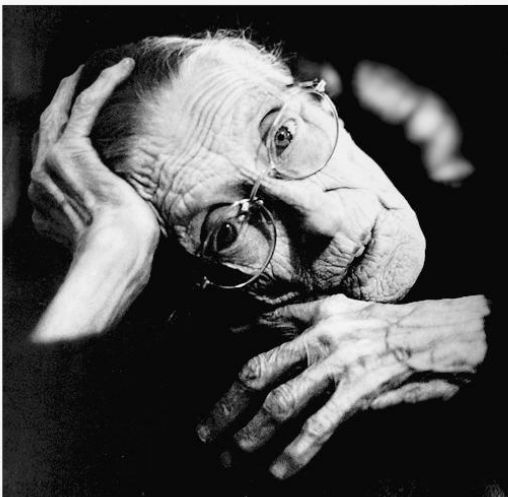


Zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg



Jolanda van Dijke
Platenmakersstraat 17
6511 TZ Nijmegen
jvandijke@hotmail.com
Studentnummer: 00030059

Afstudeerscriptie Geestelijke Begeleiding
Begeleider: Joachim Duyndam
Meelezer: Ina Brouwer
Universiteit voor Humanistiek
April 2008

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
INLEIDING	7
DEEL I: OUDEREN, ZINGEVING EN SPIRITUALITEIT	9
Inleiding	9
1. Zingeving	10
De drie menselijke interesses	10
De mens als zinzoekend wezen	12
Zingeving en grenservaringen	13
Zelftranscendentie.....	14
‘Alles van waarde is weerloos’	16
Passieve en actieve zingeving	17
De rol van de gemeenschap.....	21
Zingevingssysteem en levensbeschouwing.....	23
2. Hedendaagse spiritualiteit	25
Commerciële versus authentieke spiritualiteit	26
Spiritualiteit als bijzondere vorm van zingeving.....	29
De spirituele levenshouding	31
Religie en spiritualiteit	33
3. Ouderen, zingeving en spiritualiteit	34
Ouder worden in onze samenleving	35
Zingeving en ouder worden.....	38
Zingevingsvragen in het verpleeghuis	40
Zingeving en dementerenden	47
Ouderen, zingeving en spiritualiteit.....	50
Enkele kanttekeningen	54
Zingeving en spiritualiteit in de zorg: de situatie in Nederland	56

DEEL II: ZINGEVING EN SPIRITUALITEIT IN DE ZORG	58
Inleiding	58
4. Ontwikkelingen in de (verpleeg)zorg	58
Verpleegzorg in Nederland: tussen systeem en leefwereld.....	58
Kwaliteitszorg.....	60
Kwaliteitszorg: de keerzijde	62
Kwaliteitszorg en zielzorg.....	64
5. De rol van zingeving en spiritualiteit binnen de ouderenzorg.....	67
De terugkeer van de holistische benadering	67
De opkomst van de belevingsgerichte zorg	69
Belevingsgerichte zorg en kwaliteitszorg	71
Belevingsgerichte zorg: een grote omslag	72
Spiritualiteit in de zorg.....	74
Spirituele zorg	76
Karakteristieken van spirituele zorg	78
Vaardigheden op het gebied van spirituele zorg	79
Kanttekeningen.....	84
Risico's en grenzen van spirituele zorg.....	87
6. Geestelijke verzorging en de humanisering van zorginstellingen	89
Humanisme, raadswerk en spiritualiteit.....	89
De positie van de geestelijk verzorger.....	92
Geestelijke verzorging en kwaliteitszorg	94
De bijdrage van de geestelijk verzorger.....	95
Nieuwe mogelijkheden voor de geestelijk verzorger	97
Conclusie	99
Literatuurlijst	101

VOORWOORD

Mijn interesse in het onderwerp zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg is ontstaan tijdens mijn stage als humanistisch raadvrouw in een verpleeghuis. Hoewel ik al jaren een bijbaan had in de thuiszorg en daardoor de wereld van de ouderenzorg vrij goed kende, was ik nooit eerder in een verpleeghuis geweest. Het werd een soms ontluisterende, maar tegelijk ook hoopgevende ervaring. De mensen die ik tijdens mijn stage begeleidde, waren kwetsbare ouderen, die bijna alles hadden verloren en soms in diepe geestelijke nood verkeerden. Toch was ik vaak verrast door hun levenskracht, vriendelijkheid en humor. Het verpleeghuis zelf deed me vaak denken aan een ziekenhuis, met de grote zalen, gedeelde slaapkamers en kale inrichting. Tegelijk zag ik de inzet van medewerkers en bewoners om van deze steriele omgeving toch een thuis te maken.

Waar ik me tijdens de eerste stagemaanden vaak over verbaasde, was de enorme bedrijvigheid die er in het verpleeghuis heerste. Ik had me het verpleeghuis voorgesteld als een plek van 'rust en regelmaat'. De chaotische drukte om me heen botste met die verwachting. Ik zag bezoekers in en uit lopen, bewoners die zich schijnbaar rusteloos van de ene naar de andere ruimte bewogen en medewerkers die met van alles bezig waren. Het verpleeghuis bleek een stuk dynamischer en minder gedisciplineerd dan ik me het voorgesteld.

Ook de wereld van de zorg was dynamischer én complexer dan ik had verwacht. Het verpleeghuis waar ik stage liep, was juist bezig met het invoeren van de zogenaamde belevingsgerichte zorg. Binnen dit nieuwe zorgmodel staat, de term zegt het al, de belevingswereld van de zorgontvanger centraal en wordt geprobeerd zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de individuele behoeften van mensen. Kenmerkend voor de belevingsgerichte zorg is bovendien het belang van nabijheid en contact: in plaats van boven de ander te gaan staan en alles voor iemand te bepalen, gaat de zorgverlener naast iemand staan en verbindt zich met de ander. Een houding en werkwijze die goed aansluit bij die van de geestelijk verzorger.

Ik vond de overgang naar de belevingsgerichte zorg een erg mooie en hoopgevende ontwikkeling. Ze sloot aan bij mijn eigen observatie dat de zorg zich teveel richt op regelgeving, efficiency en kostenbesparing, en te weinig op wat het voor iemand betekent om zorg te ontvangen. Tijdens mijn werk voor de thuiszorg werd ik voor het eerst geconfronteerd met deze tunnelvisie, en de gevolgen die ze heeft voor zowel degene die zorg verleent, als

voor de zorgontvanger. Om dit te illustreren zal ik een fragment weergeven uit een verslag dat ik tijdens mijn studie schreef over de situatie in de zorg. Ik beschrijf daarin een ervaring met een demente mevrouw, die ik Mevrouw Singer zal noemen. Zij was 85 jaar en woonde nog zelfstandig, zij het in een aanleunwoning. Ik kwam haar iedere week twee uur helpen met het huishouden, wat voor ons allebei een beproeving was.

Mevrouw Singer was geen gemakkelijke cliënt om voor te werken. Ze herkende me nooit, wist niet wat ik kwam doen en liet duidelijk merken dat mijn aanwezigheid ongewenst was. Een gesprek met haar was nauwelijks mogelijk: ze reageerde bits of keek me niet begrijpend aan. Eigenlijk had ik geen idee wie deze mevrouw was en wat er in haar omging. Soms was ze bang van me, vaker reageerde ze boos of ronduit agressief wanneer ik aanbelde. Ze vond het maar niks dat er steeds vreemde mensen in haar huis kwamen en liet dat duidelijk merken. Eén keer ging ze pontificaal in de deuropening staan, en weigerde me binnen te laten. Hoewel ik heel goed begreep dat haar vijandige houding het gevolg was van de dementie, vond ik het soms moeilijk om sympathie voor haar op te brengen en zag ik iedere week op tegen de twee uur dat ik bij haar werkte.

Behalve ikzelf kwam er een keur aan verzorgenden bij mevrouw Singer over de vloer, die eveneens de deur uit werden gekeken. De onderlinge communicatie over deze vrouw verliep via korte aantekeningen over haar toestand in het zorgdossier. Er stonden teksten in als: 'Mevrouw wilde de deur niet opendoen. Mevrouw was erg bang en onrustig. Mevrouw laat haar eten staan. Mevrouw vroeg steeds om haar kleinzoon en was erg verdrietig.' Ik merkte dat deze korte teksten een mengeling van fascinatie en verontwaardiging bij me opriepen. Het lijvige dossier bestond uit een lange dreun elkaar gelijkende zinnen, haastig geschreven in dezelfde reducerende stijl: 'mevrouw dit, mevrouw dat' doorspekt met woorden als 'boos, verdrietig, wel gegeten/niet gegeten' enzovoort. De variatie zat in de handschriften, en een subtiel verschil in toon. Met een beetje goede wil kon je uit de tekst iets aflezen over de persoonlijkheid van de verzorgende en de relatie tot mevrouw Singer. Maar het onpersoonlijke en eentonige karakter voerde de boventoon. Uit het zorgdossier kwam deze vrouw naar voren als een lastig of treurig geval met wie het iedere dag een stukje slechter ging. De diepere kern van die lastigheid of treurigheid werd niet geraakt en scheen ook niet van belang.

Op een dag vond ik bij het opruimen van de woonkamer een briefje op de grond, geschreven in groot, bibberig en ietwat kinderlijk handschrift. Ik raapte het op en las: 'Ik ben bang. Er komen vreemde mensen in mijn huis. Waarom laten ze me niet met rust?' Ik herinner me een zekere gêne, vanwege het intieme karakter van deze tekst. En ook omdat ik besepte dat

ik één van die vreemde mensen was die haar wekelijks lastig kwam vallen. Ik voelde me aangesproken, al was dit briefje niet voor mijn ogen bestemd. De tekst raakte me en liet me niet meer los. Het zorgdossier had me niks wezenlijks over de situatie van deze mevrouw verteld. Deze drie eenvoudige zinnestels deden dat wel. Het korte briefje opende de belevingswereld van deze vrouw en gaven me een dieper inzicht in haar boosheid en angst, die ik tot dan toe vooral als bedreigend of hinderlijk had ervaren. Ik voelde mededogen en merkte dat ik me sindsdien anders door het huis bewoog, met meer inzicht en respect.

Het contrast tussen de tekst en de onpersoonlijke verslaggeving in het zorgdossier was groot. De communicatie over het hoofd van deze vrouw en datgene wat ze zelf (nog) te vertellen had, maar wat geen weerklank vond. Deze vrouw had er baat bij gehad als er meer respect was getoond voor haar behoeften en als men geprobeerd had zich in te leven in haar situatie. Eén keer riep ze: 'ik ben geeneens baas meer in mijn eigen huis!', een uitspraak die, net als het briefje, veel indruk op me maakte. Ik vroeg me af waarom er geen rekening werd gehouden met haar behoefte aan rust en privacy. Te pas en te onpas kwamen er mensen binnenvallen, die ze nooit herkende, mede omdat de verzorgenden elkaar in rap tempo afwisselden. Alleen met mensen die dagelijks over de vloer kwamen, ontstond een vertrouwensband en dan liet deze vrouw zich van een heel andere kant zien: rustig, vriendelijk en vaak zelfs uitgelaten tegenover deze oude bekenden. Dan werd er in de kleine woonkamer gelachen en soms zelfs gezongen, iets wat ze vroeger graag deed. En naarmate ik langer voor haar werkte, wist ik hoe ik mevrouw Singer moest benaderen op een manier die haar vertrouwen wekte, al is ze me nooit gaan herkennen en stond ik nog regelmatig voor een dichte deur.

Voor mij was deze ervaring de eerste keer dat het werkelijk tot me doordrong wat het voor iemand betekent om volledig afhankelijk te zijn van anderen en niet meer de regie te voeren over je eigen leven. De belevingswereld van iemand die vijftig jaar ouder was, en bovendien dement stond ver van me af, maar kwam op dat moment even heel dichtbij. Tegelijk was het ook de ervaring hoe het zorgsysteem (dat vooral in het teken staat van zaken als efficiency, tijd- en kostenbesparing, bureaucrativering en dossiervorming) ook niet aanmoedigt om je in iemands belevingswereld te verdiepen. De onpersoonlijke taal waarin er over mensen geschreven wordt, doet bijvoorbeeld iets met je ervaring van die mensen. Het nodigt in elk geval niet uit om je in de ander te verdiepen en je af te vragen hoe het voor iemand is om zorg te ontvangen.

Vijf jaar na mijn ontmoeting met mevrouw Singer maakte ik tijdens mijn stage kennis met de belevingsgerichte zorg. Ik was direct enthousiast, ook omdat er met de opkomst van

dit nieuwe zorgmodel meer aandacht komt voor de menselijke behoefte aan zingeving. De belevingsgerichte zorg stelt de vraag wat het voor iemand *betekent* om in een zorginstelling te leven of ziek en afhankelijk te zijn. Ook is er aandacht voor de rol van religie of spiritualiteit in het omgaan met levensvragen. Ik vond dit een erg interessante ontwikkeling en besloot me hier verder in te verdiepen. Al snel ontdekte ik dat ik niet de enige was die zich met het thema bezig hield. Met name in Amerika verschijnt er de laatste jaren steeds meer literatuur over zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg. Een interesse die inmiddels ook naar Nederland is overgewaaid.

Het onderzoek naar zingeving en spiritualiteit is relatief jong en er moet veel gebeuren om zingeving en spiritualiteit daadwerkelijk een plek te geven binnen de zorg. Over de betekenis van beide begrippen bestaat de nodige verwarring, wat het lastig maakt om er in de praktijk mee te werken. Hoe kan een verzorgende bijvoorbeeld signaleren dat een bewoner met zingevingsvragen worstelt als onduidelijk is om wat voor type vragen het hier gaat? Een ander probleem is dat zowel de belevingsgerichte zorg in het algemeen, als de zorg voor zingeving en spiritualiteit te maken hebben met allerlei tegenkrachten. Bezuinigingen en regelgeving maken het noodzakelijk dat verpleeghuizen efficiënt te werk gaan, volgens strikte protocollen. Er is weinig ruimte voor extra aandacht of een flexibele werkhouding. Tegelijk raken steeds meer mensen ervan doordrongen dat verpleeghuizen veranderd zijn in grote en inhumane instellingen, en wordt er met veel passie gewerkt aan een nieuwe vorm van ouderenzorg. In mijn scriptie wil ik deze ontwikkelingen en problemen meenemen en een beeld schetsen van de grenzen en de mogelijkheden om zingeving en spiritualiteit een plek te geven binnen de ouderenzorg.

INLEIDING

In deze scriptie wil ik onderzoek doen naar de betekenis van zingeving en spiritualiteit in het leven van zorgbehoefte ouderen en naar de plek die beide kunnen krijgen binnen de ouderenzorg. De laatste jaren is er een toenemende interesse voor de relatie tussen de ouderenzorg, zingeving en spiritualiteit. Met name in Canada en Amerika verscheen over dit thema het afgelopen decennium een groeiende hoeveelheid literatuur. Hoewel het onderzoek nog in een beginfase verkeert, komt al wel duidelijk naar voren dat spiritualiteit voor veel ouderen een niet te onderschatten krachtbron vormt in de omgang met zingevings-, identiteits- en levensvragen.

Lange tijd was er binnen de zorg nauwelijks ruimte en aandacht voor zingeving en spiritualiteit. Enkele uitzonderingen daargelaten, domineren in de ouderenzorg de wetenschappelijke modellen van enerzijds de medische wereld en anderzijds het aan het bedrijfsleven ontleende kwaliteitsdenken. Dit laatste model stelt weliswaar de kwaliteit van leven centraal, maar reduceert het kwaliteitsbegrip tot datgene wat meetbaar en technisch te realiseren is: voldoende handen aan het bed, gezond eten, heldere informatie voor de patiënt en de mogelijkheid tot inspraak via cliëntenraad en enquêtes. Voor wezenlijke zaken als aandacht, sfeer, betrokkenheid en de manier waarop mensen hun leven zin en betekenis geven, is weinig ruimte.

Met de recente opkomst van de belevingsgerichte zorg lijkt er een voorzichtige omslag gaande. Binnen dit nieuwe zorgconcept is meer aandacht voor de *beleving* van de bewoner, diens levensverhaal en levensbeschouwing. Ook nieuw is dat zingeving en spiritualiteit voorzichtig een plek krijgen binnen dit model. Zo is er bijvoorbeeld meer oog voor de vraag welke betekenis de ziekte of aandoening heeft voor de patiënt, wat opname in een zorginstelling doet met iemands zelfgevoel en identiteit en hoe iemand zware tijden het hoofd biedt door steun te putten uit religieuze en spirituele bronnen. Vraagstukken waar vroeger alleen de geestelijk verzorger aandacht voor had, worden zo langzaam een zaak van de hele zorginstelling.

Belevingsgerichte zorg staat nog in de kinderschoenen en dit geldt ook voor het werken met zingeving en spiritualiteit. Zo bestaat er binnen instellingen en onder medewerkers de nodige verwarring over wat zingeving of spiritualiteit precies inhoudt en is er weinig inzicht in de vraag hoe je bewoners op dit punt kunt ondersteunen. Dit maakt het voor zowel de instelling in haar geheel als voor verzorgenden en verpleegkundigen op de

werkvloer lastig om zingeving en spiritualiteit een plek te geven. Zingevinggerelateerde vragen worden vaak niet opgepikt, omdat zorgverleners ze niet herkennen of zich er geen raad mee weten.

Om een antenne te ontwikkelen voor vragen rond zingeving en spiritualiteit is het in de eerste plaats nodig enig idee te hebben wat beide begrippen inhouden. Daarnaast is het belangrijk om oog te hebben voor de specifieke zingevingsvragen waar ouderen mee worstelen en de bijzondere betekenis die spiritualiteit en religie in hun leven heeft. Het eerste deel van mijn scriptie is aan deze thematiek gewijd. Ik begin met een verkenning van de begrippen zingeving en spiritualiteit, in respectievelijk hoofdstuk één en twee. Vervolgens onderzoek ik in het derde hoofdstuk welke specifieke zingevingsvragen er bij (zorgbehoefte) ouderen leven en welke rol spiritualiteit en religie spelen in het omgaan met dergelijke vraagstukken.

Behalve de onervarenheid van zorgverleners wat betreft zingevinggerelateerde vraagstukken, is er een ander groot obstakel dat meer aandacht voor zingeving en spiritualiteit in de weg staat. Dit heeft te maken met de al eerder genoemde dominantie van het kwaliteitsdenken binnen de zorg. Het tweede deel van mijn scriptie gaat in op de huidige situatie in de zorg, en de mogelijkheden en beperkingen die er zijn om zingeving en spiritualiteit een plek te geven. In hoofdstuk vier schets ik de achtergrond van het kwaliteitsmodel en leg ik uit waarom dit model weinig ruimte biedt voor zingeving en bezieling. Vervolgens bespreek ik in hoofdstuk vijf de opkomst van de belevingsgerichte zorg als correctie op dit model en ga ik in op de mogelijkheden die dit model biedt om zingeving en met name ook spiritualiteit onderdeel te maken van de zorg. Ik zal daarbij vooral de rol onderzoeken van verpleegkundigen en verzorgenden, omdat zij het meest intensieve contact hebben met de bewoners. Hoe kunnen zij zingeving en spiritualiteit een plek geven in de omgang met bewoners en welke kansen en moeilijkheden brengt dit met zich mee?

In het zesde en laatste hoofdstuk zal ik tot slot ingaan op de vraag hoe geestelijk verzorgers kunnen bijdragen aan de ontwikkelingen rond de belevingsgerichte zorg. Als professionals op het gebied van zingeving en levensbeschouwing hebben geestelijk verzorgers als geen ander de taal, kennis en vaardigheden in huis om spiritualiteit en zingeving een plek te geven en zo bij te dragen aan de humanisering van de zorg.

DEEL I: OUDEREN, ZINGEVING EN SPIRITUALITEIT

Inleiding

Zingeving en spiritualiteit zijn de laatste jaren veelgebruikte begrippen, zowel binnen de samenleving als in toenemende mate ook binnen de ouderenzorg. Tegelijk zijn beide begrippen omgeven door vaagheid. Dit vormt een groot obstakel in het onderzoek naar de rol en betekenis van zingeving en spiritualiteit¹. Om iets te kunnen zeggen over het belang van zingeving en spiritualiteit in het leven van ouderen, is het dan ook belangrijk om meer inzicht te krijgen in de betekenis van beide begrippen. Om die reden zal ik mijn scriptie beginnen met een uitgebreide verkenning van wat onder zingeving en spiritualiteit kan worden verstaan.

In mijn omschrijving van zingeving zal ik aansluiting zoeken bij een filosofische traditie die *transcendentie* als het voornaamste kenmerk van zingeving ziet. Bekende namen zijn de filosofen Arnold Burms en Herman de Dijn. Op het begrip transcendentie zal ik verderop nog uitgebreid terugkomen. Kortweg kan hieronder worden verstaan: het vermogen van de mens om zichzelf, de begrensdheid van het eigen bestaan, te overstijgen en contact te maken met iets dat de mens te boven of te buiten gaat en dat voor die mens van bijzondere waarde is.

Een visie die het transcendente karakter van zingeving centraal stelt, nuanceert de opvatting dat de zin van ons leven volledig maakbaar of beheersbaar is². Dit komt omdat het transcendente, datgene wat ons overstijgt, voor ons altijd tot op zekere hoogte ongrijpbaar blijft en zich daarmee aan onze directe invloed onttrekt. De ervaring van zin is vanuit deze visie eerder een geschenk of iets dat ons ‘overkomt’, dan een ervaring die we actief op kunnen

¹ In een samenvattend artikel over het onderzoek naar spiritualiteit in de ouderenzorg schrijven de auteurs over het gebrek aan een heldere definitie van spiritualiteit: “*The research studies in the sample demonstrated lack of conceptual clarity as being a major obstacle in researching spirituality. (...) The majority of the selected articles reported the concept of spirituality in imprecise ways. Even when spirituality was the primary focus, the concept was not always precisely defined by the researchers, leaving the reader to deduce the meaning. Some quantitative studies in the sample did not even provide a conceptual definition. (...) Ambiguous or absent definitions limit scientific discussion, conceptual exploration, and model development, and as a result the formulation of common assumptions and research foci become problematic.*” Zie: Chiu, L. et al. (2004). An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences. In *Western Journal of Nursing Research* 26, p. 421

² In een tijd waarin sterk de nadruk ligt op het vermogen van de mens om zelf zin te geven aan het leven, bestaat het gevaar dat mensen zich te actief opstellen of ervan uitgaan dat zin volledig maakbaar is. In plaats van zin te ervaren in de verbondenheid met iets dat de mens te buiten gaat en dat zich nooit volledig laat beheersen, proberen mensen actief zingevende verbanden te creëren. Een voorbeeld is de manier waarop veel (met name jonge) mensen een eigen identiteit willen creëren door het kopen van merkartikelen die een bepaalde (vaak hedonistische) waarde vertegenwoordigen, zoals aantrekkelijkheid of jeugdigheid. Door zich via deze aankopen te “verbinden” met waarden, hopen ze hun eigenwaarde te vergroten. Zie: Dijke, J.L.C. van (2003). *De beelden van Benetton: over de grenzen en mogelijkheden van zingevende reclame*. Afstudeerscriptie RU

roepen of af kunnen dwingen. Ze vraagt om een houding van openheid, vertrouwen of zelfs volledige overgave. In mijn scriptie zal ik zingeving omschrijven als een voortdurend balanceren tussen deze passieve houding van openheid en vertrouwen, en het menselijk vermogen om actief zin te geven, zoals dit gebeurt via het vertellen van verhalen of de identiteitsvorming.

De nadruk op transcendentie, en daarmee op het onvermogen van de mens het zingevingproces volledig te beheersen, sluit in mijn ogen goed aan bij de situatie waarin (zorgbehoefte) ouderen verkeren. In hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid ervaren zij bij uitstek dat het leven zich onttrekt aan onze beheersingsdrang en dat je geluk niet in de hand hebt. Mensen die dementeren zijn steeds minder in staat om actief zin te geven aan het leven. Zij kunnen op een gegeven moment geen samenhangend verhaal meer over hun leven vertellen, en zien hun vertrouwde identiteit langzaam afbrokkelen. Dit betekent echter niet dat deze mensen geen zin meer kunnen *ervaren*, of dat er geen contact meer mogelijk is. Integendeel De ervaring van nabijheid en verbondenheid op basis van een eenvoudig samenzijn, is juist van het grootste belang.

Het transcendentiebeprij biedt tevens een goed aanknopingspunt om uit te leggen wat onder spiritualiteit kan worden verstaan. Spiritualiteit vormt een ander centraal begrip in deze scriptie en zal worden uitgewerkt in hoofdstuk twee. Kenmerkend voor veel spirituele literatuur is dat daarin sterk de nadruk ligt op de onbeheersbaarheid van het leven, en op het ontwikkelen van een levenshouding die in het teken staat van aanvaarding van, en overgave aan het leven. Ook daar ligt de nadruk hoofdzakelijk op een niet activistische houding.

1. Zingeving

De drie menselijke interesses

In het boek *De rationaliteit en haar grenzen*, onderscheiden Arnold Burms en Herman de Dijn drie fundamentele wijzen waarop de mens op de hem omringende werkelijkheid betrokken is. Burms en de Dijn noemen ze de cognitieve, de manipulatieve en de zingevende interesse³. Vanuit de cognitieve interesse is de mens erop gericht de wereld te leren kennen en doorgronden. Deze interesse behoort tot het domein van de wetenschap. Vanuit de

³ Burms, A. & H. de Dijn (1986). *De rationaliteit en haar grenzen: kritiek en deconstructie*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.

manipulatieve interesse is de mens erop gericht de wereld om hem heen te beïnvloeden, in een streven naar (zelf)behoud of nut. Techniek, in de breedste zin van het woord, vormt het domein van de manipulatieve interesse. De zingevende interesse, tot slot, is het domein van onder meer spiritualiteit en religie, maar bijvoorbeeld ook van de ethiek. Deze interesse verwijst naar de menselijke behoefte om zin en betekenis te vinden in de wereld om hem heen en zich met deze wereld te verbonden te voelen.

De drie interesses kunnen op zichzelf staan. Een voorbeeld is het verlangen van de wetenschapper of filosoof naar zuivere kennis. Het gaat dan om kennis die er niet op gericht is de wereld te veranderen of er zin in te ontdekken, maar die voortkomt uit een onbaatzuchtig verlangen om te weten. De kennis vormt dan een doel op zich. Op andere momenten gaan de interesses samen, bijvoorbeeld wanneer we de werkelijkheid willen doorgronden om haar in ons voordeel aan te passen. Bijvoorbeeld wanneer de kennis van het klimaat wordt ingezet om de mens tegen hoog water te beschermen.

Het samengaan van de drie interesses is vaak spanningsvol. Zo kan kennis onze waardering voor iets of iemand vergroten, maar ze kan er ook afbreuk aan doen. Een reden hiervoor is dat kennis vraagt dat we een zekere afstand nemen tot datgene wat we onderzoeken, terwijl zingeving juist bestaat bij gratie van nabijheid en verbondenheid. Ook de relatie tussen zingeving en manipulatie is problematisch. Waar we vanuit onze manipulatieve interesse proberen om de ander of het andere in onze grip te krijgen, vraagt zingeving dat we kunnen loslaten. Wanneer we de ervaring van zin proberen te beheersen, dreigt ze verloren te gaan. In onze samenleving, die sterk in het teken staat van maakbaarheid, manipulatie, commercialisering en de obsessie met zelfbehoud, raakt de zingevende interesse gemakkelijk in de verdrukking. We zien dit bijvoorbeeld in de (ouderenzorg), waar de sterke nadruk op enerzijds de medische techniek en anderzijds de marktwerking maakt dat er weinig ruimte en aandacht is voor zingeving.

In deze scriptie zal de nadruk liggen op de zingevende interesse van de mens, al zullen op sommige plekken ook de twee andere interesses naar voren komen, bijvoorbeeld wanneer ik de spanning beschrijf tussen de behoefte aan contact, aandacht en verbondenheid (zingevende interesse) van verpleeghuisbewoners enerzijds, en het streven naar efficiency en kostenbeheersing (manipulatieve interesse) anderzijds. In de komende paragrafen zal ik dieper ingaan op de zingevende interesse.

*De mens als zinzoekend wezen*⁴

Hoewel zin en zingeving veelgebruikte termen zijn, is het lastig te vatten wat ze precies betekenen. Desondanks zullen de meeste mensen aanvoelen dat zingeving voor ons van essentieel belang is. Zo duidt een uitspraak als ‘de zin van het leven’ erop dat zin naar iets heel wezenlijks verwijst, naar een hoger of hoogste doel dat ons leven richting geeft. Wanneer we zin ervaren, lijkt alles op zijn plaats te vallen. Vaak is er op zulke momenten een gevoel van heelheid of verbondenheid met de wereld. Wanneer we praten over de ervaring van zin, dan gebruiken we niet voor niets woorden als ‘samenhang’, ‘betekenis’, ‘heelheid’ of ‘verbondenheid’.

In de roman *De verveling* worstelt een kunstenaar met zijn onvermogen om zich te verbinden. Hij lijdt aan wat hij zelf omschrijft als een chronisch gevoel van leegte of verveling. Deze verveling gaat veel dieper dan de het gevoel van ‘even niks te doen hebben’ waarmee we verveling doorgaans associëren. Het is een ervaring van een totaal gebrek aan zin, een onvermogen om zich met anderen te verbinden en op te gaan in de wereld om zich heen. De kunstenaar vertelt over zijn ongelukkige situatie: *‘De verveling wordt in mij teweeggebracht door het gevoel van de absurditeit van een werkelijkheid die, zoals ik al zei, tekortschiet omdat zij mij niet vermag te overtuigen van haar eigen werkelijke bestaan (...) Uit deze absurditeit vloeit dan de verveling voort die per slot van rekening niets anders is dan onbekwaamheid om met de omgeving in verbinding te treden en de onmacht om uit deze toestand te ontsnappen.’*⁵

Het diepgaande gevoel van verveling of zinloosheid laat zien hoe onleefbaar het leven wordt wanneer we ons niet langer verbonden voelen met de wereld. De ervaring van zin maakt dat de wereld als *leefwereld* verschijnt, als een plek die betekenissen herbergt, en waarbinnen we ons kunnen oriënteren in plaats van als een kaal en chaotisch landschap. Zin, zou je kunnen zeggen, maakt daarmee het leven leefbaar. Strikt genomen is een leven zonder zin mogelijk, maar mensen die een zingevingscrisis doormaken zijn vaak vooral bezig met *overleven*. Zij ervaren hun bestaan als leeg en voelen zich soms zo depressief dat ze niet meer verder willen. In plaats van samenhang ervaren mensen tijdens een zingevingscrisis een diep gevoel van chaos en desintegratie, in plaats van ‘heel’ voelen ze zich gefragmenteerd of gespleten. De navelstreng met de wereld is verbroken en iemand raakt volledig in zichzelf opgesloten, niet langer in staat om zich te verbinden met de hem omringende werkelijkheid. Voor hem of haar is de wereld kaal, onecht en zonder betekenis.

⁴ De komende paragrafen over zingeving zijn gedeeltelijk een bewerking van het eerst hoofdstuk uit mijn afstudeerscriptie filosofie, Zie: Dijke, J.L.C. van (2003). *De beelden van Benetton: over de grenzen en mogelijkheden van zingevende reclame*. Afstudeerscriptie RU

⁵ Moravia A. (1970). *De verveling*. Utrecht/Antwerpen: A.W. Bruna & Zoon.

Omdat het verlangen naar zin zo essentieel is, zou je de mens als een zinzoekend wezen kunnen beschouwen, als een wezen dat betrokken is op de vraag: 'is mijn leven, mijn bestaan de moeite waard?' Eenvoudig gezegd zou je van een gelukke of geslaagde zingeving kunnen spreken als iemand deze vraag met een ja kan beantwoorden en daarmee de zin van zijn of haar leven bevestigt. In werkelijkheid is zingeving alles behalve eenvoudig, maar vormt ze een vaak levenslange zoektocht en worsteling, waarin momenten van zin worden afgewisseld met ervaringen van zinloosheid. In de volgende paragrafen zal ik de begrippen zin en zingeving en hun complexiteit verder verkennen. Zingeving zal daarbij naar voren komen als een kwetsbaar en vooral ook ongrijpbaar proces, een voortdurend balanceren tussen actief ingrijpen en de overgave aan iets wat zich nooit volledig laat beheersen.

Zingeving en grenservaringen

Hoe wezenlijk ook, het zoeken naar en het geven van zin is niet altijd een bewust proces. Vaak lijkt zin bijna vanzelfsprekend aanwezig, verweven met het alledaagse leven in bijvoorbeeld de dagelijkse bezigheden en de relaties met vrienden en familie. De expliciete zinvraag dringt zich vooral op in uitzonderlijke situaties, die je als grens- of overgangssituaties zou kunnen betitelen. Het woord 'grens' verwijst hier in de eerste plaats naar de grens tussen leven en sterven, het ontstaan en vergaan van de dingen. De dood vormt daarbij als het ware de uiterste grens: geconfronteerd met de dood, verliest het leven iedere vanzelfsprekendheid en worden mensen bij uitstek gedwongen om zich te bezinnen. Meer algemeen geldt dit voor iedere ervaring van vergankelijkheid. Maar ook andere grenssituaties of overgangssituaties zoals het aanbreken van een nieuwe levensfase, de ontdekking van een andere cultuur, de opname in een verpleeghuis of het meegezogen worden in een indrukwekkend kunstwerk kunnen aanleiding geven tot bezinning. Dergelijke ervaringen doorbreken de grenzen (of begrensde) van de vertrouwde, alledaagse orde, waarin alles een vaste plek en betekenis kent en iemand een min of meer vaste identiteit heeft. De blik voorbij de horizon van het bekende kan zowel een troostend of verruimend effect hebben, als een duizeling van angst en verwarring teweeg brengen.

Grenservaringen kunnen het begin zijn van een jarenlange worsteling, bijvoorbeeld wanneer iemand een geliefde verliest of na een ernstig ongeluk moet leren leven met beperkingen. Zo iemand bevindt zich vaak in een crisis, waarbij het proces van zingeving iedere vanzelfsprekendheid verloren heeft en iemand niet meer goed weet wie hij is of wat hij met het leven aanmoet. Tijdens een dergelijke zingevingscrisis is het leven vaak zo op zijn kop gezet, dat iemand niet of maar nauwelijks in staat is om de nieuwe gebeurtenissen een

plek te geven. Vaak treedt er ook zelfverlies op, weet iemand niet meer wie hij of zij is. Soms zoeken mensen de hulp van een geestelijk verzorger of psycholoog om de schokkende gebeurtenissen te verwerken en zichzelf te hervinden.

Grenservaringen zijn niet per definitie negatief of bedreigend. Vaak bieden zij, naast onrust en onzekerheid, ook mogelijkheden tot groei, heling en verandering. Met het doorbreken van een grens, ontstaat tegelijk ook een opening en daarmee een nieuw (levens)perspectief. In moeilijke tijden of perioden van verandering leren mensen zo opnieuw kijken en waarderen. Het resultaat van een crisis kan zijn dat iemand zijn leven een andere wending geeft of tot een besef komt van wat echt en waardevol is. Vaak is er een dieper contact met het zelf en met anderen mogelijk. Soms kunnen negatieve ervaringen van verscheurdheid en angst op die manier samengaan met gevoelens van hoop en verbondenheid.

Zelftranscendentie

Dat zingeving samenhangt met het overschrijden van grenzen, komt ook naar voren in het begrip ‘transcendentie’, dat de kern vormt van zingeving. Het woord ‘transcendentie’ is afgeleid van het Latijnse werkwoord ‘transcendere’ dat ‘overstijgen’ of ‘te boven gaan’ betekent⁶. Kenmerkend voor deze beweging is dat ook altijd een bepaalde grens wordt doorbroken, bijvoorbeeld de grens tussen het zintuiglijk waarneembare, en datgene wat zich aan onze waarneming onttrekt. Transcendentie heeft binnen de filosofie een rijke en complexe geschiedenis met vele betekenisnuances. Binnen de context van zingeving verwijst transcendentie naar de overstijging van ons individuele (begrensde) zelf in de verbintenis met een groter, betekenisvol geheel. In *De rationaliteit en haar grenzen* schrijven de Vlaamse filosofen Arnold Burms en Herman de Dijn over het verlangen naar zin: ‘(...) *de mens verlangt dat zijn leven zin of betekenis heeft, dat het op één of andere manier opgenomen is in een ruimer geheel en daarom ook van belang is. Wij willen dat ons bestaan méér is dan een aaneenschakeling van prettige ervaringen; wij willen ook op één of andere wijze verbonden zijn met een externe realiteit, met iets wat ons als individu overstijgt.*’⁷ Zingeving heeft kortom te maken met de ervaring opgenomen te zijn in een groter geheel, dat ons te buiten gaat, of anders gezegd: het grotere geheel waarvan we deel uit willen maken, overstijgt of ‘transcendeert’ ons. Wanneer we contact maken met dit grotere geheel, dan overstijgen we onszelf, vandaar dat vaak gesproken wordt over ‘zelftranscendentie’

⁶ Willemsen, H. (1992). *Woordenboek filosofie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

⁷ Burms, A. & H. de Dijn (1986). *De rationaliteit en haar grenzen: kritiek en deconstructie*. Leuven: Universitaire Pers Leuven, p. 3.

(Zelf)transcendentie is wezenlijk voor zingeving. Iemand die niet in staat is zichzelf te overstijgen, iemand die in zichzelf opgesloten blijft, zal geen zin kunnen ervaren omdat er geen relatie mogelijk is tot iets buiten het zelf. Het zelf is dan niet in staat de eigen begrensbaarheid te doorbreken en zich te verbinden. Dit impliceert dat een houding van ontvankelijkheid een belangrijke voorwaarde is voor zingeving. Omgekeerd staat ook een te grote openheid transcendentie in de weg. Een zelf dat grenzeloos is, is niet in staat om te transcenderen. Er is eenvoudigweg niks om te overstijgen, net zomin als er een kern is om naar terug te keren. Contact met het transcendente veronderstelt dan ook zowel een zekere mate van begrenzing, als het vermogen deze grenzen te overstijgen.

Het gaat bij zingeving niet om een overstijgen zonder meer: het transcenderen kent een bepaalde richting, namelijk richting datgene wat we als zijnde goed of waardevol erkennen, zoals vriendschap, liefde, religie, wetenschap, kunst, cultuur, of de natuur maar ook meer alledaagse zaken als sport, of het beroep dat iemand uitoefent. Zingeving gaat kortom over waarden, over begrippen met een hoofdletter die voor ons een hoger goed vertegenwoordigen, iets waarmee we ons duurzaam willen verbinden en waar we ons met passie voor in willen zetten.

De relatie met het transcendente, grijpt ook in op ons innerlijk leven. In de verbintenis met datgene wat voor ons van waarde is, leren we onszelf op een nieuwe of diepere manier kennen. Dit geldt zowel in positieve als negatieve zin. In liefdesrelaties ontmoeten mensen vaak niet alleen hun kracht, maar ook hun schaduwzijden. De paradox wil dus dat we ons zelf moeten overstijgen, en daarmee in zekere zin loslaten, om ons zelf te ontmoeten en op een diepere manier te leren kennen. De filosoof Arnold Burms schrijft hierover: *'Het concept van zelftranscendentie dient om uit te drukken dat de mens pas ten volle zichzelf is door in zekere zin buiten zichzelf te zijn.'*⁸ Zingeving raakt daarmee tegelijk aan datgene wat ons te buiten gaat, als aan datgene wat diep van binnen in ons leeft. Dit zelf dat zich in de ontmoeting met het waardevolle toont, vormt de basis van onze identiteit, een begrip waar ik later nog op terug kom.

Samenvattend kan zingeving worden omschreven als de verbintenis met een groter, betekenisvol geheel dat ons transcendeert en dat ons leven de moeite waard maakt. In deze verbintenis maken we niet alleen contact met het waardevolle, maar ook met ons innerlijk, het ware zelf dat de kern vormt van onze identiteit. Op basis van deze eerste omschrijving, zal ik

⁸ Breur, R. & A. Burms, (2000). *Ik/Zelf: Essays over Identiteit en zelfbewustzijn*. Leuven: Uitgeverij Peeters, p. 6

in de volgende paragraaf de kwetsbaarheid van zingeving bespreken, dat naast transcendentie een tweede belangrijk kenmerk vormt.

‘Alles van waarde is weerloos’

De kwetsbaarheid van zingeving heeft in de eerste plaats te maken met haar transcendente karakter: juist omdat waarden ons te buiten gaan, ontsnappen ze ons altijd enigszins en hebben we er niet altijd vat op. Sterker nog: als we het waardevolle volledig naar onze hand proberen te zetten, gaat het verloren. Afgedwongen erkenning leidt eerder tot grotere onzekerheid dan tot vervulling, liefde stelt weinig voor als ze gebaseerd is op leugens en een sportieve prestatie die op doping berust, hoeft niet op applaus te rekenen. Anders gezegd: zingeving en manipulatie verdragen elkaar slecht, zoals al eerder naar voren kwam. De Dijn schrijft hierover: *‘Zingeving kan men omschrijven als gelukt contact met waarden die transcendent zijn; transcendent alleen al in deze zin dat zij de willekeur en de eigengereidheid van het individu overstijgen. Het behoort tot het wezen van zinvolheid of geluk dat het ons toekomt als het ware ondanks onszelf. Dit betekent niet dat wij er niet naar kunnen of moeten streven, maar – zoals de term “geluk” zelf ons leert – wordt dit streven pas echt vervuld, wanneer wij datgene wat we verlangen niet helemaal zelf in handen hebben, wanneer het als een geschenk op ons toekomt.’*⁹ Zouden we het waardevolle volledig naar onze hand zetten, of ermee samen vallen, dan zou het zijn transcendente karakter verliezen, en zouden we er niet langer in geïnteresseerd zijn.

Een tweede reden voor de kwetsbaarheid van zingeving heeft te maken met de incarnatie van waarden in concrete personen, omstandigheden en objecten. Zingeving kent een heel alledaags, maar tegelijk ook een ‘verheven’ karakter. Enerzijds is ze als vanzelfsprekend verweven met ons leven van alledag, anderzijds gaat zingeving over universele waarden als Liefde en Vriendschap. Deze dubbelheid heeft ook hiermee te maken dat de transcendente waarden, die universeel en onsterfelijk zijn, altijd ‘geïncarneerd’ of belichaamd zijn in concrete, vergankelijke personen en objecten die onze dagelijkse realiteit bevolken. We gaan in onze zingeving geen relatie aan met een abstracte waarde, maar met een concrete persoon of situatie die deze waarde ‘belichaamd’. Het is dus niet ‘De Vriendschap’ die ons leven zin geeft, maar die ene unieke vriend of vriendin. Zingeving is daarmee stevig verankerd in onze alledaagse werkelijkheid.

⁹ Dijn, H. de (1997). *Hoe overleven we de vrijheid?: Modernisme, Postmodernisme en het mystiek lichaam*. Kapellen: Uitgeverij Pelckmans, p. 40

De incarnatie van waarden in tastbare personen, objecten en omstandigheden maakt het proces van zingeving kwetsbaar. Zo schrijft De filosoof Herman de Dijn: *‘De transcendentie van de waarden hangt paradoxaal genoeg samen met een intrinsieke kwetsbaarheid, prachtig uitgedrukt in deze versregel van Lucebert: “Alles van waarde is weerloos”. Deze intrinsieke kwetsbaarheid van de waarden (...) heeft te maken met de onvermijdelijke incarnatie van waarden (van zin) in concrete, particuliere objecten, personen, omstandigheden, gebonden aan plaats en tijd, aan een of andere materialiteit.’*¹⁰. Waarden zijn geïncarneerd in personen en objecten die ons op ieder moment kunnen ontvallen. De mogelijkheid van zinverlies ligt voortdurend op de loer.

In het boek *Asbestemming* van A.F. Th. Van der Heijden, klinkt een sterk besef door van deze mogelijkheid van verlies en de angst of rusteloosheid die dit met zich meebrengt: *‘Liefde: het vertrouwen dat wie na een lange blik op jou in z’n boek, daar vroeg of laat weer uit op zal kijken. Maar altijd schampt dit vertrouwen langs de afgrond: wie verzèkert mij dat hij weer op zal kijken, en op dezelfde manier? Zo heeft elke afgewende blik, elke deur die maar achter zich sluit iets definitiefs, iets onherroepelijks. Zo krijgen alle gebaren van de geliefde ander een schaduw die is als een dun laagje ijs. (...) Natuurlijk is er een hoge waarschijnlijkheid, nagenoeg een zekerheid dat de ander weer terug zal komen, terug zal kijken als voorheen, maar iets, iets in jou blijft hardnekkig rekening houden met het definitieve. Het is geweest. Het komt niet meer terug. Zo veroorzaakt elke vanzelfsprekende, onsensationele gebeurtenis -“de suiker vergeten”- een duizeling boven de afgrond. Zo duizelen we, meestal zonder het onszelf bewust te zijn, de dag door. Dagelijkse afgronden – zo verslijt onze ziel. Zelfs de held in een cliffhanger vindt nog wel eens rust. Onze ziel nooit.’*¹¹

Vanwege zijn kwetsbare karakter, veronderstelt het proces van zingeving een voortdurend balanceren tussen de acceptatie van mogelijk zinverlies en de poging de zinervaring te behouden, tussen overgave en beheersing, passiviteit en activiteit. In de volgende paragraaf zal ik laten zien hoe dit spanningsvolle evenwicht doorwerkt in de zingeavingsstructuur.

Passieve en actieve zingeving

De term zingeving wordt doorgaans opgevat als het bewust en actief geven van zin. Deze opvatting gaat voorbij aan bovengenoemde kwetsbaarheid van de zingeavingsrelatie en suggereert dat zin maakbaar of zelfs afdwingbaar is. We kunnen ons op een bepaalde manier

¹⁰ Idem, p. 41

¹¹ Heijden. A.F. Th. (1994). *Asbestemming: een requiem*. Amsterdam: Querido, p. 164

tot het leven verhouden die zin mogelijk maakt, maar daarmee is ze nog niet gegeven. Je openstellen voor liefde, betekent nog niet automatisch dat die liefde op je pad komt, al maakt een ontvankelijke houding de kans natuurlijk wel groter.

Dat zingeving maar ten dele maakbaar is, komt ook naar voren in de structuur van het zingevingproces. Zingeving bestaat zowel uit een actieve als een passieve component, of anders gezegd: zin is zowel iets dat we actief geven als dat ons gegeven of geschonken wordt. Passieve zingeving verwijst naar de *ervaring* of beleving van zin, die ligt in een gevoel van verbondenheid met iets dat groter is dan het zelf en dat voor ons een bepaalde waarde vertegenwoordigt. Deze zinervaring kunnen we niet afdwingen of forceren. We kunnen ons er hooguit voor open stellen, bijvoorbeeld door de rust te nemen van dingen te genieten of bewust ruimte te maken voor nieuwe mensen en ervaringen. Deze ontvankelijkheid of overgave vormt een voorwaarde, maar nooit een garantie voor het ervaren van zin. Zin moet ons gegeven, geschonken worden, of zoals De Lange in een artikel schrijft: *‘Zin is iets dat ons wedervaart, ons overkomt – en pas in die passieve zin kan zij een echte ervaring worden. Zin zoeken is dan: ontvankelijk zijn voor de zin die zich aan mij toont, zich aanbiedt. Zin ervaren: er ja op zeggen, haar beamen. Die ontvankelijkheid is zo’n wezenlijke voorwaarde voor het ervaren van zin, dat het soms lijkt alsof de zinervaring in het zinzoeken zelf ligt. In dit moment van transcendentie van zinervaring zit opgesloten dat zin ook nooit te “hebben” is. Hij is per definitie open, ondefinieerbaar, niet te omlijnen, niet immanent te maken, nooit “in de hand te houden”. Zin “overstijgt” mij.’*¹²

Zin is kortom niet alleen iets dat we zelf actief vorm geven, maar kan ook worden ervaren als een geschenk, als iets dat ons toekomt los van onze inspanningen. Vaak overvalt ze ons. Plotseling worden we overweldigd door liefde, voelen we ons diep geraakt door een aangrijpend muziekstuk of ervaren we een diepe verbondenheid met de natuur of de mensen om ons heen. Dergelijke ervaringen komen vaak als een volslagen verrassing op ons pad. Soms zetten ze het leven volledig op zijn kop en trekken ze oude zekerheden in twijfel.

Dat de zinervaring zich aan onze invloed onttrekt, betekent nog niet dat zin volledig aan het toeval is overgeleverd. Zingeving kent ook een actieve, daadwerkelijk zin-gevende component waarin we actief proberen de zinervaring in stand te houden door steeds de verbintenis met wat voor ons van waarde is te voeden en aan te blijven gaan. Een enkele religieuze ervaring creëert nog geen duurzaam geloof, net zomin als verliefdheid op zich genoeg is om een relatie in stand te houden. Iets of iemand spreekt ons aan op een manier die

¹² Lange, F. de (1992). Zoeken naar zin: zingeving in een pluriforme samenleving. In Schreuder, H.A. (red.). *Zin in het leven: over zingeving bij het ouder worden*. Zoetermeer: Meinema, p. 22

een vraag impliceert, namelijk een verzoek om het gesprek gaande te houden. Het zinvolle vraagt erom duurzaam onderdeel uit te maken van ons levensverhaal, onze levenshouding en onze identiteit, zoals ik hieronder zal bespreken. Het wil verinnerlijkt worden op een manier die onze openheid voor het waardevolle, voor de zinervaring, in stand houdt. Op die manier is zin meer dan een eenmalige ervaring: ze wordt iets dat we ons eigen maken, iets dat duurzaam deel uitmaakt van onze identiteit, onze levenshouding en onze privé-geschiedenis.

Actief zin geven gebeurt in de eerste plaats door onze zinervaring te interpreteren en haar op te nemen in ons levensverhaal. Zo zal iemand die verliefd is deze gevoelens willen delen, een plek geven in zijn leven en haar afzetten tegen eerdere verliefdheden. Op die manier wordt de verliefdheid onderdeel van ons levensverhaal en onze identiteit. Ook als er iets ingrijpends gebeurt in ons leven, zal deze gebeurtenis een plek moeten krijgen in het verhaal van ons leven. Door de betekenisvolle ervaringen steeds opnieuw te vertellen, te interpreteren en te vertalen naar onze huidige situatie, houden we de zinervaring levend. Op die manier functioneren zowel de kleine verhalen van ons privé-leven, als de Grote of grotere Verhalen zoals die gedragen worden door de gemeenschap.

Actief zin geven doen we kortom in de eerste plaats door onze ervaringen te interpreteren en ze in een bepaald kader te plaatsen: een groter verhaal dat steeds weer verteld en geïnterpreteerd wordt. Zingeving behelst daarmee dus niet alleen een gevoelsmatige component in de vorm van het ervaren van zin, maar ook een verstandelijke in de vorm van het interpreteren van wat ons leven zin en betekenis geeft. ‘Verstandelijk’ verwijst hier niet naar de kritische, afstandelijke rationaliteit die het wetenschappelijk denken kenmerkt. De strenge wetenschap denkt niet zozeer vanuit een verbondenheid met datgene wat ze wil bestuderen, maar moet juist afstand nemen om haar studieobject te kunnen doorgronden. Zingeving vraagt om een heel andere inzet van het verstand. Een zuiver wetenschappelijke rationaliteit zou de zinervaring immers niet in stand houden maar haar juist vernietigen. De mens die nadenkt over het waardevolle, doet dit dan ook niet vanuit een kritische distantie, maar juist vanuit een gevoel van diepe verbondenheid dat door het denken niet wordt verbroken maar haar juist probeert te benaderen. Het is kortom een denken gericht op inzicht en wijsheid in plaats van op kennis.

Actief zin geven doen we in de tweede plaats door het ontwikkelen van een bepaalde houding die de duurzaamheid van de relatie waarborgt. Zo vraagt het onderhouden van vriendschap om een vriendelijke of vriendschappelijke houding. Iedere levenshouding bestaat uit een complex aan deugden zoals vriendelijkheid, loyaliteit, verdraagzaamheid en verantwoordelijkheid. Binnen dit complex aan deugden, speelt die van integriteit een

sleutelrol omdat ze onze levenshouding als het ware tot een geheel smeedt. Integriteit kan worden omschreven als ‘heelheid’. Het begrip is afkomstig van het woord ‘integer’, dat ‘heel’ betekent. Zonder integriteit valt onze levenshouding als het ware uit elkaar. Integriteit veronderstelt een drietal criteria¹³: ten eerste vereist ze een bezinning op waarden: een bewustzijn van wat voor ons van betekenis is. Vervolgens moeten we in staat zijn om naar onze waarden te handelen. Wie de waarde van iets erkent maar dit niet in zijn handelen uitdraagt, kunnen we onmogelijk als een integer persoon beschouwen. Tot slot moet iemand in staat zijn om met anderen een gesprek aan te gaan over de eigen waarden, om de eigen levenshouding toe te lichten en te verantwoorden. Pas als aan deze drie criteria wordt voldaan, is sprake van een integere houding.

In de derde plaats geven we actief zin door onze identiteit vorm te geven. Identiteit is een complex begrip, waar vanuit de filosofie zeer veel over geschreven is. Het begrip is ontleend aan het Latijnse woord *identitas* dat ‘het- of dezelfde zijn betekent’¹⁴. Dankzij onze identiteit zijn we voor onszelf en anderen herkenbaar door de tijd. Een invloedrijke, hedendaagse theorie vat identiteit op als een narratieve constructie. Volgens de Franse filosoof Paul Ricoeur, grondlegger van deze gedachte, kunnen we onze identiteit opvatten als een verhaal. In de verhalen die we over onszelf vertellen, wordt ons zelf tot een eenheid gesmeed, waarmee we zowel voor onszelf als de buitenwereld herkenbaar zijn. Het begrip ‘verhaal’ kan overigens ook ruimer worden opgevat en behalve taaltokens ook beelden omvatten: niet alleen verbale uitingen, maar ook de kleding die we dragen, of de symbolen waarmee we ons verbinden (bijvoorbeeld via het dragen van sieraden) vertellen iets over wie we zijn.

Onze identiteit kan gevormd zijn naar externe ideaalbeelden en imago’s die weinig te maken hebben met wie we ten diepste zijn, maar ze kan ook gebaseerd zijn op contact met ons diepere innerlijk. Alleen in dat laatste geval is sprake van een authentieke identiteit. Zoals ik eerder schreef, is het juist in relatie tot waarden, dat we iets leren over wie we ten diepste zijn. Een authentieke identiteit bestaat uit de manier waarop we dit zelf tot een geheel, een eenheid smeden in de verhalen die we over onszelf vertellen. Anders gezegd: onze identiteit vormt zich in onze zelfarticulatie, in de manier waarop we onszelf, in relatie tot het waardevolle, verhalen. Door de kwetsbare waarde op te nemen in ons levensverhaal, beschermen we haar, proberen we het waardevolle ‘heel’ te laten. Tegelijk vormen we in de verinnerlijking ook onze identiteit tot een geheel.

¹³ Deze drie criteria zijn mede gebaseerd op: Carter, S.L. (1997). *Integrity*, New York: Harper perennial.

¹⁴ Willemsen, H. (1992). *Woordenboek filosofie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 207

Zowel het interpreteren van de zinervaring, als het ontwikkelen van een goede levenshouding en het vormen van onze identiteit, vinden niet plaats in isolement, maar gebeuren in dialoog met de groepen waarvan we deel uitmaken. Het gaat dan zowel om de kleinere groepen waartoe we behoren (het gezin/de familie, school of werk, vriendengroepen) als de gemeenschap in het groot. De samenleving bepaalt bovendien in belangrijke mate onze opvattingen over ‘het goede leven’ en hoe we ons dienen te verhouden tot datgene wat van waarde is. Op de rol van de gemeenschap in onze zingeving zal ik in de volgende paragraaf dieper ingaan.

De rol van de gemeenschap

Wanneer een bepaalde waarde ons aanspreekt, klinkt hierin een impliciete vraag of opdracht door. Het waardevolle wil niet buiten ons blijven, maar opgenomen worden in ons levensverhaal en deel uitmaken van onze identiteit. Het waardevolle wil daarbij niet alleen onderdeel uitmaken van ons privé-leven, maar ook een betekenis krijgen binnen de gemeenschap waarvan we deel uit maken. Datgene wat voor ons van waarde is, doet een appèl op ons, om in ons spreken en handelen te worden uitgedragen. We beantwoorden hieraan door het waardevolle te tonen, erover te spreken en van anderen om waardering of op zijn minst respect te vragen. Een respect dat eruit bestaat dat anderen het waardevolle ‘heel laten’, ofwel het niet beschadigen. Zo zal iemand die een kunstwerk waardeert dit werk aan anderen willen laten zien, over de betekenis ervan willen praten en verlangen dat anderen het werk ook waarderen of op zijn minst niet onderuit halen.

Op het moment dat we met anderen in dialoog gaan over wat van betekenis is in ons leven, wordt dit verhaal, deze privé-geschiedenis, opgenomen in een groter, gedeeld verhaal dat zich niet tot de individuele mens beperkt maar dat zich uitstrekt naar de gemeenschap of zelfs naar de hele mensheid. Wanneer we bijvoorbeeld praten over iemand van wie we houden, dan maakt dit verhaal onderdeel uit van een groter, universeel verhaal over de liefde, zoals dit bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in de wereldliteratuur. Juist tegen deze achtergrond van een overkoepelend verhaal, krijgt onze privé-geschiedenis een rijkere betekenis en leren we ons te verhouden tot datgene wat voor ons van waarde is. We leren daarbij van anderen, stellen hen tot voorbeeld of zetten ons juist af tegen het grote verhaal.

De dialoog met de samenleving is van groot belang voor onze zingeving. De filosoof Charles Taylor schrijft in *The ethics of authenticity* dat we in staat zijn om veel zaken zelfstandig uit te denken, maar wanneer het om grote, belangrijke onderwerpen gaat zoals het ontwikkelen van een eigen identiteit, zijn we in hoge mate afhankelijk van een gedeelde

waarden- of betekenis horizon tegen welke achtergrond we deze dialoog voeren en ons leven zin geven. Taylor schrijft: *'Things take an importance against a background of intelligibility. Let us call this a horizon. It follows that one of the things we can't do, if we are to define ourselves significantly, is suppress or deny the horizon against which things take on significance for us.'*¹⁵ We kunnen dus niet op basis van een volledig autonoom standpunt bepalen waaruit het goede leven bestaat, maar doen dit altijd tegen de achtergrond van een gezamenlijke horizon.

Zingeving is kortom geen geïsoleerd verschijnsel. Ze vindt plaats in een sociaal-historische context, in gesprek met anderen en is in belangrijke mate afhankelijk van de waarden die bij deze anderen leven en hoe zij zich hiertoe verhouden. Zo schrijft De Dijn: *'Ons geluk in vriendschap hangt niet alleen af van het feit of iemand ons echt in volle vrijheid, gemeend vriendschap betuigt. Het hangt ook af van het oordeel van derden over die vriendschap: of die vriendschap wel echt vriendschap is, dat wil zeggen beantwoordt aan het soort gedrag, verlangen en gevoelens dat door de traditie waarin we leven als ware vriendschap wordt aangeduid.'*¹⁶

Ook als het gaat om onze identiteit zijn we afhankelijk van anderen. Voor het vormen en bekrachtigen van onze identiteit en eigenwaarde is het krijgen van erkenning van wezenlijk belang. Het is lastig om iemand te zijn, om een stevige identiteit op te bouwen, wanneer anderen je niet bevestigen. Erkenning of waardering wordt meestal niet rechtstreeks verkregen. Ze hangt samen met onze relatie tot datgene wat voor ons van waarde is. Iemand krijgt bijvoorbeeld erkenning omdat zij goed piano kan spelen, een aardige echtgenote en goede moeder is of veel om de natuur geeft. Anders gezegd: we waarderen anderen om datgene wat zij waarderen, en de manier waarop zij dit doen.

Door met anderen in gesprek te gaan over onze waarden, beantwoorden we niet alleen aan het appèl van het zinvolle, maar vragen we indirect ook om waardering voor onszelf. Zingeving bestaat er enerzijds uit dat we ons verbinden met een groter geheel dat we als waardevol erkennen. Anderzijds verlangen we dat ook anderen de waardevolheid van dit grote geheel, en daarmee indirect onze eigen waarde, bevestigen. Zonder de erkenning van anderen gaat de zinervaring tenminste gedeeltelijk verloren en is het erg lastig om zich een identiteit te vormen. Erkenning vanuit de gemeenschap is dan ook van fundamenteel belang voor een geslaagde zingeving.

¹⁵ Taylor, C. (1992). *The ethics of authenticity*, Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press, p. 37

¹⁶ Dijn, H. de (1999). *De herontdekking van de ziel: voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers, p. 27

Dit laatste betekent niet dat we ons volledig moeten confirmeren aan de groep(en) waarin we leven. De mens wil enerzijds onderdeel uitmaken van een groep of de gemeenschap, anderzijds is er een diepgeworteld verlangen naar authenticiteit: het verlangen onze eigen, unieke stem te vinden en te articuleren. Deze eigen stem vertelt ons hoe te leven, en kan in tegenspraak zijn met de gemeenschap en de conventies. Ze kan ertoe leiden dat mensen zich terugtrekken uit de vertrouwde groep, of zelfs verstoten worden.

Het is voor het ideaal van authenticiteit van wezenlijk belang dat we in contact staan met ons diepste wezen, ons ware zelf, zoals we dat vinden in onze verbondenheid met het transcendente. Het authenticiteitsideaal maakt dit contact van cruciale betekenis: het biedt ons fundamentele inzichten over de manier waarop we vervulling kunnen vinden, over de keuzes die we moeten maken. De basis van zelfvervulling ligt immers in ons (ware) zelf. Het is dan ook van groot belang naar deze innerlijke stem te luisteren, haar te interpreteren en te articuleren. Daar komt nog bij dat ons diepste innerlijk volstrekt origineel is: geen enkele buitenstaander kan ons vertellen wie we zijn. Alleen door te luisteren naar onze innerlijke stem en haar te articuleren, kunnen we onze identiteit vorm geven, of zoals Taylor schrijft: *'Being true to myself means being true to my own originality, and that is something only I can articulate and discover. In articulating it, I am also defining myself.'*¹⁷

Zingevingssysteem en levensbeschouwing

Samenvattend kan zingeving worden omschreven als de geslaagde en duurzame verbintenis met transcendente waarden, zoals deze geïncarneerd zijn in de unieke mensen, voorwerpen en omstandigheden van ons leven. Ze bestaat enerzijds uit de ervaring van zin, die ons gegeven wordt, en anderzijds uit een actief geven van zin. Dit actief zin geven doen we onder meer door datgene wat voor ons van waarde is te interpreteren en te verhalen, ons ertoe te verhouden en het waardevolle uit te dragen in ons spreken en handelen. Waar de zinervaring een particuliere aangelegenheid is, vindt actieve zingeving plaats in dialoog met anderen en tegen de achtergrond van een gedeelde betekenis horizon. Zingeving omvat daarnaast ook vragen omtrent onze identiteit. In relatie tot wat voor ons van waarde is, leren we onszelf ten diepste kennen en via deze verbintenissen met waarden ontvangen wij zelf waardering. Dit contact met wie we ten diepste zijn, en de erkenning die we krijgen, zijn vormend voor onze identiteit. Het verlangen naar zin is enerzijds een verlangen opgenomen te zijn in een groter geheel en anderzijds het verlangen zelf 'heel' te zijn.

¹⁷ Taylor, C. (1992). *The ethics of authenticity*, Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press, p. 37

De meeste mensen ontleen hun zin en identiteit niet aan één bepaalde waardenrelatie, maar gaan in hun leven meerdere verbintenissen aan, die vaak ook weer onderling met elkaar verbonden zijn of juist met elkaar botsen. Dit vaak spanningsvolle weefsel van waarden en de wijze waarop we ons ertoe verhouden, vormt een overkoepelend zingevingssysteem. Het zingevingssysteem bestaat kort gezegd uit een geheel aan waardenrelaties, interpretaties en houdingen, zoals we die ons in de loop van het leven eigen maken, in dialoog met de gemeenschap en groepen waarvan we deel uitmaken. Een dergelijk zingevingssysteem zorgt dat er samenhang ontstaat in wat anders niet meer dan een losse verzameling zinfragmenten zou zijn.

Ons zingevingssysteem wordt gearticuleerd in onze levensbeschouwing. Behalve een visie op wat we waardevol vinden, omvat een levensbeschouwing tevens een geheel aan opvattingen over de wereld of de kosmos en de plek die de mens daarbinnen inneemt, zoals gedachten over de oorsprong en bestemming van de mens of het al dan niet bestaan van een hiernamaals. Er kan daarbij een onderscheid worden gemaakt tussen binnen- en buitenwereldlijke levensbeschouwingen. Een binnenwereldlijke levensbeschouwing¹⁸ zoekt de zin van het leven in het leven zelf en niet in een werkelijkheid buiten het aardse. Het humanisme is een voorbeeld van een dergelijke levensbeschouwing. Niet zozeer omdat een werkelijkheid buiten het aardse per definitie wordt uitgesloten, maar omdat humanisten menen dat we een dergelijke werkelijkheid niet kunnen kennen en haar bestaan niet kunnen bewijzen. Een buitenwereldlijke levensbeschouwing gaat uit van een werkelijkheid buiten het aardse, waaraan ons leven zin en betekenis ontleent, zoals men in het Christendom gelooft in een goddelijke werkelijkheid buiten de onze.

Tot slot bestaat er ook een onderscheid tussen geïnstitutionaliseerde levensbeschouwingen, zoals het Christendom, de Islam en het Humanisme, en levensbeschouwingen die niet of nauwelijks geïnstitutionaliseerd zijn, zoals New Age en de verschillende vormen van spiritualiteit. In deze tijd van secularisering en individualisering voelen steeds meer mensen zich aangesproken door de niet-geïnstitutionaliseerde vormen van levensbeschouwing.

In 2006 verscheen het rapport *God in Nederland*, een groot onderzoek naar religie in ons land. Daaruit komt naar voren dat de geïnstitutionaliseerde Christelijke religie in Nederland op steeds minder belangstelling mag rekenen. Het kerkbezoek neemt af en steeds minder mensen noemen zichzelf religieus. Dit betekent niet de Nederlandse bevolking geen

¹⁸ Lange, F. de (1992). Zoeken naar zin: zingeving in een pluriforme samenleving. In Schreuder, H.A. (red.). *Zin in het leven: over zingeving bij het ouder worden*. Zoetermeer: Meinema.

interesse meer heeft in zingeving en spiritualiteit. Integendeel. Op de stelling ‘Ik heb er behoefte aan af en toe de zin van mijn leven te overdenken’, reageert 79 procent van de respondenten bevestigend. Ook voelen veel mensen zich verbonden met een geestelijke kracht en antwoordt een groot deel van de respondenten bevestigend op de vraag of ze wel eens de aanwezigheid van een hogere kracht hebben ervaren.

De onderzoekers spreken in hun rapport over de opkomst van een ‘postmoderne spiritualiteit’. Kenmerkend voor deze hedendaagse vorm van spiritualiteit is dat mensen hun band met het hogere als een persoonlijke aangelegenheid zien, dat de nadruk ligt op de innerlijke ervaring en dat mensen in hun spirituele zoektocht putten uit verschillende bronnen, in plaats van zich met een bepaalde religie te verbinden¹⁹. In het volgende hoofdstuk zal ik dieper ingaan op deze hedendaagse spiritualiteit.

2. Hedendaagse spiritualiteit

Het woord spiritualiteit wordt volgens Kees Waaijman, hoogleraar spiritualiteit, vanaf de jaren zestig ‘in vrijwel alle talen en voor vrijwel alle levensbeschouwingen het overkoepelende begrip voor alles wat met “geestelijk leven” te maken heeft’²⁰. Eén van de redenen voor de aantrekkingskracht van het woord, is volgens Waaijman dat spiritualiteit “onbelast” is, in tegenstelling tot veel andere religieus getinte woorden zoals “vroomheid” of “devotie” die sterk gebonden zijn aan institutionele kaders en tradities. Daarmee laat het woord spiritualiteit veel ruimte voor een persoonlijke invulling, die aansluit bij de eigen geestelijke belevingswereld.

Net als over zingeving bestaat er over het begrip spiritualiteit de nodige verwarring, zowel binnen de onderzoeksliteratuur als in de samenleving. Eén van de redenen hiervoor is dat spiritualiteit zo’n hoogst individuele aangelegenheid is²¹. Omdat iedereen een persoonlijke invulling geeft aan het begrip, passend bij de eigen context, ontstaat een veelheid aan definities. Geestelijk verzorger Piet Middelaar schrijft over de begripsverwarring rond spiritualiteit: ‘Afhankelijk van de setting waarin dit woord wordt gebruikt, krijgt het steeds

¹⁹ Bernts, T. et al. (2006). *God in Nederland: 1999-2006*. Kampen: Uitgeverij Ten Have.

²⁰ IJssel, S. van (2007). ‘Daar hebben humanisten het niet zo over’: *Over de rol van spiritualiteit in het leven en werk van humanistisch geestelijk raadsliden*. Delft: Eburon, p. 35

²¹ Zo schrijft Coyle: “(...) it is generally agreed that spirituality is a highly subjective, personal, and individualistic concept, which defies development of a standard definition (Cawley 1997). Gibson (1991) points out that when a concept lacks clear definition each person defines it within the context of his or her personal life to give it meaning.” Coyle, J. (2002) Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. In *Journal of Advanced Nursing* 37, p. 589

*opnieuw binnen de gegeven context zijn eigen inkleuring. Binnen de context van een benedictijnenklooster heeft spiritualiteit een andere klankkleur dan bij een training voor managers, binnen een psychotherapeutische setting weer een andere dan bij een new-age-achtige healing.*²² Het gevaar bestaat dat het begrip spiritualiteit door de veelheid aan mogelijke definities langzaam raakt uitgehold.

Naast betekenisinflatie lijdt het begrip spiritualiteit onder diverse vooroordelen die maken dat een groep mensen zich afkeert van het verschijnsel. Waar zingeving de associatie oproept met iets verhevens, heet spiritualiteit nogal eens ‘vaag’ en ‘zweverig’ te zijn, wat bij veel mensen de nodige weerstand oproept. De term wordt in verband gebracht met allerlei ongrijpbare zaken zoals aura’s, geesten, astrologie, goeroe’s en onverklaarbare genezingen. Spiritualiteit lijkt een soort vlucht uit de realiteit, die voor buitenstaanders niet meer te volgen is en daarmee afschrikt of afstoot.

Ook heeft spiritualiteit in toenemende mate te maken met commercialisering. De markt heeft het thema spiritualiteit ontdekt en geeft er haar eigen, commerciële draai aan. In het boek *Spiritualiteit in de uitverkoop* schrijven de auteurs over de populariteit van het begrip: *‘Hoe kan het zijn dat de term zo populair is en tegelijkertijd zo vaag? De reden is dat de term in de laat-kapitalistische maatschappij een merknaam is geworden voor de zoektocht naar betekenis, waarden, transcendentie, hoop en verbondenheid. Het begrip werkt doordat het vragen betreffende het menselijk bestaan verzuilt tot een herkenbare niche in de markt’.* De markt heeft kortom voordeel van de vaagheid die om spiritualiteit heen hangt. Juist omdat het begrip geen vaste definitie heeft, kan de markt er haar eigen, commerciële draai aan geven.

Op de commercialisering van het begrip spiritualiteit zal ik in de volgende paragraaf dieper ingaan. Daarbij zal ik proberen een onderscheid te maken tussen spiritualiteit als ‘product’ en meer authentieke vormen van spiritualiteit. Vervolgens zal ik, tegen de achtergrond van de theorie uit het eerste hoofdstuk, een omschrijving geven van het begrip spiritualiteit.

Commerciële versus authentieke spiritualiteit

De laatste jaren is er een toenemende interesse voor religie en spiritualiteit. Dit is een opvallende ontwikkeling in een tijd die gekenmerkt wordt door secularisatie en de teloorgang van de ‘Grote Verhalen’, zoals de overkoepelende verhalen van de gevestigde religies of van

²² Middelaar, P. van (2005). *Spiritualiteit en zorgverlening*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

ideologieën zoals het Marxisme. In het postmoderne tijdperk werd God, in navolging van de filosoof Nietzsche, dood verklaard. Instituten als de kerk verloren aan gezag en de mens raakte bevrijd uit de 'ketenen' van gemeenschap en traditie. Er ontstond meer ruimte om zelf vorm en inhoud te geven aan het leven, waarmee het ideaal van autonomie een belangrijke stimulans kreeg. De Grote Verhalen van het geloof of ideologieën maakten plaats voor een veelheid aan kleine verhalen van individuen. In de postmoderne tijd neemt dit individu een centrale plaats in.

De nieuwe vrijheid van de postmoderne tijd kent ook een schaduwzijde. Gekoppeld aan de bijna onbegrensde mogelijkheden blijkt ze zo overweldigend dat veel (jonge) mensen zich er geen raad mee weten. Ze zijn weliswaar vrij om zelf invulling te geven aan het leven, maar missen daartoe een kader en een kompas. Met het ineensstorten van de Grote Verhalen zijn mensen ook hun richting en gedeelde voorbeeldfiguren, rituelen en symbolen kwijtgeraakt. Het gevaar bestaat dat de vrijheid daarmee puur negatief blijft, in die zin dat ze geen positief antwoord biedt op de vraag 'hoe te leven'²³. Het is de beklemmende vrijheid zoals we die kennen uit het existentialisme: een vrijheid die geen werkelijk gevoel van bevrijding schenkt, maar waartoe we ons gedoemd voelen omdat ze ons opzadelt met de enorme verantwoordelijkheid steeds weer te moeten kiezen. Bovendien staan we er in deze verantwoordelijkheid alleen voor: niemand, geen god of gemeenschap, kan ons vertellen wat te doen.

De markt en de reclamewereld springen handig in op de vrijgekomen ruimte en de vertwijfeling van de postmoderne mens. Zij creëren lifestyles en bijbehorende producten die 'het goede leven' van het 'autonome individu' representeren. Er ontstaat een door de markt gefabriceerd zingevingsysteem, dat in het teken staat van manipulatie. De boodschap voor het publiek is dat zin te koop is en identiteit maakbaar. Daartoe creëren markt en reclame producten die via beeldmanipulatie worden verbonden met een bepaalde (doorgaans hedonistische) waarde²⁴. We zien bijvoorbeeld een man in een mooie auto rijden, omringd door knappe vrouwen. Daardoor moet bij de kijker het idee ontstaan dat de waarde van liefde bereikbaar is door de aankoop van een bepaald type auto.

De laatste jaren hebben markt en reclame ook spiritualiteit ontdekt als toegevoegde waarde voor hun producten. Kenmerkend voor de gecommercialiseerde spiritualiteit die zo

²³ Van negatieve vrijheid is sprake wanneer de mens zich heeft bevrijd van belemmeringen en ongehinderd kan doen wat hij wil (mits hij daarbij anderen niet tot last is). Deze negatieve vrijheid is een voorwaarde maar geen waarborg voor een tweede type vrijheid. Deze is positief en houdt in dat de mens de mogelijkheid heeft om zichzelf te ontplooiën binnen een gegeven zingevingskader. Zie: Berlin, I. (1996). *Twee opvattingen van vrijheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

²⁴ Het hedonisme vertegenwoordigt een levenshouding die kort gezegd in het teken staat van plezier, of anders gezegd: plezier is haar antwoord op de vraag "hoe te leven".

ontstaat, is dat ze geen waarde op zich vormt, maar een middel is tot een hoger doel. Zo wordt yoga gepromoot als een manier om slank, lenig en fit te blijven en daarmee te voldoen aan het heersende ideaalbeeld van jeugdigheid, schoonheid en vitaliteit. Ook worden er veel spirituele zelfhulpboeken geschreven die geld, macht en succes beloven wanneer mensen een aantal simpele rituelen of meditaties uitvoeren. Spiritualiteit wordt daarin niet gepresenteerd als de lange, soms eenzame en donkere weg die ze vaak is, maar als een snelle manier om gelukkig te worden of verlicht te raken.

In een boek over spiritualiteit en kunstenaarschap schrijft Wuthnow over het onderscheid tussen commerciële en authentieke spiritualiteit: *'In their search for truth, beauty, and a deeper experience of the sacred, these artists have made decisions that were personally costly. (...) Their search for spirituality was hardly an efficient one; it required huge investments of time and efforts. (...) Whereas shoppers emphasize their freedom to make choices, these artists generally felt they had no choice. They were instead driven by an overpowering need that they could not escape.'*²⁵ Kortom: spiritualiteit is vaak een lang, moeizaam en vooral ook eenzaam proces, waarbij mensen een weg inslaan die vaak op onbegrip stuit en die zeker geen direct persoonlijk gewin oplevert. In die zin is spiritualiteit alles behalve een snelle weg naar verlichting. Er is ook veel duisternis, angst en onzekerheid op het spirituele pad. Bovendien voelt de weg niet als een keuze, maar als een noodzaak: er is niet aan te ontsnappen.

Naast de commerciële spiritualiteit, lijkt er in onze samenleving ook een andere tendens gaande. Er is een streven naar spiritueel leven dat onder meer wordt gekenmerkt door een hang naar diepgang, authenticiteit, bewust of aandachtig leven en een verlangen naar werkelijk contact met onszelf en met anderen. Spiritualiteit vormt zo een tegenstem in een wereld van rationalisering en commercialisering. Ze leert mensen met meer aandacht te leven, maar ook om werkelijk te luisteren en bewust waar te nemen, in plaats van ons mee te laten slepen door angst- en droombeelden. Het gaat hier om een opvatting van spiritualiteit die geen navolging van goeroe's verdraagt, maar die mensen oproept de eigen weg te volgen. Ook als dit een breuk betekent met conventies, aansprekende voorbeeldfiguren of het tot dan toe gevolgde pad. Deze vormen van spiritualiteit zijn gericht op het verbreden van onze horizon en het verruimen van het bewustzijn door vooroordelen te laten varen en ons open te stellen voor bijvoorbeeld nieuwe ervaringen of het anderszijn van de ander.

²⁵ Wuthnow, R. (2001). *Creative spirituality: the way of the artist*. Berkeley & Los Angeles University of California Press, p. 69

Spiritualiteit is, vanwege de veelheid aan definities en haar ongrijpbaarheid een complex en lastig te vatten begrip. In deze scriptie zal ik niet pogen tot een universele definitie te komen van wat spiritualiteit is, maar zal ik een korte omschrijving geven van het begrip op basis van hedendaagse (hoofdzakelijk westerse) bronnen. Ik zal dit doen tegen de achtergrond van het zingevingsbegrip zoals ik dat in het vorige hoofdstuk besprak. Spiritualiteit zal daarbij naar voren komen als een bijzondere en vaak zeer bewuste vorm van zingeving, die op een aantal wezenlijke punten verschilt van de meer ‘alledaagse’ vormen van zingeving.

Spiritualiteit als bijzondere vorm van zingeving

Zoals in het vorige hoofdstuk naar voren kwam, kan zingeving in de eerste plaats worden omschreven als een kwetsbare verbintenis van de mens met transcendente waarden, zoals deze geïncarneerd of belichaamd zijn in concrete personen, omstandigheden of objecten. Daarmee is zingeving sterk gebonden aan een bepaalde materialiteit en realiteit. Deze gebondenheid aan het materiële maakt de waardenrelatie kwetsbaar: het waardevolle is vergankelijk en kan ons vroeg of laat ontvallen. Ook het feit dat we ons verhouden tot iets dat ons transcendeert, maakt dat zingeving een kwetsbaar gebeuren is: datgene wat voor ons van waarde is ontsnapt aan ons vermogen tot beheersing en controle.

Spiritualiteit vertegenwoordigt net als andere vormen van zingeving een waardenrelatie, zij het ditmaal niet tot een geliefde, een goede vriendin of een mooi kunstwerk, maar tot een transcendente macht of kracht die het ultieme of absolute vertegenwoordigt²⁶. Dit ultieme kent vele namen: God, Het Al, Grenzeloos Bewustzijn, Oerkracht, De Kosmos, Energie, Het Leven. Soms ook blijft het naamloos, onbenoembaar. De transcendente macht is niet geïncarneerd in één bepaald vergankelijk wezen of object, maar is aanwezig in alle dingen en is in die zin alomtegenwoordig.

De eeuwigheid of alomtegenwoordigheid van de ultieme of absolute kracht, maakt de relatie van de mens tot deze kracht niet per se minder kwetsbaar dan andere vormen van zingeving. Juist vanwege de grote mate van ongrijpbaarheid, lukt het soms niet (meer) om contact te maken met deze hogere kracht. Dit kan leiden tot gevoelens van twijfel of verlatenheid. Wel is de relatie tot het transcendente vanwege haar alomtegenwoordigheid minder kwetsbaar voor de tand des tijds: als we al het andere verloren hebben, is de relatie tot

²⁶ Kees Waaijman, hoogleraar spiritualiteit aan de Radboud Universiteit Nijmegen, definieert spiritualiteit onder meer als de “verhouding van de mens tot het absolute”. Zie: IJssel, S. van (2007). *‘Daar hebben humanisten het niet zo over’: Over de rol van spiritualiteit in het leven en werk van humanistisch geestelijk raadslieden*. Delft: Eburon, p. 29

het absolute iets dat hoop en kracht kan blijven geven. Juist om die reden kunnen mensen in hun laatste levensfase of wanneer ze geconfronteerd worden met ingrijpende verlieservaringen veel steun en troost beleven aan religie of spiritualiteit: *'Study of the aging process has led to a view that "spirituality" is important for older persons' quality of life, and especially, for helping them live with the losses and limitations as well as the possibilities of their own particular situations. In this view, "spirituality" is important in the lives of older adults as they seek to (...) identify, trust, and invest in meanings, values, and relationships that cannot be lost or taken away by the vicissitudes of the aging process.'*²⁷

Wat de structuur betreft zien we bij spiritualiteit, net als bij andere zingevingsprocessen, een samengaan van passieve en actieve momenten. Kenmerkend voor spiritualiteit is dat er vaak veel aandacht is voor het ontwikkelen van een houding van passiviteit. Zo wordt in de spirituele literatuur vaak geschreven over de rol van verwondering, het jezelf leegmaken, het ontwikkelen van een houding van overgave en aanvaarding en het opzoeken van rust en stilte²⁸. In vrijwel alle spirituele tradities staat een bepaalde vorm van meditatie centraal. De houding van passiviteit vergt overigens wel degelijk ook een bepaalde mate van activiteit: het kost veel discipline en doorzettingsvermogen om bijvoorbeeld iedere dag twintig minuten te mediteren.

Zoals in het eerste hoofdstuk naar voren kwam, maakt de mens in zijn relatie tot het waardevolle contact met zijn diepste of ware zelf. Binnen spirituele literatuur wordt dit ware zelf vaak aangeduid met de term 'innerlijke kracht- of inspiratiebron', 'geest' of 'ziel'. In een groot naslagwerk over spiritualiteit, *World of Spirituality*, wordt deze geest of ziel als volgt omschreven: *'Deze geestelijke kern is het diepste centrum van de persoon. Hier is de persoon open voor de transcendentale dimensie. Hier ervaart de persoon de ultieme werkelijkheid.'*²⁹

De relatie tot de ultieme kracht of macht heeft een transformerende of 'omvormende' werking voor het zelf³⁰. Deze omvormende werking is zeer wezenlijk voor spiritualiteit en vormt een tweede kenmerk. Ze komt onder meer naar voren in de metafoor van de weg of de reis, die we in veel spirituele tradities terugvinden. De transformatie die de mens ondergaat bestaat er onder meer uit dat we ons losmaken van zowel materiële gebondenheid als ons ego ook wel ons valse zelf genoemd. De verbintenis die de mens met het absolute aangaat,

²⁷Zie: Jernigan, H. L. (2001). Spirituality in Older Adults: A Cross-Cultural and Interfaith Perspective. In *Pastoral Psychology* 49, p. 417.

²⁸ De nadruk op het passieve moment is wellicht één van de redenen dat spirituele geschriften en oefeningen in onze tijd op zoveel belangstelling mogen rekenen. In de hedendaagse samenleving met haar nadruk op activisme en maakbaarheid, vormt spiritualiteit een tegenstem die veel mensen aanspreekt.

²⁹ IJssel, S. van (2007). *'Daar hebben humanisten het niet zo over': Over de rol van spiritualiteit in het leven en werk van humanistisch geestelijk raadslieden*. Delft: Eburon, p. 40

³⁰ Idem, p.109

kenmerkt zich door een gevoel van egooverlies: *‘Het doel van de reis is te komen tot ‘egoloze, niet ik gerichte, intenties en daden, een houding die een ontvankelijker opstelling jegens de hogere eisen die het spirituele leven stelt mogelijk maakt. Egoloosheid is een belangrijke maatstaf voor de spirituele vooruitgang van een mens en geldt in iedere traditie als een heel wezenlijke waarde.’*³¹ Wanneer het ego naar de achtergrond verdwijnt ontstaat ruimte om in contact te treden met het ware zelf of de ziel.

De spirituele levenshouding

In de literatuur over spiritualiteit wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een spirituele levenshouding. Deze levenshouding is zo wezenlijk, dat spiritualiteit er soms mee vereenzelvigd wordt. De relatie tot de absolute macht of kracht is dan secundair aan de houding waarmee deze relatie mogelijk wordt. In de hedendaagse spiritualiteit worden ‘aanvaarding’, ‘aandacht’ ‘ontvankelijkheid’ en ‘hoop’ vaak genoemd als kenmerkend voor de spirituele levenshouding. Ik zal deze elementen hieronder kort bespreken.

De filosoof Duintjer omschrijft spiritualiteit als: *‘een “houding” in het leven en jegens het leven, die al doende geleerd blijkt. (...) En die te leren houding betreft alles waarmee we per situatie te maken kunnen krijgen.’*³² Spiritualiteit veronderstelt volgens Duintjer kortom een bepaalde levenshouding die zich vormt in de concrete levenspraktijk. Het gaat volgens de filosoof om een zich verhouden tot alles wat we op dat pad tegen komen aan mooie en minder mooie zaken. De te leren levenshouding heeft kortom betrekking op de hele werkelijkheid zonder uitsluiting van bijvoorbeeld minder prettige of zelfs ronduit afschrikwekkende ervaringen. Het is een houding van aanvaarding. Centraal staat voor Duintjer de vraag: *‘in welke mate zijn wij in contact met de onafzienbare Werkelijkheid waarin we ons bevinden? Benutten we de gelegenheden om beetje bij beetje opener te worden voor wat het leven ons biedt, op alle niveaus van bewustzijn die de mens zijn toebedeeld?’*³³ Levensbeaming is een belangrijk deel van dit proces. De levensbeaming ‘om niet’, wat er ook gebeurt. De kunst van het leven bestaat volgens Duintjer uit het volgende: *‘Je meer leren blootstellen aan de werkelijkheid, zoals die zich per situatie manifesteert, om ons en in ons, zonder afweer of verdringing enerzijds en zonder vastklampen of verslaving anderzijds.’*³⁴

³¹ Teasdale, W. (2001). *Het mystieke hart: universele spiritualiteit in wereldreligies*. Deventer: Uitgeverij Ankh-Hermes bv, p. 114

³² Duintjer, O. (2002). *Onuitputtelijk is de waarheid*. Budel: Damon, p. 3

³³ Idem, p. 34

³⁴ Idem, p. 36

Behalve dat de spirituele mens zich openstelt voor de werkelijkheid zoals deze zich aandient, probeert hij of zij deze werkelijkheid ook te doorgronden en het bewustzijn ervan te verruimen. Door aandachtig te leven en zich niet te verliezen in fantasieën of hersenspinsels wordt het bewustzijn van de werkelijkheid groter, en ontstaat een dieper besef van wat echt belangrijk is. Mediteren vormt een methodiek om dit te bereiken. Door bewust de aandacht te richten op het hier en nu, traint iemand zich om het denken tijdelijk stil te leggen en zich er minder door te laten meeslepen.

Naast een houding van aanvaarding en aandachtigheid, speelt ook ontvankelijkheid een centrale rol in de spirituele levenshouding. Ontvankelijkheid vraagt dat we ons leeg maken, dat we onszelf los maken van vooroordelen en vertrouwde kaders om de werkelijkheid open tegemoet te treden. In een tijd als de onze, waarin geen plek meer onbezet lijkt, is er bij veel mensen angst voor een dergelijke lege ruimte. Tegelijk is spiritualiteit niet mogelijk zonder zichzelf af en toe 'leeg' te maken en afstand te nemen van de 'waan van de dag' en kunnen we ook sterk naar een dergelijke leegte verlangen.

Hoop is een sleutelbegrip binnen de hedendaagse spirituele literatuur. Je zou kunnen zeggen dat in het begrip hoop de aanvaarding van de realiteit en een houding van openheid of ontvankelijkheid samen komen. Enerzijds wordt de werkelijkheid geaccepteerd zoals deze is, anderzijds blijft iemand open staan voor de mogelijkheid van verandering. Piet Middelaar schrijft: *'Een essentieel onderdeel van spiritualiteit is de hoop (...). Hoop is niet optimisme, de ontdekking van onvermijdelijke beperktheid, mislukking, eindigheid die vroeg of laat omslaat in pessimisme. Hoop is de werkelijkheid zien zoals ze is, maar tegelijk nooit wanhopen; ook als men niet weet hoe het zal aflopen, blijven zoeken en pogen, vanuit een vertrouwen in en overgave aan de realiteit.'*³⁵

Samenvattend kan spiritualiteit worden omschreven als een bijzondere en bewuste vorm van zingeving waarin de relatie tot een ultieme macht of kracht centraal staat en mensen in dit contact getransformeerd worden. Het ego verdwijnt naar de achtergrond en mensen komen in contact met hun diepere zelf of ziel. Hedendaagse spiritualiteit omvat daarnaast tevens een bepaalde levenshouding die onder meer gekenmerkt wordt door een zich open stellen voor al datgene wat op iemands pad komt.

³⁵ Middelaar, P. van (2005). *Spiritualiteit en zorgverlening*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

Religie en spiritualiteit

Tot slot is het belangrijk een onderscheid te maken tussen religie en spiritualiteit. Hoewel beide begrippen vaak door elkaar worden gebruikt, is er strikt genomen wel degelijk een verschil. Zo schrijft Koenig: *Religion is an organized system of beliefs, practices, and symbols designed to facilitate closeness to a higher power and includes the understanding of one's relationship with and responsibility to others.*³⁶ Het begrip religie wordt kortom geassocieerd met een bepaald instituut en zijn representanten, die de relatie tussen de mens en de hogere macht bemiddelen. Dit instituut kent vaak een duidelijke hiërarchie, vaste rituelen en geschriften. Het vormt een rijke bron van traditie, symboliek en gemeenschapszin. Tegelijk worden instituten als de kerk vaak ook geassocieerd met machtsmisbruik, paternalisme, intolerantie, conservatisme en verstikkende regels die weinig ruimte laten voor een persoonlijke invulling van het geloof. Zeker in onze tijd, met haar nadruk op waarden als autonomie, de subjectieve beleving en flexibiliteit, lijkt de kerk een log en achterhaald bolwerk waar veel mensen geen boodschap aan hebben.

Religieuze mensen zijn vaak ook spiritueel, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn. Iemand kan trouw naar de kerk gaan, dagelijks bidden en uit de bijbel lezen, zonder werkelijk spiritueel te zijn. Wanneer mensen zich in gebeden, het kerkbezoek of de uitvoering van rituelen niet verbonden voelen met het hogere, krijgt religie een leeg karakter. Ze is dan puur formeel. Spiritualiteit verwijst daarentegen naar de strikt persoonlijke relatie van de mens tot een hogere macht, zonder tussenkomst van een kerk of ander levensbeschouwelijk instituut. Niet het instituut, maar de innerlijke beleving en de eigen weg van de mens staan centraal. Vaak wordt de term 'spiritualiteit' gebruikt om te verwijzen naar een universeel menselijk gegeven. Spiritualiteit verwijst naar de persoonlijke relatie van de mens tot het absolute³⁷. Deze relatie kan vorm krijgen binnen een religie, maar dat hoeft niet.

Godsdienstdeskundige Karen Armstrong heeft het onderscheid tussen religie en spiritualiteit aan den lijve ondervonden. Zij schrijft hierover in haar autobiografische boek *De wenteltrap: mijn weg uit de duisternis*. Als jong meisje koos Armstrong ervoor om het klooster in te gaan, maar het strenge, bijna onmenselijke regime daar maakte dat ze zich na zeven jaar noodgedwongen terug moest trekken uit de orde. In *De Wenteltrap* beschrijft ze de jaren na het kloosterleven. Na jaren van afzondering kost het Armstrong grote moeite om aansluiting te vinden bij leeftijdsgenoten. Ook mist ze de steun en geborgenheid van een

³⁶ Koenig, H.G. (1998). Religious Attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, p. 554

³⁷ In mijn scriptie zal ik de termen spiritualiteit en religie op deze manier gebruiken.

religie. Met vallen en opstaan leert Armstrong in de loop van de jaren haar eigen spirituele weg vinden, los van instituten en religieuze systemen. Een eenzaam proces dat veel moed vereist, zeker voor iemand die jaren gedwongen is geweest zich aan te passen. Ze schrijft over dit moeizame proces: *'Het doet me denken aan de trap in Eliots Aswoensdag, die ik me voorstel als een nauwe wenteltrap. Ik probeerde ervan af te stappen en me aan te sluiten bij anderen, op wat mij een brede, verheven staatsietrap leek, wemelend van de mensen. Maar keer op keer viel ik eraf, en als ik dan terugkeerde naar mijn eigen kronkelige trapje, vond ik onverwacht een vervulling. Nu moet ik mijn wenteltrap verder alleen bestijgen. En naarmate ik verder naar boven kom, trede voor trede, keer ik terug, steeds opnieuw, in kringetjes, schijnbaar zonder noemenswaardig vooruit te komen, maar desondanks opklimmend, naar ik hoop in de richting van het licht.'*³⁸

Verhalen als die van Karen Armstrong zijn geen uitzondering. Zeker de oudere generatie is opgegroeid in een tijd dat de kerk veel macht had en het leven van mensen beheerste. Lang niet iedereen heeft hier goede herinneringen aan. Het opgroeien met een soms streng en onderdrukkend religieus systeem dat hel en verdoemenis preekt en weinig ruimte biedt voor de persoonlijke beleving, kan ertoe leiden dat mensen zich op een gegeven moment afkeren van het geloof. Zij willen niks meer met kerk en religie te maken hebben.

Het 'gevaar' bestaat dat mensen in hun afwijzing van religie ook het contact met hun spiritualiteit verliezen. Ieder denken in termen van transcendentie is voor hen verdacht. Dit is jammer, want spiritualiteit kan ook een belangrijke bron zijn van troost en steun, zoals ik in het volgende hoofdstuk zal bespreken.

3. Ouderen, zingeving en spiritualiteit

In dit hoofdstuk leg ik de relatie tussen zingeving en spiritualiteit en de betekenis van beide in het leven van (zorgbehoefte) ouderen. Ik zal eerst in algemene zin spreken over het proces van ouder worden en de daarmee gepaard gaande zingevingsvragen. Vervolgens ga ik dieper in op de specifieke zinvragen van ouderen die afhankelijk raken van zorg. Daarbij zal ik de nadruk leggen op verpleeghuisbewoners. Tot slot zal ik ingaan op het onderzoek naar ouderen en spiritualiteit, door een gedeelte van de te literatuur bespreken die er de laatste decennia over deze thematiek verscheen.

³⁸ Armstrong, K. (2003). *De wenteltrap: mijn weg uit de duisternis*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Ouder worden in onze samenleving

Oude dames

Ruim voor de bus vertrekt zie ik ze naderen.

Ze lopen zo behoedzaam in de pas.

*Hun schoenen passen altijd bij hun tas,
gezonde kousen steunen oude aderen.*

*Een fleurig sjaaltje siert hun saaie jas,
een beetje lipstick tegen het ontbladeren
en zilverwitte krulletjes omkaderen
't gezicht dat vroeger mooi of lelijk was*

*Dit is mijn voorland, zo zal ik verwelken.
Ik maak een praatje met ze over 't weer
en ruik een vleug parfum van aronskelken.*

*De bus vertrekt. Ze zingen zacht een lied:
sirenen met een lofzang op weleer.
Ze wenken naar me. Maar ik wil nog niet³⁹.*

Oud of ouder worden roept in onze cultuur tegenstrijdige gevoelens op. Enerzijds verlangen we ernaar oud te worden of beschouwen we het als een prestatie wanneer iemand een hoge leeftijd bereikt, anderzijds vormt ouderdom een schrikbeeld dat we het liefst zo lang mogelijk uitstellen. We bewegen ons richting ouderdom, maar wijken er tegelijk voor terug. Deze moeizame relatie komt treffend tot uitdrukking in bovenstaand gedicht van Patty Scholten.

Een van de problemen met het thema 'ouder worden' is dat het lastig is om te bepalen wat we hieronder verstaan. In onze samenleving is het gebruikelijk om iemand oud te noemen op basis van leeftijd. Er blijken echter grote onderlinge verschillen te bestaan tussen mensen van dezelfde leeftijdscategorie. Zo kan iemand op zijn zeventigste nog zeer vitaal en ondernemend zijn, maar woont zijn leeftijdgenoot al in een verpleeghuis. Vanuit de gerontologie, de wetenschap van het ouder worden, is veel onderzoek gedaan naar de vraag

³⁹ Scholten, P. (1997). *Ongekuste kickers*. Amsterdam: Atlas.

wat ouderdom bepaalt. Daaruit blijkt dat het proces van ouder worden niet kan worden teruggebracht tot één bepaalde factor, zoals leeftijd, biologische veranderingen of maatschappelijke factoren, maar dat er sprake is van een complex geheel aan factoren. Een definitief antwoord op de vraag waarom we ouder worden en wanneer dit proces begint is (nog) niet te geven.

Hoewel de factor (leef)tijd slechts één van de factoren is die bepalend is voor het ouder worden, vormt zij in onze samenleving de dominante factor om iemand als oud te bestempelen. Deze reductie heeft een aantal voordelen. Door ouder worden aan de factor chronologische tijd te koppelen, kan het leven in overzichtelijke brokken worden ingedeeld. Het zijn met name de economie en politiek die belang hebben bij een overzichtelijke indeling van de levensloop⁴⁰. Werken met chronologische tijd maakt het bijvoorbeeld eenvoudig te bepalen wanneer iemand recht heeft op studiefinanciering of AOW. Het grote nadeel is dat er geen recht wordt gedaan aan individuele verschillen.

Behalve deze reductie van ouder worden tot leeftijd, lijden de ouderen in onze samenleving onder diverse vooroordelen en een negatieve beeldvorming. Ouder worden is in zekere zin een typisch verschijnsel van onze tijd en cultuur. Nooit eerder werden zoveel mensen zo oud. Bovendien wordt de groep ouderen in onze samenleving steeds groter, omdat naast deze vergrijzing ook ‘ontgroening’ optreedt: er worden de laatste decennia steeds minder kinderen geboren. Dit betekent dat de groep ouderen relatief groot is, maar houdt niet automatisch in dat zij hiermee een sterke positie heeft. Zij vervult daarentegen een vrij marginale, weinig invloedrijke positie. Dit heeft onder andere hiermee te maken dat in onze samenleving burgerschap sterk verbonden is met deelname aan de arbeidsmarkt: wie niet werkt, hoort er in zekere zin niet bij. Het is geen toeval dat we het ouder worden laten beginnen bij het bereiken van de leeftijd van 65 jaar. Traditioneel is dit de leeftijd waarop mensen stoppen met werken. Vanaf dat moment geldt iemand als ‘oud’, dat daarmee bijna een synoniem wordt voor ‘uitgerangeerd’. Dat mensen op hun 65^{ste} vaak nog zeer vitaal zijn en zich alles behalve oud voelen, wordt genegeerd. Jan Baars schrijft hierover: *‘De transitie naar de “ouderdom” wordt geacht plaats te vinden wanneer de leeftijdsgenoten (gemiddeld) stoppen met formele arbeid. Hoewel men over het algemeen genomen langer en gezonder leeft en de arbeid in veel mindere mate lichamelijk belastend is, wordt desondanks het traditionele beeld gehandhaafd dat degenen die deze leeftijden hebben bereikt of over enkele*

⁴⁰ Baars, J., (2001). Ouder worden en ouder gemaakt worden: reflecties over de sociale constitutie van de levensloop. In Quispel, Y. & Christ, L. (red.). *Ouder worden: een kwestie van leeftijd?*, p. 57-68. Utrecht: LBL.

*jaren zullen bereiken, nauwelijks nog in staat zijn om volwaardig aan het arbeidsproces deel te nemen.*⁴¹

In onze samenleving worden ouderen steeds meer als last of als gevaar gezien, vanwege de hoge kosten die het ouder worden met zich meebrengt. In de media en door de overheid wordt gesproken over ‘de grijze golf’, die de samenleving bedreigt. De achterliggende gedachte is als volgt⁴²: mensen worden steeds ouder, maar stoppen tegelijk vroeger met werken, zodat er een relatief lange ‘restfase’ is waarin iemand niet productief is en dus ‘alleen maar geld kost’. Dat mensen, mede dankzij een goede gezondheidszorg, steeds ouder worden, betekent bovendien dat er een langere fase is waarin zij zorg behoeven. Dankzij de toegenomen technische mogelijkheden kan deze zorg bovendien duur uitvallen. Door de ontgroening is de groep mensen die de kosten moet dragen relatief klein. Bovendien is het werken binnen de zorg weinig populair, zodat steeds minder mensen ervoor kiezen. Dit alles leidt ertoe dat ouderen als een last worden beschouwd voor de samenleving. Daarbij wordt gemakshalve over het hoofd gezien dat veel ouderen via vrijwilligerswerk en het oppassen op kleinkinderen vaak een belangrijke bijdrage blijven leveren, zowel aan de economie als aan de zorg.

Ook de heersende waarden van de samenleving bepalen hoe we tegen ouderen aankijken. In onze cultuur draait alles om jeugd en jeugdigheid. Dat ouder worden een eigen schoonheid heeft, wordt niet erkend. Spiritueel leider Ram Dass schrijft in een boek over zijn eigen ervaringen met (zinvol) ouder worden: *‘Het is alsof we steeds opnieuw worden gedwongen een verloren strijd te strijden tegen de tijd in ons verzet tegen de wetten van de natuur (...) Het doet mij denken aan iemand die in de herfst door het bos rent om de prachtige gouden en rode bladeren met groene verf te bestrijken. Een hoop verspilling van tijd en energie.*⁴³ In zijn boek *Het nieuwe ouder worden*, beschrijft Jan Baars hoe ouder worden sterk gekoppeld is aan eindigheid of de dood. Oud zijn wordt gelijkgeschakeld aan ‘niet lang meer te leven hebben’, alsof dit de belangrijkste eigenschap van het ouder worden is. Mensen bevinden zich in de wachtkamer van de dood en hebben weinig meer te bieden of om naar uit te kijken. Juist door ouder worden als een fase te zien waarin ons weinig meer rest dan een passief wachten op de dood, wordt het lastig er een positieve betekenis aan te geven.

De media spelen een dominante rol in onze beeldvorming rond ouder worden. Op haar beurt bepaalt deze beeldvorming hoe mensen ouderen waarderen en tegemoet treden. Twee

⁴¹ Baars, J. (2002). *Ouder worden en de fragiliteit van de intermenselijke conditie*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, p. 5

⁴² Idem

⁴³ Dass, R. (2000). *Vanaf hier, vanaf nu: een nieuwe visie op ouder worden*. Utrecht/Antwerpen: Servire, p. 19

polen spelen daarbij een rol: het ideaalbeeld van de wijze oudere of zorgzame grootouder tegenover het schrikbeeld van seniliteit en de ‘oude heks’. Zowel de schrik- als de ideaalbeelden doen geen recht aan de werkelijkheid, maar zijn wel sterk bepalend voor onze visie op ouderen en ouder worden. In *The politics of recognition* schrijft Charles Taylor: ‘(...) a person or a group of people can suffer real damage, real distortion, if the people or society around them mirror back to them a confirming or demeaning or contemptible picture of themselves.’⁴⁴ Het is treffend dat Taylor beeldmetaforen gebruikt wanneer hij het gevaar van miskenning bespreekt. Onze manier van kijken en verbeelden vertelt iets over welke personen en objecten we al dan niet de moeite waard achten en bepaalt hoe we ons tegenover hen verhouden. Anders geformuleerd: onze levensvisie weerspiegelt onze levenshouding. Deze visie wordt op haar beurt weer sterk bepaald door de beeldvorming van de media. Een negatieve blik of beeldvorming kan de mate waarin individuen erkenning ontvangen sterk beïnvloeden. Groepen die structureel worden uitgesloten van de beeldcultuur of continu negatief in beeld verschijnen, lopen grote kans ook in de werkelijke gemeenschap te worden genegeerd of als minderwaardig te worden behandeld. Omdat beelden ongrijpbaar zijn en beeldvorming vaak een onbewust proces is, zijn mensen lang niet altijd in staat om door de eenzijdige beeldvorming heen te prikken.

De laatste jaren lijkt er voorzichtig verandering te komen in de negatieve beeldvorming rond ouderen⁴⁵. Steeds vaker worden ze toegelaten tot de reclamebevolking. Uiteraard spelen economische belangen hierin een rol. De ‘jongste’ generatie ouderen heeft een vitale leefstijl en het nodige geld te besteden. Markt en reclame beseffen dit en spelen hier handig op in. Wellicht heeft deze ontwikkeling de komende jaren ook invloed op de manier waarop we tegen ouder worden aankijken.

Zingeving en ouder worden

Hoewel ik in deze scriptie met name wil schrijven over de zinfragen van zorgbehoefte ouderen, zal ik ook in het kort iets zeggen over het proces van ouder worden in het algemeen, en de specifieke zingevingsvragen waarmee dit vaak gepaard gaat⁴⁶. In hoofdstuk één schreef ik hoe grens- en overgangssituaties bij uitstek aanleiding geven tot bezinning. Ouder worden, als het aanbreken van een nieuwe levensfase, is een grenservaring op zich. En net als andere

⁴⁴ Taylor, C. (1992). *Multiculturalism and The politics of recognition*. New Jersey: Princeton University Press, p. 75

⁴⁵ zie: <http://www.adformatie.nl/nieuws/nieuws2004-11-16.html>

⁴⁶ De paragrafen over zingeving bij ouderen, alsmede over zingeving in het verpleeghuis zijn mede gebaseerd op de gesprekken die ik voerde tijdens mijn werk voor de thuiszorg, en mijn stage als humanistisch raadvrouw in een verpleeghuis.

grenservaringen brengt ze zowel momenten van bezinning als nieuwe mogelijkheden met zich mee. Ouder worden kent haar eigen zingevingsvragen en problemen. Zo treden met het stijgen van de leeftijd doorgaans meer verlieservaringen op: het overlijden van naasten, het stoppen met werken, het verlies van de vertrouwde leefomgeving, het afnemen van kracht, mobiliteit en gezondheid, als ook van onafhankelijkheid en geestelijke vermogens.

Met name het verlies van een partner is voor veel ouderen een zeer ingrijpende gebeurtenis die een diepe crisis in de zingeving kan veroorzaken. Mensen zijn vaak al lange tijd samen. Hun leven, geschiedenis en identiteit zijn volledig met elkaar vervlochten. Het wegvallen van een partner betekent vaak ook dat de voornaamste bron van contact en intimiteit verloren gaat. Eenzaamheid en ontredde kunnen dan het gevolg zijn. Het omgekeerde komt ook voor. Soms was iemands huwelijk niet goed, of beheerste de zorg voor een zieke partner het hele leven. De dood van de partner kan dan, naast verdrietig, ook een bevrijdende ervaring zijn waarna iemand weer aan zichzelf toekomt en aan een nieuw leven begint.

De positie die iemand binnen de gemeenschap inneemt en de daarmee samenhangende erkenning is, zoals ik in het eerste hoofdstuk schreef, een belangrijke zingevende factor. Zingeving is geen geïsoleerde bezigheid, maar vindt plaats in dialoog met anderen. Ditzelfde geldt voor het vormen van onze identiteit. Zonder erkenning van anderen is het lastig, zo niet onmogelijk, om een stevige identiteit te vormen. Zoals ik hierboven schreef, is de positie van ouderen binnen de gemeenschap weinig gunstig. Rond ouderen bestaan de nodige vooroordelen, die hun weerslag hebben op hoe zij worden gewaardeerd en benaderd. Behalve een eenzijdige of gebrekkige beeldvorming, verandert de positie van ouderen wanneer zij de arbeidsmarkt verlaten. Sommige mensen kijken uit naar hun pensioen. Voor hen voelt de periode die aanbreekt als een lange en welverdiende vakantie, waarin (verre) reizen worden gemaakt en er eindelijk tijd is om al die dingen te doen waar iemand nooit aan toe is gekomen. Nieuwe hobby's worden opgepikt en mensen sluiten zich aan bij een vereniging of doen vrijwilligerswerk. Voor hen begint een tweede leven met nieuwe kansen en mogelijkheden. Anderen ervaren de pensionering als ronduit negatief. Soms was het afscheid van een werkend bestaan vervelend of voelt iemand zich afgedankt en nutteloos, bijvoorbeeld bij een gedwongen ontslag of wanneer iemand vanwege een ziekte moest stoppen met werken.

Behalve het verlies van naasten, speelt voor veel ouderen ook het verlies van de vertrouwde leefomgeving een rol, zeker als dit noodgedwongen plaatsvindt. Een voorbeeld is iemand die naar een zorginstelling verhuist en alles achter moet laten. Deze gebeurtenis kan

een diepe zingevingscrisis veroorzaken, zoals ik in de volgende paragraaf zal bespreken. Het verlies van de vertrouwde leefomgeving kan ook op een minder dramatische, maar niet per se minder ingrijpende manier plaats vinden. Veel ouderen hebben hun vertrouwde wereld zien verdwijnen en voelen zich niet langer thuis in de samenleving. Vaak gaat het verlies van vertrouwdheid gepaard met gevoelens van kwetsbaarheid en onveiligheid. Ze kunnen de veranderingen en het hoge tempo niet bijbenen en raken geïsoleerd van de samenleving. Ook de groeiende individualisering en emancipatie hebben grote gevolgen voor ouderen. Sommige mensen voelen zich een last voor hun kinderen en willen niet teveel een beroep op hen doen, veelal onder het mom van 'de kinderen hebben hun eigen leven'. Het gevolg van dit alles is dat veel ouderen zich eenzaam voelen, of zelfs in een isolement verkeren. Om zin te ervaren is juist contact, verbondenheid, het naar buiten (kunnen) treden noodzakelijk.

Met name de fysieke en geestelijke achteruitgang en de toegenomen afhankelijkheid vormen voor veel (erg) oude mensen een probleem. Wanneer je altijd zelfstandig bent geweest, is het bijna niet te verkroppen dat je bij alles hulp van anderen nodig hebt. Het doet veel met je zelfbeeld en zelfwaardering wanneer je de regie over je leven verliest. Bovendien worden veel ouderen niet langer voor vol aan gezien door hun omgeving, en als gelijkwaardig behandeld. Op die manier kan bij mensen het beeld versterkt worden dat ze niet meer volwaardig meetellen.

De fysieke achteruitgang die vroeg of laat optreedt bij het ouder worden, kan mensen het gevoel geven dat zij opgesloten zitten in hun lichaam. Vaak willen mensen nog heel veel, maar zijn zij hier fysiek niet meer toe in staat. Deze problematiek speelt zeer sterk bij verpleeghuisbewoners, zoals ik in de volgende paragraaf zal bespreken.

Zingevingsvragen in het verpleeghuis

Binnen verzorgings- en met name verpleeghuizen is de geestelijke nood van mensen vaak erg hoog. Om te beginnen is het voor de meeste mensen erg ingrijpend om de thuissituatie en de vaste rol die iemand daarin vervulde te moeten verruilen voor een geanonimiseerde plek in een verzorgings- of verpleeghuis. Mensen raken losgescheurd van een omgeving die vervuld is van herinneringen, symbolen en betekenisverbanden, maar ook van burens en oude bekenden. Vaak verlaten ze het huis of de omgeving waarmee hun hele geschiedenis is vervlochten. Alleen al dit gegeven is vaak genoeg om iemand in een zingevingscrisis te doen belanden. Het verlies van de vertrouwde omgeving, van vertrouwde beelden en geluiden betekent dat mensen weinig aanknopingspunten meer hebben om zich te oriënteren. Bij oudere mensen kan dit leiden tot grote verwarring of zelfs tot geestelijke achteruitgang.

Het huis dat mensen achterlaten was vervuld van zin, het verpleeghuis vormt daarentegen een betekenisarme omgeving. Eén van de oorzaken is dat het verpleeghuis wat betreft haar opzet en inrichting eerder doet denken aan een ziekenhuis dan aan een leefomgeving. Het plaatsen van ouderwets meubilair en een koekoeksklok is een weinig overtuigende manier om de klinische opzet te verhullen. Het bizarre samengaan tussen wat je leefwereld- en systeemelementen zou kunnen noemen, maakt deze eerder pijnlijk zichtbaar. Het verpleeghuis vormt een vervreemdende en voor mensen vaak onbegrijpelijke wereld van lange gangen, medische apparatuur en veel onbekende gezichten. Af en toe is er een lichtpuntje, in de vorm van een bekend gezicht, bijvoorbeeld wanneer iemand bezoek krijgt van familie of kennissen.

Veel mensen hebben er moeite mee zich te moeten aanpassen aan het leefritme, de stijl en de regels van de zorginstelling. Zij hebben in de loop van hun leven een persoonlijke levensstijl ontwikkeld, aangepast aan hun behoeften en verbonden met het eigen levensverhaal. Vaak hebben mensen er in de loop van hun geschiedenis voor moeten vechten om op hun eigen manier te kunnen leven. Ze hebben zich bijvoorbeeld los moeten maken van conventies en verwachtingen uit de omgeving. Nu wordt van hen gevraagd het vertrouwde ritme en de levensstijl op te geven en zich te voegen naar de regels van het verpleeghuis. Een levensstijl is echter geen jas die je af kan werpen. Zij is verweven met iemands levensverhaal en kan niet worden opgegeven zonder dat dit scheuren veroorzaakt in iemands identiteit en zingevingssysteem.

Een ander probleem waar bewoners voor staan, is het gebrek aan privacy. Iemand vertelt over de situatie van zijn vader in het verpleeghuis: *'In de huiskamer is plaats voor twaalf bewoners en ook hier is geen enkele plaats voor privacy. Als ik met mijn vader persoonlijke zaken wil bespreken, zal dit dus buiten het verpleeghuis moeten gebeuren. Op de afdeling waar mijn vader verblijft, zijn slechts vier eenpersoonskamers. Deze worden normalitair vrijgemaakt voor bewoners die ernstig ziek zijn en in de terminale fase van hun leven verkeren. Het is al enkele malen voorgekomen dat de eenpersoonskamers vol waren en iemand, in het bijzijn van alle andere kamergenoten, moest sterven. Dit is zowel voor de stervende en zijn familie, als natuurlijk ook voor de medebewoners een onverteerbare zaak.'*⁴⁷

Bovenstaande situatie vormt geen uitzondering. Vaak wonen verpleeghuisbewoners op kamers voor twee of vier personen⁴⁸. Zij delen hun intiemste momenten met mensen die zij

⁴⁷ Denis, R. & H. Nies (1999). *Tussen de regels door: brieven uit het verpleeghuis*. Utrecht: NZI, p. 12

⁴⁸ Het is belangrijk op te merken dat het delen van een kamer door lang niet iedereen als negatief wordt ervaren. Met name mensen die dementeren vinden het prettig en geruststellend om niet alleen te slapen. Zo vertelt een cliëntenraad: *"Onze ervaring op de psychogeriatric afdelingen in onze vorige behuizing is, dat de bewoners zich op vierpersoonskamers niet*

niet zelf hebben uitgekozen. Bezoekers, medebewoners en personeel komen te pas en te onpas binnenlopen, waardoor mensen zich niet terug kunnen trekken en er weinig mogelijkheden zijn om tot zichzelf te komen en wat zij meemaken een plek te geven. Juist voor mensen die vanwege hun ouderdom of aandoening meer tijd nodig hebben om informatie en gebeurtenissen te verwerken, is dit problematisch. Het gebrek aan momenten om te verwerken en bezinnen vormt wellicht één van de redenen waarom verpleeghuisbewoners vaak zeer emotioneel zijn en gemakkelijk uit hun evenwicht raken.

Ondanks de constante stroom aan ‘voorbijgangers’ en de drukte in het verpleeghuis, is er een schrijnend tekort aan oprechte aandacht. Het personeel wisselt sterk en is vaak overbezet, waardoor er weinig ruimte is om een persoonlijke band met iemand op te bouwen of een bewoner wat extra aandacht te geven. Bovendien zijn medewerkers in hun aandacht vaak hoofdzakelijk gericht op het fysieke welzijn van mensen, en niet zozeer op hun geestelijke behoeften. Sommige mensen hebben het geluk veel bezoek te ontvangen, anderen hebben bijna niemand meer of lijden eronder dat hun kinderen niet vaker langs (kunnen) komen. Bijvoorbeeld omdat deze ver weg wonen of niet op goede voet staan met hun ouders. Zij moeten het doen met de mensen die in het verpleeghuis werken of wonen. Een mevrouw vertelt hierover: *‘Mijn vriend krijgt ongeveer drie keer per week bezoek, maar er zijn er in de groep die de hele week geen bezoek krijgen. Zij zijn aangewezen op de groep en het personeel. Alle facetten van het mens zijn moeten zij dus in dit kleine kringetje kunnen uiten en delen. Terwijl elke Nederlander globaliseert en in een mum van tijd die contacten kan leggen, die bij hen passen, is het in deze zorginstelling geminimaliseerd tot een eiland waar je je maar mee moet zien te redden. Je hebt geen keuzevrijheid meer en bent gedwongen het te doen met de mensen die je zijn toebedeeld.’*⁴⁹

Mensen in een verpleeghuis hebben niet voor elkaar gekozen, maar zijn wel gedwongen om samen te leven. Dit samenleven met medebewoners die eveneens ziek of gehandicapt zijn, kan erg lastig en confronterend zijn. Zieke mensen zijn vaak erg op zichzelf gericht, waardoor er niet altijd onderling begrip is en er een sfeer van onverdraagzaamheid kan ontstaan. Ook als mensen wel open staan voor de ander, is contact niet altijd goed mogelijk. Veel bewoners zijn hardhorend, of hebben juist problemen met spreken, wat de communicatie en daarmee het contact bemoeilijkt. Daar komt bij dat mensen nauwelijks eigen ruimte hebben en niet mogen kiezen met wie zij aan een tafel zitten of op de kamer slapen.

minder prettig voelen dan in de huidige één- en tweepersoonskamers. Eerder zoekt de bewoner de aanwezigheid van een andere persoon, zoals hij/zij meestal ook in de thuissituatie bij de partner gewend was. De thans aanwezige éénpersoonskamers worden vrijwel nooit als zitkamer door de bewoner en zijn familie gebruikt.” Idem, p. 41

⁴⁹ Idem, p. 19

Dit is met name lastig als medebewoners er een heel andere leefstijl of etiquette op na houden. Verpleeghuisbewoners zijn kortom tot elkaar veroordeeld, wat de verhoudingen niet ten goede komt.

Waar er binnen de muren van het verpleeghuis een teveel is aan aanwezigheid van anderen, is er naar de buitenwereld toe een tekort. Mensen die in een verpleeghuis wonen, raken gemakkelijk geïsoleerd van de samenleving. Eén van de redenen is dat het verpleeghuis vaak erg afgelegen ligt, ver verwijderd van winkels, uitgaansgelegenheden, verenigingen en faciliteiten zoals een bibliotheek. Ook is er vaak te weinig geld en personeel om met de bewoners een dagje uit te gaan. De wereld van verpleeghuisbewoners wordt zodoende heel klein en het contact met mensen buiten het huis is minimaal.

Ondanks het isolement waarin verpleeghuisbewoners verkeren, is hun betrokkenheid bij die samenleving vaak nog erg groot. Veel mensen volgen de actualiteit en in de meeste verpleeghuizen wordt gezamenlijk de krant gelezen en besproken. Soms voelen mensen zich machteloos, omdat er in de wereld van alles gebeurt waar ze geen vat op hebben. Diezelfde machteloosheid speelt als iemand zich zorgen maakt om naasten, bijvoorbeeld om een kind met wie het niet goed gaat. De mogelijkheden om vanuit de positie van verpleeghuisbewoner iets voor anderen te betekenen zijn zeer beperkt.

Ouder worden brengt vaak een toegenomen afhankelijkheid en een verlies aan (bewegings)vrijheid met zich mee. Voor verpleeghuisbewoners geldt dit in versterkte mate. Het merendeel van de bewoners zit in een rolstoel, is bedlegerig of beweegt slecht. De afhankelijkheid is daardoor groot. Zelfs de meest basale handelingen zoals eten of naar het toilet gaan, kunnen niet meer zelfstandig worden uitgevoerd. Dit gebrek aan eigen regie en bijbehorende machteloosheid kan grote boosheid oproepen, die zich nogal eens richt tot verzorgenden of medebewoners en soms zelfs ontaardt in (verbale) agressie. Het gevoel te moeten vechten voor aandacht en iemand die je serieus neemt en naar je luistert, kost bovendien erg veel energie.

Verpleeghuisbewoners hebben vaak al veel verloren en verkeren daardoor in een toestand van rouw. Bij mensen die langdurig ziek zijn blijven de verlieservaringen zich opstapelen, waardoor deze rouw een chronisch karakter krijgt. Koenig schrijft hierover: *'Grief is another issue confronting those who live with chronic illness. It is different from the grief experienced after a death, which generally is time limited. The losses that accompany chronic illness do not occur all at once; instead, there is a continual process of losing that may*

*continue throughout that person's lifetime, and so the grieving is also extended (...) many times the grief becomes a chronic sorrow not easily worked through.*⁵⁰

Onrust is een ander groot thema in een verpleeghuis. Bewoners bewegen zich rusteloos van de ene plek naar de andere en lijken nergens hun draai te kunnen vinden. Deze onrust wordt er mede door veroorzaakt dat bewoners op een plek zijn waar ze niet *willen* zijn. Mensen verlangen sterk naar huis, zelfs als dit huis al lang niet meer bestaat of inmiddels een nieuwe eigenaar heeft. Filosoof Cyrille Offermans, zoon van een dementerende moeder, schrijft over zijn ervaringen met verpleeghuisbewoners: *'Naar huis willen ze allemaal. Als ze één verlangen delen, de sedentaire bewoners niet minder dan de ambulante, is het dat ze hier weg willen, liefst zonder uitstel. Dwangmatig zijn ze op zoek naar een taxi, een station, een bushalte, een bekende. (...) Zelfs als ze geen reële voorstelling meer hebben van dat thuis, willen ze ernaar toe.'*⁵¹ Vanuit deze heimwee is het extra lastig om het verpleeghuis als een nieuw thuis te aanvaarden. Het verlangen naar een andere tijd en plaats, brengt onrust met zich mee. Er is een voortdurend zoeken naar iets dat er niet meer is, wat het mensen onmogelijk maakt om zich bij de nieuwe situatie neer te leggen of in het hier en nu te leven.

Behalve problemen die samenhangen met de woonsituatie in het verpleeghuis, hebben bewoners ook te maken met vragen en zorgen rond hun het sterven. Mensen die in een verpleeghuis wonen, hebben vaak niet lang meer te leven. Bovendien sterven er veel mensen om hen heen. Deze voortdurende confrontatie met de dood van anderen en de eigen sterfelijkheid, roept vaak angst op. Tegelijk kan er ook een verlangen zijn naar de dood, omdat mensen het leven dat ze nu leiden niet meer de moeite waard vinden of omdat ze ondraaglijk lijden.

Wat ook een rol kan spelen in de laatste levensfase, is het naar boven komen van onderdrukte herinneringen, zoals oorlogstrauma's of het verlies van een kind. Mensen zijn er soms jarenlang in geslaagd dergelijke herinneringen en bijbehorende heftige emoties te onderdrukken. Nu hun psychische weerbaarheid afneemt, wordt er soms een doos van Pandora opengetrokken en moet alsnog een verwerkingsproces beginnen.

Wanneer je bovenstaande bekijkt vanuit zingevingperspectief, dan komt naar voren dat verpleeghuisbewoners (zeer) weinig mogelijkheden hebben tot (zelf)transcendentie. Zij zijn als het ware losgescheurd van het weefsel aan zingevende verbanden waarin ze waren

⁵⁰ Carson, V.B. & H. G., Koenig (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, p. 113

⁵¹ Offermans, C. (2006). *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*. Amsterdam: Uitgeverij Cossee, p. 86

opgenomen en leven nu in meer of mindere mate geïsoleerd. Dit weefsel was wellicht in de loop van de jaren al poreus geworden door het ‘normale’ proces van ouder worden: een proces waarbij mensen bijvoorbeeld afscheid moeten nemen van hun werkring, van oude vrienden en kennissen die uit het oog zijn verloren, van naasten die overlijden of familieleden met wie het contact verbroken is. Eenmaal in het verpleeghuis hebben mensen weinig mogelijkheden om tot nieuwe, zingevende relaties te komen. Contact met medebewoners is vaak niet goed mogelijk, en de verzorgenden hebben het meestal erg druk of zijn te gericht op het fysieke welzijn van bewoners. Bovendien missen bewoners vanwege hun hoge ouderdom of slechte mentale en fysieke gesteldheid vaak zelf de openheid, kracht en flexibiliteit om actief contact te leggen en onderhouden.

Ook als het gaat om het ontvangen van erkenning voor wie men is en was, ervaren verpleeghuisbewoners een tekort. Wanneer ouderen over hun levensgeschiedenis vertellen, doen zij dit vaak zeer geanimeerd. Zij voelen zich diep betrokken bij hun levensverhalen, en het praten hierover is een belangrijke bron van zin en erkenning. Verpleeghuisbewoners kunnen hun verhaal vaak niet kwijt. Soms heeft dit te maken met een fysieke of mentale aandoening, waardoor mensen niet meer in staat zijn een samenhangend verhaal te houden. Een voorbeeld hiervan is iemand die afatisch is, en niet of nauwelijks kan praten. Daarnaast speelt ook het ontbreken van een luisterend oor een rol.

Niet alleen de aandacht voor iemands geschiedenis, maar ook de erkenning van wie iemand in het hier en nu is, brokkelt vaak af in het verpleeghuis. Zoals in hoofdstuk één naar voren kwam, ontvangen we erkenning op basis van de waarden waarmee we ons verbinden en de wijze waarop we dit doen: mensen krijgen bijvoorbeeld erkenning omdat ze goed kunnen schilderen, mooi viool spelen, een aardige vriendin zijn of veel om de natuur geven. Dat ouderen afgesneden raken van wat voor hen van waarde is, betekent ook dat hun bron van vervulling en erkenning verloren gaat. De mogelijkheden van bewoners om iets voor anderen te betekenen zijn vaak beperkt, alsook de mogelijkheden om zich creatief te uiten of voor anderen te zorgen, kortom: die dingen te doen en te zijn waaraan mensen gedurende een groot deel van hun leven zin en erkenning ontleenden.

Naast deze erkenning voor de unieke persoon die iemand is, missen verpleeghuisbewoners ook de zeer basale vorm van erkenning ‘er toe te doen als mens’. Iets heel normaal als aangeraakt worden, is voor veel verpleeghuisbewoners niet langer vanzelfsprekend. Een vrouw wiens vriend in een verpleeghuis woont, merkt op: *‘Bewoners van zorginstellingen hebben net als alle mensen behoefte aan fysiek contact. Een kusje, een aai over de bol, een hand geven en een arm over de schouder zijn dan niet altijd voldoende. Ik*

zie dat door dit tekort aan aanraking bewoners vervreemden van hun menszijn en de relatie met anderen. Er ontstaat een kramp.⁵² Verpleeghuisbewoners komen vaak aan de rand te staan van de samenleving, en raken in meer of mindere mate afgescheiden van hun naasten, die in een heel andere wereld leven. Soms komen mensen vanwege hun ziekte of handicap, zelden meer buiten. Op die manier kan bij hen het gevoel ontstaan dat ze overbodig zijn geworden en er als mens niet meer toe doen. De manier waarop de samenleving aankijkt tegen ouderen en de negatieve beeldvorming in de media kunnen dit gevoel van overbodigheid verder versterken.

Het gebrek aan erkenning en de ingrijpende verlieservaringen die mensen ondergaan, hebben ook grote gevolgen voor iemands zelfgevoel en identiteit. Verpleeghuisbewoners raken door de vele veranderingen die zij ondergaan van zichzelf vervreemd en hebben onvoldoende mogelijkheden om zichzelf in hun nieuwe situatie te leren kennen en hun identiteit vorm te geven. Soms zit de verandering en het verlies aan identiteit in iets heel kleins, zoals een kind van een verpleeghuisbewoner vertelt: *'Het haar draagt mijn vader met de scheiding aan de linkerkant. Als het anders zit, de scheiding rechts of al het haar achterover gekamd, lijkt hij niet op mijn oude vertrouwde vader als ik bij hem kom. (...) Voor de verzorgenden is het misschien makkelijker en mijn vader ziet er netjes uit, maar is hij nog zichzelf met een ander kapsel?'*⁵³

Om een gevoel van eigenwaarde te behouden, is het van groot belang dat mensen met respect worden bejegend en zich serieus genomen voelen. Een verpleeghuisbewoner vertelt hoe een respectvolle bejegening er concreet uit ziet: *'Er moet tijd worden genomen om echt naar ons te luisteren. Om ons te respecteren zoals we zijn of waren, om te werken aan ons gevoel dat we iemand zijn met eigenwaarde. We willen een gelijkwaardig contact, geen gebagatelliseer van onze problemen.'*⁵⁴

Verderop in dit hoofdstuk zal ik aandacht besteden aan de rol van spiritualiteit in het leven van verpleeghuisbewoners. Door alle verlieservaringen en veranderingen heen, kan iemands religie of spiritualiteit van grote steun zijn en mensen het gevoel geven nog steeds ergens bij te horen en van betekenis te zijn. Alvorens dieper in te gaan op de rol van spiritualiteit en religie, zal ik in de volgende paragraaf eerst aandacht schenken aan de specifieke problemen van ouderen die dementeren.

⁵² Denis, R. & H. Nies (1999). *Tussen de regels door: brieven uit het verpleeghuis*. Utrecht: NZI, p. 21

⁵³ Idem, p. 5

⁵⁴ Idem, p. 27

Zingeving en dementerenden

Mensen die dementeren vormen een categorie apart wanneer het gaat om zingevingproblematiek. In het verpleeghuis wonen zij op een speciale, meestal gesloten afdeling psychogeriatric⁵⁵. Op een dergelijke afdeling leven ouderen die lijden aan aandoeningen van de geest, waarvan dementie de bekendste is. Ook wonen er mensen met een psychische aandoening of met een hersenbeschadiging als gevolg van bijvoorbeeld een ongeluk of beroerte.

Rond dementie bestaan de nodige misverstanden. Zo wordt er vaak vanuit gegaan dat het puur om een geheugenziekte gaat, waarbij mensen simpelweg steeds meer vergeten. In de eerste plaats is er bij dementie niet zozeer sprake van een vergeten, maar van een verstoorde informatieverwerking: informatie wordt eenvoudigweg niet opgeslagen in het korte termijn geheugen. Bovendien is dementie geen ziekte, maar een syndroom: een complex aan samenhangende symptomen die min of meer gelijktijdig optreden⁵⁶. Behalve de aantasting van het geheugen, zien we bij dementie onder meer ook het ontstaan van spraakverwarring, stemmingswisselingen, gedragsstoornissen, concentratieproblemen, besluiteloosheid, passiviteit, onhandigheid, waandenkbeelden en een groeiende verwardheid. Mensen zijn niet meer in staat zich te oriënteren in tijd en ruimte: ze raken voortdurend de weg kwijt, of weten niet meer welke dag het is. Soms staan mensen midden in de nacht op, omdat ze denken dat het al dag is. Ook zijn dementerenden niet meer in staat voorwerpen en hun gebruik te herkennen. Iemand snapt bijvoorbeeld niet meer hoe een afstandsbediening werkt, of gebruikt het bestek op een verkeerde manier. Tot slot is dementie niet één bepaalde aandoening, maar bestaan er verschillende vormen, met elk hun eigen symptomen. Van deze vormen is Alzheimer veruit de bekendste.

Dementie is vaak een sluipend proces, dat omgeven is met gevoelens van grote angst en schaamte. Vaak slagen mensen erin om de verschijnselen lange tijd voor hun omgeving verborgen te houden, tot dit niet langer gaat. Ook de omgeving bagatelliseert of ontkent vaak wat er gaande is. In het boek *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*, geeft Cyrille Offermans een goed inzicht in de ontkenningmechanismen van de omgeving. Vanwege een op handen zijnde verhuizing woont de auteur met zijn vrouw en dochter tijdelijk bij zijn moeder. Hoewel zij in de drie maanden dat zij bij haar wonen steeds absurder

⁵⁵ Het begrip psychogeriatric is een samenvoeging van de woorden psychopathologie (ziekten van de geest) en geriatric (geneeskunde gericht op ouderen). Het begrip geriatric is afgeleid van het Griekse “geroon” dat “grijsaard” betekent, en “iatrein” dat “gezezen” betekent. Zie: Reedijk, J.S. (1991). *Psychogeriatric: De zorg voor oude mensen die in de war zijn*. Lochem: Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom.

⁵⁶ Braam, S. (2005). *Ik heb Alzheimer: het verhaal van mijn vader*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar, p. 17

gedrag vertoont, herkent Cyrille het gedrag niet als dementie. Hij wijt haar achterdocht en verwardheid aan aanpassingsproblemen vanwege de tijdelijke logeerpunt. Pas als Cyrille zijn moeder op een dag betrapt terwijl zij op een ijskoude winterdag zonder jas de deur uit gaat om de planten water te geven, beseft hij dat er iets mis is. Temeer omdat zijn moeder geen enkel besef lijkt te hebben van wat ze buiten wil gaan doen: *‘Weer liep ze naar binnen, weer bleef ze staan, weer keek ze zoekend om zich heen. Ik volgde haar met mijn blik, doodstil. En weer maakte ze een stampvoetende beweging, als een klein kind. Op hetzelfde moment hoorde ik haar stem, harder dan normaal, hartverscheurend van wanhoop en niet te beteugelen zelfbeklag: “Ik weet ook niks meer, ik weet ook he-le-maal niks meer.”*⁵⁷

De zingevingsproblematiek van dementerenden komt duidelijk naar voren in het boek *Ik heb Alzheimer*, waarin wetenschapsjournaliste Stella Braam de belevenissen van haar dementerende vader optekent. Vader René was in zijn werkzame leven professor. Na zijn pensioneren schrijft hij artikelen, en helpt zijn dochter bij haar werk als wetenschapsjournaliste, tot hij dement wordt. Als wetenschapper en intellectueel is hij zich sterk bewust van het verlies van zijn geestelijke vermogens en lijdt hieronder. Een manier om zijn ziekte zin te geven, is door deze op te vatten als een ‘avontuur’ en het ziekteproces te onderzoeken. In een aantekening schrijft hij hierover: *‘Ik zie het juist als uitdaging: wat gebeurt er aan het eind van je leven met je geest? Alzheimer is een avontuur. Ik ga het aan.*⁵⁸ Zijn dochter helpt hem bij dit uitzonderlijke ‘onderzoeksproject’ en doet verslag van zijn uitingen en ervaringen.

Het voortschrijden van de ziekte en het medicijngebruik maken het voor René steeds lastiger om op een onderzoekende manier naar Alzheimer te kijken. Hij wordt een vreemde voor zichzelf en zijn omgeving. René raakt verward, apathisch en depressief. Ook lijdt hij sterk onder het verlies van regie over zijn leven en de opname in een verzorgingshuis. René voelt zich niet langer erkend als een gelijkwaardig persoon. Uit de vele, soms schokkende uitspraken van de zorgverleners, blijkt dat veel mensen hem ook niet als zodanig behandelen. Ondanks de grote steun van zijn dochter, blijft dementie een eenzaam en beangstigend proces waarin iemand weinig meer over zijn leven te zeggen heeft.

Voor René verliest de wereld op ingrijpende wijze aan samenhang. Hij is niet langer thuis in de wereld en kan er (letterlijk) zijn weg niet meer vinden. De wereld verschijnt als een leeg, ‘doods’ of chaotisch landschap, ontdaan van iedere samenhang. Op andere momenten ziet René dingen die er niet zijn. Zijn werkelijkheidsbeleving strookt niet langer

⁵⁷ Idem, p. 34

⁵⁸ Ibid.

met de manier waarop ‘gezonde’ mensen de wereld om hen heen ervaren of hoe iemand tot dan toe de werkelijkheid beleefde. Vaak wordt René niet begrepen en voelt hij zich eenzaam.

Wanneer vanuit zingevingsoptiek naar dementerenden wordt gekeken, dan zou je kunnen zeggen dat bij deze groep mensen het vermogen om actief zin te geven, door ervaringen te delen en te interpreteren, verstoord raakt. In deel één kwam naar voren dat wij zin geven tegen de achtergrond van een gedeelde betekenis horizon. Binnen deze horizon hebben tekens (zoals woorden of symbolen) een bepaalde, min of meer vastliggende betekenis of een complex aan betekenissen. Zo weten we dat een rood stoplicht betekent dat we moeten stoppen. Bij mensen die dementeren lijkt de gedeelde betekenis horizon uiteen te vallen. De navelstreng tussen teken en betekenis wordt doorbroken, waardoor mensen minder goed in staat zijn zin te geven aan hun leven en zich een identiteit te vormen. Of zij leggen juist allerlei verbanden die voor de omgeving niet meer te volgen zijn. In het boek *Ik heb Alzheimer* vertelt René zijn dochter hierover: *‘Vorige week, en de week ervoor zijn de betekenissen veranderd, maar de formuleringen zijn hetzelfde gebleven. Ik heb een keerzijde in mijn hoofd ontdekt. Alsof ik niet goed wijs ben.’*⁵⁹ In de roman *De geheugenkunstenaars* lezen we iets soortgelijks. In dit boek gaat een jongen op zoek naar een medicijn voor zijn moeder, die aan Alzheimer lijdt. De roman bevat een fictief dagboek van de moeder, waarin ze schrijft over haar situatie⁶⁰: *‘Alzheimerland is een vreemd land. De tijd verstrijkt hier anders, kalenders zijn onduidelijk, de dagen en maanden zijn door elkaar geschud als een kaartspel. En de ruimte is ook anders – de grond lijkt te golven, wegwijzers lopen van hun plek. (...) en de omgang met anderen is hier lastig, je spreekt hun taal niet. Ik raak er maar niet aan gewend – het is heel anders dan waar ik vandaan kom. (...) Alzheimer is net als de overgang naar het tientallig stelsel. Toen alles wat je jarenlang kende opeens veranderde. De getallen veranderden, ze veranderden van betekenis. Je wist opeens niet meer hoeveel alles kostte of hoe warm het was, of hoe ver het rijden was naar de dichtstbijzijnde stad.’*⁶¹

Een ander belangrijk kenmerk van dementie, is een ingrijpend zelfverlies. Dit heeft te maken met het afbrokkelende vermogen om, al verhalend, een identiteit te creëren. In *The construction and deconstruction of self in Alzheimer’s disease* leggen de auteurs uit dat de omgeving het zelfverlies van de patiënt vaak bevordert door het ‘auteurschap’ over te nemen. Familie en verzorgenden vatten iedere uiting van verwarring op als een teken van hulpeloosheid. Zo gebeurt het vaak dat de omgeving het woord voert voor de patiënt, of

⁵⁹ Idem, p. 100

⁶⁰ De auteur verloor beide ouders aan de ziekte van Alzheimer.

⁶¹ Moore, J. (2006). *De geheugenkunstenaars*. Amsterdam: Uitgeverij Prometheus, p. 62 & p. 66

bepaalde dingen in gaat vullen, in plaats van iemand de kans te geven zichzelf te uiten. Mensen die dementeren hebben moeite om de juiste woorden te vinden, maar wanneer je hen de ruimte geeft en hen serieus neemt, blijken zij volgens de auteurs zelfs in de laatste fase van hun ziekte in staat tot zelfexpressie⁶².

Het is dus zeer belangrijk om dementerende mensen serieus te (blijven) nemen, en niet alles voor hen in te vullen. Daarnaast is contact of nabijheid van levensbelang voor mensen die dement raken. Stella Braam tekent de ervaringen van haar vader op wanneer hij in een vergevorderd stadium van dementie is: *“Ik kan niet meer voor- of achteruit kijken. En als ik wat denk, ben ik het meteen weer kwijt.” De grote leegte. Wat nog rest aan herinneringen zijn brokstukjes die zich lukraak, zonder enige samenhang of betekenis, aan hem presenteren. Ze lossen snel weer op. Hij omschrijft zijn gedachten als “luchtige souvenirs”. De toekomst kan hij niet overzien, zelfs de dag van vandaag is één groot vraagteken: waar is hij? Waarom? Wat wordt er van hem verwacht? Wat ziet hij over het hoofd? De momenten gaan voorbij zonder dat hij er ook maar eentje weet vast te houden. De chaos is overweldigend en totaal. Zie daar maar eens de controle over te houden! Het is een angstaanjagend vacuüm. “Niets meer om je aan vast te houden,” merkt hij op. “Het is net alsof je steeds minder bestaat. Voor een mens alleen is het niet te dragen.”*⁶³ Wat overeind blijft, als het vermogen verdwijnt om actief zin te geven, is de zinervaring zelf, het vermogen tot contact. Wanneer ze op een dag knus naast elkaar zitten, vertelt de vader van Stella Braam zijn dochter over de betekenis van hun samenzijn: *‘Zó is het leven weer de moeite waard... dingen die gezamenlijk zijn, helpen ons. Laten we proberen een veilige toevlucht voor elkaar te zijn. Een ontmoeting met een ander is voor mij van een extatische waarde.’*⁶⁴

Ouderen, zingeving en spiritualiteit

In hoofdstuk twee kwam naar voren dat er vanuit de samenleving steeds meer interesse is in zingeving en spiritualiteit. Eenzelfde trend zien we binnen de (ouderen)zorg, waar het afgelopen decennium een groeiende hoeveelheid literatuur verscheen over de relatie tussen ouderenzorg, zingeving en spiritualiteit⁶⁵. Dit is opmerkelijk. Nog niet zo lang geleden

⁶² In een artikel over dit onderwerp schrijven de auteurs: *“We suggest that the loss of self can, in many cases, be prevented if, and only if, the caregivers and other significant individuals in the sufferer’s social world can refrain from the ad hoc positioning of the sufferer as helpless, confused, etc., and can refrain from interpreting the speech acts and other non-verbal forms of communication as being indicative of confusion on the part of the A.D. sufferer”*, Zie Sabat, S. & R. Harré (1992). The construction and deconstruction of Self in Alzheimer Disease. In *Aging & Society* 12, p. 460

⁶³ Braam, S. (2005). *Ik heb Alzheimer: het verhaal van mijn vader*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar, p. 183-184

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Zie bijvoorbeeld: Koenig, H.G. et al. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically ill Hospitalized Older Patients. In *American Geriatrics Society* 52, p. 554-562.; Lawrence, L.M. (2003). Aspects of spirituality in dementia care: when

stonden gezondheidszorg en medische wetenschap uiterst sceptisch tegenover spiritualiteit. Er rustte bijvoorbeeld een taboe op het onderzoek naar de relatie tussen geloven en gezondheid. Op dit moment is de situatie bijna tegengesteld. Spiritualiteit geniet grote aandacht van onderzoekers uit verschillende disciplines, variërend van de verpleegkunde en de psychologie tot de gerontologie en de medische wetenschap⁶⁶. Op de achtergrond van deze interesse zal ik in deel twee ingaan, wanneer ik de recente ontwikkelingen in de zorg schets.

In de komende paragrafen zal ik een aantal argumenten bespreken die pleiten voor het integreren van spiritualiteit in de zorg. Ik doe dit op basis van een selectie uit de vele boeken en artikelen die er over dit onderwerp geschreven zijn. Een belangrijk deel van deze boeken en artikelen is afkomstig van de al eerder genoemde Harold Koenig en zijn onderzoeksgroep. Koenig geldt momenteel als autoriteit op het gebied van spiritualiteit in de gezondheidszorg. Tijdens de vele gesprekken die hij als arts in het ziekenhuis voerde, viel het hem op dat religieuze mensen minder vaak ziek zijn, sneller herstellen en over het algemeen beter met hun ziekte om kunnen gaan dan mensen die geen spirituele of religieuze achtergrond hebben. Het inspireerde hem tot het doen van verder onderzoek op dit gebied en het schrijven van een (groot) aantal boeken en artikelen. De argumenten die ik hier bespreek zijn deels gebaseerd op Koenig's boek *Spirituality in patient care*⁶⁷ aangevuld met gegevens en argumenten uit andere studies.

Een van de belangrijkste redenen om spiritualiteit op te nemen binnen de zorg, is de eenvoudige constatering dat veel mensen religieus dan wel spiritueel zijn en deze achtergrond meenemen naar de zorginstelling waar zij verblijven. Dit geldt met name voor ouderen, die nog zijn opgegroeid in een tijd vóór de secularisering. Zelfs als zij zich in hun latere leven van het geloof hebben afgekeerd, is hun geschiedenis vaak vervlochten met dit geloof. Juist in tijden dat mensen het zwaar hebben of door een proces van ingrijpende verandering gaan, spelen religie en spiritualiteit vaak (opnieuw) een belangrijke rol. Dit kan ook gelden voor mensen die het geloof achter zich hebben gelaten, of nooit veel aandacht hadden voor spiritualiteit. Het is belangrijk dat hier vanuit de zorg aandacht voor is en dat mensen de ruimte en begeleiding krijgen om hun religie of spiritualiteit te leven en beleven.

clinicians tune into silence. In *Dementia* 2, p. 393-402.; Lindberg, D.A. (2005). Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality and the Elderly. In *Geriatric Nursing* 26, p. 372-377.

⁶⁶ Musick et al. schrijven over deze opvallende ontwikkeling: "About two decades ago a researcher would have been hard pressed to find a significant body of high-quality research that critically examines the role religion and spirituality play in people's lives. Today, there is no such dearth of research: scholars from many fields, including but not limited to medicine, psychiatry, sociology, psychology, public health, and nursing are increasingly examining religion and spirituality as factors that pattern the health and well-being of adults." Zie: Musick, M.A et al. (2000). Spirituality in physical health and aging. In *Journal of Adult Development* 7 (2), p.73-84.

⁶⁷ Zie: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press.

Het is voor mensen belangrijk dat de zorgverleners op de hoogte zijn van iemands spirituele of religieuze achtergrond en hier rekening mee houden. Niet alleen uit betrokkenheid en respect, maar ook omdat deze achtergrond in meer of mindere mate van invloed is op de medische beslissingen die mensen nemen. Het bepaalt bijvoorbeeld of mensen donor willen worden, medicijnen accepteren, openstaan voor psychische en geestelijke begeleiding, hoe ze aankijken tegen euthanasie, maar bijvoorbeeld ook hoe hun dag is ingedeeld of hoe hun dieet eruit ziet. Belangrijke gegevens, waar de zorgverlener niet omheen kan. Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de ouderen er prijs op stelt wanneer de zorgverlener aandacht besteedt aan iemands religieuze of spirituele achtergrond. Bovendien kan deze aandacht de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger ten goede komen en het vertrouwen versterken⁶⁸.

Een tweede belangrijk argument, dat met bovenstaande samenhangt, is dat spiritualiteit en religie een belangrijke krachtbron vormen in de omgang met en aanvaarding van ziekte, dood en andere verlieservaringen. In de verschillende onderzoeken die er de afgelopen vijftien jaar gedaan zijn, geven veel ouderen aan dat zij in tijden van tegenslag en verlies veel steun putten uit religieuze of spirituele bronnen: *'An overview of spirituality and aging by Blazer (1991) stated that for older adults, both spirituality and religion are described as one of the most frequently used coping and support mechanisms. (...) When older adults are asked a question directly inquiring about use of religion and spirituality as a coping strategy, approximately 90% report that they do utilize religion and spirituality as coping strategies.'*⁶⁹

Een derde argument om spiritualiteit op te nemen in de zorg, is de vermeende positieve relatie tussen spiritualiteit en geestelijke dan wel fysieke gezondheid. Naar deze relatie zijn de afgelopen decennia ruim twaalfhonderd studies gedaan en dat aantal groeit snel. Hoewel het onderzoeksgebied nog relatief jong is, bevestigen de eerste resultaten dat spiritualiteit inderdaad een positieve invloed heeft op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van mensen. De lijst met voordelen van een religieuze of spirituele levensstijl is indrukwekkend. Zo vormen spiritualiteit en religie een krachtig wapen tegen angst en stress. Mensen worden minder snel depressief en als dit toch gebeurt, herstellen ze sneller, zo blijkt uit ruim honderd studies naar dit onderwerp⁷⁰. Uit verder onderzoek komt bovendien naar voren dat mensen

⁶⁸ Ik zeg opzettelijk "kan ten goede komen". Zoals ik in de volgende paragraaf bespreek, vormen religie en spiritualiteit een kwetsbaar onderwerp waar de zorgverlener behoedzaam mee om moet gaan.

⁶⁹ Zie: Lewis, M.M. (2001). Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life Review. In *Journal of Adult Development* 8, p. 231. Zie ook: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 6

⁷⁰ Koenig schrijft: "More than 100 studies examined this relationship during the twentieth century, including twenty-two prospective cohort studies and eight clinical trials. Approximately two-thirds (65%) of observational studies found

minder snel geneigd zijn om zelfmoord te plegen en dat drank- en drugsmisbruik minder vaak voorkomen⁷¹. In het algemeen blijkt dat spirituele of religieuze mensen tevredener in het leven staan en zich gelukkiger voelen⁷². Daar komt bij dat religieuze en spirituele mensen vaak over een uitgebreid en duurzaam sociaal netwerk beschikken, waaraan zij in zware tijden veel steun beleven.

Behalve deze geestelijke voordelen, heeft spiritualiteit ook een sterk positief effect op de lichamelijke gezondheid. Zo blijkt uit onderzoek dat religieuze of spirituele ouderen een lagere bloeddruk hebben, over een sterker immuunsysteem beschikken en over het algemeen een betere gezondheid hebben⁷³. Ook blijken mensen ouder te worden. Van de ruim vijftig studies die naar de relatie tussen spiritualiteit of religie en mortaliteit zijn gedaan, gaf 75% aan dat mensen met een religieuze of spirituele achtergrond langer leven⁷⁴. Ook lijkt het zo te zijn dat het proces van veroudering minder snel gaat. Tot slot komt uit onderzoek naar voren dat religieuze en spirituele mensen minder vaak in het ziekenhuis liggen, en sneller herstellen wanneer dit toch gebeurt⁷⁵.

Een vierde argument om spiritualiteit en religie een plek te geven binnen de zorg, is het gegeven dat zorg en spiritualiteit van oudsher met elkaar verbonden zijn en hun ontstaan danken aan de kerk. Koenig beschrijft in zijn boek *Spirituality in patient care* hoe mensen voor de vierde eeuw na Christus afhankelijk waren van familie of vrienden wanneer zij ziek of behoeftig werden. Ziekenhuizen bestonden nog niet. Pas in 370 werd door Christenen in Europa het eerste grote ziekenhuis opgericht. Dit gebeurde op basis van de bijbel, die oproept om voor de armen en zieken te zorgen. Al snel volgde de oprichting van meer ziekenhuizen.

significantly lower rates of depressive disorder or fewer depressive symptoms in those who were more religious, and 68% of prospective studies found that greater religiousness predicted less depression." Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p.9

⁷¹ Koenig schrijft hierover: "*Of 68 studies examining suicide, 84% found lower rates of suicide or more negative attitudes toward it among the more religious. Of the nearly 140 studies that have examined religious involvement and abuse of alcohol or drugs, 90% found a statistically significant inverse correlation between the two*". Idem, p. 9

⁷² "*Specifically for older adults, spirituality and religion are associated with a myriad of mental health and physical benefits. For example, spirituality has been described as a buffer against depression, a way to maintain meaning at the end of life, and a mechanism for preparation for death and dying (Blazer, 1991; Holt&Dellmann-Jenkins,1992). Also, increased happiness and life satisfaction have been linked empirically with spirituality for older adults (Kelly, 1995; Reed, 1991). Finally, spirituality and religion have been related to higher levels of adjustment for older adults (McFadden, 1996)*" Zie: Lewis, M.M. (2001). *Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life Review*. In *Journal of Adult Development* 8, p. 232.; Zie ook: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press.

⁷³ "*In relation to physical health, spirituality has been linked to positive physical health and inversely related to physical illnesses (Miller & Thoresen, 1999; Musick et al., 2000; Richards & Bergin, 1997). Older adults who are religiously committed tend to be physically healthier, abuse alcohol less often, have lower blood pressure, experience fewer strokes, and have longer survival rates than those older adults not committed to religion (Koenig et al., 1996). Finally, spirituality and religion have been related to higher levels of adjustment for older adults (McFadden, 1996)*" Zie; Lewis, M.M. (2001). *Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life Review*. In *Journal of Adult Development* 8, p. 232.

⁷⁴ Zie: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 11-12.

⁷⁵ Idem, p. 12

Deze werden geleid door medisch geschoolde priesters en monniken. Behalve de ziekenhuizen, had de christelijke kerk ook de universiteiten in handen, waar de medische scholing plaatsvond. Rond de zestiende eeuw werd deze invloed van de kerk verdrongen door die van de staat en raakten religie, onderwijs en wetenschap langzaam van elkaar gescheiden. Een ontwikkeling die in de komende eeuwen werd versterkt, met name in het tijdperk van de Verlichting.

Naast de invloed op zorginstellingen en scholing had de christelijke kerk grote invloed op de verpleegkunde. Het beroep is in 1617 vanuit de kerk ontstaan toen in Parijs een groep katholieke zusters, bekend als de *Filles de la Charités* (Dochters van naastenliefde) te werk werd gesteld in zowel seculiere als christelijke ziekenhuizen. Tot die tijd hadden religieuze vrouwen geen actieve rol vervuld in de verzorging van zieken, in tegenstelling tot mannen⁷⁶. Rond 1800 hadden de *Filles de la Charités* alleen al in Frankrijk de leiding over 400 ziekenhuizen. Rond diezelfde tijd werd in Duitsland de eerste school opgericht voor protestantse zusters. Ook Florence Nightingale, die aan de basis stond van de moderne verpleegkunde, ontving haar training van de *Filles de la Charités* en hun protestantse collega's.

Hoewel de kerk in de loop van de jaren aan invloed verloor, is zij steeds met de zorg verbonden gebleven. Zo hebben tot op de dag van vandaag veel zorginstellingen een christelijke identiteit, al heeft deze vaak wel aan kracht en betekenis ingeboet.

Enkele kanttekeningen

Bij het positieve effect van spiritualiteit en religie is ook een aantal kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste staat het onderzoek naar ouderenzorg en spiritualiteit nog in de kinderschoenen. Een groot deel van de onderzoeksprojecten is te kleinschalig om er verstrekkende conclusies aan te verbinden. Dat er een relatie is tussen religieus of spiritueel zijn en de mentale en fysieke gezondheid van mensen, komt weliswaar duidelijk naar voren, maar daarmee is nog niet bewezen dat er sprake is van een *causale* relatie tussen beide⁷⁷. Het is lastig om vast te stellen *waarom* religieuze of spirituele mensen langer leven of minder last

⁷⁶ Zie ook: <http://www.doc.org/about/history.asp>

⁷⁷ Thoresen schrijft: "However, empirical evidence based on over 300 studies has demonstrated in many but not all cases that a positive relationship exists between spiritual, or religious factors, and health. This relationship appears valid, in general, and is not fully explained by other health-related factors (e.g. by level of social support, by specific health behaviors or beliefs, or sociodemographic factors). However, causal evidence is clearly lacking (e.g. that religious beliefs cause better health) since prospective studies have not adequately assessed the multidimensionality of religion or spirituality to clarify possible mechanisms. Furthermore, prospective studies have not accounted for many psychosocial and socio-cultural factors that could explain health outcomes. With rare exception, experimentally designed studies (e.g. randomized clinical trials) have not been conducted (Harris, Thoresen, McCullough, & Larson, 1999, this issue." Thoresen, Carle E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship?. In *Journal of health psychology* 4, p. 294.

hebben van depressies. Hier kunnen verschillende oorzaken voor zijn. Zo brengt het aanhangen van een religie of het hebben van een spirituele levenshouding vaak ook een gezondere en bewustere leefstijl met zich mee. Daarnaast beschikken mensen meestal over een uitgebreid sociaal netwerk. Dergelijke factoren dragen wellicht bij aan het minder vaak voorkomen van bijvoorbeeld depressies en aan het hebben van een betere gezondheid. Ook Koenig plaatst kanttekeningen bij de huidige onderzoeksresultaten: *'(...) many questions remain unanswered. We know that religious or spiritual involvement does not always have positive effects on health, and even when it does so, the underlying biological mechanisms are poorly understood.'*⁷⁸ Toekomstig onderzoek zal op dit punt meer inzicht moeten brengen.

Een tweede kanttekening die geplaatst moet worden, is dat religie en spiritualiteit niet altijd 'gezond' zijn. Soms weigeren mensen een medische behandeling omdat deze botst met hun religieuze of spirituele overtuigingen. Ook komt het voor dat mensen in plaats van een medische behandeling kiezen voor een alternatieve geneeswijze. Zij hopen bijvoorbeeld te genezen door te bidden, heilige plaatsen of een gebedsgenezer te bezoeken of door het uitvoeren van bepaalde rituelen. Koenig wijst erop dat gevallen waarin mensen een medische behandeling weigeren relatief zeldzaam zijn. Als ze voorkomen, zijn het vaak zeer lastige situaties die om een voorzichtige aanpak vragen. Daarbij is het van groot belang dat de zorgverlener zich probeert in te leven in het wereldbeeld en de beslissing van de zorgontvanger. Mensen hebben voor zichzelf vaak een goede reden om een behandeling te weigeren. Zij zijn er bijvoorbeeld van overtuigd dat zij gestraft zullen worden als ze een donororgaan accepteren of ze zijn bang uitgesloten te worden van de geloofsgemeenschap waartoe zij behoren. De angst voor eeuwige verdoemenis is groter dan de angst om in dit tijdelijk aardse bestaan te moeten lijden of misschien eerder te sterven. Bezien vanuit dit perspectief is de weigering van een behandeling die indruist tegen iemands overtuigingen begrijpelijk. Vaak reageren zorgverleners echter geschokt en weinig begripvol wanneer een cliënt een behandeling weigert. De vertrouwensbreuk die vervolgens ontstaat, maakt dat mensen zich soms volledig afkeren van het zorgsysteem. Koenig raadt aan om te proberen toch met de zorgweigeraar in gesprek te blijven en zich in te leven in iemands motieven. Op die manier kan worden voorkomen dat iemand onbereikbaar wordt voor de zorgverlener.

Worstelingen op het gebied van religie en spiritualiteit vormen een ander risico voor iemands gezondheid. Spiritualiteit en religie raken aan onze meest fundamentele waarden. Een conflict op dit punt kan tot een diepe existentiële crisis leiden. Vanwege de grote stress

⁷⁸ Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 13

die dit veroorzaakt, kunnen mensen er zowel geestelijk als lichamelijk ziek(er) van worden. Juist mensen die lijden aan een mentale of fysieke aandoening, zijn extra kwetsbaar voor de negatieve invloed van een spirituele worsteling.⁷⁹ De gevolgen van een dergelijke worsteling kunnen groot zijn, zo blijkt uit onderzoek: *‘Spiritual struggles were positively associated with a wide range of psychopathology, including symptoms of anxiety, phobic anxiety, depression, paranoid ideation, obsessive–compulsiveness, and somatization. These relationships were robust, remaining significant after controlling for demographic and religious variables.’*⁸⁰

In hetzelfde artikel over spiritualiteit en psychopathologie onderscheiden de auteurs drie vormen van spirituele worsteling⁸¹. In de eerste plaats kan er bij mensen sprake zijn van een onderling conflict over het geloof, bijvoorbeeld wanneer een goede vriend of familielid een andere levensbeschouwing aanhangt of andere interpretaties heeft van een gedeeld geloof. In de tweede plaats is het mogelijk dat iemand zijn levensbeschouwing in twijfel gaat trekken. Iets dat vaak gebeurt na een ingrijpende gebeurtenis. Iemand kan zich op zulke momenten bijvoorbeeld afvragen ‘als God bestaat, waarom moet mij dit dan overkomen?’ Tot slot kunnen er spanningen bestaan tussen het individu en de hogere kracht waarmee iemand zich verbonden voelt. Bijvoorbeeld wanneer iemand het gevoel heeft dat de ziekte een straf is van een hogere macht. Naar dit laatste type worsteling is het meeste onderzoek gedaan.

De desastreuze effecten die een spirituele of religieuze worsteling kan hebben op iemands geestelijk en lichamelijk welzijn, maken het belang van een goede begeleiding en de noodzaak tot extra onderzoek alleen maar groter.

Zingeving en spiritualiteit in de zorg: de situatie in Nederland

Ook in Nederland is er een toenemende interesse voor zingeving en spiritualiteit binnen de zorg. Zo werden er de afgelopen jaren diverse symposia georganiseerd rond deze thematiek⁸².

⁷⁹ “Individuals coping with an illness may be especially vulnerable to the detrimental effects of spiritual struggles because illnesses often place considerable strain on the orienting system, including the spiritual dimension. For example, for many people, the belief in a loving God who ensures that bad things do not happen to good people is central to their view of the world (Pargament, 1997). An illness may threaten this belief and lead to questions such as “How could [this illness] happen if I am a good person and God truly watches over me?” (Pargament, 1997, p. 222). (...) Therefore, an illness may significantly increase an individual’s vulnerability to spiritual struggles by shaking, threatening, or damaging core spiritual assumptions, values, beliefs, and practices that are central to the individual’s orienting system” Zie: McConnell, K.M. & K.I. Pagement (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. In *Journal of Clinical Psychology* 62, p. 1472

⁸⁰ Idem, p. 1479

⁸¹ Idem, p. 1470

⁸² Drie actuele voorbeelden van symposia rond zingeving en spiritualiteit in de zorg:

Vilans, een kenniscentrum voor de zorg aan mensen met beperkingen, organiseerde maart 2007 een symposium met de titel: *Zin & Zorg, omgaan met levensvragen van ouderen* Zie: <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/>

Agora, het landelijke ondersteuningspunt voor palliatieve terminale zorg organiseert in het kader van de jaarlijkse Maand van de Spiritualiteit in november 2007 een symposium met de titel *Hartstocht in de zorg*. Zie: <http://www.palliatief.nl/>

Ook verschenen er diverse studies, waaronder een uitgebreid onderzoek naar zingeving en religie in de thuiszorg uit 2006. De conclusie van dit onderzoek luidde: *‘De ondervraagde professionals zien duidelijk een verband tussen aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg en de ervaren kwaliteit van leven en zorg van cliënten/patiënten. Het is dan ook geen vreemd gegeven dat er onder de professionals een grote behoefte bestaat aan scholing en training in de vorm van gastcolleges, cursussen met adequaat onderwijsmateriaal, intervisie en video opnames. Scholing kan bijdragen aan deskundigheidsbevordering van het personeel en de kennis van levensbeschouwing, zingeving en/of religie vergroten. Daartoe is een actief beleid noodzakelijk van zorginstellingen die dit aspect van leven en zorg prioriteit geven, agenderen en meenemen in de mission statement van de zorginstelling⁸³.’*

Ondanks de groeiende interesse onder zorgprofessionals blijkt uit onderzoek dat er in de praktijk weinig aandacht is voor spiritualiteit in de zorg. Als redenen hiervoor meldt de onderzoekster factoren als een te hoge werkdruk en tijdgebrek; de groeiende aandacht voor biologische aspecten in de zorg; het gebrek aan kennis en vaardigheden van het personeel in het herkennen van en omgaan met spirituele of religieuze vraagstukken; personeel dat zich te weinig bewust is van de eigen spiritualiteit en tot slot de gebrekkige informatieverstrekking aan zorgontvangers, waardoor deze niet weten hoe en waar zij steun en begeleiding kunnen vragen als het gaat om vragen rond zingeving en spiritualiteit⁸⁴.

De zorg is de laatste jaren vaak negatief in het nieuws. Vooral de situatie binnen de gehandicaptenzorg en in verpleeghuizen is zorgwekkend. Met grote regelmaat verschijnen er vernietigende rapporten over de falende zorg. Bewoners voelen zich in de steek gelaten, en medewerkers klagen over de veelheid aan regels, de hoge werkdruk en de lage waardering die zij voor hun inzet ontvangen. In het volgende hoofdstuk zal ik dieper ingaan op de recente ontwikkelingen en problemen in de zorg en zal ik aandacht schenken aan de mogelijkheden en beperkingen als het gaat om het integreren van zingeving en spiritualiteit in de zorg.

Isala Klinieken, een groot niet-academisch ziekenhuis in Zwolle, organiseert in maart 2007 een symposium onder de titel *Kwaliteit van zorg: hart en format*. waarbij de aandacht uitgaat naar levensbeschouwing, zingeving en religie als essentieel onderdeel van kwaliteitszorg. Zie: <http://www.isala.nl>

⁸³ Tiesinga, L.J. (2006). *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg: Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezins-verzorgenden*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen & Universitair Medisch Centrum Groningen, p. 3

⁸⁴ Idem, p.17

DEEL II: ZINGEVING EN SPIRITUALITEIT IN DE ZORG

Inleiding

In dit tweede deel zal ik ingaan op ‘de zorgen van de zorg’. Ik zal hoofdstuk vier beginnen met een korte inleiding op de complexe wereld van het verpleeghuis. Vervolgens zal ik aandacht besteden aan het fenomeen kwaliteitszorg, dat sinds enkele decennia een steeds grotere rol is gaan spelen binnen de zorg. In haar eenzijdige gerichtheid op meetbare resultaten doet de kwaliteitszorg de mens in een zorginstelling tekort. Er wordt voorbij gegaan aan een diepere dimensie, dat wat je de ziel van de mens en de instelling zou kunnen noemen. Aan de hand van Herman de Dijns boek *De herontdekking van de ziel* zal ik uitwerken waarom kwaliteitszorg in bepaalde opzichten problematisch is en ontstaat een pleidooi voor een nieuwe, rijkere invulling van het begrip kwaliteit.

In hoofdstuk vijf bespreek ik vervolgens de opkomst van de belevingsgerichte zorg. Dit nieuwe zorgmodel vormt in een aantal belangrijke opzichten een correctie op de kwaliteitszorg. Eén van de veranderingen is dat er binnen de belevingsgerichte zorg meer aandacht is voor vragen rond zingeving, religie en spiritualiteit. In deel één besprak ik hoe spiritualiteit en religie voor ouderen van grote betekenis zijn in het omgaan met zingevingvragen. In dit vijfde hoofdstuk ga ik in op de vraag hoe spiritualiteit en religie een plek kunnen krijgen binnen de (belevingsgerichte) zorg. Tot slot bespreek ik in hoofdstuk zes de rol van geestelijk verzorgers, die in mijn ogen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de ‘herontdekking van de ziel’ binnen de zorg.

4. Ontwikkelingen in de (verpleeg)zorg

Verpleegzorg in Nederland: tussen systeem en leefwereld

Het verpleeghuis is in Nederland een relatief jong verschijnsel. Van oudsher werden zieke of hulpbehoevende mensen thuis verzorgd door familie en vrienden. De verpleeghuizen zoals wij die kennen, ontstonden pas na de Tweede Wereldoorlog. Ze werden op particulier initiatief gesticht en telden aanvankelijk slechts 10 tot 15 bewoners. In de jaren die volgden namen kerken een groot aantal van deze tehuizen over, waarmee ze een godsdienstige identiteit kregen. Ondanks de na-oorlogse secularisatie is deze identiteit in veel gevallen tot

op de dag van vandaag bewaard gebleven en kent Nederland zowel katholieke, protestantse als enkele humanistische huizen.

Hedendaagse verpleeghuizen vormen grote en complexe organisaties die in weinig meer doen denken aan de kleinschalige en missionaire opzet van vijftig jaar geleden. De bewoners zijn vaak ernstig ziek, (zeer) oud en kwetsbaar. In veel gevallen is er geen uitzicht op verbetering en betekent het verpleeghuis de laatste verblijfplaats. Verpleeghuisbewoners worstelen met ingrijpende existentiële kwesties. Het verlies van de vertrouwde omgeving en het eigen leefritme, de confrontatie met lijden en dood, de achteruitgang van fysieke en geestelijke vermogens, het gebrek aan privacy en de toegenomen afhankelijkheid zijn enkele van de grote thema's waar mensen in een verpleeghuis (en hun naasten) mee te maken krijgen. Ook is er een groot gebrek aan geld en zijn er te weinig goed opgeleide zorgverleners.

De complexiteit van het verpleeghuis heeft ook hiermee te maken dat de zorginstelling een spanningsvol samengaan vormt tussen twee werelden: de zogenaamde leefwereld en de systeemwereld. Om dat uit te leggen zal ik een kort uitstapje maken naar de filosoof Jürgen Habermas. Habermas maakt in zijn werk een onderscheid tussen twee sferen waarmee we in ons leven te maken hebben: de politiek-economische systemen en de alledaagse leefwereld⁸⁵. Binnen de politiek-economische systemen staat het strategisch handelen centraal: een rationeel en doelgericht handelen waarbij de ander tot instrument wordt gemaakt. Geld en macht spelen daarin een hoofdrol. De leefwereld kenmerkt zich daarentegen door communicatief handelen, waarin het streven naar wederzijds begrip en een goede verstandhouding voorop staan. De leefwereld is ook het domein van de zingevende interesse, daar waar de systeemwereld eerder in het teken staat van de menselijke behoefte om de wereld te doorgronden en aan onze wensen aan te passen (de manipulatieve interesse).

Kenmerkend voor onze tijd is dat systeemdomeneinen zoals de economie steeds meer de leefwereld van mensen binnendringen, waardoor de verhoudingen verstoord raken. Dit zie je zeer sterk in verpleeghuizen, waar het denken in termen van kostenbeheersing, technische oplossingen en efficiency het dreigt te winnen van menselijke waarden, goede zorg, aandacht en verbondenheid. Ook in het concept van kwaliteitszorg komt de invloed van het economische systeem zeer sterk naar voren, zoals ik verderop zal bespreken.

Naast het economische systeem heeft ook de medische wetenschap grote invloed in het verpleeghuis. Door de dominante aanwezigheid van witte jassen, technische apparatuur en de klinische uitstraling, doet het verpleeghuis eerder denken aan een ziekenhuis dan aan een

⁸⁵ Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke-ik: Bouwstenen voor een kritisch humanisme*, Nijmegen: Humanistics University Press.

woonomgeving. De dominantie van de medische wetenschap houdt ook in dat binnen verpleeghuizen de fysieke zorg voorop staat. Dit gaat ten koste van de aandacht voor de geestelijke behoeften van mensen. Verzorgenden en verpleegkundigen zijn vooral getraind op het gebied van lichamelijk verzorging. Het geestelijk leven van mensen is voor hen vaak grotendeels onbekend terrein. De dominante positie van de medische wetenschap heeft tot slot tot gevolg dat bewoners van een zorginstelling gereduceerd worden tot patiënt in plaats van te worden benaderd als een volwaardig persoon. Of zoals een mevrouw dit treffend uitdrukte: *‘Vroeger was ik mevrouw Lund en had ik een stijve heup, nu ben ik een stijve heup die mevrouw Lund heet.’*⁸⁶

Aan de hand van een bespreking van het kwaliteitsmodel, zal ik in het volgende hoofdstuk met name de invloed van wetenschap en economie verder uitwerken, en dieper ingaan op de problematische kanten van deze groeiende invloed binnen de zorg.

*Kwaliteitszorg*⁸⁷

Zorginstellingen zijn de afgelopen decennia steeds meer als bedrijven gaan functioneren. Zij hebben de modellen, het denken en de taal van het bedrijfsleven overgenomen. Steeds vaker wordt de bewoner van een zorginstelling als klant of consument gedefinieerd, aan wie de zorginstelling een ‘zorgproduct’ levert. Een sleutelterm binnen deze ontwikkeling is het begrip kwaliteit, dat sinds enkele jaren de wereld van de zorg domineert. De Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, illustreert op haar website hoe het denken over kwaliteit eruit ziet: *‘In het nieuwe zorgstelsel staat een optimale prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg centraal. Kwaliteit zal inzichtelijk moeten worden gemaakt en de zorg moet doelmatig worden geleverd. Kwaliteit en kosten zullen hierdoor steeds meer twee kanten van dezelfde medaille worden. En zowel de patiënt als de verzekeraar zullen zorginstellingen hierop gaan selecteren. Hiermee wordt kwaliteit van het hoogste strategische belang. Niet alleen voor de kwaliteitsfunctionaris of professional binnen uw zorginstelling, maar voor iedereen die staat voor het optimaliseren van de geleverde kwaliteit van zorg.’*⁸⁸

Opvallend zijn de bedrijfsmatige termen die in het citaat worden gebruikt. Men heeft het over ‘een optimale prijs/kwaliteitsverhouding’, ‘doelmatigheid’ en ‘strategisch belang’.

⁸⁶ Citaat van Nygard, gevonden in: Declercq, A., (1998). In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden. In: *Tijdschrift voor sociologie* 19, p. 399

⁸⁷ De paragrafen over kwaliteitszorg vormen deels een bewerking van een werkstuk dat ik schreef voor het vak *Systeem en Zorg*

⁸⁸ Zie: <http://www.nvkz.nl/www/NVKZz.htm> De NKVZ is een vereniging die zich richt op de verbetering van de kwaliteit van zorg en is gericht op iedereen die binnen de zorg werkt, van zorgverleners en cliëntenraden tot onderzoekers en verzekeraars.

Uit dit citaat blijkt hoe sterk het kwaliteitsmodel gekleurd is door het jargon en de denkwijze van het bedrijfsleven. Dit is geen toeval. Het kwaliteitsmodel is ontstaan vanuit het bedrijfsleven, waar het begin jaren tachtig zijn opkomst beleefde⁸⁹. Het was een tijd waarin de consument en diens wensen steeds meer centraal kwamen te staan. De klant werd door de markt tot koning gekroond. Sleutelbegrippen uit het nieuwe model zijn ‘efficiency’, ‘deskundigheid’ en ‘klantgerichtheid’, termen die we tegenwoordig ook vinden binnen de zorg. Het kwaliteitsmodel is sterk rationeel: het zet wetenschap en techniek in om zijn doelen te bereiken. Medewerkers werken volgens een strak tijdschema en kennen precies hun taak. Dit alles met het doel om het bedrijf zo soepel en efficiënt mogelijk te laten functioneren.

Begin jaren negentig dringt het kwaliteitsmodel door in de zorgsector. Tot die tijd werd het bewaken van de kwaliteit en het maken van evaluaties overgelaten aan beroepsverenigingen. Dit maakte de situatie onoverzichtelijk en weinig transparant. In 1996 wordt de Kwaliteitswet Zorginstellingen ingevoerd om zo tot een verzameling algemene afspraken te komen. De wet kent een aantal globale doelstellingen, waaronder de eis om verantwoorde zorg te leveren, het voeren van een beleid dat zich bewust richt op kwaliteit, het opstellen van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag om zo de transparantie van de instelling te vergroten⁹⁰. Het bieden van ‘verantwoorde zorg’ vormt de kern van de kwaliteitswet en veronderstelt grofweg drie criteria: doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid.

Wat precies onder ‘kwaliteit’ wordt verstaan, is een zaak van de zorginstelling zelf. Het begrip wordt in de wet nauwelijks uitgewerkt. Het behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling om tot een visie te komen op wat kwaliteit van zorg inhoudt⁹¹. Om instellingen de ruimte te geven, houdt de overheid bewust enige afstand, al blijft zij de eindverantwoordelijke. Het openlaten van wat onder kwaliteit moet worden verstaan, heeft daarnaast ook een praktische reden: kwaliteit van zorg heeft binnen een verpleeghuis een heel andere betekenis dan in bijvoorbeeld een tandartsenpraktijk. Het is dan ook lastig om tot een eensluidende definitie te komen.

⁸⁹ Korsten, A.F.A. & J.M.L.M. Soeters (1999). Kwaliteitszorg in de non-profitsector. In *Bestuurskunde* 8, p. 232-244

⁹⁰ Zie voor een beschrijving van de kwaliteitswet: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). *Brochure Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Rijswijk: VWS.

⁹¹ “Een zorginstelling moet de ruimte hebben om een eigen kwaliteitsbeleid te ontwikkelen dat is afgestemd op de behoeften van haar cliënten. De kwaliteitswet zorginstellingen biedt die ruimte en stelt daarom geen gedetailleerde kwaliteitseisen. Centraal in de wet staat dat instellingen verantwoorde zorg leveren op basis van bewust kwaliteitsbeleid. Dat kan op vele verschillende manieren en in vele verschillende vormen. Het is aan de zorginstellingen om samen met organisaties van patiënten/consumenten en verzekeraars de eisen in de wet verder uit te werken, zodat de kwaliteit van zorg ook in de toekomst gewaarborgd is. De overheid is daarvoor eindverantwoordelijk, maar wel op afstand”, Idem, p.15

De introductie van het kwaliteitsmodel binnen de zorg vormt een positieve en logische ontwikkeling in een tijd dat zorg onbetaalbaar dreigt te worden, de wachtlijsten groeien en veel zorginstellingen een gebrek aan transparantie en controleerbaarheid kennen. Het kwaliteitsmodel maakt de zorg efficiënter (en dus goedkoper), beter beheersbaar en streeft bovendien naar een betere afstemming op de cliënt. Net als in het bedrijfsleven krijgt de patiënt-client in het kwaliteitsmodel een sleutelpositie. Dit laatste blijkt onder meer uit het groeiend aantal enquêtes en de opkomst van cliëntenraden. Zoals ik hieronder zal bespreken kleven er echter ook nadelen aan kwaliteitszorg.

Kwaliteitszorg: de keerzijde

Het kwaliteitsmodel heeft onmiskenbaar een belangrijke, positieve bijdrage geleverd aan de zorg. Het heeft geholpen om de zorg betaalbaar te houden, de transparantie van zorginstellingen te vergroten en de cliënt meer stem te geven. Tegelijk kan je je afvragen of de ontwikkeling niet is doorgeschoten in haar streven naar zaken als efficiency en of ze niet te eenzijdig is in haar benadering. De kwaliteitswet is er weliswaar op gericht beter aan de wensen van de cliënt tegemoet te komen, maar hoe de zorgverlener omgaat met de kwetsbaarheid van mensen, of wat het *betekent* om 24 uur per dag in een zorginstelling te leven in volledige afhankelijkheid, zijn vragen waar men nauwelijks bij stilstaat. Niet voor niets heerst er binnen veel zorginstellingen grote onvrede onder zowel de medewerkers als onder bewoners en hun naasten. Behalve gebrek aan geld en de onhaalbaarheid van de kwaliteitseisen (veel instellingen voldoen niet of maar met moeite aan de norm), heeft dit ook te maken met de eenzijdigheid van het kwaliteitsmodel.

Een van de problemen met kwaliteitszorg, is dat het zijn oorsprong vindt binnen het bedrijfsleven. Tussen de zorg en het bedrijfsleven bestaat een aantal fundamentele verschillen die maken dat het kwaliteitsmodel niet klakkeloos door zorginstellingen kan worden overgenomen. Zo gaan beide uit van een volledig ander mensbeeld. Kort gezegd richt het bedrijfsleven zich op de mens in zijn functie als consument: een in principe autonoom en mondig individu dat weet wat hij wil en toegang heeft tot voldoende productinformatie. Op basis daarvan heeft hij de mogelijkheid weloverwogen keuzes te maken uit een veelheid aan producten en aanbieders. Mensen in een zorginstelling als een ziekenhuis of verpleeghuis zijn daarentegen vaak kwetsbaar en afhankelijk, soms ook ernstig ziek en verward. Hoewel sommige bewoners prima in staat zijn hun wensen kenbaar te maken, hebben verreweg de meesten niet het vermogen of de energie om voor zichzelf op te komen en weloverwogen keuzes te maken. Waar het kwaliteitsmodel kortom aan voorbijgaat, is de fundamentele

kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de ‘zorgconsument’, voor wie de instelling een (nieuwe) leefwereld of ‘thuis’ vormt. Bij ouderen is er op dit punt nog een bijkomende moeilijkheid. Zij hebben vaak niet geleerd om zich mondig op te stellen, maar vertrouwen daarentegen sterk op autoriteiten. Ouderen zullen dan ook minder snel geneigd zijn zelf ergens om te vragen of hun wensen kenbaar te maken. Het kwaliteitsmodel, dat eerder vraaggericht dan aanbodgericht te werk gaat, botst met deze realiteit.

Een tweede belangrijk verschil, dat met bovenstaande samenhangt, is dat er binnen de zorg sprake is van een andersoortige relatie, met een ander ‘contract’. Zo is het kenmerkend voor de zorgrelatie dat het contact tussen instelling en cliënt niet vrijwillig tot stand komt, maar uit nood geboren is. Niemand kiest ervoor om in een verpleeghuis of ziekenhuis te belanden. Bovendien is een zorgrelatie vaak intensief en kan zij jarenlang duren, daar waar de relatie tussen consument en bedrijf doorgaans oppervlakkig, kortdurend en puur functioneel is. Een bijkomend verschil is de a-symmetrische verhouding tussen deskundige en cliënt en het ontbreken van controle, waardoor de cliënt aan de grillen van de instelling is overgeleverd. De scheve verhouding en het gebrek aan controle wordt gedeeltelijk ondervangen door het kwaliteitsbeleid zelf, dat immers gericht is op meer transparantie en controleerbaarheid. De hoop is dat de cliënt op die manier meer macht krijgt en daarmee minder is overgeleverd aan de willekeur van de instelling. Ondanks deze toegenomen transparantie vormt een zorginstelling vaak een wereld op zich, geïsoleerd van de samenleving en onttrokken aan sociale controle. Veel mensen hebben bijvoorbeeld geen idee wat zich in een verpleeghuis afspeelt tot ze er zelf mee te maken krijgen.

Een derde belangrijk verschilpunt tussen markt en zorg, is dat het *zorgproduct* zich hierdoor kenmerkt dat het voor een belangrijk deel ontastbaar is. Dit maakt het zeer lastig om kwaliteit te bepalen, laat staan te meten. Het betekent ook dat men in het bepalen van kwaliteit op zoek gaat naar factoren die in principe meetbaar zijn. In een verpleeghuis wordt kwaliteit dan ook voor een belangrijk deel beoordeeld op bijvoorbeeld het aantal douchebeurten per week, de hoeveelheid handen aan het bed, de maaltijdvoorziening of het aantal mensen dat op een kamer slaapt. In de zorgpraktijk probeert men deze kwaliteit te realiseren via scholing, dossiervorming of het oprichten van een cliëntenraad. Dit maakt de invulling van het begrip ‘kwaliteit’ erg eenzijdig. Belangrijke kwaliteiten als aandacht, betrokkenheid, veiligheid, privacy en zingeving vallen buiten het model. Een zorginstelling kan werken als een goed geoliede machine, maar dit impliceert nog niet dat bewoners zich er thuis voelen of er zin ervaren.

In het boek *De herontdekking van de ziel* schrijft Herman de Dijn: *‘Het idee van kwaliteitszorg zoals het van toepassing is in industrie en bedrijfsleven zonder meer overdragen naar non-profitsectoren of zelfs naar de menselijke relaties in het algemeen, kan slechts verstandig zijn als deze sectoren en relaties fundamenteel dezelfde logica of structuur vertonen. Als dit niet zo is – en er zijn dwingende redenen om dat aan te nemen – dan moet deze overdracht faliekant aflopen. (...) Dit wil [niet] zeggen dat het woord “kwaliteit” in de non-profitsectoren en relaties niet van toepassing zou zijn. Alleen moet het streven naar kwaliteit hier iets fundamenteel anders betekenen.’*⁹² De Dijn pleit in zijn boek voor een rijker en complexer invulling van het begrip kwaliteit, waarmee recht wordt gedaan aan de menselijke behoefte aan zingeving en spiritualiteit. Ik zal zijn alternatieve visie op kwaliteit in de volgende paragraaf samenvatten.

Kwaliteitszorg en zielzorg

In *De herontdekking van de ziel* spreekt Herman de Dijn kritisch over kwaliteitszorg. Eén van zijn belangrijkste kritiepunten is dat kwaliteitszorg sterk leunt op wetenschap en techniek en nauwelijks oog heeft voor de zingevende interesses van de mens. Wetenschappelijke inzichten en technische middelen worden ingezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarbij wordt over het hoofd gezien dat bepaalde vragen en problemen niet via de ratio of de wetenschap opgelost kunnen worden. Over de tekortkomingen van de kwaliteitszorg schrijft hij: *‘De poging zelf om alle problemen op technisch-wetenschappelijke-professionale manier op te lossen moet mislukken. De reden is dat bepaalde noden en verlangens van de mens van dien aard zijn dat zij op die manier niet kunnen worden opgelost. Het gevolg is dat een kwaliteitsdenken en kwaliteitszorg die daarmee geen rekening houden, niet alleen gedoemd zijn te mislukken, maar bovendien hun eigen specifieke moeilijkheden aan de reeds bestaande zullen toevoegen.’*⁹³

Een tweede belangrijk kritiepoint is de invulling die binnen de zorg aan het begrip ‘kwaliteit’ wordt gegeven. In haar benadering van kwaliteit sluit de zorg aan bij wat De Dijn ‘psychologisme’ noemt. Kenmerkend voor dit psychologisme, dat volgens De Dijn momenteel zeer dominant is in de westerse samenleving, is dat alles draait om het ‘je goed voelen’. De realiteit wordt desnoods gemanipuleerd om dit aangename effect te bereiken. Een voorbeeld is iemand die depressief is en van de huisarts pillen krijgt om de negatieve

⁹² Dijn, H. de (1999). *De herontdekking van de ziel: voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers, p. 67

⁹³ Idem, p.42

gevoelens te overwinnen, in plaats van de diepere grond van de depressie te onderzoeken. Hoewel (op korte termijn) misschien effectief, is een dergelijke aanpak vanuit zingevingsperspectief problematisch. De realiteit van het leven wordt als het ware omzeild of geweld aangedaan en het fundamentele verlangen van de mens naar echtheid, diepgang en werkelijk contact wordt genegeerd.

Behalve de werkelijkheid wordt ook de mens zelf binnen deze visie genegeerd. Deze wordt volgens De Dijn gereduceerd tot een soort ‘gevoelsmachine’, een wezen dat slechts zou streven naar aangename ervaringen, en dat de onaangename wil vermijden. Een mens kortom, zonder ziel en zin. Deze miskenning van iemands diepere, geestelijke behoeften is volgens De Dijn kenmerkend voor het mensbeeld van het psychologisme: *‘Sentimentalisme en psychologisme bevatten een mensopvatting waarin “het geestelijke” in de mens, wat men traditioneel de ziel noemt, met haar gerichtheid op waarheid, goedheid en schoonheid, wordt genegeerd. Alle aspecten van het geestesleven zijn slechts figuren, hoe gecompliceerd ook, van het nastreven van aangename gevoelens. Dat de ander wezenlijk gericht zou kunnen zijn op iets dat het subjectieve gevoel transcendeert, op de werkelijkheid, op het goede of het schone kan hier onmogelijk begrepen, laat staan aanvaard worden.’*⁹⁴

De miskenning van de ziel en bezieling die De Dijn signaleert, leidt tot grote onvrede binnen de zorg. Cliënten of patiënten voelen zich niet werkelijk gezien en medewerkers klagen over de hoge werkdruk en het gebrek aan voldoening dat zij in hun werk vinden. Zij worden gedwongen om op een mechanische manier te werken en kunnen hun bezieling niet kwijt. In een interview met Trouw vertellen twee verpleegkundigen over de hoge werkdruk binnen hun ziekenhuis en de gewetensbezwaren die dit met zich meebrengt: *‘Je wilt betrokken blijven bij de patiënten. Als verpleegkundige kun jij het verschil maken door net wat meer te geven dan het allernoodzakelijkste: een gesprek, tijd, aandacht, humor. Maar helaas dat kan niet meer.(...)Productie draaien. Daar gaat het om. Het management moet nu eenmaal mooie cijfers kunnen laten zien aan de leiding.’* Haar collega vult aan: *‘De patiënt is een product geworden. Je moet per jaar je target halen. En wij als verpleegkundigen zijn voor het management niet veel meer dan een micro-sectienummer. Dat is het nummer dat voor de wasserij in het boordje van je bedrijfskleding is genaaid.’*⁹⁵

Op de vraag wat zij de patiënt willen bieden, antwoorden de verpleegkundigen ‘kwaliteit’ en ‘zorgen dat mensen hun waardigheid behouden’. Blijkbaar verstaan zij iets anders onder kwaliteit dan de invulling die hier vanuit de instelling aan gegeven wordt. Ook

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Bles, W. van der (6-1-2007). In de zorg gaat het om productie. In *Trouw*.

De Dijn gelooft dat er een nieuwe visie op kwaliteit mogelijk en noodzakelijk is, en ook hij beklemtoont dat goede zorg draait om waardigheid en respect voor wie iemand werkelijk is. De alternatieve visie op kwaliteitszorg die De Dijn in zijn boek presenteert heeft 'de mens *als persoon*, in zijn *waardigheid* op het oog'⁹⁶. Respect voor de gehele mens en zijn waardigheid betekent volgens De Dijn in de eerste plaats dat we de mondigheid van de ander erkennen. Er zijn echter perioden in het leven waarin de ander (nog) niet of niet langer als mondig kan worden beschouwd. Te denken valt aan kinderen, terminale patiënten, of mentaal gehandicapten. Ook dan moet de ander als persoon worden gerespecteerd.

Op basis van het verschil tussen mondige en niet-mondige mensen, onderscheidt De Dijn twee vormen van respect. In de eerste plaats noemt hij respect voor de mondigheid van de ander. Deze vorm van respect houdt in dat we de ander serieus nemen in zijn overtuigingen en gevoelens. Omdat niet iedereen in staat is zich op zijn mondigheid te beroepen onderscheidt De Dijn nog een tweede vorm van respect: respect voor de mens die (nog) niet of niet langer mondig is. Dit houdt in dat we de waardigheid van die ander hoog houden ook al neemt hij of zij niet langer deel aan het 'gewone leven'. Het gaat dan om respect voor een diepere dimensie, het 'onherleidbare mysterie van iedere mens', zoals De Dijn het uitdrukt. In navolging van Levinas gaat De Dijn ervan uit dat we dit mysterie ontmoeten in het gelaat van de ander: *'Met het diepste mysterie van de mens komt men volgens hem in aanraking door de confrontatie met het gelaat van de ander, vooral de kwetsbare of gekwetste ander. Het mysterie van de persoon, wat men in de religieuze traditie zijn ziel noemt, ontmoet men in de confrontatie met het gelaat van de ander. Wie de blik van de ander ontmoet (de blik die smeekt om hulp, om niet gedood of gekwetst te worden), en die blik negeert, die miskent de waarde van de persoon.'*⁹⁷

Respect kent dus twee (fundamenteel) verschillende vormen. Zo ook moet volgens De Dijn kwaliteit specifieke vormen en betekenissen hebben, afhankelijk van het type respect dat vereist is. Respect in relatie tot een mondig individu houdt in dat we de behoeften en overtuigingen van de ander serieus nemen. Dit is volgens De Dijn iets heel anders dan zorgen dat de ander 'zich goed voelt'. Soms moeten we de ander ook kritiek geven of tegenspreken. De kwaliteit van de relatie wordt hier bepaald door de mate waarin beide partijen gericht zijn op datgene waar het werkelijk om gaat: *'Kwaliteit op het oog hebben, betekent: niet aan het*

⁹⁶ Dijn, H. de (1999). *De herontdekking van de ziel: voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers, p.43.

⁹⁷ Ibid.

*resultaat denken maar bezig zijn met het echt interessante en belangrijke, zich richten op de betekenissen en waarden waarover het gaat.*⁹⁸

Respect in relatie tot mensen die (nog) niet of niet langer mondig zijn komt naar voren in een *zorg* die de gehele mens op het oog heeft. In haar meest elementaire vorm toont dit respect zich in de zorg voor het lichaam van de ander. *‘Dit veronderstelt een opvatting van de ander, van het andere lichaam, als zijnde niet zomaar een organisme. (...) Het lichaam als object van zorg is de bezielde ander.’*⁹⁹ Een andere fundamentele vorm van respect is bijvoorbeeld het noemen of in herinnering houden van de *naam* van de ander. Niet voor niets speelt het noemen van de naam van overledenen een belangrijke rol in herdenkingsbijeenkomsten.

In het laatste hoofdstuk van zijn boek pleit de Dijn voor een invulling van kwaliteit die je spiritueel zou kunnen noemen. In deze opvatting van kwaliteit staat niet het bereiken van mooie resultaten centraal, maar gaat het om een gerichtheid op de mens als een bezielde wezen. De Dijn eindigt zijn boek met de woorden: *‘De herontdekking van de ziel impliceert een andere visie op kwaliteit. Daarom moet kwaliteitszorg meer zijn dan de zo geprezen “totale (of integrale) kwaliteitszorg”. Echte kwaliteit kan alleen worden bereikt in een vergeten van kwaliteitszorg als loutere gerichtheid op resultaten. Echte kwaliteit kan alleen worden bereikt in de overgave aan datgene waar het om gaat.’*¹⁰⁰

In hoofdstuk vijf zal ik de mogelijke rol van zingeving en spiritualiteit binnen de zorg verder uitwerken.

5. De rol van zingeving en spiritualiteit binnen de ouderenzorg

De terugkeer van de holistische benadering

Zoals ik in het vorige hoofdstuk schreef was verpleegzorg oorspronkelijk een taak van geestelijken. Zielzorg en de zorg voor het lichaam waren sterk met elkaar verbonden. Ze maakten deel uit van wat we nu een holistische benadering noemen, waarbij de mens wordt gezien als een geheel, een samengaan van lichaam, psyche en ziel. Secularisering en de groeiende dominantie van de medische wetenschap, droegen eraan bij dat de holistische benadering werd vervangen door een dualistische. Zielzorg en lichamelijke verzorging werden aparte domeinen, met eigen vormen van professionaliteit. Waar van een geestelijk

⁹⁸ Idem, p. 49

⁹⁹ Idem, p. 53-54

¹⁰⁰ Idem, p. 7-8

verzorger bijvoorbeeld eigenschappen als empathie en een sterk reflexief vermogen worden verwacht, zijn kennis en diagnostische vaardigheden bepalend voor de professionaliteit van een arts. Ook ontstond er een verschil in waardering en macht van beide beroepen. Binnen verpleeghuizen en andere zorginstellingen heeft de medische wetenschap een sterke positie, terwijl geestelijk verzorgers meer vanuit de marge opereren en minder aanzien genieten.

In *De herontdekking van de ziel* schrijft De Dijn hoe onze cultuur wordt gekenmerkt door ‘verregaande professionalisering en specialisatie.’ Hij signaleert hoe de holistische levenswijze van de premoderne mens plaats heeft gemaakt voor een samenleving waarin ‘differentiatie en functionalisering’ de boventoon voeren. Beide zijn het directe gevolg van de dominante positie die de wetenschap in onze cultuur inneemt, en die de laatste jaren ook doordringt in de zorg. Haar objectiverende visie op mens en wereld leidt volgens De Dijn tot grote vervreemding en een gevoel van onbehagen. Zo zien we bijvoorbeeld in de geneeskunde dat de mens wordt benaderd als een machine, waarvan de kapotte onderdelen gerepareerd of zelfs vervangen kunnen worden. Voor de betrokkene zelf werkt deze benadering sterk vervreemdend omdat deze niet strookt met de eigen beleving van het lichaam. Bovendien gaat de geneeskunde eraan voorbij dat lichaam, psyche en geest of ziel diepgaand met elkaar verbonden zijn. Zo kan een geloofscrisis directe weerslag hebben op iemands lichamelijke conditie en psychische gesteldheid.

Een van de gevolgen van bovenstaande ontwikkeling, is dat er een vertrouwenscrisis ontstaat tussen de arts en de patiënt. Een ander gevolg is dat de zorgverlener het contact verliest met datgene waar het hem of haar uiteindelijk om te doen is. Zo schrijft Koenig: ‘*A trusting relationship exists between doctor and patient when the doctor respects the patient as a unique individual and addresses the patient as a whole person – including body, mind, social relationships, and spirit. When that is the case, litigation almost never occurs. Even if mistakes are made, the patient is usually willing to forgive the physician to preserve the relationship. Physicians, too, get more out of their job when they deliver care in this way.*’¹⁰¹

De laatste jaren lijkt er een voorzichtige kentering gaande, die samenhangt met de groeiende interesse voor spiritualiteit binnen de samenleving. Er lijkt een besef te ontstaan dat de wetenschap niet alle oplossingen biedt en er is een toenemende interesse voor de holistische benadering¹⁰². Deze ontwikkeling zien we ook binnen de zorg, waar het inzicht

¹⁰¹ Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 27

¹⁰² “Although nursing has its roots in spirituality, the link between these two elements had become less obvious when modern medicine began to make its impact on health care at the turn of the 19th century. Since the 1980s nursing began to return to its traditional roots in spirituality with a steady flow of interest in the topic (Narayanasamy 1999a), resulting in a variety of traditions and perspectives. Despite this variety there is a consensus in the literature that spirituality is an important facet of

groeit dat naast psychische en lichamelijke verzorging ook spirituele zorg onontbeerlijk is. In de volgende paragraaf zal ik de opkomst van de belevingsgerichte zorg bespreken. Zij vormt een holistische benadering die veel aandacht schenkt aan de beleving van mensen die zorg behoeven. Belevingsgerichte zorg biedt een waardevolle aanvulling op het kwaliteitsmodel en schenkt nieuwe mogelijkheden om zingeving en spiritualiteit een plek te geven binnen de zorg. Een ander voordeel van belevingsgerichte zorg is dat zij aanknopingspunten biedt voor iedereen die in de zorg werkzaam is, van de verzorgende aan het bed tot de specialist.

De opkomst van de belevingsgerichte zorg

In het vorige hoofdstuk besprak ik hoe binnen de huidige kwaliteitszorg te weinig ruimte en aandacht is voor het geestelijk leven van mensen. De laatste jaren dringt het besef door dat het kwaliteitsmodel de zorg weliswaar efficiënter maakt, maar niet per se humaner. Met de opkomst van de belevingsgerichte zorg, als onderdeel van en aanvulling op het kwaliteitsmodel, wordt gepoogd om aan die andere dimensie van het menszijn tegemoet te komen.

Belevingsgerichte zorg, ook wel ‘warme zorg’ genoemd, stelt in haar aanpak de leef- en belevingswereld van bewoners centraal. Verpleeghuis De Schildershoek verwoordt de nieuwe werkwijze als volgt: *‘Belevingsgerichte zorg betekent (...) allereerst dat je je moet kunnen inleven in de gevoelens en in de belevingswereld van de mensen voor wie je zorgt. Iemand die in het verpleeg- of verzorgingshuis of in het ziekenhuis is opgenomen kan angstig zijn, geschrokken vanwege een plotselinge ziekte, een onverwachte wending in zijn leven. In de meer chronische zorgsituaties heb je te maken met mensen die van zorg afhankelijk zijn en die bezig zijn zichzelf te handhaven. Hun gedrag is vaak te begrijpen als poging om zichzelf te beschermen en de dreiging af te wenden. Wij noemen hen dwingend, claimend, agressief, beschuldigend, overafhankelijk, machteloos, verslagen, klagend over lichamelijke kwalen. Maar aan hun gedrag liggen gevoelens ten grondslag zoals verdriet om wat verloren is gegaan, boosheid vanwege de situatie, angst voor de toekomst.’*¹⁰³ Er is dus sprake van een belangrijke wijziging in het perspectief van waaruit de zorgverlener de bewoner benadert. Steeds wordt gepoogd zich in te leven in de situatie van de bewoner.

In de belevingsgerichte zorg verdwijnt het systeemdenken naar de achtergrond, om ruimte te maken voor de leefwereld van de bewoner. Centraal binnen de belevingsgerichte

humanity and that the care of body, mind and spirit is a hallmark of holistic care (Highfield & Cason 1983, Clifford & Gruca 1987, Montgomery 1991, Narayanasamy 1999a).” Zie: Narayanasamy, A. & J., Owens (2001). A critical incident study of nurses’ responses to the spiritual needs of their patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 33, p. 447

¹⁰³ Citaat van Verpleeghuis De Schildershoek. Zie: <http://www.schildershoek.nl/belevingsgerichezorg.htm>

zorg staan nabijheid, contact en het bevestigen van de ander. De zorgverlener probeert aansluiting te vinden bij de belevingswereld van de bewoner. Hij of zij verdiept zich in wie iemand is, onder meer door aandacht te schenken aan iemands levensverhaal. Daarbij is grote aandacht voor de *betekenis* die de ziekte en opname in het verpleeghuis heeft voor de bewoner en de wijze waarop iemand met crises omgaat: *‘In de belevingsgerichte zorgvisie zijn patiënten of zorgvragers niet alleen mensen die een gezondheidsprobleem hebben. Zij zijn mensen met een geschiedenis, een levensloop, die van invloed is op het gezondheidsprobleem en daardoor tevens doorkruist wordt. Aandacht besteden aan de betekenis van dit gezondheidsprobleem voor deze levensloop is daarom een onlosmakelijk onderdeel van belevingsgerichte zorg.’*¹⁰⁴

Voor de verpleeghuisbewoner wordt een woonomgeving gecreëerd, waarin een sfeer van huiselijkheid en veiligheid voorop staat. Meestal krijgen de bewoners een eigen kamer die ze mogen inrichten met eigen meubels en voorwerpen. Ze leven samen met een kleine groep medebewoners en ontvangen zorg van een vast team van verzorgenden. Daardoor ontstaat een sfeer van vertrouwde en geborgenheid. Binnen sommige verpleeghuizen gaat men nog verder, en wordt er gewerkt met een groepsindeling op basis van levensstijl. Mensen die bijvoorbeeld religieus zijn of sterk hechten aan etiquette, worden bij elkaar geplaatst om voor een zo goed mogelijke aansluiting te zorgen¹⁰⁵.

Bewoners hebben binnen de belevingsgerichte zorg veel meer (keuze)vrijheid. Hun dagindeling wordt zo veel mogelijk aangepast aan het vertrouwde leefritme. Er wordt bijvoorbeeld naar gestreefd het douchen of naar bed gaan te laten plaatsvinden op tijdstippen dat de bewoner dit wil. Bewoners kunnen desgewenst op hun kamer eten, of doen dit in gezelschap van hun medebewoners in een gemeenschappelijke ruimte. Daarbij wordt veel aandacht besteed aan de presentatie van de maaltijd, bijvoorbeeld door de tafel gezellig te dekken en achtergrondmuziek te laten spelen. Ook hebben bewoners keuze uit verschillende menu's en wordt rekening gehouden met iemands religieuze achtergrond en dieetvoorschriften.

¹⁰⁴ Pool, A., J. Kruij, & M. Walters (2003). *Zorgen heb je samen: belevingsgerichte zorg in de praktijk*. Utrecht: NIZW, p. 25

¹⁰⁵ Een voorbeeld is Verpleeghuis De Strijp-Waterhof in Den Haag. Bewoners kunnen kiezen uit levensstijlgroepen met als thema "Religieus", "Etiquette en privacy", "Cultuur", "Indisch" of "Natuur en buitenlui". Over die laatste groep schrijft de Strijp-Waterhof: *"In de leefstijlgroep 'Natuur en Buitenlui' wonen ouderen met dementie die zich aangetrokken voelen door het buitenleven. Met het gezin trok men er regelmatig op uit. Ook nu is men zoveel mogelijk buiten.(...) De liefde voor de natuur vind je ook 'binnen' terug. Met de bewoners worden bloemstukjes gemaakt voor in huis, waar nog vele andere planten staan. Op tafel ligt altijd een aantal tijdschriften of boeken waar in gebladerd wordt; natuurtijdschriften, folders over bollen en zaden of boeken over de natuur. Ook vindt men het prettig om te handwerken of om mooie dingen te maken van natuurproducten van het seizoen. Aan de wanden hangen prenten met vergezichten, landschappen, duinen of zeegezichten."* Zie: <http://www.wzh-destrijpwaterhof.nl/>

Familieleden hebben een belangrijke positie binnen de belevingsgerichte zorg. Zij worden intensiever bij de zorg betrokken en krijgen meer inspraak. De zorginstelling stelt zich gastvrij op naar familieleden en erkent hun belang voor het welzijn van de bewoner. Het werken met vaste bezoeken wordt losgelaten en de familie mag desgewenst helpen bij de verzorging van de bewoner.

Belevingsgerichte zorg neemt de gelijkwaardigheid van de bewoner als uitgangspunt: *'Belevingsgerichte zorg wordt niet 'aan' de patiënt gegeven, maar in samenspraak met hem. De patiënt en diens omgeving worden dus steeds betrokken bij de beslissingen in de zorgverlening. (...) De zorgverlening is een proces dat twee personen met elkaar aangaan, op basis van een voortdurende dialoog. In deze gelijkwaardige relatie stellen zij samen in overleg de doelen van de zorg (steeds opnieuw) vast. De zorgbehoefte is immers geen constant gegeven, evenmin als de beleving van de patiënt.'*¹⁰⁶ De gelijkwaardigheid van de relatie komt ook hierin tot uitdrukking dat de deskundigheid van de professionals net zo zwaar weegt als de ervaringsdeskundigheid van de zorgontvangers. Zij kennen hun lichaam en moeten soms al jaren met een bepaalde kwaal leven. De consequentie van dit uitgangspunt is bijvoorbeeld dat bewoners in sommige gevallen desgewenst aanwezig mogen zijn bij het multidisciplinair overleg. De relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger wordt daarmee gelijkwaardiger. De zorg komt veel meer in het teken te staan van een dialoog, dan van een eenzijdige relatie van zorg geven en zorg ontvangen. Een dialoog waar geen einde aan komt, omdat de behoeften en beleving van de bewoner steeds weer kunnen veranderen en er iedere keer opnieuw naar afstemming wordt gezocht.

Belevingsgerichte zorg en kwaliteitszorg

Belevingsgerichte zorg komt voort uit de kwaliteitszorg, maar vormt hier ook een correctie op. Beide modellen ontmoeten elkaar in de centrale positie die ze toekennen aan het individu en diens behoeften. In die zin is belevingsgerichte zorg een verdere uitwerking van het kwaliteitsmodel waarin 'de klant koning is' en waarin wordt gestreefd naar patiëntenemancipatie. Op andere punten wijkt ze af van het kwaliteitsdenken. Globaal zou je kunnen zeggen dat belevingsgerichte zorg de leefwereld van de mens als uitgangspunt neemt, daar waar kwaliteitszorg sterk gedomineerd wordt door het systeemdenken. Binnen de belevingsgerichte zorg richt de zorginstelling zich zoveel mogelijk op de bewoner en diens

¹⁰⁶ Pool, A., J. Kruijt, & M. Walters (2003). *Zorgen heb je samen: belevingsgerichte zorg in de praktijk*. Utrecht: NIZW, p. 21-22

individuele wensen, in plaats van dat de bewoner zich volledig moet schikken naar de instelling en haar regels.

Een ander groot verschil tussen beide modellen heeft te maken met de grote mate van flexibiliteit die de belevingsgerichte manier van werken van de zorginstelling en haar medewerkers vraagt. Kwaliteitszorg is, zoals eerder gezegd, efficiënt en resultaatgericht. Op de werkvloer leidt dit gemakkelijk tot een mechanische manier van werken. Alle handelingen zijn nauwkeurig beschreven in protocollen, zowel wat betreft de werkwijze als de hoeveelheid tijd die een handeling mag kosten. Een manier van werken die zich lastig verhoudt tot de belevingsgerichte zorg en die de invoering van dit nieuwe zorgmodel kunnen frustreren. *‘(...) niet alle ontwikkelingen stimuleren de opkomst van de belevingsgerichte zorg. Het streven naar meer efficiency en rationalisatie verdraagt de opkomst van de belevingsgerichte zorg slecht. Immers, bij zorgverlening in de vorm van een reeks van vooraf vastgelegde handelingen die onder tijdsdruk worden verricht, blijven er voor de patiënt weinig mogelijkheden over om zijn wensen en behoeften met de zorgverlener te bespreken.’*¹⁰⁷

Een laatste belangrijk verschil heeft te maken met het mensbeeld dat beide zorgmodellen als uitgangspunt nemen. Waar kwaliteitszorg het mensbeeld hanteert van het autonome en mondige individu dat weet wat er in de wereld te koop is, heeft belevingsgerichte zorg meer oog voor de kwetsbare mens die verlangt naar kwaliteiten als verbondenheid, warmte, aandacht en bevestiging van wie hij of zij is. Belevingsgerichte zorg gaat uit van een holistisch mensbeeld, daar waar de mens binnen het kwaliteitsmodel nog te vaak wordt gereduceerd tot patiënt of consument. Door de mens in zijn geheel centraal te stellen, draagt belevingsgerichte zorg bij aan de humanisering van zorginstellingen.

Belevingsgerichte zorg: een grote omslag

De invoering van de belevingsgerichte zorg gaat niet zonder slag of stoot. Deze nieuwe manier van werken vraagt een grote cultuuromslag binnen zorginstellingen. Niet iedere zorginstelling of medewerker is hierop berekend.

In de eerste plaats vormt het rekening houden met individuele behoeften geen gemakkelijke opgave, zeker niet voor medewerkers die gewend zijn aan een overzichtelijke en taakgerichte aanpak en zich hier prettig bij voelen. Waar in het verleden werd gewerkt volgens een strak schema en duidelijke regels, richt de zorginstelling zich nu nadrukkelijk op de wensen van de bewoner: wanneer wil iemand opstaan, eten, douchen... Daarbij moet

¹⁰⁷ Idem, p. 16

steeds een evenwicht worden gevonden tussen wat vanuit de instelling mogelijk is, en wat de bewoner wenst. Per situatie moet, in samenspraak met de bewoner, beoordeeld worden wat een goede aanpak is. Dit vraagt om een flexibele houding en sterke communicatieve vaardigheden. Een aanpak die veel meer energie kost dan het werken op de 'automatische piloot' en volgens strakke regels.

Door de nadruk op contact, empathie en nabijheid maakt belevingsgerichte zorg het contact met de bewoners een stuk intensiever. De betrokkenheid die van verzorgenden wordt gevraagd, kan soms lastig en pijnlijk zijn, bijvoorbeeld wanneer een bewoner achteruit gaat of overlijdt. Er is minder afstand, en dat maakt het werk zinvoller, maar tegelijk ook zwaarder. Sommige medewerkers houden liever wat meer afstand tot de bewoners, om zo het werk aan te kunnen. Zij kunnen weerstand voelen of overbelast raken wanneer zij belevingsgericht moeten werken.

Belevingsgerichte zorg vraagt niet alleen om een nieuwe manier van werken, maar ook om een andere inrichting van de verzorgings- en verpleeghuizen. Steeds vaker wordt gekozen voor een kleinschalige opzet. Het samenleven op afdelingen van dertig tot veertig bewoners zal meer en meer vervangen worden door het wonen volgens het gezinsmodel: kleine eenheden van vijf tot maximaal tien bewoners die hun eigen kamer bezitten, met daarnaast een gemeenschappelijke ruimte. Omdat veel zorginstellingen niet berekend zijn op een dergelijke woonvorm, moeten deze huizen worden verbouwd of zelfs volledig afgebroken. Ook de inrichting van de instelling wordt ingrijpend veranderd nu niet de medische techniek maar de huiselijkheid voorop staat.

De invoering van de belevingsgerichte manier van werken vormt een langdurig traject. Vaardigheden en eigenschappen als empathie, bewustwording, zelfreflectie, actief luisteren en het geven van feedback vragen om jarenlange oefening en moeten steeds opnieuw worden gestimuleerd en verder ontwikkeld. Medewerkers zullen bovendien steeds andere mensen en situaties ontmoeten die hen voor nieuwe vragen en dilemma's plaatsen. In die zin is er sprake van een continu leer- en groeiproces. Dit vraagt om een lange adem. Het gevaar bestaat dat mensen achterover gaan leunen wanneer eenmaal het nieuwtje eraf is. Bovendien kan de confrontatie met steeds andere vragen en problemen frustratie oproepen, waardoor zorgverleners op een gegeven moment afhaken. Wanneer een instelling en haar medewerkers niet doordrongen zijn van het belang van belevingsgerichte zorg, bestaat het gevaar dat het project doodbloed en men al snel op de oude voet verder gaat.

Ondanks de problemen en opstartmoeilijkheden is het enthousiasme waarmee de belevingsgerichte zorg ontvangen wordt groot, getuige het snel groeiende aantal

zorginstellingen dat op deze manier van werken overgaat. Na jaren waarin de zorg steeds meer in het teken kwam te staan van medische en economische modellen, ontstaat er nu ruimte voor de menselijke aspecten. Veel mensen zien hier de noodzaak van in en beschouwen belevingsgerichte zorg als een belangrijke doorbraak die nieuwe mogelijkheden biedt.

Binnen de belevingsgerichte zorg ontstaat er bovendien meer ruimte om aandacht te schenken aan zingeving en spiritualiteit. In landen als Amerika en Canada is men een stap verder als het gaat om het integreren van spiritualiteit en religie binnen de zorg. Er is in deze landen momenteel grote aandacht voor de zogenaamde ‘spiritual care’ ofwel spirituele zorg. Ik zal deze vorm van zorgverlening in de volgende paragraaf bespreken.

Spiritualiteit in de zorg

Binnen de belevingsgerichte zorg krijgen zingeving en spiritualiteit voorzichtig een plek. Een belangrijke vraag die de belevingsgerichte zorg stelt, is welke *betekenis* de aandoening of de opname heeft voor een bewoner. Daarnaast heeft de belevingsgerichte zorg ook aandacht voor de specifieke wijze waarop mensen crises het hoofd bieden. De strategieën die mensen daarvoor inzetten worden ‘copingstrategieën’ genoemd. Zoals ik in hoofdstuk drie heb besproken, blijkt uit onderzoek dat religie en spiritualiteit bij met name ouderen en mensen die terminaal ziek zijn, tot de voornaamste copingstrategieën behoren en in die zin van grote betekenis kunnen zijn.

Ondanks het feit dat er onder verpleeghuisbewoners veel behoefte is aan steun op het gebied van zingevings- en spirituele vragen, schiet de zorg op dit punt vaak tekort. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen staat vastgelegd dat mensen die 24 uur of langer in een zorginstelling verblijven recht hebben op geestelijke verzorging die aansluit bij hun levensovertuiging. De precieze omvang van deze geestelijke verzorging is echter niet wettelijk geregeld. Veel verzorgingshuizen hebben geen vaste geestelijk verzorger in dienst. Deze is in de loop van de jaren wegbezuinigd. In verpleeghuizen is de situatie iets beter, maar ook zij voldoen niet aan de (vrijblijvende) norm van één geestelijk verzorger op tweehonderd bedden. Volgens een recent onderzoek van het dagblad *Trouw* is er binnen zorginstellingen inmiddels sprake van een onderbezitting van 40% waar jaarlijks tienduizenden mensen de dupe van worden¹⁰⁸. Zij kunnen geen beroep doen op een geestelijk verzorger, terwijl hun existentiële nood vaak hoog is.

¹⁰⁸ Dros, L. van (19 juni 2004). Tekort aan geestelijk verzorgers verpleeghuis. In *Trouw*.

Dat mensen weinig ondersteuning krijgen in het omgaan met levensvragen heeft ook te maken met de gebrekkige training van verzorgenden en verpleegkundigen op dit gebied. De geestelijk verzorger is een professional als het gaat om vragen rond zingeving en spiritualiteit. Dit betekent niet dat hij of zij de enige is die zich met dit soort vragen bezighoudt of zou moeten houden. Verzorgenden en verpleegkundigen kunnen op dit punt een bijdrage leveren. Zij staan dagelijks in nauw contact met de bewoners. Dit biedt mogelijkheden om er op wezenlijke momenten voor iemand te zijn. Ook zijn zij vaak de eersten die signalen opvangen wanneer het met iemand niet goed gaat, en iemand met een geestelijk verzorger in contact kunnen brengen. In een onderzoek schrijft de auteur over de bijzondere positie van verpleegkundigen en verzorgenden: *‘Nurses have the rare privilege of putting people in touch with being human. Frequently, without being asked, nurses are invited into the inner spaces of others’ existence where there is suffering, loneliness, pain, joy, and hope in health-illness experiences. The intimacy that is the core of nursing demands that nurses be prepared to intervene in ways that enhance the spirituality of clients.*¹⁰⁹.

Verzorgenden en verpleegkundigen zijn op dit moment hoofdzakelijk getraind in het herkennen van allerlei fysieke signalen, variërend van de simpele vraag of iemand dorst heeft tot het signaleren van bepaalde ziektebeelden. Als het gaat om het herkennen van iemands geestelijke nood en met name van spirituele vraagstukken, blijken verzorgenden en verpleegkundigen hier over het algemeen minder in thuis. Vaak is het afhankelijk van de persoonlijke ontwikkeling en interesse van de verpleegkundige of er op zulke momenten adequaat wordt gereageerd en iemand bijvoorbeeld wordt doorgestuurd naar een geestelijk verzorger, of wat extra steun en aandacht krijgt van de verzorgende in kwestie.

Het onvermogen van hulpverleners om spirituele zorg te bieden, kent een aantal oorzaken¹¹⁰. Een eerste obstakel is de onbekendheid van verpleegkundigen en verzorgenden met spiritualiteit en zingeving in het algemeen. Dit maakt het lastig om de religieuze of spirituele behoeften van bewoners te signaleren en er adequaat op te reageren. Als een bewoner een kruisje om de nek draagt of een bijbel naast het bed heeft liggen, wordt iemands religieuze betrokkenheid doorgaans wél opgemerkt, maar zodra dergelijke tastbare symbolen

¹⁰⁹ Courtney Sellers, S. & B.A. Haag (1998). Spiritual nursing interventions. In *Journal of Holistic Nursing* 16, p. 352

¹¹⁰ “Research suggests that nurses are unclear about their role in providing spiritual care, but does not offer a clear picture about the precise nature of the spiritual dimensions of nursing (Harrison 1993, Ross 1997). However, the literature identifies the following barriers to spiritual care: lack of clarity among nurses as to the nature of spirituality, role ambiguity and lack of educational preparation for the role of spiritual care (Ross 1997, McSherry & Draper 1998)¹¹⁰.” Zie: Narayanasamy, A. & J., Owens (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 33, p. 447. En: “Ross (1994) proposed that confusion exists as to what constitutes spiritual care in nursing as a result of a lack of consensus of a definition of spirituality, a lack of literature related to spiritual care, inattentiveness to spirituality in nursing education, a lack of research, and no nursing conceptual framework for spiritual care.” Zie: Courtney Sellers, S. & B.A. Haag (1998). Spiritual nursing interventions. In *Journal of Holistic Nursing* 16, p. 339

ontbreken, wordt iemands religieuze of spirituele interesse gemakkelijk over het hoofd gezien. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben lang niet altijd een antenne voor het oppikken van zingevingsproblematiek of spirituele vragen. Zij zijn sterk gefocused op de lichamelijke verzorging van bewoners. Ook zijn zij gewend om vooral praktisch en oplossingsgericht bezig te zijn. In alle rust met een bewoner praten, is er vaak niet bij. Daarnaast speelt tijdgebrek een rol. Tenzij iemand zich in een acute crisis bevindt, wordt aan zingevingsvragen doorgaans weinig tijd besteed. Veel mensen lijden hierdoor in stilte.

Ook als verpleegkundigen en verzorgenden de spirituele noden van bewoners wél (h)erkennen, is er vaak onzekerheid over de vraag hoe zij hierop kunnen reageren. Soms ervaren zij schroom om naar iemands spirituele of religieuze achtergrond te vragen. Deze vraag wordt als te persoonlijk ervaren. Ook onervarenheid speelt een rol: verzorgenden en verpleegkundigen weten zich geen raad met de spirituele vragen en problemen van de bewoner en beginnen er daarom liever niet over. Als de band met de bewoner sterk is, durven verzorgenden en verpleegkundigen wél dieper op gevoelige thema's in te gaan, zo blijkt uit onderzoek: *'Nurses in this study who appeared to have invested in building a nurse-patient relationship reported using a more personal approach that allowed them to identify emotional tensions and turmoil, and made efforts to be involved in giving counselling support to patients to overcome their spiritual distress.'*¹¹¹

Door spirituele zorg op te nemen binnen het zorgmodel en de scholingstrajecten van verzorgenden en verpleegkundigen, wordt het mogelijk om bewoners structureel betere geestelijke ondersteuning te bieden. Iets wat in Amerika op grotere schaal al gebeurt. In het volgende hoofdstuk zal ik het boek *Spiritual Caregiving* bespreken, van de al eerder genoemde Harold Koenig en zijn collega Verna Benner Carson. Zij bieden in hun boek zowel praktische tips, als een theoretisch kader voor het integreren van spirituele zorg binnen zorginstellingen. Op die manier ontstaat een beeld van hoe spirituele zorg in de praktijk vorm kan krijgen.

Spirituele zorg

In het boek *Spiritual Caregiving* pleiten de auteurs voor een omwenteling binnen de gezondheidszorg. Met het huidige systeem is in hun ogen veel mis. Zij formuleren hun kritiek als volgt: *'Our healthcare system is in crisis. Many would identify it as an economic crisis, with the focus on profit making as a detriment to care, and indeed this focus is a major issue.'*

¹¹¹ Narayanasamy, A. & J., Owens (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 33, p. 451

*But the crisis is broader and deeper than the for-profit model of healthcare would suggest. It is a true identity crisis and may ultimately be a spiritual one.*¹¹² Volgens de auteurs zijn vragen rond zingeving en spiritualiteit binnen de gezondheidszorg steeds meer in de verdrukking geraakt en hebben zorgverleners het contact verloren met hun bezieling. Oorzaken hiervoor zijn factoren als de strenge regelgeving vanuit de overheid, de nadruk op de medische techniek en de marktwerking binnen de zorg¹¹³.

In het boek staat de vraag centraal hoe zorgverleners (verzorgenden en verpleegkundigen in het bijzonder) spirituele zorg kunnen bieden aan patiënten of bewoners van zorginstellingen en hun bezieling terug kunnen vinden. Carson en Koenig gaan zelfs zo ver de gezondheidszorg als een ‘ministry’ ofwel als ‘geestelijk ambt’ te omschrijven, zoals ook naar voren komt in de ondertitel van hun boek: *healthcare as a ministry*. Met deze invalshoek willen zij een tegenwicht bieden aan het dominante perspectief, dat de zorginstelling vooral als een bedrijf beschouwt. De auteurs erkennen dat hun eigen perspectief controversieel is. Volgens critici is geestelijke begeleiding het exclusieve domein van geestelijken. Van de overige zorgverleners wordt een ander vorm van professionaliteit verwacht, namelijk één die in het teken staat van objectiviteit, wetenschappelijkheid en professionele afstand. In de praktijk blijkt volgens de auteurs echter dat voor veel zorgverleners spiritualiteit wel degelijk een belangrijke rol speelt in hun werk. Zij worden voortdurend geconfronteerd met vragen, problemen en wensen op het gebied van zingeving, spiritualiteit en religie. Ze ontkomen er dan ook niet aan zich tot deze vraagstukken te verhouden, maar ontvangen hierin weinig training en begeleiding. Het boek bevat fragmenten uit interviews met ruim zestig zorgverleners uit verschillende levensbeschouwelijke stromingen. In de loop van het boek vertellen zij over de betekenis van spiritualiteit in hun vak als zorgverlener.

Naast de lichamelijke verzorging, moeten verzorgenden en verpleegkundigen volgens Carson en Koenig in staat zijn een zekere mate van geestelijke steun en begeleiding te bieden. Het doel is niet dat verzorgenden en verpleegkundigen daarmee de taak van de geestelijk verzorger op zich nemen, maar dat ze deze aanvullen of ondersteunen. In de komende paragrafen zal ik bespreken hoe Carson en Koenig deze spirituele zorg vorm denken te geven.

¹¹² Carson, V.B. & H. G., Koenig (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, p. 26

¹¹³ De auteurs noemen ook nog een aantal typisch Amerikaanse factoren, zoals de constante dreiging van rechtzaken bij medische missers of zorgverzekeraars die erop gericht zijn zo min mogelijk te betalen.

Karakteristieken van spirituele zorg

Spirituele zorg begint volgens Carson en Koenig met het ontwikkelen van een basishouding van aandachtigheid, actief luisteren, gelijkwaardigheid en nabijheid. Centraal in deze houding staat volgens de auteurs de aandacht voor het levensverhaal van de ander. Zorgverleners die spirituele zorg bieden, moeten in de allereerste plaats proberen actief te luisteren en begrip op te brengen voor dit verhaal¹¹⁴. Door het levensverhaal centraal te stellen, komt de uniciteit van de ander in zicht, en kan deze erkenning ontvangen voor wie hij of zij in wezen is. Op die manier kan een diepe, persoonlijke band ontstaan waarbij mensen zich werkelijk gezien voelen en zich vrij kunnen uiten. De auteurs bespreken vervolgens een lijst met tien kenmerken waaraan deze basishouding zou moeten voldoen. Ik zal er hieronder een aantal bespreken.

Als belangrijkste kenmerk noemen Carson en Koenig het vermogen van de zorgverlener om werkelijk een relatie aan te gaan met de ander en diens pijn te delen, om naar de ander te luisteren óók als dit ongemak veroorzaakt en om zowel stil te kunnen zijn als af en toe een vraag te stellen die mensen stimuleert tot reflectie¹¹⁵. Er wordt, kortom, bewust ruimte gemaakt voor het verhaal van de ander. Het is volgens de auteurs belangrijk dat de zorgverlener bij het luisteren de eigen mening en overtuigingen tijdelijk op de achtergrond plaatst. De eigen spiritualiteit kan weliswaar helpen de spirituele vragen en behoeften van de ander te herkennen, maar kan het proces van de ander ook in de weg zitten. De zorgverlener stelt zich kortom in dienst van het verhaal van de ander. Ter illustratie citeren de auteurs een arts, die over deze houding van dienstbaarheid vertelt : *'My own spirituality makes me more sensitive to others. When I recognize that a patient or family has a desire to express their spiritual needs, I try to allow this expression without applying my own belief system. They know best what works for their spirituality, and I allow myself to be a conduit for heir feelings and their pain. I will then amplify and confirm their belief if possible.'*¹¹⁶

Een ander belangrijk kenmerk van spirituele zorg is dat de zorgverlener zich opstelt als reisgenoot, en niet als probleemoplosser of adviseur. Om reisgenoot te zijn, moet de zorgverlener de eigen kwetsbaarheid of gebrokenheid erkennen. Dit maakt het mogelijk om naast de ander te gaan staan en iemand te ondersteunen in zijn of haar zoektocht. Een kenmerk dat hiermee samenhangt, is dat de zorgverlener de ander de ruimte geeft om zijn of haar eigen keuzes te maken. De zorgverlener ondersteunt iemand in de eigen zoektocht, in

¹¹⁴ Carson, V.B. & H. G., Koenig (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, p. 4

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

plaats van het proces over te nemen. Dit gebeurt vanuit het besef dat de ander zelf de meest aangewezen persoon is om tot oplossingen en inzichten te komen. Kortom: spirituele zorgverlening vraagt om een groot vertrouwen in de eigen wijsheid en deskundigheid van mensen. De zorgverlener plaatst zich niet boven de ander, maar ondersteunt die ander op basis van gelijkwaardigheid. Van groot belang is daarbij het inzicht dat hoewel spirituele zorg betekent dat de zorgverlener de verandering van de ander ondersteunt, deze niet *verantwoordelijk* is voor die verandering.

Voor veel geestelijk verzorgers zal de houding die hierboven is geschetst zeer bekend in de oren klinken. Het vermogen tot empathisch luisteren en tot verbondenheid met de (lijdende) ander, vormt de kern van hun professionaliteit. Voor verzorgenden en verpleegkundigen betekent deze houding daarentegen een grote omslag die de nodige inspanning vergt. Hier staat ook iets tegenover. Een houding van actief en empathisch luisteren kan voor zowel de zorgontvanger als de zorgverlener van grote waarde zijn. Het daadwerkelijk aangaan van een relatie met de ander en het meebeleven van de moeilijke momenten en het ongemak die daarbij soms komen te kijken, is weliswaar zwaar maar kan ook veel voldoening schenken. Door op deze manier met mensen te werken, kan een nieuw perspectief op de ander ontstaan. In plaats van alleen de beschadigde mens te zien, komt er ruimte om de kracht, uniciteit en eigen wijsheid van mensen te ontdekken. Er ontstaat een rijker en complexer beeld van de ander. De basishouding die Carson en Koenig schetsen, sluit bovendien goed aan bij de ontwikkelingen van de belevingsgerichte zorg en past bij een zorgmodel waarin de uniciteit en de eigen behoeften van mensen centraal staan.

Vaardigheden op het gebied van spirituele zorg

Naast het ontwikkelen van een basishouding, moeten zorgverleners volgens Carson en Koenig over een aantal andere vaardigheden beschikken om spirituele zorg te kunnen bieden. Ten eerste moeten zorgverleners vragen en behoeften op het gebied van religie en spiritualiteit kunnen herkennen. In de tweede plaats moeten zij in staat zijn om, in dialoog met de zorgontvanger, een verslag te maken over iemands levensbeschouwelijke achtergrond. Tot slot moeten zij in hun woorden, handelen en aanwezigheid iemands spiritualiteit of religie ondersteunen of op zijn minst respecteren. Ik zal deze drie vaardigheden hieronder kort bespreken.

Het is belangrijk dat verzorgenden en verpleegkundigen in staat zijn spirituele of religieuze vragen bij mensen te signaleren¹¹⁷. Deze signalen kunnen non-verbaal zijn, waarbij een zorgverlener kan letten op vragen als: verraadt iemands gedrag tekenen van angst, boosheid, eenzaamheid of depressie? Zie je iemand wel eens bidden of de bijbel lezen? Wat de verbale signalen betreft, kan op het volgende gelet worden: klaagt iemand disproportioneel veel over zijn of haar ziekte? Geeft iemand aan slaapproblemen te hebben? Refereert iemand aan God/de kerk/geloof/hoop of iets anders van religieuze dan wel spirituele aard? Heeft iemand expliciete vragen over de zin van zijn of haar leven?

Zorgverleners hebben lang niet altijd oog voor dergelijke signalen of interpreteren deze verkeerd. Op de website www.evenanders.nu¹¹⁸ wordt het voorbeeld genoemd van een mevrouw die zit te bidden met een rozenkrans. Een verzorgende die dit ziet reageert hierop met de uitspraak ‘Goh mevrouw, wat heeft u een mooie ketting!’. Hoewel goedbedoeld, blijkt uit de opmerking hoe weinig oog zorgverleners soms hebben voor spirituele symboliek en rituelen, waardoor ze onbedoeld verkeerd reageren. Onder het motto ‘meer zien, beter zorgen’ wordt op dezelfde website een kaartspel gepresenteerd dat zorgverleners op een speelse en eenvoudige manier meer bewust moet maken van de betekenis van religie en spiritualiteit.

Behalve het signaleren van vragen rond spiritualiteit en religie, behoort volgens Koenig en Carson ook het bespreken en optekenen van iemands levensbeschouwelijke achtergrond tot de taken van verzorgenden en verpleegkundigen. De laatste jaren wordt in zorgdossiers steeds vaker een verslag opgenomen van iemands levensbeschouwelijke achtergrond. Informatie op dit punt is ook voor medici van belang, bijvoorbeeld omdat deze achtergrond een rol kan spelen in de medische beslissingen die iemand neemt of het dieet dat iemand volgt. Voor verzorgenden en verpleegkundigen kan het verslag inzicht bieden in iemands levensstijl, zingevend kader en copingstrategieën. Bovendien kan het maken van een dergelijk verslag het gesprek openen over zingeving en spiritualiteit. Carson en Koenig schrijven: *‘Many believe that inquiring about a person’s story, asking about faith and religion and meaning, is itself an incredibly powerful intervention. We agree that this is so. The mere inquiry delivers a powerful message to the patient and family that we are truly interested in them – their wholeness, their brokenness, and their woundedness. And more than just being*

¹¹⁷ Zie: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 95-96

¹¹⁸ Aanleiding voor de website vormde het eerder genoemde onderzoek van Lucas Tiesinga, naar levensbeschouwing, zingeving en religie in de thuiszorg. Uit dit onderzoek blijkt dat hoewel 80 procent van de zorgverleners religie en spiritualiteit belangrijk vindt, zorgverleners hier te weinig vanaf weten en meer educatie willen. In opdracht van de Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing en de Utrechtse thuiszorgorganisatie Aveant is een kaartspel ontwikkeld om zorgverleners op dit punt te ondersteunen.

*interested, for a period of time we are ready to accompany them on their journey; and even if it is painful, we are committed to the trip.*¹¹⁹

Inmiddels zijn er in Amerika verschillende methodes ontwikkeld om iemands levensbeschouwelijke achtergrond in kaart te brengen¹²⁰. Sommige zijn zeer beknopt en met name gericht op medici. Een voorbeeld is de methode van professor Dale Matthews die artsen aanraadt de volgende drie vragen te stellen:

-Is religie of spiritualiteit belangrijk voor u?

-Hebben uw religieuze of spirituele overtuigingen invloed op de manier waarop u naar medische problemen kijkt of over uw gezondheid denkt?

-Wilt u dat ik uw religieuze en spirituele overtuigingen en gebruiken met u doorneem?

Andere methodes zijn uitgebreider en breder toepasbaar, zoals de SPIRITual history methode van Todd Maughans. Deze bestaat uit zes hoofdvragen, met daaraan gekoppeld een aantal subvragen:

- Spiritueel geloofssysteem: kunt u uw spirituele geloofssysteem benoemen en beschrijven?
- Persoonlijke spiritualiteit: wat betekent spiritualiteit voor u en welke rol speelt het in uw dagelijks leven?
- Integratie binnen een spirituele gemeenschap: behoort u tot een spirituele of religieuze gemeenschap en wat is daarbinnen uw rol? Vormt deze gemeenschap een bron van steun en in welk opzicht? Helpt deze groep u in het omgaan met gezondheidsproblemen?
- Rituelen en restricties: Voert u bepaalde rituelen uit? Zijn er bepaalde levensstijlactiviteiten die uw religie of spiritualiteit aanmoedigt dan wel verbiedt en gaat u hierin mee? Zijn er medische (be)handelingen die uw religie of spiritualiteit verbiedt?
- Implicaties voor de medische behandeling: Wat moet ik als zorgverlener over uw religie of spiritualiteit weten om goede zorg te bieden?
- Terminale zorg: Welke impact heeft uw geloof op uw beslissingen rond het levenseinde? Zijn er bepaalde behandelingen die uw wenst of juist weigert op grond van uw geloof?

¹¹⁹ Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 89

¹²⁰ Zie voor een omschrijving van de verschillende methodes: Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press, p. 89-94.

Koenig wijst erop dat deze vragenlijst, die oorspronkelijk ontwikkeld is voor medici, met enige aanpassingen ook zeer geschikt is voor verzorgenden en verpleegkundigen. Een belangrijke aanvulling op bovenstaande lijst is daarbij de vraag of iemand behoefte heeft aan een gesprek met een geestelijk verzorger.

De signalen die zorgverleners oppikken en het gesprek over iemands levensbeschouwing bieden belangrijke informatie over de betekenis van religie en spiritualiteit in iemands leven. De vraag is wat verzorgenden en verpleegkundigen vervolgens met deze informatie kunnen doen. Carson en Koenig geven op dit punt een belangrijke waarschuwing: *'Let's start with what you don't do: You don't proselytize, preach, or demean the beliefs of the patient.'*¹²¹ Over de interventies die verpleegkundigen en verzorgenden wél kunnen plegen is de afgelopen jaren een groeiende hoeveelheid literatuur verschenen¹²². Carson en Koenig onderscheiden globaal drie categorieën van spirituele interventies, namelijk de categorie van presentie (*ministry of presence*) van de woorden (*ministry of words*) en van de handelingen (*ministry of actions*). Ik zal ze hieronder kort bespreken.

Over de handelingen zijn Carson en Koenig kort: spirituele zorg vraagt dat zorgverleners zich ervan bewust zijn waarom ze doen wat ze doen. Centraal staat kortom de bewustwording van het eigen handelen, maar ook de impact die dit handelen op de ander kan hebben. De auteurs wijzen erop dat zorgverleners zich er vaak niet van bewust zijn hoe zelfs het kleinste gebaar voor de ander van grote betekenis kan zijn. Zij noemen het voorbeeld van een ernstig zieke vrouw die een verkoelend glas water krijgt aangereikt van een attente verpleegster en daar jaren later nog met grote dankbaarheid aan terugdenkt. De verpleegster zelf is dit eenvoudige gebaar al lang vergeten. Omgekeerd kan soms een klein gebaar van onoplettendheid of onvriendelijkheid bij iemand een nare herinnering achter laten.

Presentie, de tweede categorie, houdt meer in dan 'zomaar in de buurt zijn'. Ze vraagt in de eerste plaats dat zorgverleners actief luisteren. Dit betekent dat iemand ook probeert te luisteren naar dat wat niet met woorden gezegd wordt. Om actief te kunnen luisteren moet de zorgverlener zicht krijgen op dat wat het luisteren in de weg staat, zoals de eigen angsten of vooroordelen. Empathie is een tweede belangrijk kenmerk van presentie. Empathie betekent dat zorgverleners zowel vanuit hun hart als vanuit hun hoofd reageren: *'Giving only a heart response is not empathy, it is sympathy. Sympathy not only encourages the person to remain*

¹²¹ Idem, p. 99

¹²² Enkele voorbeelden zijn: Bauer, T. & C.B. Barron, (1995). Nursing interventions for spiritual care: preferences of the community based elderly. In *Journal of Holistic Care* 13, p. 268-279; Courtney Sellers, S. & B.A. Haag (1998). Spiritual nursing interventions. In *Journal of Holistic Nursing* 16, p. 338-354.; Narayanasamy, A. & J., Owens (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 33, p. 446-455.

*in a place of pain, but it emotionally immobilizes us, and we are unable to assist the person to move to a better place. Giving only a mind response is cold, impersonal, and disinterested and will make the patient feel misunderstood. The combination of heart and mind in the form of empathy is what the patient need*¹²³ In de derde plaats noemen Carson en Koenig het vermogen van zorgverleners om zich kwetsbaar op te stellen. Bescheidenheid vormt het vierde kenmerk. Bescheidenheid houdt in dat de zorgverlener beseft dat hij of zij niet de enige is die hulp kan bieden, en dat de zorgverlener inzicht heeft in zijn of haar vermogens en beperkingen. Tot slot noemen ze het belang van trouw: de bereidheid de relatie in stand te houden zolang de ander hier behoefte aan heeft.

Op het gebied van 'woorden' houdt spirituele zorg in dat zorgverleners gevoelig zijn voor het spirituele of religieuze kader van de zorgontvanger, en dat ze de mogelijke impact van woorden beseffen. Ook hier onderscheiden de auteurs vijf kenmerken. In de eerste plaats moeten zorgverleners bereid zijn om spirituele of religieuze zaken bespreekbaar te maken. Wanneer er eenmaal een verslag is gemaakt van iemands levensbeschouwelijke achtergrond, kunnen nieuwe spirituele thema's zich aandienen. Het gesprek hierover moet steeds mogelijk zijn. Steun voor en het bemoedigen van iemands spirituele of religieuze kader vormt een tweede kenmerk. Daarbij gaat het er met name om die spirituele of religieuze praktijken aan te moedigen die voor iemand troostend of hoopgevend zijn. Het doorverwijzen naar een geestelijk verzorger vormt een derde kenmerk. Als laatste twee kenmerken noemen de auteurs de inzet van religieuze teksten en het gebed. Het voorlezen van een religieuze tekst die voor iemand van belang is, of het samen bidden kan veel voor iemand betekenen. Dit zijn gevoelige zaken, waarbij zeer nadrukkelijk de wens van degene die zorg ontvangt centraal moet staan. Ook moet de zorgverlener zich bij het voorlezen of bidden op zijn gemak voelen. Als aan die voorwaarden wordt voldaan, kan het samen bidden of het lezen van bijvoorbeeld de bijbel een zeer waardevolle interventie zijn.

De lijst van Carson en Koenig is niet uitputtend. In de tekst *Spiritual nursing interventions* komen bijvoorbeeld ook aanraking en het stimuleren van hoop naar voren als mogelijke interventies. Daarnaast blijkt dat sommige verpleegkundigen en verzorgenden incidenteel kunst, zang, meditatie en ontspanningsoefeningen inzetten om spirituele zorg te bieden. Uit hun onderzoek komt overigens naar voren dat het doorverwijzen naar een geestelijk verzorger de meest gepleegde interventie is, gevolgd door het samen bidden en het

¹²³ Carson, V.B. & H. G., Koenig (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, p. 100

actief luisteren naar de ander¹²⁴. Het feit dat het doorverwijzen naar een professionele geestelijk verzorger de meest voorkomende interventie is, zou erop kunnen duiden dat verpleegkundigen onzeker zijn over hun eigen rol op dit gebied, of menen dat het bieden van spirituele zorg niet tot hun kerntaken behoort¹²⁵.

Kanttekeningen

Het boek van Carson en Koenig is erg ambitieus in zijn opzet, tot op een punt dat de lezer zich zou kunnen afvragen of hun programma wel reëel is. Al lezend kan de indruk ontstaan dat verpleegkundigen volwaardige geestelijk verzorgers moeten worden, die met bewoners bidden, mediteren en diep persoonlijke gesprekken voeren. Dit beeld is uiteraard niet reëel. Het verhaal van Carson en Koenig behoeft dan ook enige nuancering.

Om te beginnen is het belangrijk om te benadrukken dat verpleegkundigen en verzorgenden nooit de werkzaamheden van de geestelijk verzorger over kunnen nemen. Dit zou hetzelfde zijn als beweren dat de verpleeghuisarts vervangen kan worden door verpleegkundigen die over basale medische kennis beschikken. Geestelijk verzorgers hebben een eigen professionaliteit, gebaseerd op jarenlange studie en ervaring. Zij zijn in staat complexe vragen op het gebied van zingeving, spiritualiteit en religie te doorgronden en mensen hierin op een professionele manier te begeleiden. Ook beschikken zij over de autoriteit en bevoegdheid om bepaalde rituelen uit te voeren en religieuze teksten uit te leggen. Bovendien hebben zij een intensieve training genoten in gespreksvoering en persoonsvorming, wat nodig is om mensen intensief te begeleiden.

Bovenstaande zijn slechts enkele voorbeelden van de eigen deskundigheid van de geestelijk verzorger. Daarnaast maakt ook hun unieke positie de geestelijk verzorger onvervangbaar¹²⁶. Dankzij de zogenaamde vrijplaatsfunctie en het strenge beroepsgeheim kunnen geestelijk verzorgers mensen een plek bieden waar zij vrijuit kunnen praten met iemand die een relatief grote mate van afstand heeft tot het systeem. Dit is voor verpleeghuisbewoners, voor wie het verpleeghuis vaak hun hele wereld vormt, van groot belang. De geestelijk verzorger biedt hen een plek buiten de wereld van het verpleeghuis, een tijdelijk autonome zone waarin ze hun verhaal kunnen doen zonder dat dit consequenties heeft. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn sterk verbonden met de instelling en haar

¹²⁴ Courtney Sellers, S. & B.A. Haag (1998). Spiritual nursing interventions. In *Journal of Holistic Nursing* 16, p. 344.

¹²⁵ "Referral was the intervention identified most frequently. This finding raises the question, as proposed by Carson et al. (1986), of whether nurses' reluctance to provide spiritual care may be the result of the perception that spiritual care is not within the scope of nursing practice. When nurses lack understanding and feel insecure in their nursing knowledge, referral to another health professional results." Idem, p. 350

¹²⁶ In hoofdstuk zes zal ik uitgebreid ingaan op bijzondere positie van geestelijk verzorgers.

regels. Zij hebben niet de geheimhoudingsplicht of onafhankelijkheid om mensen een plek te bieden waar zij volledig vrijuit kunnen spreken. Bovendien zal een verzorgende of verpleegkundige gemakkelijk in een loyaliteitsconflict raken wanneer een bewoner kritisch is tegenover de zorginstelling of het gevoel krijgen zichzelf of de instelling hij of zij werkzaam is te verdedigen.

De positie van verpleegkundigen en verzorgenden is nog enkele andere opzichten beperkt in het bieden van geestelijke of spirituele zorg. Waar geestelijk verzorgers zich volledig kunnen concentreren op het geestelijk leven van mensen, moeten verpleegkundigen en verzorgenden een veelheid aan taken en rollen op zich moeten nemen. Vanuit hun rol als spiritueel of belevingsgericht zorgverlener streven zij naar een positie van gelijkwaardigheid, maar op andere momenten zullen zij noodgedwongen een bovenpositie innemen. Verpleegkundigen moeten soms keuzes maken voor een bewoner of zelfs enige dwang gebruiken. Dit actief ingrijpen botst met een houding die sterk de nadruk legt op de autonomie en eigen wijsheid van mensen, zoals die in het kader van spirituele zorg gevraagd wordt. Andersom hebben verzorgenden en verpleegkundigen soms veel met een bewoner te stellen, wat het voor hen lastig maakt om zich begripvol en empathisch tot deze persoon te verhouden.

Kortom: net zo goed als verzorgenden of verpleegkundigen in het herkennen van en omgaan met fysieke of psychische ziektebeelden nooit de arts of psycholoog vervangen, kunnen zij niet de taak van de geestelijk verzorger overnemen. Geestelijk verzorgers hebben hun eigen deskundigheid en unieke positie die onvervangbaar is. Tegelijk is het zo dat de huidige situatie, waarin verpleegkundigen en verzorgenden weinig inzicht hebben in het geestelijk leven van mensen, en het omgaan met vragen en behoeften op dit gebied, bewoners te kort doet. Zeker in een setting waarin mensen naast lichamelijk en psychisch lijden dag in dag uit geconfronteerd worden met indringende levensvragen. De aandacht voor spirituele zorg stelt verpleegkundigen en verzorgenden in staat een basale vorm van steun en begeleiding bieden of op zijn minst bewoners door te kunnen sturen naar een geestelijk verzorger indien meer professionele begeleiding gewenst is. In die zin kunnen ze wel degelijk een belangrijke bijdrage leveren, en de geestelijk verzorger ondersteunen in diens werkzaamheden.

Behalve de vraag naar de wenselijkheid, is er ook de vraag naar de mogelijkheid van spirituele zorg. Een deel van de verpleeghuizen blijkt op dit moment niet in staat om zelfs maar

het minimum aan verantwoorde zorg te bieden¹²⁷. Veel huizen kampen met een ernstig tekort aan geld en gekwalificeerd personeel. Het is zeer de vraag of zij tijd en ruimte zien om aandacht te schenken aan spirituele zorg. Tegelijk kan de slechte situatie in sommige verpleeghuizen geen argument zijn om niet te blijven streven naar een volwaardige zorg, die ook het geestelijk leven van mensen omvat. Wie vanuit een kostenplaatje naar spirituele zorg wil kijken, zou ook mee moeten nemen dat aandacht voor zingeving en spiritualiteit veel winst oplevert. Bijvoorbeeld als het gaat om het behoud van personeel, waar op dit moment een dreigend tekort aan is. Werken in de zorg is zwaar. De grote nadruk op efficiency en regels maakt dat steeds meer verzorgenden en verpleegkundigen afhaken of burn out raken. Zij hebben voor dit beroep gekozen vanuit het verlangen er voor anderen te zijn, maar komen nauwelijks toe aan het geven van warmte en aandacht. Dit is voor zorgverleners zeer frustrerend. Juist de aandacht voor zingeving en spiritualiteit kan het klimaat op de werkvloer verbeteren en mensen weer in contact brengen met hun bezieling.

Een andere belangrijke vraag is of iedere zorgverlener geschikt is om spirituele zorg te bieden. De verschillen in leeftijd, ervaring, achtergrond en opleidingsniveau tussen de zorgverleners zijn immers groot. Lang niet iedere zorgverlener is bewust bezig met zingeving en spiritualiteit, of staat hiervoor open. Door de voortschrijdende secularisering hebben veel met name jonge mensen weinig of geen affiniteit met spiritualiteit of religie. Dit maakt het lastig om bewoners op dit punt te ondersteunen. Ook de geschetste houding en vaardigheden zullen voor sommige zorgverleners te hoog gegrepen zijn.

Niet iedere zorgverlener voldoet kortom aan het ideaal van de ‘spirituele reisgenoot’ zoals Carson en Koenig die in hun boek schetsen. Desondanks mogen op het gebied van zingeving en spiritualiteit basale kennis, vaardigheden en (zelf)inzicht verwacht worden. Zo is het belangrijk dat zorgverleners kennis hebben van de belangrijke religieuze en levensbeschouwelijke stromingen, symbolen en gebruiken, zeker nu er steeds meer mensen uit andere culturen in het verpleeghuis wonen. Van verzorgenden en verpleegkundigen wordt een respectvolle houding verwacht tegenover iemands religie of spiritualiteit. Ook is het belangrijk dat zorgverleners op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de geestelijk verzorger, zodat zij mensen hierover kunnen informeren. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de basale kennis waar zorgverleners over moeten beschikken.

Overigens blijkt uit onderzoek dat er ondanks de voortschrijdende secularisering onder zorgverleners zelf wel degelijk behoefte bestaat aan (bij)scholing als het gaat om zingeving,

¹²⁷ Zie: (11-5-2008). Zorg in verpleeghuizen nog steeds onder de maat. In *Trouw*.

religie en spiritualiteit¹²⁸. Vroeg of laat wordt iedere zorgverlener geconfronteerd met de spirituele vragen en problemen waar veel zieke of stervende mensen mee worstelen. Ook kunnen bij henzelf vragen ontstaan over de eigen zingevend kader of het gemis hiervan. Dit alleen al maakt dat er onder veel zorgverleners vraag is naar kennis en inzicht op het gebied van spiritualiteit.

Risico's en grenzen van spirituele zorg

Spirituele zorg houdt ook een aantal risico's in. Het gevaar bestaat dat een verzorgende of verpleegkundige zich te actief of opdringerig opstelt in het bieden van spirituele zorg. Ik zal de risico's hieronder kort bespreken.

Tegenover de zorgverlener die weinig affiniteit heeft met zingeving en spiritualiteit, staat de zorgverlener die zo sterk betrokken is op het eigen spirituele of religieuze kader, dat hij of zij zich niet open kan stellen voor het verhaal van de ander. Het eigen kader kan helpen het verhaal van de ander te begrijpen en te herkennen, maar soms kan dit eigen verhaal het luisteren ook in de weg zitten. Bijvoorbeeld wanneer het kader van de ander sterk verschilt van de eigen opvattingen. Een te grote betrokkenheid op de eigen religie of spiritualiteit houdt ook het gevaar in dat de zorgverlener zijn of haar overtuigingen actief aan de ander opdringt, iemand van het eigen gelijk probeert te overtuigen, of zelfs mensen probeert te bekeren. Zo werd in 2007 een verpleegkundige ontslagen omdat hij geprobeerd had ziekenhuispatiënten te bekeren tot het geloof. Een krant bericht over de zaak: *'De hulpverlener vindt dat hij correct heeft gehandeld, omdat hij vanuit de Bijbel de opdracht heeft gekregen anderen van zijn geloof te overtuigen. Maar de patiënten in het Flevoziekenhuis waren daar niet altijd van gediend. Zo sprak hij met een vrouw over haar gebruik van een spiraaltje, dat in strijd zou zijn met de Christelijke geloofsovertuiging. Met een andere patiënt die erge pijn had, heeft de verpleegkundige gebeden, terwijl de patiënt zich niet kon herinneren daar toestemming voor te hebben gegeven. De patiënten voelden zich achteraf verward, angstig en onrustig. Voor het Flevoziekenhuis was het gedrag van de verpleegkundige onacceptabel. Hij mag op verzoek van patiënten wel over zijn geloofsovertuiging spreken, maar zeker niet ongevraagd. Herhaalde pogingen hem de grenzen duidelijk te maken zijn mislukt. Ook de kantonrecht*

¹²⁸ Zie o.a.: Tiesinga, L.J. (2006). *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg: Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezins-verzorgenden*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen & Universitair Medisch Centrum Groningen.

oordeelt dat het recht op het belijden van het geloof geen absoluut recht is en ophoudt waar de belangen van, kwetsbare, patiënten in het ziekenhuis in het gedrang komen.’¹²⁹

Om dit soort excessen te voorkomen benadrukken Carson en Koenig in hun boek dat zorgverleners zich zeer bescheiden moeten opstellen als het gaat om het aanbieden van spirituele zorg. Deze zorg moet steeds zijn afgestemd op de wensen van de ander. In een artikel over de ethische grenzen van spirituele zorg, benadrukken de auteurs, Winslow en Wehtje-Winslow, eveneens deze bescheiden houding. Zij benoemen vijf ethische regels inzake spirituele zorg. Twee daarvan roepen de zorgverlener op tot terughoudendheid: *‘Respect for the patient requires that health care professionals follow the patient’s expressed wishes regarding spiritual care’* en *‘Health care professionals should neither prescribe spiritual practices nor urge patients to relinquish religious beliefs or practices.’*¹³⁰

De vraag naar de grenzen van spirituele zorg kan ook op een andere manier spelen. Soms ziet een verzorgende of verpleegkundige dat iemands spirituele of religieuze overtuigingen een gevaar vormen voor diens gezondheid. In het boek *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*, beschrijft Offermans hoe zijn moeder op vrijdag niet wil eten. In haar jeugd had zij, als katholiek meisje, het dieetvoorschrift gekregen om voor het ter communie gaan, nuchter te zijn. Een voorschrift dat door haar nog steeds strikt wordt opgevolgd, al is de regel inmiddels al lang versoepeld. Naarmate de dementie voortschrijdt, wordt de dieetregel steeds meer een obsessie voor haar. Zij denkt dat het iedere dag vrijdag is, en weigert steeds vaker een maaltijd. Haar kinderen bellen op een gegeven moment in haar aanwezigheid de deken, om haar te overtuigen van de versoepelde dieetregel. Dit helpt, maar slechts eenmalig. De auteur vertelt: *‘In de daaropvolgende weken moest dat ritueel worden herhaald, noodgedwongen. Dat we de deken toch ook vorige week al hadden gebeld en de man niet konden blijven lastigvallen, wilde er bij haar niet in. Na een nieuw telefoontje, ditmaal gefingeerd, at ze haar twee sneetjes brood met lange tanden op, ons bij elke hap beschuldigend aankijkend.’*¹³¹ Pas wanneer de deken de versoepelde dieetregel zwart op wit op papier heeft gezet, is de moeder overtuigd.

¹²⁹ Redactie Almere vandaag (3 juli 2007). Verpleegkundige verliest baan om geloof. In *Almere Vandaag*.

¹³⁰ De auteurs noemen de volgende vijf ethische regels voor spirituele zorg: 1. *In order to provide respectful care, health care professionals should seek a basic understanding of patients’ spiritual needs, resources, and preferences;* 2. *Respect for the patient requires that health care professionals follow the patient’s expressed wishes regarding spiritual care;* 3. *Health care professionals should neither prescribe spiritual practices nor urge patients to relinquish religious beliefs or practices;* 4. *Health care professionals who care for the spiritual needs of patients should seek to understand their own spirituality;* 5. *Participation in spiritual care should be consonant with professional integrity”* Zie: Wehtje-Winslow, B.J. & G.R Winslow (2007). Spirituality and Health: Ethical boundaries of spiritual care. In *Medical Journal of Australia* 18, p. 63-66.

¹³¹ Offermans, C. (2006). *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*. Amsterdam: Uitgeverij Cossee, p. 50

De vraag die in bovenstaande situaties naar voren komt, is wanneer en in hoeverre de zorgverlener actief in mag grijpen. Juist in situaties waarin de zorgverlener zich zorgen maakt over iemands spirituele of religieuze waarden, kan een geestelijk verzorger uitkomst bieden. Soms is iemand inderdaad niet op een gezonde manier met religie bezig. Een geestelijk verzorger kan hierover met iemand in gesprek gaan, en vanuit zijn of haar deskundigheid en autoriteit bijvoorbeeld verkeerde interpretaties ophelderen of een ander gezichtspunt aanreiken. Tegelijk kan de geestelijk verzorger de zorgverlener helpen meer inzicht te krijgen in het religieuze of spirituele kader van de patiënt of bewoner en de zorgverlener aanwijzingen geven hoe je iemand kan ondersteunen.

Over de rol van de geestelijk verzorger en de bijdrage die deze kan leveren in de begeleiding en educatie van zorgverleners zal ik in het volgende hoofdstuk dieper ingaan.

6. Geestelijke verzorging en de humanisering van zorginstellingen

In dit laatste hoofdstuk wil ik aandacht besteden aan de bijdrage van de geestelijk verzorger als het gaat om het integreren van zingeving en spiritualiteit in de (belevingsgerichte) zorg. Vanuit mijn achtergrond als humanisticus zal ik in dit hoofdstuk de nadruk leggen op de rol van de humanistisch geestelijk verzorger. Omdat de relatie tussen humanisme en spiritualiteit beladen is, zal ik hier eerst aandacht aan besteden. Vervolgens ga ik in op de bijzondere, maar tegelijk ook complexe positie die de geestelijk verzorger binnen een zorginstelling heeft en de gevolgen die deze positie heeft voor de bijdrage die hij of zij kan leveren. Daarbij zal ik ook de recente ontwikkelingen in de zorg bespreken: de opkomst van het kwaliteitsmodel en de belevingsgerichte zorg.

Humanisme, raadswerk en spiritualiteit

Humanisme en spiritualiteit vormen van oudsher een spanningsvolle combinatie. Dat beide wel degelijk kunnen samengaan, blijkt uit het bestaan van humanistische stromingen in de grote wereldreligies, zoals het Christendom of de Islam. Omgekeerd zie je onder humanisten een grote verscheidenheid aan houdingen tegenover religie en spiritualiteit: van overtuigd atheïsten tot mensen die zich zowel humanist als Christen noemen, of als spirituele dan wel religieuze humanisten door het leven gaan. Dat deze combinatie tussen het humanisme en spiritualiteit of religie niet onproblematisch of vanzelfsprekend is, blijkt uit het proefschrift

van Suzette van IJssel *Daar hebben humanisten het niet zo over*. Zij beschrijft in haar boek hoe de verhouding tussen het humanisme en spiritualiteit in het Nederland van na de Tweede Wereldoorlog gekenmerkt wordt door grote spanningen. Ik zal de relatie tussen beide hieronder kort schetsen.

Wanneer in 1946 het Humanistisch Verbond wordt opgericht, besluit men direct tot een samengaan met het al eerder opgerichte Religieus Humanistisch Verbond. Dit betekent dat het Humanistisch Verbond (HV) zich vanaf het eerste moment moet verhouden tot de religiositeit van tenminste een deel van zijn leden. Mede daarom wordt gekozen voor een beginselverklaring waarin religie een plek krijgt. Zo staat er in deze verklaring te lezen dat hoewel het HV niet uitgaat van een ‘persoonlijke godheid’, de mens wordt geëerbiedigd als ‘bijzonder deel van het kosmisch geheel’. Een dergelijke formulering biedt ruimte voor mensen die zich verbonden voelen met een hogere macht of kracht.

Al vanaf de beginjaren bestaat onder sommige humanisten weerstand tegen de erkenning dat er zoiets is als een ‘kosmisch bewustzijn’. Hiervoor bestaat immers geen rationele onderbouwing, menen zij. Zo is er vanaf het allereerste moment sprake van een strijd tussen de religieus humanisten enerzijds, en de rationeel humanisten anderzijds, kortweg de religieuzen en de rationalisten genoemd. Rationele humanisten geloven niet in het bestaan van een werkelijkheid buiten de onze. Zij gaan uit van datgene wat we met onze zintuigen kunnen waarnemen, en wat zich wetenschappelijk laat onderzoeken. Religieuzen staan wél open voor de mogelijkheid van een andere werkelijkheid.

Jaap van Praag, oprichter van het Humanistisch Verbond, behoorde tot het kamp van de religieuzen. Onder zijn leiding krijgt het religieus humanisme een plek binnen het HV. Desondanks blijft er sprake van twee stromingen, die weliswaar elkaars legitimiteit erkennen, maar die moeilijk met elkaar te verzoenen zijn. De rationalisten zijn in de meerderheid en bovendien beter georganiseerd, waardoor de religieuzen in de praktijk weinig ruimte krijgen. Het is tekenend dat in 1973 de passage over de kosmische verbondenheid uit de beginselverklaring wordt geschrapt. Dit betekent echter niet het einde van de religieuze stroming.

Begin jaren tachtig ontstaat er een hernieuwde interesse in religie en humanisme, mede omdat het Humanistisch Verbond naar buiten toe aan draagkracht verliest vanwege haar anti-religieuze en rationele uitstraling. Ook onder studenten van het Humanistisch Opleidings Instituut (HOI), de opleiding tot humanistisch geestelijk verzorger, is er een groeiende interesse in religie en spiritualiteit. Wanneer in 1989 de Universiteit voor Humanistiek (UvH) wordt opgericht, dat zich onafhankelijk opstelt tegenover het HV, zet deze ontwikkeling zich

verder door. Hoewel ook op de universiteit de nodige strijd en discussie bestaat, heeft het thema spiritualiteit inmiddels een eigen plek binnen het lesprogramma van de UvH.

De aandacht voor spiritualiteit binnen de UvH heeft mede hiermee te maken dat studenten die van plan zijn te kiezen voor het raadswerk in hun latere beroep veel met spiritualiteit en religie te maken krijgen. Humanistisch raadlieden, die in hun werkpraktijk dagelijks geconfronteerd worden met mensen vanuit een zeer diverse levensbeschouwelijke achtergrond en ingrijpende levensvragen, kunnen zich een rigide afwijzing van religie en spiritualiteit niet veroorloven. Vanuit een atheïstische insteek is het lastig om de mens te (h)erkennen in zijn verlangen naar verbondenheid met een hogere kracht of macht.

Het humanistisch raadswerk ontstaat een jaar na de oprichting van het HV. Aanvankelijk vormt het raadswerk een kopie van de christelijke geestelijke verzorging. Een eigen taal, identiteit en traditie ontbreken. Zo heeft men het over ‘humanistische zielzorg’ of over het ontwikkelen van een ‘een eigen pastorale methode’. De oprichters van het humanistisch raadswerk, waaronder Jaap van Praag, waren bovendien allen religieus humanisten, wat invloed heeft op de spiritueel getinte manier waarop zij het raadswerk invullen. Het humanistisch raadswerk en spiritualiteit zijn in deze beginjaren dan ook niet van elkaar te onderscheiden¹³².

Hoewel het humanistisch raadswerk in de daarop volgende decennia steeds meer een eigen identiteit en methodiek krijgt, blijft spiritualiteit voor veel geestelijk verzorgers een belangrijk onderdeel van hun werk. Vaak putten humanistisch raadlieden uit de rijke spirituele traditie wanneer zij zoeken naar beelden, metaforen of rituelen om mensen te begeleiden¹³³. Bovendien vormen spirituele geschriften, waarin aanvaarding, intuïtie en overgave een rol spelen, voor veel raadlieden een welkome aanvulling op de meer rationeel ingestelde filosofie van de levenskunst¹³⁴. Ook als het gaat om meditaties en oefeningen rond

¹³² Zie: IJssel, S. van (2007). *‘Daar hebben humanisten het niet zo over’: Over de rol van spiritualiteit in het leven en werk van humanistisch geestelijk raadlieden*. Delft: Eburon.

¹³³ Voor humanisten is het beeld of visualiteit een relatief onontgonnen terrein. Dit heeft hiermee te maken dat het humanisme weinig beelden, symbolen en aansprekende voorbeeldfiguren kent. Spiritualiteit is daarentegen bij uitstek het domein van beeld, metafoor en verbeelding. Binnen de verschillende spirituele en religieuze tradities is veel kennis over de kracht maar ook het gevaar van beelden, en hoe deze kunnen worden ingezet om mensen in contact te brengen met hun innerlijk of met het transcendentale.

¹³⁴ Veel humanisten halen hun inspiratie voor het goede leven uit de zogenaamde levenskunstfilosofie. Deze filosofie leunt sterk op de gedachte dat de mens via rationele argumenten genezen kan worden van zijn passies. Het is een gedachtegang die teruggaat op de filosofie uit de oudheid. De filosofe Martha Nussbaum schrijft erover in haar boek *The therapy of desire: “Philosophy heals human diseases, diseases produced by false beliefs. Its arguments are to the soul as the doctor’s remedies are to the body. They can heal and they are to be evaluated in terms of their power to heal. As the medical art makes progress on behalf of the suffering body, so philosophy for the soul in distress”* Volgens de filosofie van de levenskunst is het menselijk lijden te wijten aan verkeerde overtuigingen. Deze leiden tot negatieve emoties als woede, begeerte of angst voor de dood. Door middel van goede argumenten is het mogelijk iemands overtuigingen en daarmee indirect zijn passies te veranderen en daarmee de mens te genezen van zijn lijden. Een geheel andere opvatting van zielzorg dan de spirituele benadering, waarin de nadruk ligt op kwaliteiten als overgave en aanvaarding. Juist in het raadswerk worden mensen geconfronteerd met situaties waarin woorden te kort schieten of mooie interpretaties en verklaringen niet op hun plek zijn.

stilte en ontspanning, laten veel humanistisch raadslieden zich inspireren door spirituele tradities.

Spiritualiteit en religie kunnen uiteraard niet gereduceerd worden tot een nuttig instrument voor de geestelijk verzorger. Voor menig humanistisch geestelijk verzorger is spiritualiteit veel meer dan een bron van beelden, rituelen en meditatietechnieken. Zij vormt een levenshouding die inspireert en maakt dat iemand het zware en vaak eenzame beroep van geestelijk verzorger aankan. In de volgende paragraaf zal ik dieper ingaan op de positie van de geestelijk verzorger binnen zorginstellingen, en op de zwaarte en complexiteit van dit beroep.

De positie van de geestelijk verzorger

Geestelijk verzorgers hebben een bijzondere, maar ook lastige en vaak eenzame positie binnen de instelling waar zij werken. Naast de relatieve onbekendheid van hun beroep, heeft die lastigheid vooral te maken met hun ambtelijke binding, de vrijplaatsfunctie en de bijbehorende zwijgplicht van geestelijk verzorgers. Ik zal deze punten hieronder kort bespreken.

Wat het werk van de fysiotherapeut, verpleegkundige, verpleeghuisarts, psycholoog of maatschappelijk werker inhoudt, is voor de meeste mensen in meer of mindere mate bekend. Geestelijke verzorging is daarentegen een relatief onbekend beroep. De humanistisch raadsman of -vrouw bevindt zich in een extra lastig parket. Met name jonge mensen hebben vaak nauwelijks een idee wat het humanisme inhoudt. Een bijkomend probleem is dat de taak van de geestelijk verzorger op sommige punten overlapt met het werkterrein van zowel de maatschappelijk werker als de psycholoog. Als een verpleeghuisbewoner begeleiding nodig heeft, is het voor de verzorgende die dit signaal oppikt soms lastig om te bepalen naar wie de bewoner moet worden doorgestuurd. Rouwverwerking is bijvoorbeeld een thema waar geestelijk verzorgers veel ervaring mee hebben, terwijl een ‘ongezonde’ of ‘vastgelopen rouw’ die iemand belemmert in het dagelijks functioneren, eerder thuishoort bij een psycholoog. Vaak zijn de problemen van verpleeghuisbewoners overigens zo complex dat zowel de geestelijk verzorger als de maatschappelijk werker en de psycholoog bij de begeleiding betrokken zijn.

Een tweede lastigheid heeft te maken met de uitzonderlijke positie van de geestelijk verzorger. Uniek aan het werk van geestelijk verzorgers is dat zij hun ambt ontlenen aan de

goedkeuring van een levensbeschouwelijk genootschap, zoals het Humanistisch Verbond of de kerk waartoe iemand behoort. Het levensbeschouwelijk genootschap verklaart iemand bevoegd om het ambt te dragen, waarna iemand wordt uitgezonden. Inhoudelijk is de geestelijk verzorger geen verantwoording verschuldigd aan de instelling waarbinnen hij of zij werkt, maar aan het zegend genootschap. Dit heeft grote gevolgen voor de positie van geestelijk verzorgers. Zij staan als het ware met één been buiten de zorginstelling, wat hen een zekere mate van vrijheid geeft. Deze relatief onafhankelijke positie is van groot belang voor de werkzaamheden van de geestelijk verzorger, zoals ik verderop bespreek, maar heeft ook tot gevolg dat hij of zij soms met enige argwaan wordt bekeken door andere zorgverleners. Een geestelijk verzorger moet kritische vragen durven stellen, een luis in de pels durven zijn. Dit maakt hem of haar niet altijd geliefd. Binnen sommige instellingen wordt de geestelijk verzorger dan ook niet meer dan gedoogd. Over het algemeen is er echter grote waardering voor het werk van de geestelijk verzorger, met name ook dankzij de positieve verhalen van de mensen die zij begeleiden.

Waar de instelling nog wel eens moeite heeft met de uitzonderingspositie van de geestelijk verzorger, is deze voor de mensen die een beroep op hen doen juist van grote waarde. Vanuit de scheiding tussen kerk en staat hebben burgers er recht op dat staatsinstellingen, maar ook zorginstellingen zich niet bemoeien met iemands levensbeschouwelijke overtuigingen. Om die reden is alles wat de geestelijk verzorger met iemand bespreekt vertrouwelijk. Op die manier wordt mensen een zogenaamde vrijplaats geboden. In een zorginstelling, waar doorgaans weinig privacy bestaat en waar er eerder *over* dan *met* mensen gesproken wordt, is dit van groot belang. De geestelijk verzorger heeft een strenge geheimhoudingsplicht, ook tegenover collega's uit de andere disciplines. Mensen kunnen met de geestelijk verzorger vrijuit spreken over wat hen bezighoudt, zonder dat dit consequenties heeft.

De laatste jaren zijn er veel discussies over de vraag of geestelijk verzorgers hun exclusieve positie niet moeten opgeven om beter te integreren in de zorginstelling. De secularisering van de samenleving maakt dat er stemmen opgaan om tot een algemene geestelijke verzorging te komen en de band met het zegend genootschap los te laten. Dit zou echter verstreckende consequenties hebben. Op dit moment heeft de geestelijk verzorger een duidelijke en herkenbare identiteit voor de mensen die een beroep op hen doen. Deze identiteit gaat verloren op het moment dat instellingen met algemene geestelijk verzorgers gaat werken. Bovendien missen geestelijk verzorgers bij het opgeven van de ambtelijke binding een inhoudelijke achterban en inspiratie, die hen helpt om het zware beroep van

geestelijke verzorger vol te houden en invulling te geven¹³⁵. Voor veel geestelijk verzorgers is het dan ook ondenkbaar om hun ambtelijke binding op te geven.

Een andere consequentie is dat de legitimiteit van het beroep wordt ondergraven wanneer men overgaat op algemene geestelijke verzorging. Mensen die langer dan 24 uur in een zorginstelling verblijven, hebben het recht op geestelijke verzorging die aansluit bij hun levensbeschouwing. Zorginstellingen zijn kortom verplicht om mensen de mogelijkheid tot gepaste geestelijke verzorging aan te bieden. Wanneer de ambtelijke binding wordt opgegeven en men tot een algemene geestelijke verzorging komt, dreigt het voortbestaan van het beroep in gevaar te komen.

Ook de recente ontwikkelingen binnen de zorg rond het kwaliteitsdenken en de belevingsgerichte zorg hebben gevolgen voor de positie van de geestelijk verzorger. Ik zal hier in de volgende paragrafen dieper op ingaan.

Geestelijke verzorging en kwaliteitszorg

Dat het kwaliteitsdenken inmiddels ook is doorgedrongen tot de geestelijke verzorging in zorginstellingen, blijkt duidelijk uit de beroepsstandaard die de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ) in 2002 presenteerde. Het begrip kwaliteit komt meer dan vijftig keer voor in het document. Kwaliteit vormt zelfs de voornaamste doelstelling van de vereniging: *'De VGVZ stelt zich ten doel om de geestelijke verzorging in zorginstellingen te bevorderen en werkt aan het behoud en de verbetering van de kwaliteit van de geestelijke verzorging als integraal deel van de totale zorgverlening.'*¹³⁶ Door het opstellen van een kwaliteitshandboek wil de VGVZ de kwaliteit van geestelijke verzorging bevorderen en ook waarborgen.

Over de vraag of de geestelijk verzorger mee kan en moet gaan in de hele ontwikkeling rond kwaliteitszorg, bestaan grote meningsverschillen. Voorstanders noemen het een goede zaak dat de geestelijk verzorger aan de zorginstelling verantwoording aflegt over zijn werkzaamheden. Een geestelijke verzorger die zich verschuilt achter zijn vrijplaats en als een Einzelgänger door de instelling zwerft, marginaliseert zichzelf en loopt het risico zijn positie (en die van de gehele beroepsgroep) te ondermijnen. De opkomst van het kwaliteitsdenken biedt voor de geestelijk verzorger mogelijkheden om zichzelf te laten zien

¹³⁵ Hier moet wel tegenover worden gesteld dat uit onderzoek blijkt dat geestelijk verzorgers zich steeds minder verbonden voelen met het zendend genootschap, en dat de strenge grenzen tussen de denominaties in de praktijk steeds minder zichtbaar zijn. Zie: Smeets, W. (12 mei 2006). *Zending of geen zending. De ambtelijke identiteit van geestelijk verzorgers. Bijdrage ter gelegenheid van het congres: Identiteit van geestelijke verzorgers in een multireligieuze samenleving.*

¹³⁶ VGVZ (2002). *Beroepsstandaard voor geestelijke verzorging in zorginstellingen.*

binnen de instelling, om de discussie te voeren over wat men onder kwaliteit van zorg en van geestelijke verzorging verstaat en om de waarde en legitimiteit van het beroep te benadrukken.

Tegenstanders menen dat geestelijk verzorgers zichzelf geweld aandoen als zij meegaan in het kwaliteitsdenken. Zij verliezen hun onafhankelijke positie. De huidige invulling van het begrip ‘kwaliteit’ biedt bovendien onvoldoende mogelijkheden om recht te doen aan de waarde en werkzaamheden van de geestelijk verzorger. Zoals eerder naar voren kwam, wordt de kwaliteit van zorg immers hoofdzakelijk bepaald door meetbare zaken. Datgene wat de geestelijk verzorger te bieden heeft, laat zich bij uitstek niet of nauwelijks uitdrukken in getallen. Immers, hoe meet je de waarde van aandacht, troost, verlichting, nabijheid, en vertrouwen?

Een ander probleem met het kwaliteitsdenken is dat de geestelijk verzorger wordt gedwongen zijn werkzaamheden uit te leggen in een taal die geen recht doet aan de aard van zijn of haar beroep. Nu is vertalen bij uitstek een vaardigheid waar de geestelijk verzorger over moet beschikken. Een pastor die met een niet gelovige bewoner of een islamitische collega praat, zal bijvoorbeeld ook een vertaalslag moeten maken. Een geestelijk verzorger moet op veel verschillende niveaus en met een grote verscheidenheid aan mensen een gesprek kunnen voeren: artsen, zorgmanagers, verzorgenden, psychologen, bewoners en hun familie, vrijwilligers, collega’s uit andere denominaties. In dit vermogen om verschillende talen te spreken ligt de kracht van de geestelijk verzorger. Tegelijk bestaat het gevaar dat de geestelijk verzorger zich in dit gesprek teveel moet aanpassen en daarbij de eigen taal verliest. Dit is zeker het geval wanneer de geestelijk verzorger zijn beroep moet vertalen naar het kwaliteitsmodel.

Het is voor geestelijk verzorgers kortom lastig om mee te gaan in de ontwikkelingen rond het kwaliteitsdenken. Naast deze spanning tussen het kwaliteitsmodel en de eigen aard van geestelijke verzorging, zijn er nog enkele andere punten die de bijdrage van geestelijk verzorgers op instellingsniveau kunnen bemoeilijken. Ik zal ze in de volgende paragraaf bespreken.

De bijdrage van de geestelijk verzorger

De geestelijk verzorger heeft op het gebied van zingeving en spiritualiteit een grote expertise opgebouwd. Juist nu er vanuit zorginstellingen meer aandacht ontstaat voor zingeving en spiritualiteit, zou de geestelijk verzorger een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Verschillende factoren dragen eraan bij dat dit niet altijd gebeurt. Eén van deze factoren is

tijdgebrek. Over het algemeen hebben geestelijk verzorgers een bescheiden functie van soms niet meer dan twaalf tot zestien uur per week. Veel geestelijk verzorgers zullen de prioriteit leggen bij de bewoners, en hun tijd hoofdzakelijk besteden aan het voeren van individuele gesprekken en het doen van groepswerk. Daardoor blijft er weinig tijd over voor andere taken zoals scholing, het geven van lezingen of het bijwonen van het multidisciplinair overleg. Dit is een gemiste kans, want juist nu bestaat er binnen veel zorginstellingen behoefte aan inzichten en vaardigheden op het terrein van zingeving, ethische kwesties en vaagstukken rond spiritualiteit en religie.

Zorginstellingen maken kortom te weinig gebruik van de expertise die de geestelijk verzorger op dit punt te bieden heeft. Uiteraard heeft dit ook te maken met de prioriteiten die geestelijk verzorgers hierin zelf stellen. Zij beschouwen het begeleiden van mensen als hun kerntaak. Wanneer de tijd beperkt is, kiezen zij ervoor die tijd te besteden aan groepswerk en individuele gesprekken. De enorme geestelijke nood waarmee geestelijk verzorgers zich geconfronteerd zien, maken dit een begrijpelijke keuze. Het gevolg is wel dat een andere kerntaak van geestelijk verzorgers, de humanisering van de zorginstelling, soms niet genoeg uit de verf komt.

Behalve het gebrek aan tijd, maakt ook de vrijplaatsfunctie dat geestelijk verzorgers beperkt zijn in hun bijdrage op instellingsniveau. De opvatting dat de geestelijk verzorger er in de eerste plaats voor de mensen is, en een zekere (kritische) afstand moet bewaren tegenover de instelling, leeft sterk, zowel vanuit de instelling als onder geestelijk verzorgers. Juist het bieden van een vrijplaats is van onschatbare waarde voor de bewoners van een zorginstelling. Voor hen is het zeer belangrijk te kunnen praten met iemand die geen deel uitmaakt van het systeem.

De vrijplaatsfunctie en zwijgplicht zijn kortom van onschatbare waarde, maar beperken tegelijk de mogelijkheden van geestelijk verzorgers om een bijdrage te leveren op instellingsniveau. Zo nemen geestelijk verzorgers vaak niet deel aan overlegstructuren zoals het multidisciplinair overleg. Vanwege hun vrijplaats wordt dit als ongepast of onwenselijk gezien. Wanneer geestelijk verzorgers wel deelnemen aan het overleg, zijn zij vanuit hun strenge beroepsgeheim terughoudend in de uitspraken die zij doen. Waar de fysieke aandoeningen, de sociale omstandigheden en het psychisch functioneren van een verpleeghuisbewoner tijdens het multidisciplinair overleg uitgebreid worden besproken, kan er over het geestelijk leven van mensen weinig bekend worden gemaakt. Vaak kan de geestelijk verzorger alleen in bedekte termen iets vertellen over wat een bewoner bezighoudt, bijvoorbeeld dat iemand verdrietig is vanwege oud zeer of dat iemand heimwee heeft. Het

geestelijk leven van mensen blijft daardoor voor de overige zorgverleners grotendeels onbelicht.

De geestelijk verzorger opereert vanwege zijn bijzondere positie relatief onzichtbaar binnen de instelling, al is de mate van (on)zichtbaarheid ook sterk afhankelijk van de waarde die de instelling hecht aan geestelijke verzorging. Binnen de ene instelling heeft de geestelijk verzorger een stevige positie en is hij of zij graag gezien, binnen de andere instelling geldt de geestelijk verzorger als een relatieve buitenstaander die vanuit de marge opereert. Ook de persoonlijkheid van de geestelijk verzorger en zijn of haar vermogen om samenwerkingsverbanden met andere disciplines aan te gaan en zichzelf te laten zien, speelt een belangrijke rol. Via ethische commissies, educatie, de bijdrage aan bewonersbladen, het organiseren van vieringen en het ondersteunen van medewerkers, kunnen zij zichzelf profileren en een zichtbaar waardevolle bijdrage leveren aan de instelling.

Nieuwe mogelijkheden voor de geestelijk verzorger

Juist de recente ontwikkelingen rond de opkomst van de belevingsgerichte zorg, bieden nieuwe kansen en mogelijkheden om de waarde van geestelijke verzorging binnen de zorginstelling te benadrukken en een eigen bijdrage te leveren. Anders dan in het kwaliteitsmodel, waarin de geestelijk verzorger zichzelf soms geweld aan moet doen om aansluiting te vinden, kan hij of zij binnen de belevingsgerichte zorg een bijdrage leveren die aansluit bij de eigen aard van het beroep. Ditzelfde geldt in nog sterkere mate voor de spirituele zorg, die in haar uitgangspunten en werkhouding goed aansluit bij die van de geestelijke verzorging.

Zowel belevingsgerichte als spirituele zorg vragen dat zorgverleners een basishouding ontwikkelen die de geestelijk verzorger zeer vertrouwd is. Deze houding van aandachtig luisteren, gelijkwaardigheid en nabijheid, is niet eenvoudig te leren, maar is vaak het resultaat van een jarenlang proces. De geestelijk verzorger heeft in dit opzicht een belangrijke educatieve- en voorbeeldfunctie. In zijn of haar omgang met bewoners, toont de geestelijk verzorger hoe een dergelijke houding er in de praktijk uit ziet. Dit kan voor zorgverleners heel inspirerend zijn. Ook kan de geestelijk verzorger verpleegkundigen actief begeleiden in het ontwikkelen van deze basishouding en kan hij of zij kennis overdragen op het gebied van religieuze stromingen en vraagstukken op het gebied van zingeving, spiritualiteit en ethiek.

Ook de geestelijk verzorger zelf is erbij gebaat als er onder verzorgenden en verpleegkundigen meer aandacht is voor zingeving en spiritualiteit. Het werken in een omgeving waar niet of nauwelijks oog is voor het geestelijk leven van mensen, maakt dat de

geestelijk verzorger er erg alleen voor staat in zijn of haar werkzaamheden. Door de onbekendheid van het beroep en het domein van zingeving en spiritualiteit in het algemeen, is er soms weinig medewerking, steun en begrip voor het werk van de geestelijk verzorger. De mogelijkheid tot samenwerking en tot humanisering van de zorginstelling nemen toe wanneer verpleegkundigen en verzorgenden zich betrokken voelen bij het geestelijk leven van verpleeghuisbewoners.

Wanneer verzorgenden en verpleegkundigen oog krijgen voor zingeving en spiritualiteit, kan dit de taak van de geestelijk verzorger bovendien in belangrijke mate ontlasten. De geestelijke nood van mensen in verpleeghuizen is zo hoog, dat geestelijk verzorgers er vaak nauwelijks aan toe komen om bewoners de zorg te bieden die zij behoeven. Wanneer zij niet alleen staan in hun aandacht voor het geestelijk leven van mensen, neemt de druk op de geestelijk verzorger af. Daardoor ontstaat er bovendien meer ruimte om een bijdrage te leveren op instellingsniveau, bijvoorbeeld in de vorm van educatie en voorlichting. Hier is de hele zorginstelling bij gebaat.

De recente ontwikkelingen binnen de zorg brengen met zich mee dat er ruimte komt voor een andere taal. Het dominante jargon van het medische model en het kwaliteitsmodel wordt verrijkt met de taal van geestelijke verzorging. Tot voor kort was het bijna taboe om termen als religie of spiritualiteit en alles wat hiermee samenhang in de mond te nemen. De laatste jaren raken mensen steeds meer met deze begrippen vertrouwd, ook door de snel groeiende interesse die er vanuit de samenleving is voor zingeving en spiritualiteit. Dit betekent dat de geestelijk verzorger zich makkelijker verstaanbaar kan maken en eenvoudiger aansluiting zal kunnen vinden.

De groeiende aandacht voor zingeving en spiritualiteit maakt de discussie omtrent de positie van geestelijk verzorgers binnen zorginstellingen opnieuw actueel. De nieuwe ontwikkelingen maken het geestelijk verzorgers mogelijk om hun plek te vinden binnen de instelling zonder hun eigenheid of onafhankelijkheid op te hoeven geven. Omdat zorginstellingen en hun medewerkers niet altijd op de hoogte zijn van wat geestelijke verzorging inhoudt of anderen te bieden heeft, zullen geestelijk verzorgers hier ook zelf een actieve rol moeten spelen. Wanneer zij de ontwikkelingen passief aan zich voorbij laten gaan, betekent dit een gemiste kans.

Conclusie

In deze scriptie ben ik op zoek gegaan naar de betekenis van zingeving en spiritualiteit in het leven van zorgbehoefte ouderen en de vraag hoe beide een plek kunnen krijgen binnen de ouderenzorg. Ik ben begonnen met een uitgebreide verkenning van de begrippen zingeving en spiritualiteit. Tegen de achtergrond van deze verkenning heb ik in het derde hoofdstuk de zingevingsproblematiek van ouderen geschetst, en de mogelijke betekenis van spiritualiteit en religie besproken als bron van steun in het omgaan met deze vraagstukken. Veel zorgbehoefte ouderen worstelen met ingrijpende zingevingsvragen, zoals het verlies van regie en gezondheid, het gedwongen samenleven met medebewoners, gebrek aan privacy en verlies van identiteit. Uit onderzoek komt naar voren dat juist spiritualiteit en religie voor ouderen een belangrijke steunpilaar zijn in het omgaan met zingevingsproblematiek. Het is dan ook verbazingwekkend dat hier vanuit zorginstellingen lange tijd nauwelijks aandacht voor was.

In het tweede deel van mijn scriptie ben ik ingegaan op de situatie in de zorg en de vraag hoe spiritualiteit en zingeving hierbinnen een plek kunnen krijgen. Binnen de zorg zie je de laatste jaren grote veranderingen. Enerzijds zijn er veel misstanden binnen de zorg, variërend van ingrijpende bezuinigingen, ondermaatse zorg en een doorgesloten denken in termen van tijdsbesparing en kostenbeheersing. Tegelijk zijn er ook hoopgevende ontwikkelingen. De belevingsgerichte zorg zoals die momenteel wordt doorgevoerd in veel verpleeghuizen, vormt een waardevolle aanvulling op het kwaliteitsdenken en corrigeert de uitwassen van dit model. Steeds meer komt de mens centraal te staan, als een uniek individu dat niet gereduceerd kan worden tot 'patiënt' of 'consument'. Binnen deze ontwikkeling wordt het ook mogelijk om zingeving en spiritualiteit een eigen plek te geven, bijvoorbeeld door deze op te nemen in de (bij)scholing van verzorgenden en verpleegkundigen. Veel zorgverleners beseffen het belang van religie en spiritualiteit in het leven van zorgbehoefte ouderen, maar voelen zich niet altijd capabel genoeg om hiermee te werken. De laatste jaren verschijnt er steeds meer literatuur en materiaal die zorgverleners helpt om zingeving en spiritualiteit op te nemen in hun werkpraktijk.

Tot slot heb ik gekeken naar de mogelijke rol van geestelijk verzorgers in het ondersteunen van de zorginstelling en haar medewerkers op het gebied van zingeving en spiritualiteit. Zij hebben immers een grote ervaring en deskundigheid op dit gebied. De uitzonderlijke positie van de geestelijk verzorger maakt dat deze echter niet altijd de kans

krijgt òf grijpt om op dit punt een bijdrage te leveren. Ook is er spanning tussen het kwaliteitsmodel, met zijn nadruk op transparantie, efficiency en meetbare resultaten, en de geestelijke verzorging, die zich niet naar dit model laat voegen.

Met de integratie van zingeving en spiritualiteit binnen de zorg, krijgt de geestelijk verzorger nieuwe mogelijkheden om bij te dragen aan een meer humane zorg en om een steviger positie te krijgen binnen de zorginstelling. Anders dan bij het kwaliteitsmodel, hoeft de geestelijke verzorging zich in de belevingsgerichte en spirituele zorg niet te voegen naar een taal en mentaliteit die haar niet past, maar kan ze een bijdrage leveren juist door de eigen taal, houding en denkwijze krachtig neer te zetten.

Literatuurlijst

- Armstrong, K. (2003). *De wenteltrap: mijn weg uit de duisternis*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Baars, J., (2001). Ouder worden en ouder gemaakt worden: reflecties over de sociale constitutie van de levensloop. In Quispel, Y. & Christ, L. (red.). *Ouder worden: een kwestie van leeftijd?*, p. 57- 68. Utrecht: LBL.
- Baars, J. (2002). *Ouder worden en de fragiliteit van de intermenselijke conditie*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Braam, S. (2005). *Ik heb Alzheimer: het verhaal van mijn vader*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar.
- Bernts, T. et al. (2006). *God in Nederland: 1999-2006*. Kampen: Uitgeverij Ten Have.
- Breur, R. & A. Burms, (2000). *Ik/Zelf: Essays over Identiteit en zelfbewustzijn*. Leuven: Uitgeverij Peeters.
- Burms, A. & H. de Dijn (1986). *De rationaliteit en haar grenzen: kritiek en deconstructie*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Carson, V.B. & H. G., Koenig (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Carter, S.L. (1997). *Integrity*, New York: Harper perennial.
- Chiu, L. et al. (2004). An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences. In *Western Journal of Nursing Research* 26, p. 405-428.
- Coyle, J. (2002) Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. In *Journal of Advanced Nursing* 37, p. 589-597.
- Courtney Sellers, S. & B.A. Haag (1998). Spiritual nursing interventions. In *Journal of Holistic Nursing* 16, p. 338-354.
- Dass, R. (2000). *Vanaf hier, vanaf nu: een nieuwe visie op ouder worden*. Utrecht/Antwerpen: Servire.
- Declerq, A., (1998). In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden. In: *Tijdschrift voor sociologie* 19.
- Denis, R. & H. Nies (1999). *Tussen de regels door: brieven uit het verpleeghuis*. Utrecht: NZI.
- Dijke, J.L.C. van (2003). *De beelden van Benetton: over de grenzen en mogelijkheden van zingevende reclame*. Afstudeerscriptie RU

- Dijn, H. de (1999). *De herontdekking van de ziel: voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers.
- Dijn, H. de (1997). *Hoe overleven we de vrijheid?: Modernisme, Postmodernisme en het mystiek lichaam*. Kapellen: Uitgeverij Pelckmans.
- Dros, L. van (19 juni 2004). Tekort aan geestelijk verzorgers verpleeghuis. In *Trouw*.
- Duinjer, O. (2002). *Onuitputtelijk is de waarheid*. Budel: Damon.
- Heijden, A.F. Th. (1994). *Asbestemming: een requiem*. Amsterdam: Querido.
- IJssel, S. van (2007). 'Daar hebben humanisten het niet zo over': *Over de rol van spiritualiteit in het leven en werk van humanistisch geestelijk raadslieden*. Delft: Eburon.
- Jernigan, H. L. (2001). Spirituality in Older Adults: A Cross-Cultural and Interfaith Perspective. In *Pastoral Psychology* 49, p. 413-437.
- Pool, A., J. Kruyt, & M. Walters (2003). *Zorgen heb je samen: belevingsgerichte zorg in de praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Koenig, H.G. (1998). Religious Attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, p. 213 -224.
- Koenig, H.G. et al. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically ill Hospitalized Older Patients. In *American Geriatrics Society* 52, p. 554-562.
- Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia & Londen: Templeton Foundation Press.
- Korsten, A.F.A. & J.M.L.M. Soeters (1999). Kwaliteitszorg in de non-profitsector. In *Bestuurskunde* 8, p. 232-244.
- Lange, F. de (1992). Zoeken naar zin: zingeving in een pluriforme samenleving. In Schreuder, H.A. (red.). *Zin in het leven: over zingeving bij het ouder worden*. Zoetermeer: Meinema.
- Lawrence, L.M. (2003). Aspects of spirituality in dementia care: When clinicians tune into silence. In *Dementia* 2, p. 393-402.
- Lewis, M.M. (2001). Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life Review. In *Journal of Adult Development* 8, p. 231 – 240.
- Lindberg, D.A. (2005). Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality and the Elderly. In *Geriatric Nursing* 26, p. 372-377.
- McConnell, K.M, & K.I. Pagement (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. In *Journal of Clinical Psychology* 62, p. 1496-1484.
- Middelaar, P. van (2005). *Spiritualiteit en zorgverlening*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). *Brochure Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Rijswijk: VWS.
- Moore, J. (2006). *De geheugenkunstenaars*. Amsterdam: Uitgeverij Prometheus.
- Moore, T. (1993). *Zorg voor de ziel*. Servire: Utrecht.
- Moravia A. (1970). *De verveling*. Utrecht/Antwerpen: A.W. Bruna & Zoon.
- Musick, M.A et al. (2000). Spirituality in physical health and aging. In *Journal of Adult Development* 7 (2), p.73-84.
- Narayanasamy, A. & J., Owens (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 33, p. 446-455.
- Offermans, C. (2006). *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*. Amsterdam: Uitgeverij Cossee.
- Reedijk, J.S. (1991). *Psychogeriatric: De zorg voor oude mensen die in de war zijn*. Lochem: Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom.
- Sabat, S. & R. Harré (1992). The construction and deconstruction of Self in Alzheimer Disease. In *Aging & Society* 12, p. 443-461.
- Scholten, P. (1997). *Ongekuste kickers*. Amsterdam: Atlas.
- Taylor, C. (1992). *Multiculturalism and The politics of recognition*. New Jersey: Princeton University Press.
- Taylor, C. (1992). *The ethics of authenticity*, Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press.
- Teasdale, W. (2001). *Het mystieke hart: universele spiritualiteit in wereldreligies*. Deventer: Uitgeverij Ankh-Hermes bv.
- Thoresen, Carle E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship?. In *Journal of health psychology* 4, p. 291-300 .
- Tiesinga, L.J. (2006). *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg: Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen & Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Wehtje-Winslow. B.J. & G.R Winslow (2007). Spirituality and Health: Ethical boundaries of spiritual care. In *Medical Journal of Australia* 18, p. 63-66.
- Willemsen, H. (1992). *Woordenboek filosofie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Wuthnow, R. (2001). *Creative spirituality: the way of the artist*. Berkeley & Los Angeles University of California Press.