

MYRIAM STEEMERS VAN WINKOOP

Levensbeschouwing en zorgmarkt. Een onmogelijke coëxistentie?

INLEIDING

De vraag of levensbeschouwing¹ en zorgmarkt een onmogelijke coëxistentie vormen is een vraag van onze huidige tijd en cultuur die worden gekenmerkt door secularisatie en individualisering. Een kenmerk van de secularisatie is dat in de samenleving, en dus ook in de zorg, het levensbeschouwelijke of religieuze in de marge wordt gedrongen en tot privé-domein verklaard. Nu de vanzelfsprekende aanwezigheid van levensbeschouwing in de zorg lijkt te zijn verdwenen doet zich de vraag voor of er een relatie tussen levensbeschouwing en zorg is, en zo ja wat die relatie inhoudt.

De gezondheidszorg zoals we die nu kennen heeft een lange geschiedenis, waarin levensbeschouwing niet alleen een inspirerende maar zelfs een genererende rol heeft gespeeld. Deze genererende rol was mogelijk in een tijd dat er nauwelijks zorg voor zieken was en het christelijk geloof de verantwoordelijkheid voor de naaste formuleerde en uitdroeg. Vanaf het begin van het christendom hebben evangelieteksten mensen geïnspireerd om hun leven te wijden aan de zorg voor zieken. Dit leidde tot christelijk geïnspireerde zorg.

Nu leven we in een postchristelijke of wellicht zelfs een pre-islamitische samenleving waarin het geloof aan vanzelfsprekendheid en aan vanzelfsprekende presentie en zichtbaarheid in het algemeen en ook in de zorg heeft verloren. Wie niet leeft vanuit het christelijk geloof en de geschiedenis van het christendom niet kent, komt tot de

vraag of beide iets met elkaar van doen hebben. Tegelijk zien we binnen de huidige zorg dat met name levensbeschouwelijke vragen steeds vaker en indringender worden gesteld, ook, en wellicht juist, in deze seculariserende en individualiserende samenleving.

Met andere woorden: de hedendaagse zorg laat zien dat zieken vragen stellen die verwijzen naar een relatie tussen levensbeschouwing en zorg. Dit gebeurt heel concreet. Juist wanneer mensen ziek zijn realiseren ze zich dat leven en gezondheid broos en kwetsbaar zijn en vragen ze zich af waarom zij ziek worden, waarom hen overkomt wat hen overkomt. Mensen blijken juist dan gevoelig voor de ervaring dat leven meer is dan een fysiek proces, meer dan lichamenlijk welzijn, dat er iets is dat het gewone, het alledaagse, overstijgt. Wie ziek is ervaart dat gezondheid en leven kwetsbaar en niet vanzelfsprekend zijn.

Wanneer mensen gevoelig worden voor de religieuze dimensie van het leven kan het verlangen ontstaan ook in de zorg antwoord te krijgen op levens- en zingevingsvragen, een verlangen naar levensbeschouwelijke aandacht voor hun situatie. Anderzijds kunnen mensen vanuit hun geloof zich geroepen voelen om zorg te verlenen aan zieken. Zo kan door het geloof een gezondheidszorg ontstaan als een religieuze benadering van het leven. Sterker nog, zonder religie zou de gezondheidszorg nooit zijn geworden wat ze nu is.

Het verleden is een goede leermeester. Kijkend naar de geschiedenis van de zorg wil ik antwoord geven op de vraag of er een relatie is tussen levensbeschouwing en zorgmarkt en wat deze relatie kenmerkt.

DE GESCHIEDENIS VAN DE ZORG

Onze westerse gezondheidszorg vindt zijn oorsprong in Mesopotamië, het gebied in het zuidwesten van Azië tus-

sen de Eufraat en de Tigris. Daar ontstond, verbonden aan de tempel, een opleiding tot heelkundige. Door het optekenen en vastleggen van ervaringen met heelkundige ingrepen groeide de kennis over de behandeling en verzorging van zieken gestaag. De bibliotheek van de Assyrische koning Ashurbanipal bevatte, rond 700 voor Christus, al meer dan twintigduizend kleitabletten met behandelingsmethoden.² In de zorg voor zieken werd overigens wel verschil gemaakt. De priester-artsen behandelden voornamelijk de mensen die aan het hof van de koning vertoefden en notabelen. Daarnaast waren er de wat minder geschoolde barbieren die, bij wijze van vroege E H B O, voor de gewone burgers kleine chirurgische ingrepen verrichtten. De uitoefening van het beroep van arts en behandelaar werd geregeld in de *Codex Hammurabi*, ontstaan rond 1780 v.Chr. Hierin werden zelfs straffen geformuleerd voor slecht medisch en verzorgend handelen.

De priester-artsen hadden een vooraanstaande positie zowel in de tempel als in de reguliere gezondheidszorg. Er was sprake van een hechte relatie tussen levensbeschouwing en zorg. Het een vloeide voort uit het ander. Maar er was in de oudheid ook nog sprake van een andere relatie. In culturen en periodes waarin er weinig kennis was van oorzaken van ziektes en weinig mogelijkheden waren om ziekten te bestrijden, was het geloof in bovennatuurlijke invloed op leven en gezondheid groot. Rituelen, amuletten, magie en bezweringen speelden zowel binnen de anamnese als binnen het behandelingstraject een grote rol.

Ook in andere culturen en op andere continenten werden in de oudheid medische behandelingen vooral gegeven door priesters en priesteressen. Zij voerden niet alleen medische handelingen uit, maar traden ook op als intermediair tussen de zieke mens en de goden omdat het geloof in een bovennatuurlijke oorzaak van ziekte sterk was. De idee was dat boze geesten en verstoorde goden de mens voor verkeerde handelingen straffen met ziekte. Hun therapie bestond dan ook voornamelijk in het verzoenen van

de zieke met de goden en het tevreden stellen van de boze geesten. In de diverse culturen had de genezer-priester of priesteres³ een aparte naam waardoor zijn bijzondere positie werd aangegeven. In Noord Amerika en Afrika werd hij medicijnman genoemd, bij de Eskimos sjamaan. Hij nam binnen de gemeenschap een belangrijke plaats in. Hij had aanzien en invloed. Hij was niet alleen maar geneesheer maar werd, vanwege zijn contacten met het bovenaardse, bij alle calamiteiten geraadpleegd.⁴

In de oudheid was een zieke altijd schuldig aan zijn ziekte. En het stellen van de diagnose bestond er voornamelijk in vast te stellen wat de zieke dan concreet misdaan had. In de anamnese ging het derhalve primair om een gewetensonderzoek. De vraag was niet zozeer wat de zieke mankeerde maar waarom hij iets mankeerde.

De visie op ziekte en gezondheid zoals we die in de Bijbel terugvinden, en die in onze tijd nog steeds invloed heeft, is sterk beïnvloed door hetgeen in Mesopotamië al ontwikkeld en gebruikelijk was. Ook in de Bijbel komen we de gedachte tegen dat ziekte een gevolg is van een overtreding van een goddelijk gebod.

Er was echter ook een breekpunt tussen de traditie van Mesopotamië en de Bijbel. In de Bijbel werd gaandeweg afstand genomen van de gedachte dat de goden en de boze geesten ziekten aan de mens oplegden. Deze gedachte werd vervangen door de idee dat het God was die de mens voor overtredingen strafte door hem te treffen met een ziekte. Zo werd koning Uzzia getroffen door melaatsheid omdat hij de tempel binnendrong om op het reukofferaltaar zelf het offer te brengen, iets waartoe alleen de priesters, de afstammelingen van Aaron, bevoegd waren.⁵ De relatie tussen zonde en ziekte als straf was in het Oude Testament nog heel duidelijk aanwezig. In Deuteronomium 28,27-29 lezen we: *De Heer zal u slaan met Egyptische zweeren, met builen, uitslag en schurft, die u niet kunt genezen. De Heer zal u slaan met razernij, blindheid en waanzin, zodat u*

midden op de dag als een blinde in het duister rondtast, op uw weg niet vooruitkomt en altijd verdrukt en beroofd wordt, terwijl niemand u helpt. In Jesaja 33,24 lezen we: *Geen van Sions burgers zal dan nog verklaren: Ik ben ziek; het volk dat er woont krijgt vergiffenis van zijn zonden.*

In het boek Job vindt een omslag in dit denken plaats. Dit gebeurt door de confrontatie tussen de opvatting dat ziekte een gevolg is van goddelijke straf voor menselijke zonde en de opvatting dat noch de zieke noch God verantwoordelijk is voor een aandoening. Job wordt zwaar getroffen. Hij verliest have en goed en ook zijn gezondheid: hij wordt melaats. De vrienden proberen de melaatse Job te bewegen tot een gewetensonderzoek opdat hij zich bewust zal worden van de oorzaak van zijn situatie. Job noemt op wat hij allemaal aan goeds gedaan heeft om aan te tonen dat hij zijn ellendige situatie niet aan zichzelf heeft te wijten. Hij acht zichzelf onschuldig aan zijn lot.⁶ Zijn vrienden laten hem vervolgens in de steek. Zij komen hem niet meer troosten en bemoedigen. In Job 32,1 lezen we: *De drie mannen zagen verder af van elk verder gesprek met Job; hij hield zichzelf toch voor onschuldig.*

In het Nieuwe Testament is er weer een belangrijke ontwikkeling in het denken over de zieke en ziekte. In de evangeliën treedt Jezus op als genezer. Mensen komen bij hem om hulp. Hoewel hij optreedt als genezer is het de zieke zelf die door zijn geloof gezond wordt. Het gaat niet om de macht of de invloed van de genezer, ook niet om hetgeen de genezer doet, maar om het geloof van de zieke zelf. Het geloof maakt de mens heel en brengt hem bij zijn bestemming: een gezond en gelukkig leven. In Marcus 5,34 lezen we hoe Jezus tegen de vrouw die aan bloedingen leed, en die door Jezus aan te raken genezen was, zegt: *Mijn dochter, uw vertrouwen is uw redding; ga in vrede, en blijf van uw kwaal verlost.*

Voor het ontstaan van de hedendaagse gezondheidszorg zijn, naast de Bergrede die mensen inspireert tot maat-

schappelijke verantwoordelijkheid,⁷ de genezingsverhalen, vooral het verhaal van de barmhartige Samaritaan van groot belang geweest. Het is het bekende verhaal uit Lucas.⁸ Juist van dit verhaal is er al in het begin van onze jaartelling een grote stimulans uitgegaan voor het geven van zorg aan zieken. Dit verhaal opende christenen de ogen voor het lot van zieken en misdeelden. Hierdoor gingen zij zich verantwoordelijk voelen voor de naaste. Het was een voorbeeldverhaal dat de gelovige leerde dat hij geroepen is tot zorg voor de ander. Het verhaal bracht door de eeuwen heen velen bij hun roeping. De geschiedenis is rijk aan levensverhalen van mensen die gegrepen werden door het zien van een mens in nood en in hem of haar hun naaste herkenden. Miljoenen gaven toe aan de paradigmaverandering die zich aan hen voltrok door gevolg te geven aan hetgeen zij als hun persoonlijke roeping verstonden: zorg voor de naaste die ziek, arm of stervend is. Dit leidde tot vormen van institutionele zorg.⁹

INSTITUTIONELE ZORG

In het jaar 394 stichtte Fabiola, een rijke Romeinse vrouw, een christelijk ziekenhuis. De Romeinen kenden in die tijd alleen maar militaire hospitalen waar soldaten verpleegd werden en instellingen waar zieke slaven konden herstellen van ziekte. Voor burgers bestond die voorziening tot die tijd nog niet. In het christelijke ziekenhuis konden zieken langdurig opgenomen worden voor zorg en verpleging. In die tijd was het bestuur van een ziekenhuis ook vrijwel altijd uitsluitend in handen van vrouwen.

In de eerste eeuwen speelt het geloof nog steeds een belangrijke rol, zij het met ook andere accenten. Naast de inspiratie die mensen in de Bijbel vonden voor het verlenen van zorg werd gaandeweg het gebruik van relieken steeds belangrijker. Het geloof in de kracht van de stoffelijke resten van heiligen en martelaren stamt uit die tijd. Er

ontstond dan ook een levendige handel in relieken. Het geloof werd sterk bepaald door dit bijgeloof en magie. Overigens is tot op de dag van vandaag in veel landen nog steeds sprake van een sterke vermenging van geloof en bijgeloof.

Ook in de zesde eeuw was er sprake van een bijzondere relatie tussen geloof en zorg. In Monte Casino werd in 529 de eerste abdij van de Benedictijner orde gesticht. Hier leefden monniken die zich toelegden op het bestuderen van oude manuscripten. Zij maakten oude inzichten over gezondheid en ziekte toegankelijk en gaven deze door. Bij Benedictijnse, en later ook andere kloosters werd het gebruikelijk om een bibliotheek in te richten en een kruidentuin aan te leggen. Ook het bouwen van een ziekenzaal aan het klooster werd gestimuleerd door deze orde en later door andere kloosters overgenomen. Hiermee werd de traditie van institutionele ziekenzorg die gestart was door christelijke vrouwen als Fabiola, voortgezet.

Tot in de dertiende eeuw werden de 'godshuizen' beheerd door religieuzen. Er was ook in die tijd een hechte en zichtbare relatie tussen geloof en zorg. Het geloof dat plagen, hongersnoden en ziekten een straf van God waren als gevolg van zonden en vergrijpen was overigens nog groot. Daardoor werd het aanroepen van heiligen en het gebruik van relikwieën versterkt. De verering van Maria als moeder Gods en middelares werd voor zieken steeds belangrijker en zou dat overigens blijven tot op de dag van vandaag.

Die devotie of verering liep uiteindelijk uit op het geloof dat elke heilige steun verleende bij een bij hem of haar horende ziekte. Wie melaats was zocht steun bij Elisabeth van Thuringen (1207-1231). Mensen die getroffen werden door de pest zochten hun heil bij St. Rochus.¹⁰ Heiligen als Elisabeth van Thuringen waren ook door hun persoonlijk leven voor anderen een bron van inspiratie tot het geven van zorg aan zieken en stervenden. Door de eeuwen heen zijn er velen geweest die in hun leven door hun inzet voor de naaste lieten zien dat zij het verhaal van de barmhartige

Samaritaan gehoord en begrepen hadden, maar ook dat zij zich dermate hadden laten raken door de nood van de medemens dat zich in hen een paradigmaverandering voltrok. Hun leven veranderde soms van de ene dag op de andere. Het waren verlichte mensen die het christendom niet alleen uitdroegen maar ook realiseerden, werkelijk maakten, in hun zorg voor de naaste.¹¹

Ten tijde van de grote epidemieën, zoals de pest, werd er een groot beroep gedaan op ziekenzorg door religieuzen. Dat was ook wel noodzakelijk want veel burgers durfden, uit angst voor besmetting, zelfs hun eigen familieleden niet te verzorgen. De religieuze inspiratie die van de Bijbelse verhalen uitging, en die met name door religieuzen werd gezien en gewaardeerd, heeft vele levens gered en vele stervensprocessen menswaardig gemaakt in de barre tijd van de pest. Maar vele pestlijders stierven alleen, achtergelaten door hun naasten en uiteindelijk begraven door religieuzen. Diverse ordes en congregaties hebben de zorg voor zieken en stervenden opgenomen juist in periodes van rampspoed en zo een bijdrage geleverd aan de ziekenzorg.

In de Middeleeuwen kwam er een voor de ziekenzorg ingrijpende verandering. Er vond een verschuiving plaats in het denken over de oorzaak van ziekten. Men werd steeds meer gefascineerd door de vraag hoe iemand ziek werd terwijl de vraag naar het waarom van de ziekte op de achtergrond raakte. Men begon te zoeken naar aanwijsbare oorzaken voor ziekte en dood.

Naarmate oorzaken gevonden werden in de natuur en mensen het gevoel kregen dat zij ziekte met eigen middelen konden bestrijden werd God steeds minder verantwoordelijk gesteld voor ziekte en dood. Van verzoening met de goden of met God ging de geneeswijze over op verzoening met de natuur. Deze medische inzichten werden toegepast in de ziekenzorg die vrijwel geheel in handen was van religieuzen. Het zijn met name de vrouwelijke religieuzen geweest die zorg gaven aan zieken, dan wel de zorg organi-

seerden. Deze betrokkenheid is overigens nog terug te vinden in de hedendaagse benaming *zuster* voor een verpleegkundige.

De geschiedenis van de zorg is niet alleen maar een glorieuze geschiedenis. Er zijn ook dieptepunten geweest. In de zestiende eeuw ging de verantwoordelijkheid voor veel godshuizen over van de kerk naar het stadsbestuur. Godshuizen werden gasthuizen. Ziekenzorg werd een zaak van een plaatselijke overheid. Juist in die periode waarin religieuzen zich terug trokken uit de zorg, en werden opgevolgd door veelal slecht opgeleide en onderbetaalde vrouwen, werden de gasthuizen eerder haarden van infectie dan instituut van zorg. Menigeen overleed aan een infectie die was opgelopen in het gasthuis. Omdat religieuzen niet langer verantwoordelijk waren voor, of betrokken waren bij de zorg en de zorg de gelovige en Bijbelse inspiratie ontbeerde, was de situatie in veel gasthuizen heel lang dramatisch slecht.

In de negentiende eeuw kwam een aantal vrouwen in opstand tegen deze slechte condities in de zorg. Zij vonden hun inspiratie voor hun inzet weer in het christendom en wel met name in de Bijbelse teksten. Onder hen waren zowel leken als religieuzen. Zo zorgde Dorothea Lynde Dix ervoor dat geesteszieken van de gevangenis naar een gasthuis voor psychiatrisch zieken werden overgebracht. Florence Nightingale ging, met een groot aantal katholieke en anglicaanse vrouwen, naar de Krimoorlog om daar gewonde en stervende soldaten te verzorgen. Door de inzet van deze en vele andere vrouwen, werd de ziekenzorg enorm verbeterd. Het is overigens een misvatting te veronderstellen dat vrouwen zich alleen maar met de verzorging bezig hielden terwijl mannen zich richtten op de medische discipline. In alle culturen en periodes zijn er vrouwen, religieuzen en leken, geweest die heelkundige of arts waren.

Aan het einde van de negentiende eeuw kreeg de zorg een *nieuwe impuls* vanuit de religieuze inspiratie. Het waren opnieuw de orden en congregaties die zich intensief bezig hielden met de ziekenzorg, ook in Nederland.¹² Huize Assisië te Udenhout en huize Boldershof te Druten zijn aan het begin van de twintigste eeuw door congregaties opgericht met als doel het verzorgen van mensen met een verstandelijke handicap. De zwakzinnigenzorg is tot ver in de jaren zestig van de twintigste eeuw in handen geweest van religieuzen. Deze zorg werd gegeven vanuit de caritas- en apostolaatsgedachte. Naast liefdevol getuigen van Godsliefde. Daar ging het in wezen om.

Congregaties voelden zich door de eeuwen heen verantwoordelijk voor de zorg. Niet zelden leidde de nood van zieken en stervenden tot de oprichting van een orde die zorg vervolgens op zich nam. Een voorbeeld, dat zeker met vele is aan te vullen: in Limburg opende de priester Savelberg (1827-1907) in 1867 in Heerlen een gasthuis voor behoeftige wezen en ouderen. Omdat hij vond dat juist religieuzen de beste zorg konden geven stichtte hij in 1872 de congregatie van de Kleine Zusters van de Heilige Joseph.¹³ In 1875 stichtte hij ook de congregatie van de Broeders van de heilige Joseph. Hij was ook de oprichter van het St. Josephziekenhuis te Heerlen dat later de seculiere naam De Wever¹⁴ en nog later Atrium zou krijgen.

EEN VOORLOPIGE BALANS

Wat leert de geschiedenis ons? Dat er door de eeuwen heen vrijwel altijd een sterke band was tussen geloof en zorg. Dat zorg is ontstaan vanuit een manier van denken en leven waarin er sprake was van de opvatting dat godsdienst mensendienst is en dat dienst aan de mens een vorm van religieuze beleving, een daad van geloof is. De geschiedenis leert ons voorts dat het aanbrengen van een scheiding tussen geloof en zorg vaak desastreuze gevolgen

heeft gehad voor de zorg. De zwarte bladzijden in de geschiedenis van de zorg zijn geschreven in die tijden dat religieuzen gedwongen werden het bestuur van de zorginstellingen en de concrete zorg voor zieken over te laten aan de lokale overheid. Die lessen zouden ons tot nadenken moeten stemmen.

De moderne intramurale gezondheidszorg heeft een aantal kenmerken die te omschrijven zijn als gesecculariseerd, geprofessionaliseerd, gemedicaliseerd, technocratisch, consumptief, ziektegericht en duur.

De secularisatie heeft ertoe bijgedragen dat wat vroeger een roeping was tegenwoordig een beroep is geworden. Dat wat vroeger door religieuzen is gedaan, wordt nu door een grote groep van lekenverpleegkundigen gedaan. Het geloof is een privé-aangelegenheid geworden van zowel de verzorgende als de zieke en heeft nu een impliciete en vaak verborgen plaats in de zorg. Over geloof wordt soms alleen nog maar gesproken binnen de opleiding en dan vooral geplaatst onder de trefwoorden motivatie en bejegening. Een verzakelijking van zorg is hiervan het gevolg maar ook een versnippering van zorg doordat een zieke met veel meer mensen te maken krijgt. Wie in de zorg werkzaam is, doet dit met hart en ziel maar tegelijk is duidelijk dat zorg nu anders gebeurt dan vroeger. Geloof en zorg lijken van elkaar vervreemd.

De verzorgenden zijn leken die tegen betaling gedurende een vastgestelde periode per dag zorg verlenen. De verpleegkundigen zijn meer en meer professionals geworden. Onlangs is in de gezondheidszorg een nieuwe functie ingevoerd nl. die van de *nurse practitioner*. Deze functie is ontstaan uit een te verwachten relatief tekort aan artsen. De *nurse practitioner* – waarom dit niet met een Nederlandse term kan worden aangeduid is mij onbekend – vereist na de verpleegopleiding een academische nascholing. Hij of zij staat a.h.w. tussen arts en verpleegkundige in en heeft als taak het doen van lichamelijk onderzoek en het voorstellen van een behandelingsplan. Dit was voorheen voor-

behouden aan artsen. Sommigen noemen het een mini-dokter. Deze ontwikkeling illustreert hoe de verpleegkundige professie zich steeds meer ontwikkelt tot een specialisme.

De intramurale zorg is erg medisch gericht. Het gaat primair om anamnese, diagnose en therapie. De mens dreigt daardoor te worden vereenzelvigd met zijn ziektebeeld. De medische discipline is een machtige discipline waardoor veel genezingen tot stand komen. Dat is een groot goed. Tegelijk maken velen zich zorgen over de medische macht. In de jaren zestig verscheen het baanbrekende werk van Van den Berg over medische macht.¹⁵ Daarna hebben velen zijn visie overgenomen en verder uitgediept. De zieke mens moet centraal blijven staan in de zorg. Het gaat om de zieke. De aandacht moet niet alleen uitgaan naar datgene wat hij mankeert. Zieken zijn meer dan hun ziekte.

WHAT'S IN A NAME?

Techniek speelt een steeds sterkere rol. Steeds weer worden nieuwe apparaten ontwikkeld en ingevoerd in de gezondheidszorg. Niersteenvergruizers, dialyse-apparatuur, hart-longmachines, vacuümpompen, bronchoscopen, scanners etc hebben hun intrede gedaan. Elk specialisme heeft zijn eigen apparatuur. De apparaten leveren een grote bijdrage aan de kans op genezing en zijn in feite onmisbaar geworden. Maar tegelijk werd hierdoor de aandacht verlegd, hetgeen zich ook uit in de woordkeuze: ziekenzorg werd gezondheidszorg, een verpleegster werd een verpleegkundige, een zieke werd patiënt en een ziekenhuis werd een medisch centrum.

What's in a name? Heel veel, want de termen zeggen iets over onze spiritualiteit. Termen zijn nooit neutraal of waarde vrij. Deze termen lijken positiever maar leiden uiteindelijk de aandacht van de zieke af naar datgene wat voor

de zieke gedaan kan worden. Met de veranderde term wordt ook een veranderde houding geïllustreerd, ondanks alle goede zorg die er wordt gegeven. Gezondheidszorg is niet alleen neutraler dan ziekenzorg, de focus is ook anders. Een tendens van gerichtheid op de zieke gaat over in gerichtheid op de ziekte. De zieke is ook zelf gaan veranderen. De zieke is zorgconsument geworden. Hij wordt geacht steeds mondiger te zijn en hij heeft steeds grotere verwachtingen van die zorg. Soms zijn die verwachtingen zelfs overspannen. Men verwacht eigenlijk altijd genezing. Vaak is genezing echter niet mogelijk en is er alleen een diagnose met een (al of niet infauste) prognose, zonder mogelijkheid tot effectieve behandeling. De teleurstelling van de zieke is dan groot. De instelling kan met die teleurstelling vaak niet goed omgaan. De zieke is al gauw uitbehandeld en wordt ontslagen. Thuiszorg of een andere instelling neemt de zorg voor de zieke over. Een eventuele klacht wordt gestroomlijnd door een klachtencommissie.

Soms is er binnen de intramurale zorg nog aandacht voor de spiritualiteit of het geloof als bron van kracht voor de zieke. Een pastor of geestelijk verzorger kan daarbij een grote steun zijn. Steeds vaker wordt juist op dit wezenlijke element van de zorg, de aandacht voor geloof en levensbeschouwing, bezuinigd. Dit leidt ertoe dat de zieke binnen de instelling alleen gelaten wordt met zijn zingevingsvragen. In de thuiszorg is geen geestelijke verzorging beschikbaar, zeker niet wanneer de zieke niet bij een kerkgenootschap hoort.

De vraag is of de zorg voor levensbeschouwing en zingeving nog terecht zo exclusief tot de verantwoordelijkheid van de plaatselijke kerkgenootschappen of de geloofsgemeenschap wordt gerekend. De samenleving bevindt zich in een proces van voortschrijdende secularisatie. Dit betekent niet dat mensen geen geloof of levensbeschouwing of zingevingsvragen meer hebben, maar slechts dat zij zich niet meer verbinden aan, of verbonden voelen met, een lokale geloofsgemeenschap. Het is dan niet terecht de

lokale geloofsgemeenschap verantwoordelijk te stellen voor geestelijke verzorging van zieken in de intramurale of in de extramurale zorg. Aandacht voor geloof en levensbeschouwing behoort tot de kerntaken van de zorg omdat een mens niet op te delen is in lichamelijke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke of spirituele aspecten. Deze aspecten zijn aspecten van het mens-zijn en verdienen aandacht in de zorg.

Zieken stellen vragen bij de zin van hun ziek-zijn en hun bestaan. Wanneer de zieke niet het gevoel heeft als een eenheid te worden gezien of als hij het gevoel heeft onvoldoende perspectief op herstel van gezondheid te hebben kan hij zijn heil zoeken in de alternatieve geneeswijze. Deze hang naar het alternatieve wordt niet alleen opgeroepen maar ook versterkt door de reguliere gezondheidszorg waarin door een aantal ontwikkelingen, zoals reeds aangegeven, de mens het gevoel heeft zichzelf te verliezen. Aandacht voor alternatieve geneeswijzen ontstaat ook als reactie op een zorg die niet weet om te gaan met geloof en levensbeschouwing als bron van kracht en inspiratie voor zieken. Wellicht is de snelle groei en grote aanhang van alternatieve geneeswijzen zelfs te verstaan als protest tegen de westerse manier van denken over lichaam en ziekte. Deze geneeswijze heeft op de zieke een grote aantrekkingskracht. Interessante kenmerken van veel alternatieve geneeswijzen is dat spiritualiteit er een niet onbelangrijke rol bij speelt. Mensen hebben behoefte aan verbondenheid. Zij zoeken naar de bron van hun bestaan maar ook naar zin, contact, verbondenheid en nabijheid. Veel healingsmethoden beantwoorden aan die behoefte of dat verlangen omdat zij zich richten op heel de mens in al zijn aspecten. Mensen ervaren dat zij worden gezien.

Er bestaat in het algemeen een grote kloof tussen de reguliere gezondheidszorg en de alternatieve geneeswijze. Vooral zieken, maar ook steeds meer artsen, kijken kritisch naar de westerse gezondheidszorg en zoeken datgene wat zij denken dat er aan ontbreekt aan te vullen. Het zijn

andere manieren om de zieke en zijn ziekte te benaderen. De groeiende belangstelling voor alternatieve geneeswijzen is meestal een herontdekking van oude therapieën. Primair gaat het erom de mens bij zichzelf te brengen. Alternatieve geneeswijzen gaan meer uit van een holistisch mensbeeld en laten de samenhang zien in de mens als een lichamelijk, psychisch, sociaal en geestelijk wezen.

Mensen hebben er altijd behoefte aan gehad een oorzaak aan te kunnen wijzen voor de situatie waarin zij verkeren. Veel zieken stellen zich nog steeds de vraag wat zij verkeerd deden zodat zij ziek werden. Die vraag klinkt door heel de geschiedenis en is zo oud als de mensheid. *Wat heb ik misdaan dat ik zo ziek ben? Ik heb toch altijd mijn best gedaan. Wat heb ik verkeerd gedaan?* Wanneer de vertrouwde antwoorden niet meer blijken te voldoen, zoeken zieke mensen naar nieuwe antwoorden. Veel zieken komen, juist in het kader en met behulp van de alternatieve geneeswijzen, tot een vorm van zelfonderzoek. Dit gebeurt met name wanneer zij in een ziekenhuis opgenomen zijn en noodgedwongen veel tijd hebben om na te denken. Wanneer in de instelling bovendien geen religieuze antwoorden meer worden gegeven op levens- en zinvragen maakt dit zieken onzeker. Iedereen is vrij en alleen met zijn zoeken naar zin en betekenis. In alle eenzaamheid groeit de behoefte aan antwoorden op levens- en zinvragen.

Ziekte wordt binnen de reguliere gezondheidszorg van vandaag primair gezien als een gevolg van natuurlijke oorzaken: familiale belasting (aanleg), trauma's, infecties, defecten, veroudering en ongelukken, om er een paar te noemen. Kortom het ziekteproces, zelfs dat van de zogenaamde psycho-somatische ziekten, is vooral een rationeel proces. Ook in dit proces ervaart de zieke dat hij heel afhankelijk is van (de inzichten van) anderen. Hij voelt zich net zo kwetsbaar als de mens in de oudheid die door de arts-priester verteld werd wat hij verkeerd had gedaan. Eigenlijk is er in dit opzicht niet zoveel veranderd.

Veel mensen hebben hun twijfels over de manier waarop de moderne geneeskunst omgaat met zorg en genezing. Zij zoeken toch binnen zichzelf naar oorzaken van ziekte. Door in zichzelf te zoeken probeert de zieke ook greep te krijgen op het proces van genezing. Wanneer ziekte ontstaat uit een verkeerde levens- of denkwijze kan de zieke zelf zijn genezing bevorderen en misschien zelfs tot stand brengen door op een andere manier te gaan leven of denken. Sommige artsen integreren deze manier van denken in hun behandelwijze.

Een bijna klassiek voorbeeld vormt dr. Deepak Chopra, een uit India afkomstige arts die in contact kwam met de *ayurveda*, een traditionele Indische geneeswijze. Hij verenigde oude inzichten met hedendaagse kennis in een behandelmethode die hij quantumgenezing noemde. Zijn behandelmethode gaat uit van de gedachte dat het lichaam zelf een geneeswijze kent. Hij gaat er vanuit dat mensen zichzelf ziek maken (wat je ziet dat word je) en ook zichzelf beter kunnen maken. In zijn behandelwijze wordt de mens weer zelf verantwoordelijk voor zijn ziekte en ook voor zijn herstel. Zo worden oude inzichten opnieuw geboren, opnieuw geformuleerd en verrijken ze de zorg.

De hele zorg zoals tot nog toe geschetst heeft nog een kenmerk, namelijk dat zij erg duur is geworden. Dit geldt met name voor de intramurale zorg. Om de kosten in de hand te houden werd in de gezondheidszorg het systeem van de budgettering ingevoerd. Vanaf het begin van de jaren tachtig is de overheid bezig om middels het instrument van de budgettering de groeiende kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. De ‘dure’ intramurale zorg (ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis, psychiatrische instelling) hoopte en hoopt men te vervangen door ‘goedkopere’ thuiszorg. Daardoor kreeg de thuiszorg een belangrijke impuls. De overtuiging dat thuiszorg goedkoper is dan klinische zorg wordt overigens niet altijd bevestigd. Daarbij wordt nu het systeem van de budgettering ook op grote

schaal toegepast op de thuiszorg. De thuiszorg dreigt schaars te worden en is voor steeds meer mensen zelfs onbereikbaar. Zieken heten in de thuiszorg overigens ineens cliënten. Een goede thuiszorg dreigt voor menigeen een onbetaalbare luxe te worden. Steeds meer zieken voelen zich afgeschreven, onbelangrijk, niet in tel omdat zij geen of te weinig zorg ontvangen en niet herkend worden in hun nood.

Wat dit doet met de ervaring van zin laat zich raden. De angst alleen gelaten te worden groeit en daarmee ook de claim op zorg. Doordat steeds lager geschoold personeel wordt ingezet in de thuiszorg, alsmede in de reguliere zorg, wordt de zorg op zichzelf slechter. Symptomen worden niet of niet tijdig signaleerd. Dat maakt zieken zeker en nog meer afhankelijk van zorg.

DE BETEKENIS VAN RELIGIE VOOR DE ZORG

De intramurale en de extramurale zorg is steeds confessioneel-neutraler geworden ook al vanwege het feit dat veel ziekenhuizen die door religieuzen waren gesticht over zijn gegaan in handen van de locale overheid. Als gevolg hiervan, en van de verzilvering van veel congregaties, verlieten religieuzen het directe terrein van de gezondheidszorg. In de jaren zeventig en tachtig vond die grote uitstroom van religieuzen plaats.

In religieus opzicht heeft de zorg veel veranderingen ondergaan. Zorg is a-religieus geworden. Er wordt geen vanzelfsprekende aandacht meer gegeven aan het geloof als bron van inspiratie, kracht en steun voor de zieke. Veel zichtbare tekenen van de plaats van het geloof in het leven van de zieke zijn verdwenen. Er zijn vrijwel geen kruisbeelden meer, er wordt geen gebed meer uitgesproken bij de zieke, althans niet door de verpleegkundige. Geloof is steeds meer, als een aparte discipline, ondergebracht bij de pastor, ook wel geestelijk verzorger genoemd. Ook deze

termverschuiving laat zien hoe men de plaats van geloof binnen de zorg inschat. Inmiddels zien we in de 21ste eeuw dat ook de geestelijke verzorging uit de zorg verdwijnt. Geloof lijkt structureel marginaal te zijn, maar is het dat wel?

Veel zieken hebben vragen over geloof en leven, juist tijdens hun periode van ziek zijn. Het zorg-aanbod inzake geloof is klein, maar de behoefte eraan is vaak groot. Daarnaast ontmoeten zieken in een instelling zoals het ziekenhuis ook steeds meer mensen van andere religies voor wie het geloof wel belangrijk is. Door de vragen van zieken en door de aanwezigheid van mensen uit culturen, waarin geloof nog wel een belangrijke plaats inneemt ontstaat de behoefte aan het gesprek over de betekenis van geloof voor de zorg.

De gezondheidszorg is ontstaan vanuit een religieuze houding. De zorg op dit moment vraagt eveneens om een religieuze houding waarbij er aandacht is voor wat de zieke mens ten diepste beweegt. Een houding die gericht is op de diepere waarden van het bestaan met de erkenning dat elke religie een geschenk van God aan de mensheid is en de erkenning van de gelijkwaardigheid van alle mensen van alle religies. Uiteindelijk blijkt de spirituele kant van de mens te werken als zuurdesem in het brood. Daardoor wordt zorg echt zorg en leven echt leven. Uiteindelijk bepaalt spiritualiteit de kwaliteit van het leven zelf.

Het beroep op zorg doet menigeen niet graag. De meeste mensen gaan noodgedwongen naar een huisarts en zeker naar een specialist in een ziekenhuis. Een bedreigde gezondheid is voor velen een bedreiging van hun bestaanszekerheid, een existentiële bedreiging. De behoefte aan zorg is een behoefte uit nood. Dat brengt mij bij de vraag wat zorg dan eigenlijk is, temeer daar de huidige zorg gereduceerd dreigt te worden tot een aantal geïndiceerde handelingen of zelfs tot een product.

Moet zorg niet vooral worden gezien als een houding of bestaanswijze van mensen om de kwetsbaarheid van het bestaan op te vangen en als een morele waarde, met name

als een opgave die volwassenen zich stellen en die zij als onmisbaar beschouwen in een volwaardig menselijk leven? Dient zorg niet vooral beschouwd te worden als een praktijk die duidt op een houding van er zijn voor de ander? Is zorg niet per definitie wederkerig omdat zorg steeds tot stand komt in de interactie tussen personen? Zorg is dan een persoonlijke, betrokken relatie tussen de zieke en diens zorgverlener. Tenslotte blijkt ook voor zorgverleners zorg belangrijk te zijn, niet zozeer als baan of als betaalde functie maar als een manier waarop zij zin geven aan hun bestaan, door zich te engageren in de zorg.¹⁶

Kortom, zorg is heel wat meer dan het uitvoeren van een reeks geïndiceerde verpleegkundige of medische handelingen. Zorg heeft te maken met de aandacht, ondersteuning van een zorgverlener aan iemand die zorg behoeft en ontvangt. Zorg is een relationeel begrip, geen product of consumptiegoed. Zorg is iets dat ontstaat tussen mensen. Dat wat ontstaat overstijgt de handeling en verwijst naar beschikbaarheid, herkenning, erkenning en ontmoeting. Ik zou zorg zelfs een spirituele daad willen noemen. Goede zorg is als een gebed waarin het liefdegebed uit het evangelie volgens Mattheüs werkelijkheid wordt.¹⁷

In zorg krijgt de spiritualiteit van de zieke en van de zorgverlener zichtbaar gestalte.

Omgekeerd zou ik willen stellen dat wie iemand verzorgt zonder die ander te zien als een medemens in nood, geen zorg geeft maar slechts een aantal handelingen verricht. Hij is niet, hij doet. Juist geloof en levensbeschouwing kunnen maken dat mensen zich bewust worden van de ander als ander, als een tegenover, als een jij tot wie ik mij verhoud.

In zijn filosofische werk 'Ich und Du' werkte de filosoof Martin Buber het thema van de dialoog uit, waarin hij de verhouding van de mens tot God en tot de medemens als existentieel dialogisch religieus beginsel omschrijft. In de ontmoeting gebeurt het.

Een andere joodse filosoof Emmanuel Lévinas schrijft die *Ander* bewust met een hoofdletter om het onophebaar anders-zijn van de andere te benadrukken. Volgens Lévinas doet de *Ander* een appèl op mijn verantwoordelijkheid.

Juist geloof en levensbeschouwing vragen om die diepere relatie, verbondenheid en verantwoordelijkheid van mensen voor elkaar. Hierdoor is zorg ontstaan en hieruit bestaat zorg. Maar wanneer de organisatie van de zorg die diepere dimensie verdringt onder het mom van geen tijd, efficiënter werken, protocollen voor behandelingen, verwordt zorg tot een product en wordt spiritualiteit verwezen naar het privé-domein. Ik zou het met een Germanisme de *Verdinglichung* van de zorg willen noemen waarbij de zorg verdwijnt.

Het is overigens niet alleen maar een economische kwestie. Tot deze misvatting zijn we alleen gekomen door allereerst levensbeschouwing als zodanig voor de zorg voor irrelevant te verklaren en eruit te verwijderen onder het mom van het kostenaspect. Ik denk dat dat een ernstige vergissing is. Levensbeschouwing is wezenlijk voor de zorg omdat de mens als mens, als zinzoekend wezen gezien en benaderd moet en wil worden. Hij moet voor vol worden aangezien en hier betekent vol volledig als lichamenlijk, psychisch, sociaal en spiritueel wezen, als een mens die zoekt naar zin en betekenis, die gelooft en twijfelt, die vraagt gezien te worden zoals hij is en niet zoals hij ten dele is.

OOK DE ZORGVERLENER

In de huidige zorg is te zien dat wanneer de zorg gereduceerd wordt tot snel en efficiënt doen en er geen tijd meer is voor echte aandacht voor die ander als *Ander*, niet alleen de zieke maar ook de zorgverlener verloren loopt. Daar verdwijnt ook de zorg, ze verdampt, lost op en laat beiden,

zieke en zorgverlener, verweesd achter. Dat de relatie tussen geloof, levensbeschouwing en zorg gethematiseerd wordt is een teken van hoop dat het pleidooi van geloof en levensbeschouwing voor die liefdevolle aandacht, die onzichtbare factor van zorg weer voorzichtig ingang krijgt.

Het toenemend aantal zorgverleners dat kampt met *burnout* is hierbij kenmerkend voor de situatie. Volgens velen van hen is die situatie ontstaan omdat het hen onmogelijk werd gemaakt goede zorg te verlenen. Er zijn overheidsfunctionarissen die denken dat het wel meevalt met de werkdruk en dat er nog 'efficiënter' gewerkt kan worden. Het toenemend aantal ziek geworden zorgverleners dat de zorg verlaat illustreert hoe ziek de zorg momenteel is. Er is volgens mij maar één remedie voor deze situatie: aandacht, erkenning, ondersteuning en waar nodig zorg voor de zorgverleners.

HEEL IS MEER DAN BETER

Aandacht, ook voor het levensbeschouwelijke aspect van het menszijn is van onvoorwaardelijk belang voor een goede zorg. Zonder dat wordt de mens gereduceerd tot een lijf met een aandoening. Levensbeschouwing helpt om te gaan met de existentiële menselijke crisis die ontstaat door de aandoening en helpt de mens ook dan, en wellicht moet ik zeggen: juist dan, wanneer er geen genezing (meer) mogelijk is. Immers; een mens die niet (meer) kan genezen kan toch heel worden en dat is meer dan genezen. Heel worden betekent dat de mens de crisis doorleeft en met zichzelf en met zijn bestemming of lot in het reine komt en desondanks het leven als levenswaard en wellicht zelfs als een geschenk van God kan aanvaarden.

Vroeger werden artsen heelmeesters genoemd. Tegenwoordig zijn het geneesheren. Dat is volgens mij een wezenlijk verschil. Heeft ook hier wellicht de secularisatie toegeslagen? Genezen is belangrijk maar heel worden

overstijgt de genezing. Een omslag is vereist en deze omslag kan alleen plaats vinden door de erkenning van de noodzakelijke relatie tussen levensbeschouwing en zorg.

Tot slot een pleidooi voor een omslag. Als geneesheren weer heelmeeester worden, als we beseffen dat helen meer is dan genezen, als medische centra weer ziekenhuizen worden, als de kritische zorgconsument als een Ander gezien en benaderd wordt, als geestelijke zorg weer een integraal onderdeel van de zorg wordt, als zingeving, geloof en spiritualiteit van zieken en zorgverleners ruimte krijgen, dan krijgen wij een zorg die echt Zorg is. Want dan kunnen mensen elkaar echt ontmoeten en verder helpen.

De vraag of er inzake de relatie tussen levensbeschouwing en zorgmarkt sprake is van een (on)mogelijke coëxistentie zou ik tot slot ook anders willen beantwoorden. Indien de zorgmarkt zich blijft ontwikkelen als een markt waar zorg alleen maar een verhandelbaar product is, zullen geloof en levensbeschouwing in de zorg verder verdampen. Als we eerlijk zijn, moeten we zeggen dat ook de zorgmarkt zelf het bestaansrecht verliest. Het is dan hoogstens een dienstenmarkt sector gezondheid. Met zorg heeft het dan niets meer te maken.

Alleen door levensbeschouwing en geloof een rechtmatige plek te geven in de zorg wordt zorg wat ze moet zijn: zorg. Anders gaat het niet. Het een bestaat niet zonder het ander. Of anders gezegd: Aandacht voor levensbeschouwing voorkomt dat mensen die zich noodgedwongen op de zorgmarkt moeten begeven slachtoffer worden van de koopmansgeest van de partijen op de markt. Ik veroordeel hierbij niet de markt als zodanig maar zie wel hoe schaars het aanbod is dat ligt uitgestald en hoe mensen in een kwetsbare levenssituatie niet vinden wat zij echt ten diepste toe nodig hebben: zorg.

1. Hier wordt de term levensbeschouwing gebruikt in de religieuze of godsdienstige betekenis van het woord.
2. Onze kennis van deze bibliotheek is vooral te danken aan het baanbrekende werk van Sir Henry Creswicke Rawlinson (1810-1895) die het spijkerschrift van Mesopotamië ontcijferde en daarmee de kennis toegankelijk maakte.
3. Er zijn met name in de oudheid ook veel vrouwelijke genezers en priesteressen geweest.
4. Cfr. M. Steemers van Winkoop, *Geloven in Zorg, Omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg*, (Baarn 2001).
5. 2 Kronieken 26, 16-21
6. Job 31, 16-17: Nooit heb ik armen geweigerd waar zij om vroegen, nooit heb ik weduwen overgelaten aan hun lot, nooit heb ik mijn brood alleen opgegeten zonder het te delen met de wezen.
7. Mattheüs 5, 1-16.
8. Lucas 10, 25-37.
9. In het begin van onze jaartelling ontstond er in het Romeinse Rijk een aantal instellingen waar mensen terecht konden met hun nood, ziekte en pijn. Zo waren er de ptochia of armenhuizen, de gerontochia of bejaardenhuizen, de xenodochia of opvanghuizen voor vreemdelingen, en de orphanotropia of kindertehuizen.
10. Tot ver in de twintigste eeuw kende het St. Jozefhospitaal te Kerkrade een St. Rochuspaviljoen waar zieken met een besmettelijke aandoening verpleegd werden.
11. Cfr. M.H.W. Steemers van Winkoop, 'Paradigmaverandering voorwaarde voor compassie in de zorg', in: *Elisabeth van Thuringen: we moeten de mensen blij maken* (Nijmegen 2007).
12. A. Klijn, *Tussen caritas en psychiatrie, Lotgevallen van zwakzinnigen in Limburg 1879-1952*, (Hilversum 1995).

13. Cfr. M. Steemers van Winkoop, *Geloven in het leven, spirituele zorg voor stervenden en hun naasten*, (Assen 2003).
14. Het De Wever-Ziekenhuis is genoemd naar de huisarts dr. Frans de Wever (1869-1940).
15. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek* (1969). Het boek geeft een eerste en indringende beschouwing van de toegenomen medische mogelijkheden en de ethische vragen die daardoor ontstaan.
16. L. van Laere, *Zorg. Een wijsgerig en theologisch-ethisch grondslagenonderzoek met toepassing op de zorg voor suïcidale ouderen*, (Leuven 2006).
17. Mattheüs 22, 36-39: 'Meester, wat is het grootste gebod in de wet?' Jezus zei hem: 'U zult de Heer uw God liefhebben met heel uw hart en met heel uw ziel en met heel uw verstand. Dat is het grootste en eerste gebod. Het tweede is daaraan gelijk: 'U zult uw naasten liefhebben als uzelf. Aan deze twee geboden hangen heel de Wet en de Profeten.'