Echter, het idee dat deelnemen aan oorlog een morele impact kan hebben is eeuwenoud (Shay 1994; Verkamp 1993). In veel samenlevingen bestonden (en bestaan) dan ook geïnstitutionaliseerde rituelen om terugkerende krijgers te verschonen van hun zogeheten vuile handen en moreel ‘vervuilde’ ziel (Shay 1994; Verkamp 1993). In deze bijdrage bespreek ik de benadering van deze rituelen met betrekking tot ‘morele vervuiling’ en ‘schuld’, en hun tweeledige doel van purificatie en re-integratie. Ook bespreek ik kort, op basis van mijn eigen onderzoek, hoe Nederlandse veteranen zelf gelijksoortige rituelen creëren, om zowel het gemis als belang van dergelijke rituelen in de huidige Nederlandse samenleving te illustreren.

PTSS en Moral Injury

De directe aanleiding voor het ontstaan van het begrip ‘moral injury’ is het feit dat steeds meer wetenschappers en therapeuten beperkingen zagen in

het huidige begrip ‘post-traumatische stressstoornis’ (zie e.g. Litz et al. 2009; Shay 2014). ‘Post-traumatische stressstoornis’ is het heersende begrip voor uitzendgerelateerde problematiek, en inmiddels zo bekend dat het vaak simpelweg aangeduid wordt met het acroniem PTSS. De oorzaak van PTSS wordt gedefinieerd als blootstelling aan ‘een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen, en/of seksueel geweld’ (DSM 5 2013, 390). Voorbeelden uit de militaire praktijk zijn het meemaken van heftige vuurgevechten of het rijden op een bermbom en de destructieve en dodelijke gevolgen hiervan. Klassieke symptomen van PTSS zijn herbeleving van de situatie, vermijding van situaties die doen denken aan de traumatische ervaring, negatieve stemming en/of verandering in ‘arousal’ en reactiviteit (DSM 5 2013). Denk hierbij aan levensechte nachtmerries, depressieve klachten en opspringen bij het horen van harde geluiden.

In huidige modellen van PTSS ligt de focus op angstgerelateerde klachten. Dit vormt echter precies een belangrijk kritiekpunt. Door deze focus op angst, zo luidt de kritiek, is er geen of nauwelijks aandacht voor zogeheten morele aspecten van militair trauma (bijv. Drescher et al. 2011; Litz et al. 2009; Maguen & Litz 2012). Militairen kunnen immers ook last krijgen van het feit dat zij zelf anderen doden, zij kunnen problemen ontwikkelen wanneer zij gewonde mensen niet kunnen of mogen helpen en zij kunnen blijven worstelen met morele dilemma’s waarmee zij tijdens hun uitzending zijn geconfronteerd (Litz et al. 2009; Maguen & Litz 2012). Dit soort ervaringen gaan niet altijd gepaard met levensdreiging, en de resulterende klachten lijken niet altijd voort te komen uit angst. Hier gaat het om morele conflicten en bijbehorende morele emoties zoals schuld en schaamte (zie ook Rietveld 2009).

Zowel psychiater Shay (1994) als veteraan en filosoof Bica (1999) worden genoemd als degenen die de term ‘moral injury’ voor het eerst hebben gebruikt, en psychologen Litz en zijn collega’s (2009) hebben een (preliminair) conceptueel model van ‘moral injury’ ontwikkeld. PTSS wordt omschreven als het gevolg van een (levens)bedreigende gebeurtenis; ‘moral injury’ gedefinieerd als een psychische beschadiging veroorzaakt door het zien, begaan of ondergaan van handelingen die diepgewortelde morele overtuigingen en verwachtingen schenden. De resulterende psychische klachten kunnen overigens overlappen met PTSS-gerelateerde symptomen (bijvoorbeeld nachtmerries en depressieve klachten), maar centraal bij ‘moral injury’ staan diepe gevoelens van schuld, schaamte en/of boosheid (Litz et al. 2009; Litz, Lebowitz, Gray & Nash 2015; Nash & Litz 2013).

De ontwikkeling van een concept dat specifiek aandacht geeft aan morele worstelingen van veteranen lijkt relevant, echter, het concept ‘moral injury’

lijkt nog verfijning te vereisen. Uit mijn eigen onderzoek onder Nederlandse veteranen blijkt dat ‘moral injury’ complexer is dan een eenduidig gevoel dat er *onmiskenbaar* een morele code is overtreden (zie ook Molendijk et al. 2017). Het waardestelsel van een persoon is niet een eenduidig en geheel samenhangend geheel, en daarmee zijn moreel verwondende ervaringen dat ook niet altijd. Zoals Niels’ verhaal ook laat zien, is de moreel verwondende ervaring vaak niet een kwestie van onmiskenbaar morele misstappen, maar van morele dilemma’s en van de wreedheid van oorlog als zodanig. Uit de verhalen van Niels en vele anderen bleek dat dit soort ervaringen kan leiden tot diepe verwarring over wat ‘goed’ en ‘kwaad’ überhaupt inhoudt, en dat deze morele verwarring juist een deel is van de ontredding van deze veteranen. Echter, zowel in het huidige concept van ‘moral injury’ als in westerse samenlevingen als geheel is een dergelijke complexiteit niet terug te zien. In plaats daarvan wordt veelal gesproken in simplistische termen, alsof de handelingen van militairen alleen *of goed of fout* kunnen zijn (vgl. Verkamp 1993).

Oude rituelen voor Moral Injury

Zoals gezegd in de inleiding: het concept ‘moral injury’ is dan wel relatief nieuw, maar het idee erachter was eeuwenlang een vanzelfsprekendheid – en dat is het in sommige samenlevingen nog steeds. Om die reden bestonden/bestaan in deze samenlevingen geïnstitutionaliseerde rituelen ter purificatie en re-integratie van terugkerende militairen. Interessant genoeg blijkt uit deze rituelen juist een benadering van de morele impact van oorlog die in het huidige concept ‘moral injury’ nog ontbreekt, namelijk een verfijnde benadering waarin de morele complexiteit van oorlog erkend wordt.

Laat ik beginnen met een samenleving dichtbij huis, ten minste wat betreft religie: het christendom van het eerste millennium. Hier werd het als een vanzelfsprekendheid gezien dat oorlog morele impact had op de krijgers die deelnamen aan die oorlog. Als krijgers terugkeerden van een oorlog moesten zij daarom standaard verschillende rituelen van boetedoening ondergaan, om zo gereinigd te worden (Verkamp 1993). Voorbeelden van deze rituelen zijn het dagelijks reciteren van boetepsalmen voor een bepaalde tijd, vasten voor een bepaalde tijd, en het wegblijven van de kerk voor een bepaalde tijd. De tijd die hier voor stond werd bepaald op grond van het aantal begane daden. Zo kon het zijn dat een krijger per gedode vijand een jaar boetepsalmen moest reciteren. De reden: oorlog werd in deze periode gezien als een gerechtvaardigd of noodzakelijk kwaad; dat wil zeggen, als gerechtvaardigd aan de ene kant maar

desalniettemin moreel problematisch aan de andere kant. Terugkerende krijgers werden niet gezien als gelijk aan moordenaars, maar wel als mensen die betrokken waren geweest bij zondige handelingen en daarom gereinigd moesten worden (Verkamp 1993).

Nog altijd bestaan er in verschillende samenlevingen dergelijke reinigingsrituelen en re-integratierituelen, bijvoorbeeld, bij verschillende gemeenschappen in Mozambique. Toen de burgeroorlog daar eindigde in 1992 moesten teruggekeerde militairen dergelijke rituelen standaard ondergaan (Granjo & Nicolini 2006; Honwana 1999). Hier dienden de rituelen om militairen te ontdoen van de geesten van mensen die zij of anderen hadden gedood, en van de geesten van mensen die op andere manieren door de oorlog waren gestorven. Deze geesten zouden namelijk problemen kunnen creëren binnen de familie en het dorp van de teruggekeerde militair (Granjo & Nicolini 2006; Honwana 1999). De rituelen duurden enkele dagen en hielden onder meer in dat militairen hun oorlogservaringen naspeelden met een stamper (normaal bedoeld om onder meer graan mee fijn te stampen). Deze stamper staat niet voor een wapen, maar voor de familie en het huis. Het naspelen dient als een vorm van catharsis. Naast reiniging via het naspelen van oorlogservaringen moesten militairen bepaalde reinigende kruidendranken drinken en zich ook van buiten reinigen door bepaalde baden te nemen en zich intensief te wassen. Bij al deze rituelen waren zowel familie als de geesten van voorouders aanwezig, en na afloop van de rituelen werden de militairen feestelijk onthaald en terugverwelkomd door het hele dorp. Het idee was dat op die manier zowel een spirituele als sociale balans weer was hersteld (Granjo & Nicolini 2006; Honwana 1999).

Dergelijke rituelen bestonden en bestaan in vele andere samenlevingen: bijvoorbeeld in het oude Rome (baden onder begeleiding van Vestaalse maagden), onder *Native Americans* (zweethutrituelen), en de Masai (delen van verhalen) (O'Donnell 2015). Als we oude christelijke rituelen vergelijken met die in Mozambique, dan valt op dat de eerste gebaseerd zijn op noties van schuld en dus boetedoen terwijl de tweede zich eerder richten op vervuiling en dus purificatie. Maar, wellicht is het interessanter te kijken naar de vele overeenkomsten tussen de twee rituelen, en tussen deze rituelen en die in het oude Rome, onder *Native Americans* en de Masai. Ten eerste: al deze rituelen richten zich op de morele dimensie van oorlog. Ten tweede: al deze rituelen hanteren een genuanceerde benadering van deze morele dimensie, namelijk één die complexer is dan regelrechte schuld of zonde; de terugkerende krijger is niet per se een dader die gestraft moet worden, maar eerder iemand met een vervuilde ziel die gereinigd moet worden. Ten derde: al deze rituelen combineren

fysieke, psychologische en sociale elementen in het verwerken van de morele impact van oorlog. Ten vierde: in al deze rituelen is het doel niet een complete ‘restauratie’ van ‘de oude zelf’ van de militair en van de wereld zoals die daarvoor waren, maar eerder het herstel van een zekere balans; de rituelen zijn zogeheten ‘rites de passage’, waarbij het doel niet is om de zaken weer te laten zijn zoals ze ooit waren, maar juist om een overgang voor de militair naar een nieuwe status van *veteraan* binnen de gemeenschap mogelijk te maken. Ten vijfde: al deze rituelen zijn niet slechts gericht op de individuele militair, maar ook op de bredere gemeenschap; de rituelen zijn zowel reinigingsrituelen als re-integratierituelen.

Nieuwe rituelen voor Moral Injury

Geinstitutionaliseerde rituelen zoals in de vorige paragraaf besproken, kennen we niet in onze huidige samenleving. Echter, interessant genoeg blijkt dat veel veteranen die worstelen met problemen hun eigen ‘rituelen’ en verhalen creëren. Voor mijn onderzoek naar ‘moral injury’ verzamelde ik 80 interviews met Nederlandse veteranen die hebben gediend in Srebrenica (huidig Bosnië) en/of Uruzgan (Afghanistan). (Hiervan nam ik 40 zelf af en waren de andere 40 bestaande interviews van het Veteraneninstituut, afgenomen in het kader van een levensverhalenproject.) Veel van de veteranen die ik sprak ontplooiden activiteiten die hen hielpen om met hun oorlogservaringen om te gaan, en deze activiteiten doen denken aan bovengenoemde rituelen.

Veel veteranen (zoals Niels) besloten om publiek te spreken over hun ervaringen en/of om een boek te schrijven over hun ervaringen. Sommigen bewerkten hun dagboek of maakten een Facebookpagina die alleen bedoeld was voor vrienden en familie, anderen schreven een boek dat voor de Nederlandse samenleving als geheel was bedoeld. Sommigen besloten om over hun ervaringen te spreken voor Nederlandse schoolklassen, als onderdeel van een initiatief georganiseerd door het Veteraneninstituut (‘Veteraan in de klas’), anderen besloten hun verhaal te delen met journalisten of onderzoekers – zoals ik. De redenen die zij hiervoor noemden lopen uiteen. Zo werd genoemd: de eigen ervaring verwerken; een vorm van ‘biechten’; anderen helpen dit soort ervaringen beter te begrijpen; erkenning krijgen voor uitzendgerelateerde problematiek. Veel veteranen noemden al deze redenen.

Een andere activiteit, waarover een aantal Dutchbatveteranen vertelden, was een zogeheten terugkeerreis. Sommige Dutchbatveteranen waren teruggekeerd naar Srebrenica om daar de jaarlijkse Vredesmars (‘Marsa Mira’) te

lopen. In deze mars liepen zij, in tegenovergestelde richting, de route die duizenden vluchtelingen hadden genomen na de val van Srebrenica. Wederom noemden veteranen uiteenlopende redenen: een beter beeld krijgen bij wat ze nu precies hadden meegemaakt; een manier van de eigen uitzending 'overdoen' maar nu met een beter einde; solidariteit tonen met de lokale bevolking; verantwoordelijkheid afleggen en spijt betuigen naar de lokale bevolking toe (Hetebrij 2017).

Net als bij de meer traditionele rituelen die eerder zijn besproken, richten de nieuwe 'rituelen' van Nederlandse veteranen zich op de zogeheten morele verontreiniging van de oorlog. Ze maken het mogelijk deze verontreiniging in al haar complexiteit te benaderen en bieden veteranen een manier om met anderen (vrienden en familie; de lokale bevolking) een hernieuwde band en balans op te bouwen. Deze 'rituelen' doen dit door fysieke, psychologische en sociale elementen te combineren. Bovendien lijken veteranen deze 'rituelen' niet uit te voeren met de verwachting dat ze hun verloren onschuld en hun eerdere morele overtuigingen zullen terugkrijgen. Deze 'rituelen' lijken eerder een stap in de richting van een nieuwe manier om zich tot zichzelf en de wereld te verhouden, met de onomkeerbare pijnlijke kennis die hun ervaringen hun hebben gegeven.

Conclusie

De nieuwe 'rituelen' die veteranen zelf uitvinden hebben overeenkomsten met de eerdergenoemde meer traditionele rituelen. Echter, ze verschillen ook op een belangrijk punt daarvan. Bij de meer traditionele rituelen speelde de gemeenschap een cruciale rol, terwijl bij deze nieuw uitgevonden 'rituelen' geen sprake is van automatische betrokkenheid vanuit de Nederlandse samenleving. Het aspect 're-integratie' vereist herkenning en erkenning van zowel de veteraan zelf als van de gemeenschap, en deze herkenning en erkenning ontbreekt in deze nieuwe 'rituelen'. Zoals eerder opgemerkt hebben veel hedendaagse westerse samenlevingen geen rituelen en verhalen (meer) zoals de eerdergenoemde samenlevingen. Hedendaagse samenlevingen kennen wel rituelen maar dan gaat het om speeches, medailles, een jaarlijkse Veteranendag en medische nazorg. Echter, en zonder de waarde van dit soort inspanningen te ontkennen, ontbreekt het bij deze geïnstitutionaliseerde rituelen aan maatschappelijke aandacht voor en erkenning van de complexe morele dimensie van oorlog.

Dit gemis lijkt verband te houden met de moeite die de huidige samenleving heeft om met thema's als schuld om te gaan. Zoals gezegd lijkt men er veelal in zwart-wit termen over te denken: een handeling was *of* goed *of* fout. Het feit dat veteranen zelf nieuwe 'rituelen' uitvinden, lijkt het belang aan te tonen van een genuanceerde benadering – in woorden en praktijken – van morele verwonding, en dit lijkt zowel voor veteranen te gelden als voor ieder ander die worstelt met moreel conflict.

Literatuur

- Bica, C. C. (1999),
A Therapeutic Application of Philosophy. The Moral Casualties of War: Understanding the Experience, in: *International Journal of Applied Philosophy*, 13 (1), 81–92.
- Drescher, K. D., D. W. Foy, C. Kelly, A. Leshner, K. Schutz & B. Litz (2011),
An Exploration of the Viability and Usefulness of the Construct of Moral Injury in war Veterans, in: *Traumatology*, 17, 8–13.
- DSM 5. (2013),
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Fifth Edition: DSM 5), Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Granjo, P. (2006),
Back Home: Post-War Cleansing Rituals in Mozambique, in: Nicolini B. (ed.), *Studies in Witchcraft, Magic, War and Peace in Africa (19th and 20th Centuries)*, Lampeter: Mellen Press, 277–294.
- Hetebrij, B. (2017),
Veteranenterugkeerreis als pelgrimage, lezing gehouden op 23-09-2017, Vredesweek Zwolle.
- Honwana, A. (1999),
The Collective Body: Challenging Western Concepts of Trauma and Healing, in: *Track Two*, 8 (1), 30–35.
- Kinghorn, W. (2012),
Combat Trauma and Moral Fragmentation: A Theological Account of Moral Injury, in: *Journal of the Society of Christian Ethics*, 32 (2), 57–74.
- Litz, B. T., N. Stein, E. Delaney, L. Lebowitz, W. P. Nash, C. Silva & S. Maguen (2009),
Moral Injury and Moral Repair in War Veterans: A Preliminary Model and Intervention Strategy, in: *Clinical Psychology Review*, 29 (8), 695–706.
- Litz, B. T., L. Lebowitz, M. J. Gray & W. P. Nash (2015),
Adaptive Disclosure: A New Treatment for Military Trauma, Loss, and Moral Injury, New York: Guilford Publications.

Maguen, S. & B. T. Litz (2012),

Moral Injury in Veterans of War, in: *PTSD Research Quarterly*, 23 (1), 1–6.

Molendijk, T., E.H. Kramer & D. Verweij (2017),

Moral Aspects of ‘Moral Injury’: Analyzing Conceptualizations on the Role of Morality in Military Trauma, in: *Journal of Military Ethics*, te verschijnen.

Nash, W. P. & B. T. Litz (2013),

Moral Injury: A Mechanism for War-Related Psychological Trauma in Military Family Members, in: *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (4), 365–375.

O’Donnell, K. (2015),

Help for Heroes: PTSD, Warrior Recovery, and the Liturgy, in: *Journal of Religion and Health*, 54 (6), 2389–2397.

Rietveld, N. (2009),

De Gewetensvolle Veteraan, (Proefschrift), Tilburg: Tilburg University.

Shay, J. (1994),

Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character, New York: Simon and Schuster.

Veldhuizen, N. (2014),

Oorlog in mijn kop: Erfenis uit Uruzgan, Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

Verkamp, B. J. (1993),

The Moral Treatment of Returning Warriors in Early Medieval and Modern Times, Scranton: University of Scranton Press.

Op onbekend terrein?

Moreel beraad vanuit het perspectief van tragiek: Wat betekent dit voor geestelijke verzorging?

Benita Spronk*

Summary

This article investigates the role of moral case deliberation (MCD) in dealing with tragic situations. It focuses on experiences of care givers involved in the treatment of a pregnant woman with a brain tumour, and their evaluation of a series of MCD meetings in which the dilemmas around care were discussed. A case study design is used by conducting semi-structured interviews (n=10) with health care professionals who both played a role in the treatment of the patient and attended the MCD. The results show that MCD helps people to deal with tragic situations. An important element of MCD in this respect is making explicit the dilemma and the damage, demonstrating that there is no simple solution. MCD prompts participants to formulate and share personal experiences with one another and thus helps to create a shared perception of the situation as tragic. The article concludes that MCD contributes to the sharing of tragic experiences, and fosters mutual interaction during a tragedy. The ability of spiritual caregivers with their substantive knowledge of life questions can support the moral deliberation on a tragic case. This substantive knowledge brings the spiritual caregiver into familiar territory. The knowledge of methodology and structure of MCD and the handling of values determined in experiences of contingency in MCD are, however, competencies that can be more developed by the spiritual caregiver.

Inleiding

In de professionele zorgpraktijk worden zorgverleners met veel tragische situaties geconfronteerd. Zij moeten keuzes maken en beslissingen nemen die soms verstreckende gevolgen hebben. Kiest de behandelaar voor een operatie die levensverlengend is, ook al is dit met slechts enkele weken? Kiest hij

* Benita Spronk is hoofd van de dienst Pastoraat en geestelijke verzorging van VU medisch centrum te Amsterdam en werkt momenteel aan haar proefschrift over moreel beraad en ethiek.

ervoor te starten met de beademing van een zwaar gehandicapte baby zonder perspectief of richt hij zich vooral op het comfortabel houden van het kind en het beperken van zijn lijden? Deze tragiek heeft een grote impact, niet alleen op degene die de medische behandeling ondergaat, maar ook op de zorgverleners zelf (Janssens et al. 2015). Een voorbeeld hiervan is het verhaal van longarts Mariska Koster. Haar betoog in *Medisch Contact* (2013) maakte veel los. Daarin vertelt zij dat de dagelijkse confrontatie met de dood haar zo opbreekt dat zij kiest voor een nieuwe functie als verzekeringsarts. “De secretaresses plannen voor slechtnieuwsgesprekken een halfuur. Nee, de dokter heeft niet genoeg aan tien minuten. Op een volle dag voer ik zeven van dat soort gesprekken. Elk gesprek zit de dood naast me. Elk gesprek komt erop neer dat ik een vader, een moeder, een echtgenoot de dood aanzeg. Elk gesprek een mokerslag voor de mensen tegenover mij. Ze reageren verdrietig, boos, ongelovig, of dof, gelaten” (Koster 2013, 2452). Zij pleit voor professionele ondersteuning van artsen die dagelijks te maken hebben met overlijden.

Geestelijk verzorgers hebben naast een taak voor patiënten ook een taak richting medewerkers (*Beroepsstandaard geestelijk verzorger* 2016, 7). Zij leveren graag een bijdrage aan deze professionele ondersteuning. Maar hoe kunnen ze deze hulp bieden? Op welk moment zou dit kunnen? Wat het lastiger maakt, is dat er in deze tijd een andere betrokkenheid is bij religie en het kerkelijk instituut. Vragen om ondersteuning komen niet vanzelfsprekend bij een geestelijk verzorger terecht. Waar komen deze vragen aan de orde? Zou het moreel beraad zo'n plek zijn?

Bij een moreel beraad bijeenkomst die ik bijwoonde, werd de casus van een jonge transgender patiënt besproken. Heel onverwacht trad er na de operatie een ernstige complicatie op. Grote delen van de huid werden afgestoten en de patiënt bleek niet te redden. Machteloos moest men toezien hoe deze patiënt overleed. Deze casus werd ingebracht in een moreel beraad. De gespreksleider zocht naar een insteek voor het gesprek. Was er hier een morele vraag of was er misschien vooral de behoefte om deze tragische casus te delen met elkaar? Was er sprake van beide? Of waren misschien de emoties nog te vers en was er nog geen afstand om de morele vraag op te kunnen sporen?

Deze vragen over de relatie tussen tragiek en moreel beraad wilde ik graag onderzoeken. Ze hebben geleid tot een promotiestudie waarin ik deze relatie bestudeer. In dit kader heb ik een casus onderzocht van een zwangere vrouw met een hersentumor, waarover een aantal malen moreel beraad is gehouden. Via interviews met betrokkenen is nagegaan wat de casus voor hen tragisch maakte en op welke wijze de tragiek van de situatie in het moreel beraad aan de orde is gekomen. In de bijdrage in dit artikel bespreek ik de resultaten van

het eerste deel van mijn onderzoek (Spronk et al. 2016) gekoppeld aan het perspectief van de geestelijke verzorging. De centrale vraag is: wat draagt het instrument moreel beraad bij aan het omgaan met tragiek? Waar kan moreel beraad eventueel verbeterd worden? Daarvoor is het van belang te weten wat zorgverleners zelf zeggen nodig te hebben. Omdat een tragische casus ook existentiële noties oproept, kijken we in dit artikel ook naar de bijdrage van geestelijk verzorgers aan moreel beraad. Zij zijn vaak als deelnemers of als gespreksleiders aanwezig bij moreel beraad. Welke competenties van de geestelijk verzorger komen het moreel beraad in een tragische casus ten goede en welke kunnen meer ontwikkeld worden?

Dit artikel start met een uiteenzetting van het concept tragiek vanuit de literatuur. Vervolgens wordt het instrument moreel beraad geïntroduceerd. Voorts wordt de casus uiteengezet. Daarna volgen de resultaten, gerangschikt aan de hand van drie deelvragen: Wat kenmerkt de tragiek in deze casus? Hoe brengt moreel beraad tragiek in beeld? Wat hebben zorgverleners nodig in tragische situaties? In de discussie worden de bevindingen besproken. Ten slotte zoomen we in op de competenties van de geestelijk verzorger.

Het concept tragiek

Mensen hebben het leven niet in de hand. Er zijn dingen die je overkomen, en waar je geen controle over hebt. Dit komt pregnant tot uitdrukking in de Griekse tragedies. Hierin wordt belicht hoe mensen in het reine proberen te komen met wat hen overkomt, met onverdiende tegenslagen, geweld of de onomkeerbaarheid van een gebeurtenis (Manshot 2003, 226). Tragiek heeft dan ook te maken met de kwetsbaarheid van het leven (Nussbaum 2001a, 399). Als we ergens merken hoe kwetsbaar het leven is, is dat in het ziekenhuis. Patiënten worden geconfronteerd met de kwetsbaarheid van hun eigen lichaam. Ook de behandelaar wordt direct en indirect met kwetsbaarheid geconfronteerd via zijn patiënt, in het besef dat niet alle ziektes kunnen worden genezen. Als autonome mensen kunnen we dit slecht verdragen. Het liefst zijn we immuun voor tegenslagen (Sloterdijk 2004, 192 e.v., 249, 534). Waar voor mensen de echte uitdaging ligt, volgens Nussbaum, is in het tragische conflict. "In such cases we see a wrong action committed without any direct physical compulsion and in full knowledge of its nature, by a person whose ethical character or commitments would otherwise dispose him to reject the act. The constraint comes from the presence of circumstances that prevent the adequate fulfillment of two valid ethical claims. Tragedy tends, on

the whole, to take such situations very seriously. It treats them as real cases of wrong-doing that are of relevance for an assessment of the agent's ethical life" (Nussbaum 2001a, 25). Nussbaum noemt als voorbeeld Agamemnon, die zijn dochter moet offeren om de expeditie die hij leidt te kunnen redden. Hij moet kiezen. Hij is doordrongen van de impact van de keuze waar hij voor staat. "He acknowledges that there is wrong done whichever way he chooses" (Nussbaum 2001a, 35). In dit artikel sluiten we aan bij de definitie van het tragische conflict van Nussbaum. Tragisch is een situatie waarin je moet handelen, terwijl de keuze onvermijdelijk morele bezwaren heeft.

In de casus is er sprake van een zeer tragische situatie voor de patiënt. In dit artikel richt ik mij desalniettemin op de tragiek zoals deze ervaren wordt door zorgverleners.

Moreel beraad

Moreel Beraad is een vorm van *clinical ethics support* (Dauwerse 2014; Molewijk et al. 2008; Weidema et al. 2013; Stolper et al. 2010), die de laatste 15 jaar een grote vlucht heeft genomen. *Clinical ethics support* houdt in dat zorgverleners ondersteund worden bij ethische kwesties die zij in de praktijk tegenkomen. Nieuwe vormen van ethics support, zoals moreel beraad, richten zich niet op het geven van een expert advies, maar op het bieden van ruimte voor het ondersteunen van reflectie (Dauwerse 2014, 10). Moreel beraad is een gestructureerd en methodisch gesprek, onder leiding van een gespreksleider, waarin zorgverleners een morele vraag bespreken van een concrete situatie uit hun eigen praktijk. De casus wordt ingebracht door een van de deelnemers, die de casus zelf heeft ervaren of nog ervaart. Om het gesprek te structureren gebruikt de gespreksleider een gespreksmethode. In de casus die in dit artikel is onderzocht, werd gebruik gemaakt van de dilemmamethode (Molewijk & Ahlzen 2011; Stolper et al. 2016; Hartman et al. 2016).¹ Deze methode richt zich op het door de casusinbrenger ervaren dilemma, dat wordt beschreven in twee elkaar uitsluitende handelingsopties.² Kenmerkend voor de dilemmamethode is de aandacht voor de schade die beide handelingsopties met zich mee brengen. De dilemmamethode sluit aldus aan bij het hierboven besproken begrip tragiek van Nussbaum, waarbij het gaat om twee valide ethische claims die niet beide vervuld kunnen worden.

Hoewel moreel beraad niet gericht is op het zoeken naar een oplossing, blijkt uit onderzoek van Dauwerse (Dauwerse e.a. 2011, 84) dat 81 procent van de Nederlandse zorginstellingen de noodzaak van *clinical ethics support*

onderkent en als doel hiervan aangeeft 'to promote decisions with an ethical dimension'. Een tragische casus zet het moreel beraad op scherp. Er is spanning aanwezig tussen enerzijds het tot een beslissing moeten komen in de tragische casus en anderzijds de onmogelijkheid van de keuze, omdat elke keuze in het dilemma grote schade met zich meebrengt.

De casus

De casus betreft een jonge vrouw met meerdere kinderen. De patiënte wordt als ze 10 weken zwanger is opgenomen op de afdeling Neurologie vanwege een verdenking op een hersenbloeding. Deze hersenbloeding wordt duidelijk door krachtsverlies aan de rechterkant en insulten die de vrouw krijgt. Bij een CT-scan wordt een ruimte innemend proces gezien links voorin haar hoofd. Na 4 weken volgt een verwijzing naar een ander ziekenhuis. Inmiddels kan ze dan niet meer spreken en heeft ze een verlamming van spieren aan één kant van haar gezicht.

De MRI laat zien dat het proces in haar hoofd progressief groeit. Er wordt besloten een stukje weefsel uit de hersenen te nemen. Dit wordt onderzocht en het lijkt passend bij een ontsteking van de bloedvaten, al is een tumor niet uit te sluiten. Na multidisciplinair overleg wordt medicatie gegeven om vermindering van de zwelling van de hersenen en daarmee een afname van de klachten te verkrijgen.

In de 16^e week van de zwangerschap wordt een stukje van de schedel weggehaald en wordt nogmaals wat weefsel onderzocht. Er blijkt sprake te zijn van een kwaadaardige hersentumor. Door het karakter en de plaats van de tumor bestaat er geen mogelijkheid voor een aanvullende behandeling. De zwangerschap heeft geen invloed op de prognose. Patiënte geeft aan, ondanks dat ze niet meer kan spreken, de zwangerschap te willen behouden. Haar partner steunt haar in deze keuze.

Vanaf de 17^e week vindt thuisverzorging plaats onder leiding van de huisarts/verloskundige in wekelijks/dagelijks overleg met de neurologen en gynaecologen. Bij de echo (20 weken) bestaat de verdenking op een afsluiting van de slokdarm bij de foetus. Ouders wensen hier geen verder onderzoek naar. Patiënte verslechtert snel, maar het is moeilijk in te schatten wanneer zij zal gaan overlijden, doordat de tumor niet beperkt is tot groei binnen de schedel, omdat de schedel geopend is.

Over deze casus is tweemaal moreel beraad gehouden en een afrondend gesprek. In de 20^e week van de zwangerschap vindt het eerste moreel beraad plaats. Het dilemma dat hier centraal staat is:

- A. we gaan mevrouw behandelen (met sonde/antibiotica zodat het kind meer kans krijgt),
- B. we gaan geen extra behandeling geven.

Als negatieve consequentie van A wordt 'zinloos lijden' geformuleerd. De negatieve consequentie van B is dat het kind geen kans krijgt.

In het tweede moreel beraad bij 27 weken verschuift het accent naar de belangen van het kind. De situatie is nu veranderd, omdat het kind bij geboorte kans op overleven heeft. De nieuwe vraag is wat te doen als er een plotselinge achteruitgang van de vrouw optreedt met acute nood van het kind tot gevolg. Moet het kind dan eerder gehaald worden?

Het onderzoek heeft de vorm van een *Case study* (Yin 2014). Het betreft een nauwgezette, diepgaande en gedetailleerde bestudering van een serie moreel beraden over een tragische situatie. De case is niet alleen de in het moreel beraad besproken casus, maar ook en vooral de reflectie in de moreel beraden en de ervaringen van de deelnemers met betrekking tot dit proces. Het gaat hierbij om kwalitatief onderzoek naar de waardering van betrokkenen (Patton, 1990).

In het onderzoek zijn, door middel van semigestructureerde interviews, tien zorgverleners geïnterviewd die betrokken zijn geweest bij de casus en aanwezig zijn geweest in de moreel beraden waar de casus is besproken (n=10). In totaal zijn acht medisch specialisten van verschillende disciplines (gynaecoloog, gynaecoloog-perinatoloog, gynaecoloog-echoscopiste, neonatoloog, kinderarts-neonatoloog, neuroloog, neuro-oncoloog, neurochirurg), een huisarts en een verloskundige geïnterviewd. Met de geïnterviewden is gesproken over wat de casus in hun ogen tragisch maakte en welke rol het moreel beraad speelde bij het verhelderen van de tragiek.

De vragen die tijdens het interview zijn gesteld, zijn gebaseerd op literatuurstudie, participerende observatie tijdens de moreel beraden door de onderzoeker, oriënterende gesprekken met experts in medische ethiek en met ziekenhuisprofessionals die ervaring hebben met moreel beraad. Alle interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen, getranscribeerd en geanonimiseerd. Aan de respondenten is de mogelijkheid geboden de tekst te checken en indien nodig te reviseren. De interviews zijn met

de hand gecodeerd (*manual coding*) (Saldaña 2013). De transcripten zijn zin voor zin bekeken en bestudeerd, op zoek naar overeenkomsten en verschillen (*initial coding*), waarbij zinnen zijn samengevat in een woord of korte zin (*descriptive coding*). Verder is gekeken naar opvallende woorden in de tekst (*in vivo coding*) en tegenstellingen die in de tekst naar voren kwamen (*versus coding*). Daarnaast zijn zowel tijdens de interviews als tijdens het coderen, de eigen reflecties van de onderzoeker(s) genoteerd (*analytic memo's*). Deze notities hebben een bijdrage geleverd aan het leggen van verbindingen en ontdekken van opvallende patronen door de interviews heen. Vervolgens zijn al deze codes geanalyseerd en samengevat in thema's (*thematic analysis*). Om de kwaliteit te waarborgen is de codering gedaan door meerdere onderzoekers. Tevens functioneerden zij als *peer de-briefers* gedurende de studie en zijn zowel de opzet van het onderzoek als de uitkomsten en thema's met hen besproken.

Voor de selectie van de casus is aansluiting gezocht bij de definitie van tragiek van Nussbaum.

Resultaten

In deze paragraaf worden de drie deelvragen die hierboven zijn geformuleerd achtereenvolgens beantwoord. Eerst volgt een beschrijving van vijf tragische elementen in de casus. Daarna wordt ingegaan op vijf aspecten van moreel beraad die een rol speelden in het zichtbaar maken van tragiek. Ten slotte wordt aangegeven wat volgens de respondenten nodig is in een moreel beraad over een dergelijke tragische situatie. Hierbij toon ik de citaten die een relatie hebben met geestelijke verzorging.³

Wat kenmerkt tragiek in deze casus?

Het eerste element dat volgens de respondenten kenmerkend is voor de tragiek van de casus is *de impact* ervan. Alle respondenten geven aan dat de casus hun is bijgebleven. Ook na een jaar kunnen ze zich de situatie, zonder het medisch dossier erop na te slaan, gemakkelijk voor de geest halen. Een van de respondenten beschrijft de repercussies van de casus als volgt. In dit citaat is goed de worsteling terug te zien die de respondent had met de genoemde tragische situatie:

Er zijn van die casussen die je bijblijven en dit is er eentje (...). De tragiek van een zwangere met een kind in situ die dan heel snel progressief een maligne proces heeft, dat gaat je niet in je koude kleren zitten. Ik heb er slapeloze nachten van

gehad en (...) de moeilijkheid was, je zit altijd met moeder en kind, je hebt met beide te maken. (interview 5)

Het tweede element van tragiek in deze casus is *aanvaarding* van het onontkoombare. De onontkoombaarheid van het sterven van de moeder is in het moreel beraad nadrukkelijk uitgesproken. Wanneer de moeder en kind uiteindelijk samen overlijden, wordt dit door de respondenten als een opluchting ervaren. Het geeft de betrokkenen een zekere rust en vrede.

Ik ben blij met hoe het gegaan is, uiteindelijk ben ik blij dat ze overleden is met het kindje in haar buik en dat ze daar mee begraven is. Zoals ze zelf ook wilde, dus daar heb ik vrede mee... (interview 10)

De respondenten betitelen de casus als 'triest', zowel voor de moeder die het kind dat ze in zich draagt nooit zal kunnen opvoeden, als voor de partner die met de kinderen zal achterblijven. Zij zijn ook zelf emotioneel geraakt door de situatie. De situatie dat er nog meer kinderen zijn versterkt de ervaring van *triestheid*. *Machteloosheid* betreft de onverwachte omslag in het leven, die te maken heeft met ongeluk en pech. Daardoor voelen de betrokkenen zich machteloos.

Ten slotte heeft de keuze om al of niet te behandelen consequenties voor de manier waarop de vrouw zal sterven en met name voor de vraag of ze in *waardigheid* kan sterven.

Hoe brengt moreel beraad tragiek in beeld?

Welke rol speelt het moreel beraad in het naar voren brengen van de tragiek in deze casus? In de interviews komen vijf aspecten naar voren van de rol van moreel beraad in tragische situaties. Het eerste aspect is het nadrukkelijk benoemen van de '*schade*'. De dilemmamethode expliciteert de schade die gepaard gaat met en ontstaat bij het maken van keuzes. Het geven van sondevoeding aan de vrouw kan haar lijden verlengen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

En toen het eenmaal duidelijk was, wat er aan de hand was, zat je met hele andere dilemma's, wat ga je doen? Ik kan me nog heel goed herinneren dat de moeder van moeder hier een gesprek kwam hebben, zo goh ze eet niet zo goed meer, zullen we geen sondevoeding gaan geven? En dat waren toch wel dingen waar ik wel moeite mee had om die stap te gaan maken, omdat je daarmee eigenlijk alleen het lijden verlengt. (interview 6)

Het tweede aspect is het zich *verplaatsen* in de situatie. Hierdoor maken de deelnemers zich een concrete voorstelling van wat er gaande is. Ze zien daadwerkelijk het beeld van een vrouw die in bed ligt en een tumor die *uit* haar hoofd groeit. De respondenten geven aan zich daardoor goed in de tragiek te kunnen inleven. Dit kan herinneringen oproepen aan persoonlijke, eerdere ervaringen zoals een van de geïnterviewden aangeeft. Hierin ligt een relatie met het eigen levensverhaal. Het bepaalt de respondent bij wat belangrijk is in het leven, en wat je hierin wilt meegeven:

Mijn moeder is op haar (van deze vrouw) leeftijd, wat wel een belangrijk punt is om te weten, ook aan een hersentumor overleden en heeft kinderen van dezelfde leeftijd achtergelaten, dus kon ik me ook heel erg invoelen hoe het was. Dat maakte... natuurlijk ben je emotioneel maar ik kon toch wel afstand houden, raakte me niet ontzettend veel. Ik kon nog wel een bijdrage geven door de herkenning en kon ik ook wel wat betekenen. Van bv. wat is belangrijk voor je kinderen, dingen meegeven en laten... (interview 10)

In moreel beraad wordt het dilemma helder gemaakt door het concreet *formuleren van twee handelingsopties*. De dilemmamethode legt de nadruk op de botsende waarden en belangen. Moreel beraad geeft *inzicht in perspectieven van de betrokkenen* doordat het dilemma van alle kanten wordt belicht. Zo kan een deelnemer in het moreel beraad reflecteren op de eigen beweegredenen en die van de anderen. Het *explicitieren* van de verschillende *waarden* en normen die een rol in het dilemma spelen, maakt volgens de respondenten zichtbaar waar de belangen met elkaar botsen, waardoor de tragiek in de casus duidelijk wordt.

Wat hebben zorgverleners nodig in tragische situaties?

De respondenten is gevraagd naar wat ze nodig hebben als ze met een tragische situatie worden geconfronteerd. Daarbij blijken vijf zaken van belang te zijn. Een eerste punt is aandacht voor emoties. Er zou bij de bespreking van tragische situaties meer ruimte moeten zijn voor *reflectie op emoties*. Om tragiek aan te kunnen, is ook *humor* belangrijk. Het volgende citaat beschrijft hoe belangrijk het is altijd de mens te blijven zien in de tragische situatie:

Ik denk dat er ruimte mag zijn voor de emotionele kant van ons handelen en casuïstiek die je tegenkomt. (...) In die zin voor het komische aspect. Humor is ook erg belangrijk. Dus aan de andere kant net zo. Dus het is, daar mag je ook aandacht voor hebben. Je moet het gewone leven ook in het ziekenhuis een beetje

proberen in te halen. Met gewone mensen, met gewone ogen blijven kijken naar de mens eigenlijk, die toevallig even in een lullige positie verkeert. (interview 5)

Naast het belang van aandacht voor emoties wordt ook gesproken over het belang van reflectie op de eigen levenshouding. Moreel beraad dient zich te richten op de houding ten opzichte van levensproblemen en een bijdrage te leveren aan onderzoek van persoonlijke drijfveren.

”Ja, en het formuleren hoe je tegenover levensdingen staat. Moeilijke.. (-) Ja, levens eh problemen die in het leven zich voordoen. Dat je, hoe sta je daartegenover. Hoe kijk ik daarnaar? Hoe kritisch ben ik en waarom ben ik kritisch? Wat speelt daar een rol in? Is het mijn gevoel, is het mijn geloof, is het de cultuur? Is het mijn onwetendheid? Is het mijn onzekerheid? Wat, wat, wat speelt, wat drijft mij?” (interview 7)

Het *met elkaar delen en bespreekbaar maken* van wat tragische casussen teweegbrengen bij een hulpverlener is volgens de respondenten van belang. Het uitspreken en met elkaar delen van de emoties die een tragische situatie oproept, vereist volgens respondenten meer aandacht. Doordat tragiek een grote impact heeft en een wissel trekt op de betrokkenen is de *zorg voor zichzelf en voor elkaar* belangrijk. Met name in de context van een academisch ziekenhuis, waar artsen en verpleegkundigen veel aan tragiek worden blootgesteld omdat doorgaans alle ingewikkelde en ernstige ziektebeelden uit de regio daar samenkomen. Het *bieden van structuur* in gesprekken over tragische situaties moet voorkomen dat deelnemers verzanden in emotionele discussies die de tragische casus oproept. De gespreksleider speelt daarin een belangrijke rol. Hiernaast willen de respondenten *lering trekken* uit de casus, met name voor toekomstige soortgelijke situaties. De respondenten zeggen dat het daarom goed is dat de casus niet alleen is besproken in moreel beraad, maar ook is gebruikt bij een casuïstiekbespreking met gynaecologen, kinderartsen en verloskundigen in de regio.

Discussie

In het voorgaande hebben we de mogelijke bijdrage van moreel beraad aan het omgaan met tragische situaties onderzocht. Uit de interviews kwamen vijf elementen van tragiek naar voren: het bijblijven van de casus, de ervaring van intense triestheid, aanvaarding, machteloosheid en het op het spel staan van

de menselijke waardigheid. Voorts bleek dat tragiek in het moreel beraad naar voren komt in de volgende vijf aspecten: het formuleren van het dilemma, het expliciteren van de schade, de verplaatsing, het inzicht in perspectieven en de afweging van waarden. Tenslotte werd verduidelijkt dat bij het omgaan met tragiek vijf aandachtspunten van belang zijn, namelijk het delen met elkaar, zorg voor zichzelf en voor elkaar, behoefte aan structuur, expliciteren van emoties en het lering trekken uit de situatie.

Uit de resultaten blijkt dat een belangrijk kenmerk van de tragische situatie in de casus is, dat deze de zorgprofessionals is bijgebleven. Dit element van tragiek wordt, vanuit het perspectief van de ethisch consultant, gethematiseerd in het boek 'Cases that haunt us'. Tragische casussen '... blijven in de herinnering aanwezig' (Ford et al. 2008, XVIII). Betrokkenen leren eruit dat "They should be conscious that, often enough, they are working around (-) irreconcilable conflict" (idem, XVIII).

De resultaten kunnen de vraag oproepen naar het verschil tussen tragiek en morele distress. Hoewel het vergelijkbare ervaringen betreft, is er een belangrijk verschil. Bij morele distress weten zorgprofessionals wat de juiste handeling is, maar worden ze door externe of interne redenen verhinderd om overeenkomstig te handelen (Pauly et al. 2012). In geval van tragiek is er geen goede keuze mogelijk, omdat beide alternatieven gepaard gaan met morele schade.

De andere vier elementen die tragiek kenmerken 'intense triestheid, aanvaarding, machteloosheid en menselijke waardigheid' zijn alle existentieel geladen (Browall et al. 2014; Alma 2005; Kenny 2006). De existentiële aspecten van tragedie hangen samen met de inherente spanning tussen wat de mens denkt zelf tot stand te kunnen brengen (*agency*) en wat hem overkomt en wat gegeven en toevallig is (*contingency*) (Nussbaum 2001a). Gezondheid, vriendschap, liefde en bezit zijn waardevol, maar maken het bestaan ook kwetsbaar. Veel in het leven is niet te sturen of te beheersen. Soms is er niets anders te doen, dan dat de situatie geleefd en uitgehouden moet worden.

De resultaten laten zien dat moreel beraad bijdraagt aan het omgaan met *contingency*. Dat zit allereerst in het formuleren van het dilemma en het expliciteren van de schade. Daaruit blijkt dat er geen simpele oplossing is, in termen van *agency*. In een tragische situatie moet men aanvaarden dat de oplossing die men uiteindelijk kiest altijd ook schade veroorzaakt (*contingency*). Hierbij is men zelf als moreel persoon in het geding.

Het persoonlijke element komt ook aan de orde bij verplaatsing. Verplaatsing is erop gericht de situatie te visualiseren. Dit roept bij de respondenten in het onderzoek herinneringen op aan eigen persoonlijke ervaringen. Visuele beelden vormen de kern van de herinnering aan traumatische gebeurtenissen (Janoff-Bulman 1992, 55). Persoonlijke herinneringen aan een confrontatie met lijden en dood bieden een basis voor reflectie op eigen waarden en levensvragen. Hoewel de zorgprofessionals dagelijks met lijden en dood van patiënten worden geconfronteerd, is reflectie op levensvragen geen onderdeel van de medische opleiding. Het visualiseren van het tragische is in deze zin het betreden van een onbekend terrein. Dit kan worden aangeduid met het begrip deterritorialisatie (Deleuze 2003, 381). In het moreel beraad kunnen deze beelden bespreekbaar gemaakt worden.

De verbinding met de eigen morele ervaring is volgens Liaschenko e.a. cruciaal voor het adequaat omgaan met tragische situaties in de zorg. Vaak worden medische studenten in het bespreken van tragische casuïstiek op afstand van de casus geplaatst. De tragische casus wordt aan de hand van principes geanalyseerd en 'opgelost' waarbij de student de positie van observator krijgt toebedeeld. Liaschenko e.a. signaleren dat de gerichtheid op een oplossing (een instelling die in termen van Nussbaum getuigt van *agency*) afleidt van het zoeken naar een morele houding. In het onderwijs gaat het erom open te staan voor de eigen twijfels en van elkaar te leren.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat moreel beraad, anders dan een standaard patiëntenbespreking, de betrokkenen stimuleert om persoonlijke ervaringen te verwoorden en met elkaar te delen en zo bijdraagt aan de ontwikkeling van gedeeld begrip van de situatie als tragisch en contingent.

De respondenten noemen verschillende behoeften bij het omgaan met tragedie. Dat is ten eerste delen met elkaar. Het moreel beraad biedt hiervoor een goede basis. Het delen en zien van elkaars worsteling in het moraal beraad creëert een gemeenschappelijke band. Het analyseren van waarden draagt bij aan gemeenschappelijk begrip (Molewijk et al. 2011b).

Respondenten geven ten tweede aan dat ze behoefte hebben aan zorg voor zichzelf en voor elkaar. Die zorg wordt niet in het moreel beraad gevonden, maar deelname aan moreel beraad stimuleert het klimaat om elkaar te steunen. Wat mensen nodig hebben in tragische situaties wordt ook onderzocht in andere disciplines (Renzenbrink 2011; Collins & Long 2003; Janoff-Bulman 1992; Benson & Magraith 2005). Deze studies laten de betekenis zien van collega's die oog hebben voor elkaars welzijn en het belang van het spreken

over gedachtes en gevoelens in een veilige omgeving (Collins & Long 2003; Johnson et al. 2004). Moreel beraad verschilt van psychologische ondersteuning of geestelijke verzorging. “Het bespreken van emoties in moreel beraad focust op een dieper conceptueel inzicht en een persoonlijk leerproces betreffende het morele issue dat op het spel staat” (Molewijk et al. 2011b).

Ten derde wordt door de respondenten aangegeven dat ze behoefte hebben aan structuur. De gestructureerde opzet van het moreel beraad wordt positief gewaardeerd, omdat dit verdieping geeft aan het gesprek. Daarbij wordt door sommigen opgemerkt dat de structuur niet te schools moet worden. Het gesprek dient meer te zijn dan een invuloefening van voorgegeven elementen. De structuur dient de deelnemers te stimuleren tot reflectie en dialoog (Weidema et al. 2013). Moreel beraad richt zich op het morele leren. De facilitator speelt een belangrijke rol in het leerproces van de deelnemers, door hen te helpen zich te richten op en het onderzoeken van het morele aspect van de casus (Stolper et al. 2016).

Ten vierde dient het moreel beraad aandacht te schenken aan de emoties en aan de ethische levenshouding van de deelnemers. Emoties zijn een signaal van normen en waarden (Nussbaum 2001b), van wat belangrijk is in het leven. De rol van emoties in moreel beraad wordt in de literatuur nog weinig besproken (zie voor uitzonderingen Molewijk et al. 2011a, 2011b.). Vanuit de eerder genoemde spanning tussen *agency* en *contingency* zijn emoties van cruciaal belang. Doordat in het moreel beraad reflectie op emoties belangrijke waarden naar voren brengt die het handelen richting geven, kunnen in het moreel beraad aspecten van *contingency* zicht geven op wat voor *agency* van belang is. *Contingency* en *agency* blijven daarbij op gespannen voet. De reflectie op *contingency* kan echter duidelijk maken wat er op het spel staat bij het handelen, en daarmee aangeven hoe er al dan niet gehandeld moet worden. Humor, die de respondenten als belangrijk benoemen zelfs in deze casus, speelt een belangrijke rol in casus van tragiek (Taels 2008; Collins & Long 2003). Het helpt de participanten om de patiënt niet als een object van medische behandeling, maar als een subject te zien, een mens die hulp nodig heeft.

Naast de reflectie op emoties ligt er volgens de resultaten een aandachtspunt in de reflectie op de eigen levenshouding. Tragiek betekent een confrontatie met levensvragen, waarbij geloofs- en culturele aspecten een rol kunnen spelen.

Een laatste punt is lering trekken uit de ervaring van tragiek. Dit leren heeft zowel een medische als een ethische dimensie. Het heeft een tweeledig effect. Door lering te trekken uit de situatie wordt enerzijds de contingentie

erkend en geaccepteerd. Anderzijds wordt onderzocht of men vanuit de verkregen inzichten het handelen in de toekomst kan verbeteren. Moreel beraad biedt zo een platform voor moreel leren door de relatie tussen *contingency* (machteloosheid) en *agency* (verantwoordelijkheid) te onderzoeken. Het leert de waarden te verkennen die in de contingentie verborgen liggen, om zo het handelen te kunnen richten.

Competenties van de geestelijk verzorger

Geestelijke verzorging heeft als een van haar taken het ondersteunen van zorgprofessionals bij wat zij in hun werk tegenkomen. Moreel beraad is een moment waarop ingrijpende dilemma's besproken worden. Dit onderzoek toont wat moreel beraad hierbij kan bieden. Moreel beraad richt zich op een moreel dilemma. De focus in moreel beraad ligt op het morele leren, zoals beschreven is in de discussie. Tegelijkertijd draagt moreel beraad bij aan het delen van intense ervaringen. Het delen van die ervaringen gebeurt ook buiten het moreel beraad op andere momenten en plaatsen. Daarbij kan geestelijke verzorging, samen met disciplines als psychologie of medisch maatschappelijk werk een rol spelen.

Geestelijk verzorgers zijn tevens deelnemers aan het moreel beraad op afdelingen waar ze aan verbonden zijn. Soms zijn ze gespreksleider of facilitator. Niet alleen buiten het moreel beraad kunnen ze professionals ondersteunen, maar ook binnen het moreel beraad kunnen ze een rol spelen. Welke competenties zijn van belang voor de geestelijk verzorger bij de bespreking van een tragische casus in het moreel beraad?

Aan de ene kant bevindt de geestelijk verzorger zich op bekend terrein. Op dit bekende terrein liggen zijn kwaliteiten. Zoals we gezien hebben in de resultaten is de reflectie op de houding ten opzichte van het leven van belang in het moreel beraad. Een geestelijk verzorger heeft inhoudelijke kennis op het terrein van het omgaan met levensvragen en levensbeschouwelijke achtergronden. Hij is niet bang voor (eigen) twijfels en levensvragen. Hij durft vanuit de aard van zijn functie als geestelijk verzorger met anderen een pad te gaan door onbekend gebied (Deleuze & Guattari 2003). Dit kan hem als deelnemer zowel als gespreksleider ten goede komen. Tragiek heeft te maken met vragen van leven en dood. Een geestelijk verzorger wordt in het begeleiden van patiënten vaker met deze vragen geconfronteerd. Deze expertise kan hij inzetten in het moreel beraad. Hij weet van de importantie present te blijven bij en de importantie van het erkennen van tragiek (Baart 1993). Wel is het

zaak zich er van bewust te blijven dat in het moreel beraad het morele leren centraal staat (Stolper et al. 2016).

Aan de andere kant bevindt hij zich in het moreel beraad op onbekend terrein. Hier liggen competenties die verder te ontwikkelen zijn. De resultaten wijzen op het belang van structuur in het moreel beraad. Kennis van de methodiek en inzicht in de structuur van het moreel beraad zijn niet voor alle geestelijk verzorgers vanzelfsprekend. Ook zou de competentie verder ontwikkeld kunnen worden hoe de vertaalslag gemaakt kan worden van waarden die in contingentie-ervaringen en/of levensvragen besloten liggen in het moreel beraad. Hoe worden deze zichtbaar en hanteerbaar? Hier is meer onderzoek naar nodig, het gaat dan om thema's als 'het omgaan met schade', 'de relatie naar levensbeschouwing/waarden' en 'het omgaan met emoties' in moreel beraad. (Op deze vragen zal in andere artikelen van deze promotiestudie worden ingegaan).

Conclusie

Tragiek heeft betrekking op essentiële zaken in het leven, zoals lijden en sterven. Tragiek relateert het leven en zorgt voor de bewustwording van wat echt belangrijk is. Zoals Janoff-Bulmann zegt: "They have made their peace with the inevitable shortcomings of our existence and have a new appreciation of life and a realization of what is really important" (Janoff-Bulman 1992, 175). Naast de emotionele belasting voor betrokkenen, is bij tragische situaties ook aandacht nodig voor existentiële noties om met de tragiek als zodanig om te kunnen gaan.

Moreel beraad levert een bijdrage aan het delen van de tragische ervaring en het kunnen hanteren van de vijf elementen die door tragiek worden opgeroepen. In het moreel beraad wordt de *contingency*-kant van een tragische situatie onderkend. Het formuleren van het dilemma, het expliciteren van de schade, het inzicht in perspectieven, verplaatsing en visualisering blijken belangrijk voor het zicht krijgen op persoonlijke waarden en normen en het zoeken naar een morele houding. Tragische situaties scheppen een combinatie van *contingency* en *agency*. In tragische situaties kan het moreel beraad nog aan waarde winnen door zich bewust te zijn van het totale veld, dat er ligt bij aanvang van het moreel beraad. Een goede bewerking in moreel beraad van al deze velden en een nadrukkelijke reflectie op de *contingency* kant van tragiek, komt ten gunste van aanvaarding en het moreel lering trekken uit de situatie.

De competentie van geestelijk verzorgers met hun inhoudelijke kennis van levensvragen en levensbeschouwing kan het moreel beraad aangaande een tragische casus ondersteunen. Deze inhoudelijke kennis brengt de geestelijk verzorger op bekend terrein. De kennis van methodiek en structuur van het moreel beraad en het hanteerbaar maken van waarden die in contingentie ervaringen en/of levensvragen besloten liggen in het moreel beraad zijn echter competenties die door de geestelijk verzorger verder ontwikkeld kunnen worden.

Noten

- 1 Deze methode kent de volgende stappen: (1) Introductie, (2) Presentatie van de casus, (3) Formulering van het dilemma en de achterliggende morele vraag, (4) Verplaatsing door middel van verhelderingsvragen, (5) Perspectieven waarden en normen, (6) Alternatieven, (7) Individueel beargumenteerde afweging, (8) Dialoog over overeenkomsten en verschillen, (9) Conclusies en acties, (10) afronding en evaluatie (Hartman et al. 2016, p. 261, 262).
- 2 Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Socratische Dialoog die een conceptuele uitgangsvraag heeft (Kessels 2006; 2009)
- 3 Voor de overige citaten zie Spronk et al. 2016.

Literatuur

- Alma, H.A. (2005),
De parabel van de blinden: psychologie en het verlangen naar zin, Amsterdam: Humanistics University Press.
- Baart, A.J. (1993),
Het arrangement van de tragiek, 's-Hertogenbosch: Kath. Theolog. Universiteit Utrecht en Stichting Maatschappelijke Activering, (rede 14 jan 1993).
- Benson, J. & K. Magraith (2005),
 Compassion fatigue and burnout: The role of Balint groups, in: *Australian Family Physician*, 34 (6), 497-498.
- Browall, M., I. Henoch, C. Melin-Johansson, S. Strang & E. Danielson (2014),
 Existential encounters: Nurses' description of critical incidents in end-of-life cancer care, in: *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 636-644.
- Collins, S. & A. Long (2003),
 Too tired to care? The psychological effects of working with trauma, in: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17-27, doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x.

- Dauwerse, L. (2014),
Moving ethics: State of the art of clinical ethics support in the Netherlands, 's-Hertogenbosch: Uitgeverij BOXPress.
- Dauwerse, L., T. Abma, B. Molewijk & G. Widdershoven (2011),
 Goals of clinical ethics support. Perceptions of Dutch Health Care Institutions, in:
Health Care Analysis, doi: 10.1007/s10728-011-0189-5.
- Deleuze, G. & F. Guattari (2003),
A thousand plateaus: Capitalism and schizophrenia, London, New York: Continuum.
- Ford, P. J. & D.M. Dudzinski (eds.) (2008),
Complex Ethics Consultations: Cases that haunt us, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hartman, L., F. Weidema, G. Widdershoven & B. Molewijk (2016),
Handboek Ethiekondersteuning, Amsterdam: Boom.
- Janoff-Bulman, R. (1992),
Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma, New York, Toronto: The Free Press, Maxwell Macmillan Canada.
- Janssens, K., C. Sweerts & A. Vingerhoets (2015),
 Schaamte over tranen, in: *Medisch Contact*, 50, 2442-2444.
- Johnson, A.H., D.E. Nease, L.C. Milberg & R.B. Addison (2004),
 Essential characteristics of effective Balint group leadership, in: *Family Medicine*, 36 (4), 253-259.
- Kenny, R. W. (2006),
 The phenomenology of the disaster: Toward a rhetoric of tragedy, in: *Philosophy and Rhetoric*, 39 (2), 97-124, doi: 10.1353/par.2006.0015.
- Kessels, J., P. Mostert & E. Boers (2006),
Free space. Philosophy in organisations, Amsterdam: Boom.
- Kessels, J., P. Mostert & E. Boers (2009),
Free space. Field guide to conversations (workbook), Amsterdam: Boom.
- Koster, M. (2013),
 Arts heeft een eenzaam beroep, in: *Medisch Contact*, 47, 2450-2452.
- Liaschenko, J., N.Y. Oguz & D. Brunnuell (2006),
 Critique of the "tragic case" method in ethics education, in: *Journal of Medical Ethics* 32, 672-677, doi: 10.1136/jme.2005.013060.
- Manschot, H. (2003),
 De betekenis van het tragische voor de ethiek van de zorg- en hulpverlening, in: Manschot, H. & H. van Dartel (red.), *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Amsterdam: Boom, 225-241.

- Molewijk, B. & R. Ahlzen (2011),
Clinical Ethics Committee Case 13: Should the school doctor contact the mother of a 17-year-old girl who has expressed suicidal thoughts? in: *Clinical Ethics*, 34 (2), 120-124
- Molewijk, A.C, T. Abma, M. Stolper & G. Widdershoven (2008),
Teaching ethics in the clinic: The theory and practice of moral case deliberation, in: *Journal of Medical Ethics*, 34 (2), 120-124.
- Molewijk, B., D. Kleinlugtenbelt, S.M. Pugh & G. Widdershoven (2011a),
Emotions and Clinical Ethics Support. A Moral Inquiry into Emotions in Moral Case Deliberation, in: *HEC Forum*, 17-8, doi: 10.1007/s10730-011-9162-9.
- Molewijk, B., D. Kleinlugtenbelt, G. Widdershoven (2011b),
The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology, in: *Bioethics*, 25 (7), 383-393, doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x.
- Nussbaum, M.C. (2001a),
The fragility of goodness: Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy, Cambridge: Cambridge University Press (oorspr. 1986).
- Nussbaum, M.C. (2001b),
Upheavals: Upheavals of thought: The intelligence of emotions, Cambridge: Cambridge University Press.
- Patton, M.Q. (1990),
Qualitative evaluation and research methods, (second edition), California: Sage.
- Pauly, B.M., C. Varcoe & J. Storch (2012),
Framing the issues: Moral distress in health care, in: *HEC Forum*, 24, 1-11. doi: 10.1007/s10730-012-9176-y.
- Renzenbrink, I. (ed.) (2011),
Caregiver stress and staff support in illness, dying, and bereavement, Oxford: Oxford University Press.
- Saldaña, J. (2013),
The coding manual for qualitative researchers, (second edition), Los Angeles: SAGE.
- Sloterdijk, P. (2004),
Sphären III: Schäume, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Spronk, B., M. Stolper & G. Widdershoven (2016),
Tragedy in moral case deliberation, in: *Medicine Health Care and Philosophy*, doi: 10.1007/s11019-016-9749-7.
- Stolper, M., S. van der Dam, G. Widdershoven & B. Molewijk (2010),
Clinical ethics in the Netherlands: Moral case deliberation in health care organizations. in: Schildmann, J., J.-S. Gordon & J. Vollmann (eds.), *Clinical ethics consultation. Theories and methods, implementation, evaluation*, Farnham, Burlington: Ashgate.

- Stolper, M., B. Molewijk & G. Widdershoven (2016),
Bioethics consultation in clinical settings: theory and practice of the dilemma method of moral case deliberation, in: *BMC Medical Ethics*, doi: 10.1186/s12910-016-0125-1.
- Taels, Johan (2008),
Laughing Matters: The unstoppable rise of the comic perspective, in: Cools, A., T. Crombez, R. Slegers, J. Taels, *The Locus of tragedy*, Leiden, Boston: Brill, 299-318.
- VGZ (2016),
Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015, uitgave van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers.
- Weidema, F. C., B. A.C. Molewijk, F. Kamsteeg & G.A.M. Widdershoven (2013),
Aims and harvest of moral case deliberation, in: *Nursing Ethics*, 20 (6), 617-631, doi: 10.1177/0969733012473773.
- Yin, R.K. (2014),
Case study research: Design and methods, (5th edition), Thousand Oaks: Sage.

In dialoog met tragiek en vergankelijkheid

Geestelijke verzorging en het vormgeven aan een rouwdialoog middels kunst

Sylvia Grevel*

Het helpen verdragen van de dood is mogelijkwerwijs het programma van veel kunst.

Maaïke Meijer

Summary

In times of tragedy and confrontations with mortality chaplains and other spiritual care professionals can help those who suffer to bear the chaos and pain. With the use of art in all its diversity they offer a space in which people can experiment with their experiences and emotions in the complex transformation caused by, and as a result from, grief. Imbued with by the personal tragedy of losing both partner and mother at the same time the essay shows the need for genuine health care professionals as a girder in the mourning-dialogue so those who suffer can come home to themselves and find a roof after a longer period of having been metaphorically homeless.

Vergankelijkheid en dood steken spaken in de wielen van de dominante paradigma's in de samenleving. Maakbaarheid, autonomie, zelfredzaamheid, rationalisme, economisch nut en opbrengst, enz. U kent het riedeltje. Veel van ons varen er wel bij, totdat de werkelijkheid een stootblok op de weg plaatst. Dat ene gesprek met een arts, dat ene telefoontje, waarbij het koude zweet je uitbreekt en de grond onder je voeten wordt weggetrokken. Het noodlot slaat toe en van het een op het andere moment zijn we hoofdrolspelers in experimenteel theater. Op drift en met een wattig gemoed zoeken we tastend naar een script, of nog liever, een regisseur. Vaak tevergeefs, altijd als beginner.

Dit essay gaat over een persoonlijke tragedie in een aantal bedrijven met als plot de vraag van de redactie van *Religie & Samenleving*: welke rol kan geestelijke verzorging spelen in de omgang met vergankelijkheid en tragedie? Vooraf wil ik opmerken dat het hier niet gaat om 'gewone' rouw, bijvoorbeeld wanneer mensen sterven die oud zijn en der dagen zat. Het gaat hier om rouw na tragische gebeurtenissen, een meer gecompliceerde rouw.

* Sylvia Grevel is counsellor/zielzorger in haar eigen praktijk voor zingeving en spiritualiteit, publicist, kunstenaar en onderzoeker voor de gezondheidszorg rond zingeving en spiritualiteit.

Ik ga binnenkort verhuizen. Best ver weg, naar de andere kant van de wereld – Fremantle in West Australië om precies te zijn. De aanleiding is heuglijk, ik ga de liefde achterna zoals het in de volksmond heet. Naast het verhuizen, dat altijd een onderneming is, komt hier veel extra's bij kijken. Ik beperk me tot de klussen die ik onlangs heb opgepakt, twee zware klussen: boeken en foto's. In de loop der jaren heb ik een grote boekencollectie opgebouwd en het is niet overdreven te bekennen dat ik een boekenworm ben wiens huis-kamer op een bibliotheek lijkt. Het schiften van boeken heeft me lange tijd in beslag genomen, het was een reis op zich. Ten eerste is er een financiële overweging: niet alleen de enorme bedragen die ik heb uitgegeven aan het kopen van de boeken, iedere doos die je meeneemt kost ook weer geld dus het moet wel de moeite van het verschepen waard zijn. Verkopen kun je ze niet. Weggeven dus. Dat zou je denken. Niemand wil ze echt hebben: 'we hebben al zoveel boeken ...'. Een gepassioneerde gepensioneerd theoloog bleek mijn redding – wij begrepen elkaar: het gaat tenslotte niet om oud papier. Hij komt ze, gratis, ophalen en belooft een fatsoenlijke herbestemming. Ten tweede zit er uiteraard een nostalgische kant aan. Terwijl ik door mijn boeken ga, plank na plank, komen herinneringen en plannen voorbij. Wanneer en waar ik welk boek heb gekocht. De proefschriften en boeken die ik zou gaan schrijven. Tenslotte is er een blik naar de toekomst: van welke boeken zal ik blijven genieten en welke zal ik straks nodig hebben, boeken zijn tenslotte de basis en inspiratie in mijn werk én leven. Boeken en hun schrijvers zijn reisgenoten in het leven. Sommigen worden zelfs intimi, vooral kunstenaars, mystici in alle mogelijke gedaanten en een aantal denkers (filosofen en theologen). Zij verstaan de letterlijke kunst om hun licht te laten vallen op de diepere lagen in hun ziel en een zoekende vinger te leggen op de nuances in het innerlijke leven. Zij verstaan de kunst van het verbinden van hun wereld middels taal en beeld met die van ons, en bieden mij als lezer een resonantieruimte voor mijn ziel. In de confrontatie met mijn persoonlijke tragiek bleek ik al lezend een groot reservoir te hebben opgebouwd om op terug te vallen. Boeken en hun schrijvers zijn mijn reddingsvesten.

Deze week is de volgende emotionele hobbel aan de beurt: fotoalbums. Inmiddels ben ik een kampioen geworden in afscheid nemen en achterlaten. Het modieuze woord loslaten hoef je mij niet meer uit te leggen. Dat oefen ik dagelijks en al een lange tijd. Zo hoorde ik mezelf hardop tegen een foto zeggen: 'Gôh El, ben je nou écht dood ...?' Alsof ik het nog steeds niet kan geloven, na vier jaar. Op de foto's is ze zo jong, zijn we samen op reis of vieren iets, al dan niet met vrienden. En dan de familiealbums, 'mijn mama' zoals ik haar noemde, ook dood.

Tragiek

Tragiek is een noodlottige onbedoelde gebeurtenis met ingrijpende gevolgen. Wij hebben er niet om gevraagd, kunnen het stoppen noch sturen. Machteloos word je overdonderd en meegesleurd. In mijn geval was de tragiek het samenvalen van de voorspelde dood van mijn partner (52) aan longkanker, en de onverwachte dood van mijn moeder (68) aan een aneurysma. Terwijl Ellen op sterven lag in een hospice kreeg ik een telefoontje van mijn schoonzus: mijn moeder was onderweg naar een academisch ziekenhuis. Mijn moeder had de hele dag opgeruimd in mijn huis zodat Ellen thuis kon komen na haar overlijden. Aan het einde van de middag ging ze naar huis, ze werd niet lekker en haar partner spoedde zich met haar naar een ziekenhuis. Daar aangekomen zakte ze in elkaar maar werd gereanimeerd en was nu op weg naar de Spoedeisende Hulp. Haar kansen waren minimaal, zo vertelde mijn schoonzus. Die dinsdagavond en nacht pendelde ik op en neer tussen het hospice en het ziekenhuis terwijl mijn partner en moeder heen en weer pendelden tussen leven en dood. Totale chaos, eenzaamheid en angst. Niet te geloven. Bij nader inzien is dat een interessante opmerking: het niet kunnen geloven. Wat zeg je dan eigenlijk? Het was toen en is eigenlijk nog steeds alsof je in het verkeerde toneelstuk bent terechtgekomen. Onwerkelijk. Te groot om te kunnen vatten. Als ik er een roman over zou schrijven dan zouden de lezers zeggen dat het verhaal een beetje onwaarschijnlijk is.

De realiteit van de dood van mijn partner is onverdraaglijk – al heb ik haar dood bijna onmiddellijk geaccepteerd. Mijn leven is doorgedaan, ik heb de draad weer opgepakt zoals dat eufemistisch heet, en zelfs opnieuw een grote liefde geschonken gekregen. Maar als ik Ellens mooie gezicht op de foto's zie, voel ik de diepe pijn die grenst aan wanhoop. Ze is dood. Zij is dood. Zij zijn dood. Ik niet.

In het theater van de Grieken waren de tragedies bedoeld om te komen tot een *catharsis*, een emotionele zuivering. Op het toneel werden schokkende scènes uitgespeeld en de dood speelde vaak de hoofdrol. Na vier jaar durf ik wel te zeggen dat tragiek inderdaad leidt tot emotionele zuivering. De tragische confrontatie met vergankelijkheid heb ik overleefd en ik mag met een gerust hart rouwarbeid aan mijn CV toevoegen. Het is meer is dan overleven. Ik leef, volop. Ik leer over meebewegen op en ondanks golven, het maken en volgen van de Weg, en overgave aan het Leven dat ik g*d heb genoemd. Zonder hoofdletter om de barmhartigheid te benadrukken in plaats van almacht, met een asterisk in het midden om de ruimte en openheid te bewaren.

Ik merkte gaande de weg dat iets in mij enorm heeft geholpen, naast de boeken. Het is een eigenschap die niet allen evenveel is gegeven maar die je wel kunt oefenen (of het leven geeft opdrachten zodat je moet oefenen). Het is levenskracht, welke in verbinding staat met aardse en hemelse bronnen, of veerkracht, een meer nuchtere term. In het Engels klinkt veerkracht overigens statiger, *resilience*, een status die het mag hebben. Het is een gave in meerdere betekenissen van het woord. Veerkracht gedijt op en zorgt voor een goede verbinding tussen het materiële en het geestelijke; emoties, gedachten en handelingen; tussen mensen onderling; en tussen mens en dat wat hen overstijgt.

‘To be or not to be’, waarom is dat eigenlijk een vraag?

Een aantal maanden geleden zag ik de beste film sinds lange tijd: *Manchester by the Sea*. Een doodgewone jongeman, die van zijn vrouw houdt en een thuis voor de kinderen verschaft door hard te werken, gaat regelmatig los met zijn vrienden. Tegen de wil van zijn vrouw in zetten ze het dan op een zuipen en wanneer de drank op is, gaat hij het dorp in om meer te kopen. Die ene nacht wankelt hij met volle flessen in de hand weer naar huis en ziet het in vlammen staan. Hun drie kinderen komen om. De film ontrafelt zorgvuldig en met een traag tempo wat deze onvoorspelbare en vooral onbedoelde gebeurtenis doet met de levens van de betrokkenen. Het verbeeldt hoe iedereen verschillend reageert op de tragedie: de vele gezichten van rouw. De hoofdrolspeler trekt zich terug in stilte en kromgetrokken door schuld beweegt hij zich traag door het leven. Totdat zijn stervende broer hem de voogdij over diens zoon toevertrouwt. Tussen de rouwende mannen ontstaat een groeiend vertrouwen en daarmee een verbondenheid, noem het maar rustig liefde. De film eindigt met de hoofdpersoon en zijn jonge neef die op een aanlegsteiger zitten en over kalm water staren. De band tussen mensen is hersteld – een bijbelse opdracht voltooid.

Rouw is een zeer complex fenomeen. Ik zeg bewust niet ‘proces’ of emotie(s). Rouw wordt in ons collectieve onbewuste en binnen professionele kringen vaak gezien als een gefaseerd proces. Ik realiseer me dat de discussie veel genuanceerder en gedifferentieerder is maar voor dit essay maak ik me daar een beetje vanaf. Ik wil namelijk een punt maken. Het is mijns inziens een fenomeen onder welks invloed je hele systeem als het ware *gereset* wordt. Emoties, gedachten, je fysieke gestel: alles speelt op en vaak tegen elkaar in. Ook je context verandert. Niet alleen kun je niet meer je geliefde voelen, rui-

ken, zien. Al je andere relaties veranderen mee. Met familie, vrienden, collega's, jezelf en de overledenen. Dit scala bepaalt vervolgens je blik op de wereld. De Grieken hadden dus gelijk: tragedies hebben een cathartisch effect, het loutert, breekt af en bouwt weer op. Positief benaderd is het een lange periode van verbazing en verwondering. O, gaat dat zo – o, zo gaat dat dus niet (meer). Nu ik er zo diep werd ingeworpen, weet ik dat rouw een transformatie is. Een nagenoeg volledige, en nooit afgeronde, verandering van je wezen. Je verliest niet alleen de geliefde persoon of personen, je verliest zoveel meer. Vanuit de zen praktijk bezien is dat gunstig. Je verliest namelijk veel illusies, zoveel dat de naaktheid en het onbeschermd van het leven tot op het bot voelbaar wordt. Hier mee omgaan kun je alleen stapje voor stapje, schuifelend, voetje voor voetje. Rouwen is een transformatie van – opnieuw – thuiskomen.

Opnieuw thuis komen

De vraag van de redactie was die naar het omgaan met tragiek en vergankelijkheid. Eerlijk gezegd weet ik niet of dit mogelijk is, 'ermee omgaan'. Dat impliceert een vorm van beheersing. Je kunt wellicht komen tot een beheersing van je emoties, of een al dan niet bewuste beheersing van de schijn dat het goed met je gaat. Persoonlijk denk ik dat het hoogst haalbare is om vergankelijkheid en tragiek te verdragen. Het enige dat in mijn ervaring echt helpt tegen het verdragen van tragiek en vergankelijkheid is vredig opgekruld liggen naast het mens dat je liefhebt boven anderen. Daarnaast kunnen we een lange lijst maken van andere mensen, activiteiten en dingen die ons helpen dragen, stutten tegen tragiek.

Verdragen impliceert niet alleen een zware last maar ook een stevige draagbalk. Tot nu toe heb ik geschreven over boeken en veerkracht die draagkracht bevorderen. Er zijn ook mensen die beroepsmatig draagbalken zijn. Zij kunnen in het beste geval de verdraagkracht versterken en het verduren mogelijk maken door een ruimte te scheppen waarin je je geestelijk en emotioneel op kunt krullen – ik noem ze voor het gemak geestelijk verzorgers, al is de inhoud van die term voor de meeste mensen buiten het vakgebied erg troebel. In het beste geval zijn het mensen met een heel ruime binnenkant, stevige benen en brede schouders. Mensen die vooral mens zijn, echt zijn, en daarna of daarnaast 'professioneel'.

Ik heb zelf, terugkijkend, het meeste gehad aan mensen aan wie ik zowel mijn wanhoop als mijn geluk kon laten zien. Iemand die je helpt bij jezelf thuis te komen – door alle chaos en paradoxale emoties heen, tragiek en rouw

ten gevolge. Voor de boeddhistische denker Ethan Nichtern betekent ergens thuis zijn: geestelijk op je gemak zijn. Genegenheid hebben voor jezelf en de situatie waarin je je bevindt. Wanneer je niet het gevoel hebt dat je iets zou moeten bereiken of bewijzen, maar weten dat je er al bent. Dit betekent volgens mij ook dat we alle modellen en processen van rouw (al dan niet voorlopig) moeten loslaten. Zo had ik zelf het gevoel te falen als ‘rouwer’ omdat het niet in heldere fasen verliep. Ik kon niet eens huilen dus er moest iets abnormaals met mij aan de hand zijn. Zelfs niet toen er ál twee keer ‘alle seizoenen overheen waren gegaan’, zoals het in de volksmond heet. De (vaak onbewuste) druk van de keukentafelpsychologie en wandtegels is enorm.

Schrijver Roel Bentz van den Berg zegt dat ‘wij in een tijd en een deel van de wereld leven waarin de doden door de verrommeling van het hiernamaals als het ware dakloos zijn geworden en gedwongen zijn nog een tijdlang als machteloze toeschouwers aan deze zijde rond te blijven hangen. [Waardoor je] voortdurend de aanwezigheid van de afwezigheid voelt (...)’ (2016, 15). Niet alleen de doden zijn dakloos. Ook de rouwenden hebben weinig beschutting.

In de jaren na de tragische sterfgevallen merkte ik dat dood geen taboe is. Iedere avond is er op televisie een programma over jongeren die sterven of mensen met de meest vreemde en zeldzame aandoeningen. De uitvaart staat ook volop in de belangstelling, alles is mogelijk aan vormgeving en rituelen. In de maanden erna valt het echter stil. Behalve voor een intieme kring van direct betrokkenen verdwijnen de dode én de dood uit het vizier. De dood is een spook dat op de achtergrond altijd rondwaart maar nauwelijks een zichtbare plaats in het openbare leven krijgt. Rouwen is een eenzame en individuele zaak waarbij de ervaring van ronddolen en verdwaald zijn overheersen. We wandelen rond op een leeg toneel. Betekenis moeten we zelf vinden. Ieder mens opnieuw. Generatie na generatie. Omgaan met tragiek kun je niet leren, net zomin als het een plekje geven – ik weet nog steeds niet wat of waar dat plekje is. Het kan wel draaglijk worden, dat doet inderdaad de tijd, die heelt de randjes van de wonden (niet alle). Er zijn ook zalfjes die de wonden verzorgen. Tegengif tegen vergankelijkheid.

Antidotarium tegen vergankelijkheid

Ellen heeft me het grootste geschenk gegeven dat de liefde kan: ze heeft me voorgeleefd hoe je kunt sterven in overgave. Op haar rouwkaartje heb ik deze tekst gezet: ‘vol vertrouwen is Ellen overgegaan in het Mysterie’. Misschien

dat ik het ook kan, als mijn tijd is gekomen. Tot dan moet ik het doen met een receptenboek tegen vergankelijkheid. Mijn persoonlijk receptenboek kent een aantal hoofdstukken. Eerder had ik het al over levenskracht, vitaliteit en veerkracht. Mystici in alle vormen en uit verschillende tradities (schrijvers, denkers, kunstenaars, mijn zeer gearde oma) hebben mij wegen voorgeleefd. Uit hun b(B)ronnen put ik blijvend. Door hen leerde ik over vitaliteit als een energie die in ons huist. Zij leerden mij woorden als *pneuma* en *prana*. Michael Puett vat deze termen samen in het hoofdstuk over het leven van de geest in zijn bestseller *De weg. Wat Chinese filosofen ons over het goede leven leren* als termen die in de oudheid gebruikt werden in verschillende tradities om een onbenoembare en onzichtbare levenskracht te verwoorden die door de hele kosmos beweegt en waardoor het leven zelf was voortgebracht. Kort samengevat: een beproefd antidotum tegen de vergankelijkheid is zoveel mogelijk te leven vanuit de geest/hart – ziel. Ik beken, ook werd ik steeds min of meer gelukkig, zelfs in de zwaarste tijden, wanneer ik met een glas wijn op het aanrecht en muziek op de voorgrond, een maaltijd kookte. Dagelijks genieten van kleine dingen is een geschenk dat ik nooit zal onderschatten noch opgeven.

Een ander wezenlijk tegengif tegen vergankelijkheid is menselijke stutten. We hebben ze allemaal, mensen die je nader aan het hart liggen dan anderen en die je helpen dragen. Bijzondere gezins- en familieleden, vrienden, geliefden. In mijn ervaringen met tragiek heb ik ook onbekenden als stut ervaren. Ik verwees hierboven al kort naar hen. Het zijn mensen die je helpen thuiskomen in een periode van dakloos zijn. Een deel daarvan was professioneel betrokken vanuit de gezondheids- en palliatieve zorg. Eenmaal in de zorgketen opgenomen zijn dat er nogal wat. À propos het woord ‘keten’ duidt op kwalitatieve en gestroomlijnde zorg, het impliceert ook het gevangen zijn – eenmaal in de keten is er nauwelijks meer vrijheid, je wordt in een trein gezet waar je niet meer uit kunt. Zo zeiden wij regelmatig tragikomisch tegen elkaar dat we toch liever het Pieterpad liepen dan het longkankerpad. Tussen al die zorgprofessionals was er een aantal dat anders is – zij hebben ons geholpen te leven, ondanks de dreigende dood van Ellen. Het waren onder andere de longarts en de oncologisch verpleegkundige die af en toe uit hun professionele rol vielen en volledig mens werden (ja, u hoort hier de bijbelse verwijzing goed).

Een speciale rol en uitwerking hadden twee andere disciplines, een geestelijk verzorgster en een rouwtherapeut. Door hun wezen, de manier waarop zij persoonlijk in het leven stonden (en niet vanwege hun professie, dat is geen enkele garantie) hebben zij geholpen mij opnieuw te verbinden met mijn

pneuma, mijn levenskracht. Dit deden zij door mij de ruimte te bieden om woorden en beelden te vinden om mijzelf in uit te drukken. Kort nadat duidelijk werd dat Ellen niet meer zou genezen, verwees de oncologisch verpleegkundige mij naar een geestelijk verzorgster. Ik kon alles wat er gebeurde niet verwerken omdat het eenvoudigweg te veel was. De geestelijk verzorgster ging zitten en liet me praten. Geen agenda, en zo bleek na het gesprek geen klok. Ik heb drie uur mogen ratelen en door het praten kreeg ik weer een beetje grip op mijn roerselen. Hieruit leerde ik een belangrijke les voor geestelijke verzorging: zij werken (in het beste geval) zonder vooropgezette agenda. Het is een vrijplaats voor gekwetste zielen. Beide zielzorgers lieten mij zoeken, tasten, vormgeven, en leerden me weer ‘spelen’ en taal vinden voor wat me was overkomen. Dit is mijns inziens een belangrijke taak van zielzorgers: het (her) introduceren van een vocabulaire waarin wij onze existentiële en spirituele ervaringen en zoektochten kunnen articuleren. Geestelijk verzorgers zijn (in potentie) bij uitstek geschikt om ruimte te bieden en maken zodat de persoon in existentiële nood een dialoog kan aangaan en zich opnieuw kan verbinden. Zij kunnen de ruimte zijn of bieden waardoor we de transformatie aan ons kunnen laten gebeuren. Ik zeg: aan ons laten gebeuren. De transformatie door de confrontatie met tragiek en vergankelijkheid is net zoals die van een grote liefde: iets dat je niet kunt controleren of beheersen maar waar je het beste in mee kunt buigen en aan overgeven. Deze zielzorgers leerden me onder andere dat je dat alleen maar kunt door per dag de ene voet voor de andere te zetten. Een levenswijze en wijsheid die ik overigens sinds de drama’s heb verdiept door zen meditatie te gaan beoefenen. Ik heb letterlijk Ellens kussentje in de Zendo overgenomen. Zen en meditatie is mijn *saving grace* gebleken. In dit essay zal ik daar niet verder op ingaan maar ik durf te stellen dat zonder mijn zen praktijk, en de zen lerares – een andere zielzorger – ik niet in staat zou zijn om de grote sprong in het diepe te wagen door me zowel over te geven aan de liefde als naar Australië te verhuizen.

Terug naar de geestelijke verzorging. Ik gebruik hierboven het woord ‘spelen’. Dat is een bewuste keuze. Geestelijke verzorging kent een heel eigen taalveld en dynamiek binnen de gezondheidszorg. Tegenover de doelmatige, effectieve en meetbare inzet van de methoden in de curatieve en palliatieve gezondheidszorg staan de meer narratieve en hermeneutische methoden van de geestelijk verzorger. Deze methoden scheppen ruimte en openen een speelveld waarin gezocht kan worden. De geestelijk verzorger beweegt zich in het beste geval soepel in de communicatie met de patiënten binnen grofweg twee velden: *storytelling* (het levensverhaal van de patiënt) en rituelen.

Met patiënten en hun naasten wordt altijd gecommuniceerd, specifiek over de existentiële en religieuze dimensies van hun leven. De communicatie is daarbij over het algemeen ‘talig’, heeft meestal de vorm van een gesprek. Dit essay wil in deze laatste paragraaf meer aandacht vragen voor de rol van kunst in de communicatie om op een bredere en vrijere manier toegang te krijgen tot de ‘innerlijke wereld’ van rouwenden. Het uitgangspunt is dat beeldtaal en symbolische taal beter toegang bieden tot het leven onder de oppervlakte dan een ‘regulier’ hulpverleningsgesprek. Het gebruik van esthetische en creatieve middelen helpt om toegang te krijgen tot het beeldend vermogen van mensen, het vermogen dat ertoe bijdraagt om anders betekenis te kunnen geven aan de situatie waar zij zich in bevinden. Het vermogen dat vanuit creativiteit innerlijke ruimte schept.

Sinds lang speelt kunst, in de breedste zin van het woord, een dominante rol in mijn leven. Het zijn kunstenaars, in vele gedaanten, die mij helpen door te dringen in de diepgang van het leven. Zij openen een ruimte in mijn lichaam, geest en hart, waardoor ademen dieper wordt en de geest vrijer kan bewegen. Kunst is een verbindende kracht. In mijzelf, en tussen mijzelf en anderen. Ik ben zelf beeldend kunstenaar. Scheppen zorgt ervoor dat ik mij in een interne en externe dialoog kan uitzetten met emoties en gedachten waarvan ik geen rationeel coherent verhaal kan maken. Het zijn processen die zich op de zielslaag afspelen en ik persoonlijk alleen via schilderen tot het bewustzijn kan laten doordringen en vorm- en betekenisgeven. Kunst kan met andere woorden specifiek helpen in een ‘rouwdialoog’. Dit begrip ontleen ik aan de Britse psychoanalyticus Darian Leader. Hij onderstreept hoe essentieel het is dat dood en verlies niet verzwegen worden, maar erkend worden als een vreselijk verlies. Erkend niet alleen door de rouwende zelf maar juist ook door anderen, door de samenleving. De rode draad door zijn boek is dat rouw zeer gecompliceerd is. Zeker wanneer het tragische omstandigheden betreft. Om gezond te rouwen, en niet depressief of melancholisch te worden, is kunst van groot belang. Hij vindt het zelfs de bestaansreden van kunst omdat ze ons toegang geeft tot ons verdriet, en wel door in het openbaar te demonstreren hoe uit de chaos van een mensenleven iets gecreëerd kan worden. Het gaat hier met name om het unieke van iedere kunstvorm. Kunst kan ons helpen onze eigen uiterst persoonlijke pijn onder ogen te zien en er vorm aan te geven. Zelf heb ik een serie schilderijen gemaakt met als titel ‘over-(stil)-leven’. Het creëren heeft mij geholpen te verdragen, te verduren en betekenis te geven. Tijdens exposities zag ik dat de doeken soms als spiegels werkten voor andere

mensen. Iets in het werk raakte hen aan, sommigen begonnen zelfs woedeloos te huilen.

Zielzorgers, geestelijk verzorgers en rouwtherapeuten zouden een grote rugzak moeten hebben waaruit zij niet alleen rituelen en verhalen kunnen halen maar ook beeldende kunst en muziek. Deze rugzak vullen en er mee leren werken zou verplicht onderdeel moeten zijn van het curriculum. Met de inhoud van de rugzak kan iets worden aangereikt aan ieder mens die wordt geconfronteerd met vergankelijkheid, om weer thuis te komen, door ofwel zelf iets te creëren of als resonantieruimte voor ervaringen, emoties en vragen. Zoals ik in dit essay heb beschreven komt een mens na tragische gebeurtenissen terecht in een onsaamhangend en dakloos bestaan waar alleen experimenterend een nieuw thuis gebouwd kan worden. Geestelijk verzorgers kunnen afwisselend stevige stutten zijn en op andere momenten ruimte bieden om opnieuw te verbinden: met zichzelf, de overledenen, mensen om hen heen en de context waarin zij leven. Met een rugzak gevuld met kunst in alle vormen kunnen zij mensen in existentiële nood een resonantieruimte bieden waarin hart, ziel, geest zichzelf kunnen uitdrukken. Hiermee helpt de geestelijk verzorger iemand opnieuw thuis te komen, en helpt ze hen de zware gordijnen op het toneel weer open te schuiven zodat er na het laatste bedrijf een *encore* kan klinken.

Literatuur

Bentz van den Berg, R. (2016),

De ziel zit niet in ons, wij zitten in de ziel, in: *Filosofie Magazine*, 4.

Puett, M. (2016),

De weg. Wat Chinese filosofen ons over het goede leven leren, Utrecht: Tenhave.

Leader, D. (2011),

Het nieuwe zwart. Rouw, melancholie en depressie, Amsterdam: De Bezige Bij.

Richtlijnen voor auteurs

Wilt u een bijdrage plaatsen in dit tijdschrift, stuur uw tekst als elektronisch document naar fzhlhgjansma@hetnet.nl. U kunt het ook op een USB-staafje of cd-rom sturen naar: Redactie *Religie & Samenleving*, Achterweg 66, 9269 TP Veenwouden.

Een bijdrage mag niet langer zijn dan 7000 woorden. Een artikel moet vergezeld gaan van een Engelstalige samenvatting van circa 150 woorden waarin de probleemstelling duidelijk wordt verwoord. Met het artikel ontvangen wij graag een korte, alfabetisch-gerangschikte lijst van literatuurverwijzingen, en enkele relevante personalia.

Maak duidelijk onderscheid tussen de verschillende tussenkopjes: maak tussenkopjes van de eerste orde vet, die van de tweede orde cursief. Beperk het aantal eindnoten. Voeg geen eindnoten in met de eindnoot-functie van MSWord, maar zet de eindnootnummers in de tekst in superscript. Gebruik zoveel mogelijk de nieuwe officiële spelling volgens de Woordenlijst Nederlandse taal.

Zorg dat uw artikel is gemaakt in een gangbaar elektronisch bestandsformaat (bij voorkeur MSWord). Lever de tekst aan zonder opmaak, als 'platte' tekst. Plaats eventuele figuren en afbeeldingen niet in het artikel zelf, maar lever deze afzonderlijk aan in de originele bestandsformaten (jpeg, excel, powerpoint). Geef in uw artikel aan waar de figuren en de bijschriften moeten komen te staan. Maak tabellen wel op in MSWord en plaats deze in het artikel.

