

Jaap Doolaard (eindredactie)

# Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging

Geheel herziene editie





© 2006 Uitgeverij Kok – **Kampen**

Deze uitgave is een compleet herziene editie van de in 1996 verschenen uitgave *Handboek geestelijke verzorging in zorginstellingen*

Omslagontwerp Garage BNO

ISBN **90 242 7825 2**

NUR 706/741

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

## WOORD VOORAF

Het boek dat u in handen heeft heet *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. ‘Nieuw’ omdat het een geheel herziene editie is van het Handboek Geestelijke Verzorging dat in 1996 verscheen. Dat boek was al geruime tijd uitverkocht, ofschoon er voortdurend vraag naar bleef; het is alleen nog tweedehands te vinden.

De veranderingen in de zorgwereld gingen en gaan snel. Ook de ontwikkelingen bij de geestelijke verzorging gingen voort. Al gauw was duidelijk dat een ongewijzigde tweede druk daarom niet verantwoord zou zijn. Contact van de eindredacteur met de uitgever leidde tot het initiatief een nieuwe editie uit te brengen. De ‘oude’ redactie werd bijeengeroepen, maar niet ieder kon of wilde weer meedoen. Er ontstond een nieuwe redactie, die aan het werk ging – waaruit dit nieuwe boek ontstond.

Het inhoudsoverzicht geeft aan dat voor een geheel nieuwe opzet is gekozen, al neemt deel II, waarin de werkvelden worden beschreven, ook nu – terecht – het grootste aantal pagina’s in beslag. Deel I beschrijft ontwikkelingen, deel III gaat over onderwijs en onderzoek. De opleiding tot geestelijk verzorger verandert ingrijpend. Dat wijst er ook op dat geestelijke verzorging zich ontwikkelt tot een aparte tak van wetenschap binnen de theologie en de humanistiek. Ook het toenemende aantal publicaties over en promoties op thema’s uit de geestelijke verzorging tonen dat aan, net als de nieuwe leerstoelen binnen de praktische theologie voor onderwijs over geestelijke verzorging. Deel IV bevat ook in dit nieuwe boek kernthema’s, met daarin oude en nieuwe essays over zaken die voor geestelijke verzorging van belang zijn. De ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (psychiatrie) ondergingen de laatste tien jaar ingrijpende veranderingen, zodat aan de geestelijke verzorging op die werkvelden relatief veel aandacht wordt gegeven. In de ziekenhuizen veranderde wel veel, maar weer niet zoveel in de geestelijke verzorging.

Het boek uit 1996 is in veel opzichten nog heel goed bruikbaar. Dat blijkt ook wel uit het feit dat het in allerlei boeken en artikelen veelvuldig wordt geciteerd. Het is en blijft een bron van kennis voor de geestelijke verzorging. De redactie heeft ervoor gekozen voor dit nieuwe boek slechts een beperkte selectie te maken van oude artikelen. Het nieuwe handboek bevat ongeveer 65% nieuw materiaal. In dit nieuwe handboek komen niet direct allochtone geestelijk verzorgers aan het woord. Wél wordt in deel I uitvoerig aandacht besteed aan multireligiositeit en interculturalisatie.

De voorbereiding van dit boek heeft meer tijd gevergd dan verwacht. Wij wilden natuurlijk een goed product neerzetten en het werken met zovele, ook nieuwe

auteurs, werkte ook vertragend. Bovendien werd de omvang van dit boek groter dan voorzien. Bijvoorbeeld werd in de editie van 1996 een register gemist, en is dat in deze nieuwe uitgave goedge maakt.

Een woord van dank is hier zeer op zijn plaats aan alle auteurs die aan dit boek hebben meegewerkt. Daarmee stellen zij hun kennis en ervaring ter beschikking aan beroepsgenoten en ieder die betrokken is bij de geestelijke verzorging in de instellingen van gezondheidszorg in Nederland. Helaas zijn in de periode van voorbereiding twee auteurs ons door de dood ontvallen: Niek Goudswaard en Jan Kanis.

De redactie prijst zich gelukkig dit boek als een nieuw standaardwerk te kunnen presenteren.

Piet Brongers  
Ari van Buuren  
Jaap Doolaard  
Wout Huizing  
Jos van der Leur

# I GEESTELIJKE VERZORGING ANNO 2006, EEN INLEIDING

DRS. J.J.A. DOOLAARD

## I Inleiding

De geestelijke verzorging waarover dit boek gaat speelt zich af in de gezondheidszorg zoals die wordt aangeboden in en door zorginstellingen in Nederland.<sup>1</sup> Tussen geestelijke verzorging en gezondheidszorg bestaan oeroude verbanden. Ziekte, gezondheid, heling, genezing waren eeuwenlang het domein van geestelijke leiders in de gemeenschappen van mensen. Er zijn nog steeds samenlevingen waar dat meer of minder het geval is, maar in de moderne tijd zijn deze verbanden in de geïndustrialiseerde landen door tal van oorzaken goeddeels verdwenen. De opkomst van de moderne wetenschap is daarvan één van de belangrijkste.

Gezondheid en zorg zijn zaken die de samenleving in niet geringe mate beheersen.

Dagelijks bieden de media hierover programma's aan. Is het niet in een praatprogramma over de invloed van psychiatrische problemen in een gezin, over thuis bevallen (desnoods in het 'Big Brother huis'<sup>2</sup> zodat iedereen kan meekijken) of in het ziekenhuis, dan wel in een dramatisch aangezette ziekenhuissoap of een reportage van een spectaculaire operatie.

Het is mogelijk op dezelfde avond getuige te zijn van een medisch ethische tv-discussie over klonen als van een optreden van de Josti band, een groep mensen met een verstandelijke beperking die leuk muziek maakt.

In het geheel van de *medialisering* van de samenleving is de amusementswaarde van de gezondheidszorg hoog opgelopen.

De angsten en onzekerheden die ziekten en afwijkingen nu eenmaal met zich meebrengen vinden hier op collectief niveau een zekere uitlaatklep en verwerking.

Dat wordt ook zichtbaar in de grote sommen geld die aan de gezondheidszorg worden besteed. In Nederland bedraagt dat circa 9,5%<sup>3</sup> van het bruto nationaal product. Gezondheidszorg is een zeer belangrijke *economische* factor en dus ook factor én speelbal in het politieke krachtenveld. Iedere burger in Nederland heeft of krijgt, soms veelvuldig, met de gezondheidszorg te maken, door middel van de betaling van de verzekeringspremie, door bijvoorbeeld een sportkeuring, een bezoek aan de huisarts, het zoeken naar een plaats in een verpleeghuis voor een chronisch zieke (groot)ouder. Het terrein is uitgestrekt en gecompliceerd en moeilijk geheel te overzien. De kostenbeheersing is dan ook voor de overheid een belangrijk en moeilijk probleem. De *politiek* stelde al veel pogingen in het werk om er vat op te krijgen en een beheersbaar en betaalbaar zorgstelsel in te voeren. In 2006 is een nieuw zorgstelsel van kracht geworden, waarin de verschillen gevallen tussen ziekenfonds- en particulieverzekerden en de ziektekostenpre-

mies deels inkomensafhankelijk worden. De zorgverzekeringen zijn in handen van een beperkt aantal verzekeraars. Deze maatschappijen zijn zo ook financiers van de zorg en hebben zo ook invloed op het beleid van de zorginstellingen.

Al enkele jaren wordt gewerkt aan de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*. In deze wet worden zorgtaken die nu in de AWBZ zijn geregeld en daardoor worden gefinancierd en waarvoor de instellingen en het zorgkantoor en dergelijke de uitvoerende instanties zijn, in handen van de gemeentelijke overheid gelegd. Naar het zich thans laat aanzien is deze wet niet van invloed op de regelingen en financiering van de geestelijke verzorging.

Deze wet zou op aanvankelijk op 1 januari 2006 ingaan, later werd dat 1 juli 2006, maar na het laatste debat erover in het parlement (waardoor de wetsvoorstellen ook nogal zijn veranderd) is duidelijk geworden dat het minstens tot 1 januari 2007 is uitgesteld.

Er zijn zeer veel mensen werkzaam in de zorg of in sectoren die er direct (onderwijs) of indirect (onderzoek) mee te maken hebben.

De disciplines en beroepen in de zorg zijn divers en talrijk. Vele duizenden mensen hebben een baan in zorginstellingen of in bedrijven die er direct of indirect mee verbonden zijn.

Er is plaats voor zeer gespecialiseerd, zuiver wetenschappelijk onderzoek, maar ook voor ongeschoold werk, voor managers en mensen met een horeca-achtergrond. Computerdeskundigen en verwarmingsmonteurs, verpleegkundigen van allerlei niveaus, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden vinden er een werkkring en ook geestelijk verzorgers. Toezichhoudende colleges dragen bij de aan de kwaliteitsborging van de zorg die door instellingen wordt geleverd.

In de gezondheidszorg is sprake van een verregaande specialisering. Men kan spreken van een *vertechnisering*. Alles op het gebied van (moderne) technische kennis, bedrijfskunde, elektronica, communicatietechnologie, managementkunde enz. vindt er toepassing.

## 2 Geestelijke verzorging

In dit krachtenveld van geneeskunde, welzijnszorg, economie, politiek, techniek en media, dat gezondheidszorg heet en waarvan de effecten op micro-, meso- en macro-niveau voortdurend spelen, hebben geestelijk verzorgers ook hun plaats. Uiteraard functioneren zij vooral op het micro niveau van plaatselijke instellingen voor gezondheidszorg. Zij zijn universitair of hbo geschoolde functionarissen met verschillende religieuze en levensbeschouwelijke achtergrond en werken – vaak in een per instelling relatief klein aantal – ten behoeve van de patiënten-, cliënten- of bewonerszorg. Ze zijn ook belast met onderwijs- en opleidings taken, met professionele aandacht voor de medisch-ethische problemen en de spirituele en religieuze behoeften van allen die bij de instelling zijn betrokken. De doelstellingen van geestelijke verzorging moeten opkomen uit en aangegeven worden door de zorginstellingen.

Instellingen van gezondheidszorg zijn er vele en in vele soorten. Van omvangrijke, kwalitatief hoogwaardige academische medische centra voor patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek tot laagdrempelige, kleinschalige, in hoofdzaak door vrijwilligers gerunde hospices, waar ongeneeslijk zieke mensen hun laatste dagen doorbrengen.

In al deze instellingen vindt geestelijke verzorging plaats.

In dit boek wordt geestelijke verzorging beschreven in alle soorten, aspecten en schakeringen. Ook de persoon van de geestelijk verzorger komt aan bod.

In 2002 is door de beroepsvereniging, de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen, een beroepsstandaard vastgesteld, die voor dit boek uitgangspunt is en leidraad.

Geestelijke verzorging wordt daarin gedefinieerd als *'De professionele en ambts-halve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.'*<sup>4</sup>

Het is wel duidelijk dat wie dit beroep wil uitoefenen in de gehele breedte van deze definitie, dient te beschikken over een grote deskundigheid. Het vraagt om kennis van antropologie, psychologie, theologie, humanistiek, sociologie, ethiek; maar ook is inzicht nodig in organisatie en management. De competenties<sup>5</sup> die de geestelijk verzorger (m/v) moet verwerven, de attitude die vereist is, vragen om grondige theoretische studie en praktische oefening.

### 3 Ontwikkeling

De ontwikkeling van de beroepsstandaard is uitkomst van een proces van *professionalisering* dat vooral in de negentiger jaren van de vorige eeuw door de beroepsvereniging, de vgvz, met kracht ter hand is genomen en sindsdien zich verder ontwikkelt<sup>6</sup>. Geestelijke verzorging is een zelfstandige professie in de zorg geworden en levert daar een unieke bijdrage.<sup>7</sup>

In de jongste tijd is de vgvz bezig een registratie systeem te ontwikkelen en in te voeren, dat gericht is op de borging van de kwaliteit van de geestelijke verzorging. Uiteraard is men daarvoor te rade gegaan bij andere beroepsverenigingen die al langer vertrouwd zijn met dergelijke kwaliteitsbewaking. Op termijn leidt dat wellicht ook tot certificatie.

De instituten die de initiële opleidingen aanbieden zijn gaan beseffen dat geestelijke verzorging een zelfstandige discipline is in diverse sectoren van de samenleving<sup>8</sup>, zodat de kwaliteit van deze opleidingen niet alleen toeneemt, maar ook wordt verzelfstandigd. Had de Universiteit voor Humanistiek al vanaf de stichting als beroepsuitgang geestelijke verzorging, in de kerkelijke opleiding van de Protestantse Kerk in Nederland is er nu ook een differentiatie in de predikantsopleiding aangebracht: men kan er een master-opleiding Geestelijke Verzorging volgen die toegang geeft tot het ambt van predikant.<sup>9</sup>

De min of meer mono-culturele samenleving die Nederland was tot aan het laatste kwart van de vorige eeuw, maakte in veertig jaar een stormachtige ontwikkeling door en werd een multi-culturele en multi-religieuze samenleving. Aan deze ontwikkeling en de betekenis daarvan voor de geestelijke verzorging in alle aspecten wordt in dit boek op vele onderdelen aandacht besteed<sup>10</sup>. Dat geldt ook voor de secularisatie die de samenleving heeft doortrokken en van grote invloed was op een ingrijpende verandering in de positie van kerk en geloof en godsdienst in het algemeen.

In deel II van dit boek, waar de werkvelden beschreven worden, wordt zichtbaar hoe verschillend en gecompliceerd de werkomgeving is waar geestelijk verzorgenden vorm geven aan hun beroep. Het zal blijken dat het beeld dat veertig, vijftig jaar geleden nog overheerste<sup>11</sup>, dat een dominee of pastoor die het rustig aan wilde gaan doen, ging werken in een ziekenhuis, verpleeghuis of een andere zorginstelling, volledig is teniet gedaan.

Een geestelijk verzorger is een specialist met een unieke bijdrage in de werelden van de zorginstellingen.

*Drs. J.J.A. Doolaard was van 1987-2005 achtereenvolgens werkzaam als geestelijk verzorger in het verpleeghuis Het Zonnehuis te Amstelveen en het VU medisch centrum, v/h Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, te Amsterdam; thans is hij gemeentepredikant in Amstelveen.*

## Noten

1. Geestelijke verzorging vindt ook plaats in instellingen van justitie, in de krijgsmacht, bij de politie, in de koopvaardij e.a.
2. In oktober 2005 zond de TV zender Talpa een bevaling uit in het programma Big Brother.
3. Takken, J., e.a., *Kosten van Ziekten in Nederland*, RIVM, Bilthoven, 2002, p. 5; in 2004 was volgens het CBS het totaalbedrag ongeveer 60 miljard.
4. VGVZ, *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*, VGVZ-cahiers 2, 2002.
5. Zie Hoofdstuk 3.6
6. In de negentiger jaren van de vorige eeuw is ook het 'verenigingsorgaan' dat aanvankelijk een soort nieuwsbrief was, uitgebouwd tot een volwaardige tijdschrift 'Tijdschrift Geestelijke Verzorging' dat wordt uitgegeven door het Boekencentrum en zich verder zal ontwikkelen tot een wetenschappelijk tijdschrift, althans zo is het beleidsvoornemen van de VGVZ en de Redactie van TGV.
7. Zie deel III waarin duidelijk wordt dat geestelijke verzorging op weg is een wetenschappelijke discipline te worden; aan verschillende universiteiten zijn leerstoelen gevestigd voor hoogleraren in een 'tak' van geestelijke verzorging.
8. zie noot 1.
9. Zie Hoofdstuk 3.5
10. Zie vooral Hoofdstuk 7 en 8.
11. Zie hoofdstuk 2.



## 2 HISTORIE

### 2.1 Geestelijke verzorging in het verleden

DR. N.B. GOUDSWAARD †

#### Samenvatting

*Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden doen hun werk ten gunste van zieken op basis van kunde (theorie, wetenschap) en kunst (toegepaste kunde, praktijk). Die kunst bevat zowel een lichamelijke als een geestelijke component. Bij dit laatste zijn ook 'geestelijk verzorgers' betrokken. De wijze waarop en de mate waarin de geestelijke verzorging tot haar recht kon komen is aan plaats en tijd, alsmede aan sociale verhoudingen gebonden geweest. In de meeste oude culturen waren geneeskunst en geestelijke kunst verstrengeld, in sommige andere – waaronder Israël – geheel of gedeeltelijk gescheiden. Beide verschijnselen zijn blijven voortleven. In hoeverre de onderhavige dienstverlening aan de zieke mens een meer specifiek c.q. professioneel karakter kreeg, was afhankelijk van de plaats die de kerk en haar geloofsbelijders, alsook andere betrokkenen in het geheel van het politieke, religieuze en sociale krachtenveld konden innemen. Daarbij heeft de veranderende positie van de vrouw in de samenleving mede een betekenisvolle rol gespeeld, met name in het diaconaat; dit is geboren uit liefde tot en toegewijde zorg voor 'de naaste', zowel in tijden van vrede als van vervolging, oorlogen en volksverhuizingen. Ook de levensbedreigende heksenjacht leverde eertijds een positieve resultante op: via 'rechts'processen gedragsafwijkingen als 'krankzinnigheid' en 'bezetenheid' leren zien en behandelen als vormen van ziekte; de geboorte van de forensische psychiatrie was daarmee aangekondigd, en tevens een nieuwe benadering van geesteszieken waarbij pastores betrokken waren. Ditzelfde geldt voor het evolutionaire ontwikkelingsproces van de gehele gezondheidszorg, en voor onderwerpen die tot voor kort nog onbespreekbaar waren. Naarmate de 'medische macht' toenam verscheen aan de horizon het begrip 'rechten van de patiënt als mens', een opmerkelijk aspect van de dynamiek in de gezondheidszorg. Een en ander compliceerde de geestelijke component van de ziekenzorg. Die vernieuwingstendenzen noopten tot een opleiding voor pastores, genaamd 'klinisch pastorale vorming'. Deze is in beweging, mede door de toegenomen pluriformiteit in geloofs- en levensovertuiging; een en ander noopt tot voortdurende herbezinning op het doel, het karakter en de omvang van de geestelijke verzorging in zorginstellingen.*

#### Inleiding en probleemstelling

Zorg voor zieken vereist kunde (wetenschap) en kunst (toegepaste kunde). Die kunst is driedimensionaal; immers zijn daarbij hoofd, hart en handen betrokken. Vakbekwaamheid krijgt hier een extra lading indien geplaatst niet alleen in

geneeskundig, zorgkundig en verpleegkundig perspectief, maar ook in dat van een zekere *geloofs- en/of levensovertuiging*. Reeds vroeg in de geschiedenis was gezondheidszorg een complexe aangelegenheid; zij bevat naast pogingen tot genezen en verplegen ook ‘omgang’ met zieken. Daarbij zijn vragen opgekomen als: wat is te verstaan onder ziekte en ziekenzorg; welke zijn de typerende verschijnselen in het beleven en het gedrag van zieken; wat leert ons de psychologie van en aan het ziekbed; in hoeverre is er onderscheid tussen ziekte en zieke mensen; is een zieke beter te begrijpen en te helpen wanneer wij inzicht hebben in de bijzondere zorgen, angsten, gevoelens van onmacht of verlatenheid, door het ziek zijn opgeroepen; beperkt de pastor zich tot zijn geloofsgenoten, of is hij bereid en in staat tot geestelijke verzorging van allen die in de zorginstellingen verblijven; is een pastor een zelfstandige functionaris of maakt hij deel uit van een team. Op onze wandeling door het verleden komen we zorgverleners tegen als ziener, profeet, priester, rector, kapelaan, pastor, predikant, aalmoezenier, vermaner, ziekentrooster, verpleger, verpleegster, diacones, diacon. Sommige namen wijzen op specialisatie, zoals ziekenhuispastor, justitiepastor en gevangenispastor. Zij hielden zich bezig met ‘zielzorg’ of ‘zielszorg’<sup>1</sup>, een vorm van Woordverkondiging die een individueel karakter draagt, en wel daar waar het gaat om de mens in zijn specifieke situatie van ziek zijn, zich ziek voelen of weten dat het levenseinde nabij is. Op verschillende manieren kan de medemens benaderd worden wanneer deze hulp zoekt voor zijn innerlijke leven, en daarbij (bege)leiding van een hulpverlener verwacht. De zielzorger kan ook met psychisch gestoorden in aanraking komen. Het is belangrijk te weten, welke houding hij in zulke gevallen moet innemen, welke afwijkingen in het psychische leven hij constateert, hoe de arts deze gunstig kan beïnvloeden, en vooral ook, welke inhoud hij geeft aan het medisch handelen<sup>2</sup>. Zielzorg kan tevens slaan op een beroepsgroep die door de geestelijk zorgverlener wordt *voorbereid* op en/of *begeleid* bij een *therapeutische taak* die inherent is aan zorgen en verplegen van patiënten. Die tweezijdige pastorale arbeid betreft direct of indirect: behandelen, verplegen, omgaan met en voor zieken, aldus geformuleerd: ‘Geestelijke verzorging is een dienst vanuit een instelling voor gezondheidszorg aan patiënten en familieleden; zij biedt vanuit een geëigende deskundigheid een bijdrage aan een relevant zorgproces. Die bijdrage kan mede bestaan uit liturgische vieringen, deelneming in het zorgbeleid en opleiding c.q. bijscholing van medewerkers, alsmede met elkaar doordenking van ethische vragen.’

Zo heeft geestelijke zorg vele facetten. Toen magie verflauwde, gasthuizen van gastvrij oord voor armenzorg veranderden in ziekenhuizen waar medische wetenschap aan invloed won, kon die zorg rondom het ziekbed een meer geëigende positie innemen, namelijk als integraal deel van de genoemde ‘omgang’ met patiënten; dit als erkend deel van het behandelings- en verplegingswerk. Op de vraag, of de pastor tot de medewerkers van de dokter en de verpleegkundige werd gerekend, is in de geschiedenis geen eenduidig antwoord gegeven. De wijze waarop en de mate waarin dat gebeurde werd beïnvloed door het veelal aangenomen uitgangspunt, dat ‘echte communicatie een zekere mate van overeenstemming in geloof en levensbeschouwing vereist’; dit beperkt echter de actieradius van de pastor, gezien de grote meningsverschillen op dit punt<sup>3</sup>. Ook

speelt de stand van het behandelings- en verplegingswerk binnen het verband van de zich aldoor wijzigende structuur en organisatie van het ziekenhuiswezen een rol; men denke aan de overgang van de traditionele verticale hiërarchie in horizontale organisatiestructuur, begonnen in de jaren zeventig. Van iets latere datum is het streven naar omvorming tot poliklinisch behandelen en kortdurende opname; ook deze vernieuwing beïnvloedt de mate waarin en de wijze waarop de pastorale zorg in het moderne ziekenhuis kan worden voortgezet. De recente opkomst van de klinisch pastorale vorming, als ‘clinical pastoral education’ in de VS begonnen, is een aanwijzing, dat ook de geestelijke component van de ziekenzorg dynamisch is, en gebaat bij voortdurende herbezinning en heroriëntatie.

In deze historische schets is gekozen voor een thematische opzet: relevante gebeurtenissen c.q. bewegingen zijn beschreven met het oog op hun betekenis voor de geestelijke component van de gezondheidszorg. Tevens is aandacht besteed aan hen die de ziekenverpleging professioneel beoefenden en geacht werden, dit werk mede te plaatsen in het verlengde van hun geloofs- of levensovertuiging. De volgende vragen komen voor beantwoording in aanmerking:

- Wat is hier verstaan onder pastoraat c.q. geestelijke verzorging?
- Welke plaats namen de zieke en de geestelijk verzorger in het geheel van de gezondheidszorg in?
- Welke personen, instanties of instituten hielden zich met verzorging van zieken bezig, en welke motieven lagen daaraan ten grondslag?
- Hoe was de verhouding tussen de geneeskunst en de verpleegkunst enerzijds, en de pastorale zorg anderzijds?
- Wat werd gedaan om de onderhavige verzorging in te stellen op de dynamiek in behandeling en verpleging van zieken?

## 1 Israël en ziekenzorg

In het oude Israël staan volgens het Oude Testament zonde en ziekte en rechtvaardigheid met elkaar in verband. Job gelooft in zijn God die rechtvaardig is en niet kan toelaten, dat een onschuldig mens lijdt door ziekte<sup>4</sup>. Wel is de getroffen man vol vragen. Zittend op de puinhoop van zijn welvaart en geluk is hij bitter gestemd. God heeft beloofd gehoorzaamheid aan wet en gebod te belonen, maar de werkelijkheid in het leven blijkt anders te zijn dan de theorie. Job is een realist. Hij polemiseert tegen de opvatting van zijn vrienden die hem met de beste bedoelingen – als geestelijk verzorgers *avant la lettre* – komen bezoeken. Volgens hen zou Jobs lijden en dat van anderen gevolg zijn van begane zonden. Maar de zwaar op de proef gestelde gelovige blijft op God hopen en vertrouwen. De mens is nu eenmaal onmachtig, de geheimenissen van Gods bestuur en voorzienigheid te doorgronden. Gods wegen zijn niet alleen anders, maar ook hoger dan die van stervelingen. Hetzelfde probleem zien we in het boek Prediker behandeld. In oude culturen had de priesterkaste een functie die godsdienst en geneeskunst verstrengelde. De priester in Israël functioneerde evenwel gescheiden van de dokter. Dit betekent: scheiding van magie en wetenschap, een scheiding ook

tussen mystiek en kunstbeoefening in de boven aangegeven betekenis. De taak van de priester bestond uit wetgeving en het onderricht daarin, alsmede uit het leiden van de eredienst, het brengen van offeranden en verzorging van de heiligdommen. In een afdeling van de tempel werden zieken door priesters en hun helpers ('verplegers', 'zorgverleners') op lichamelijke gebreken onderzocht. Door wie is onbekend. De priesters speelden een rol bij het cultisch rein of onrein verklaren van bepaalde ziekten. Het Oude Testament gewaagt van een systematische inspectie van de patiënt door de priester; hij sonderde de zieke af van de gemeenschap, of liet hem na de voorgeschreven therapie weer toe. Een dokter is niet speciaal vermeld, maar hij functioneerde wel. Althans de Talmoud<sup>5</sup> spreekt daarvan. Zieken kwamen ook wel naar de markt om daar middelen tot genezing te zoeken. Bij alles overheerste het geloof dat de Schepper van hemel en aarde de eigenlijke, de belangrijkste geneesheer is. 'Ik ben God, uw Geneesheer'. De arts is slechts Gods instrument, Gods boodschapper. Zo ook Gods profeet, die meer is dan de naam suggereert: hij is een Ziener, Genezer, Wondergenezer in Gods naam. De geneesmiddelen, de chirurgische instrumenten en methoden, ze ontleenen hun werking door Gods hand. De profeet, de arts, de vroedvrouw, de wetenschap – ze zijn als werktuig dienstbaar aan God. Wetenschap en natuur openbaren Gods Almacht<sup>6</sup>. De ondergeschikte rol van de *dokter* krijgt reliëf als gelet wordt op het aspect, dat de Bijbel geen specifiek boek bevat over ziekte en gezondheid, hetgeen wel het geval is in bewaard gebleven bronnen van andere culturen. Babylonische en Egyptische geschriften gewagen van ziekten en diagnostiek, alsmede van behandeling en verzorging van allerlei gebreken en aandoeningen door priesters. Iets daarvan komt ook in de Bijbel voor, maar verspreid over verscheidene boeken, als onderdeel van andere onderwerpen. Toch moeten er ook in Israël vele zieken, gebrekkigen en invaliden zijn geweest. Ziekenhuizen waren er nog niet, wel plaatsen waarvan aangenomen werd dat daar wonderen van genezing waren geschied. De meeste patiënten stonden, zaten of lagen op straat, vaak ook op het marktplein, waarmee iedere voorbijganger werd geconfronteerd<sup>7</sup>. Naast de priesters als zorgverleners traden ook als zodanig *profeten* op. Zij – of sommigen – kregen hun opleiding op profetenscholen. Wat deze inhielden is niet bekend. Wel wordt aangenomen dat als doelstelling de medische vorming een rol speelde, maar ook en vooral: bewaking van Gods wetten en de heersende moraal<sup>8</sup>.

## 2 Hellas en ziekenzorg

De Grieken geloofden aan hun verwantschap met goden. Daarmee kwamen zij in de lijn van het bijbelse gegeven, dat de mens geschapen is naar Gods beeld (Genesis 1:26), waardoor zij kennis droegen van goed en kwaad (Genesis 3:5). Zij voelden zich niet geheel onderworpen aan de goddelijke macht zoals vele bewoners van Oosterse rijken. De Griek zag overeenkomst met zijn eigen natuur. Wijsgeren omschreven de goden wel als transcendenten machten, ver weg van het aardse gewoel. Socrates bracht op de markt door zijn vraagstelling het geloof aan goden aan het wankelen, maar zijn leerling Plato eist in zijn wetten van het volk strikt geloof aan de Olympische goden. In die lijn bleven de meeste Grieken hun

goden beschouwen als wezens die zowel hun eigen goede en kwade neigingen als hun idealen weerspiegelden<sup>9,10,11</sup>. Odysseus verwacht dat zijn schutsgodin Athene hem helpt in moeilijke omstandigheden; maar hij komt toch menigmaal in een benarde positie waarin hij haar hulp verwacht en niet (snel genoeg) krijgt. Zeus kon een ondergeschikte god uitkafferen of prijzen. Men zag de goden als dragers van de *ratio* die de grond voor hun verwantschap vormde, en als *machten* die bij ongeval, ziekte en oorlog al dan niet redding konden brengen. Zieners waakten over wet en moraal.

Onder de zieners was de blinde Teiresias, door hoog en laag geëerd, wonend in Thebe. Koning Oedipus ging naar hem toe om een geheim te ontsluiëren: de moord op koning Laios, welke daad hij, zonder te weten dat die man zijn eigen vader was, zelf gepleegd had. Ook was Oedipus onbewust met zijn moeder getrouwd. Het volk werd aldoor met plagen bezocht, dus werd een ziener ingeschakeld. 'Moge uw zienerskunst werkzaam zijn, edele Teiresias, om ons volk uit de nood te helpen', aldus Oedipus. Na lang aarzelen zegt de 'profeet' de waarheid, met vreselijke gevolgen<sup>12</sup>.

De Grieken waren slavenhouders<sup>13,14</sup>. Dat verklaart de verhouding theorie-praktijk; deze was in Griekenland genuanceerd, evenals trouwens de verhouding vrij-onvrij. Het maatschappelijk systeem in de staten en staatjes liep namelijk zeer uiteen, en de heersende slavernij in de praktijk van alle dag verschilde van streek tot streek. Een slaaf was juridisch eigendom van een meester: als rechtspersoon werd hij niet erkend. De kloof tussen handarbeid en daarvan vrij zijn (door macht, bezit) was breed, maar niet overal en altijd. Socrates was beeldhouwer, handwerker dus; hij beschouwde zich als een *geestelijke vroedvrouw*, een 'geestelijk zorgverlener' zouden wij zeggen. Hij is de geschiedenis ingegaan als een wijs mens, een wijsgeer, een zoeker naar 'waarheid'.

De geneeskunst stond in Griekenland hoog aangeschreven. In Hippocrates' eed komt voor 'De zieken zal ik naar vermogen en inzicht behandelen, en hen voor schade en kwaad behoeden'<sup>15</sup>. Dit manifest van medische ethiek geeft aan, in welke verhouding de geneesheer tot de zieken stond. In de Helleense cultuur verbleven zieken in heiligdommen. Beroemd waren de *Asklepieia* van Epidauros, Perganum en Kos in de zesde eeuw v.Chr<sup>16</sup>. Naast die genezende plaatsen verscheen een soort van polikliniek (Gr. *iatron*) bij de volgelingen van Asklepios aan huis. Twee stromingen zijn te onderscheiden, en wel als uitingen van geloof en traditie enerzijds, en opwellende wetenschap anderzijds: ziekten zien als straffen van goden voor bedreven misdaden (zie paragraaf 1); en 'nieuwe geneesheren' (de school van Hippokrates) die straf, magie, vloek en werking van demonen als oorzaken van ziekten verwierpen, zich kerend tegen kwakzalvers, bezweerders en tovenaars.

Wie waren de zieken? Wie profiteerden ervan? Was er gelijke behandeling van arm en rijk, slaaf en meester? Ziek zijn was haast een weelde die weinigen zich konden veroorloven. Een wondermiddel ging nog, marktbezoek om aan geneesmiddelen te komen wellicht ook, maar aan rustkuur of verblijf in een heiligdom kwam de gewone man niet toe, laat staan de slaaf.

Het verschil in kwaliteit van de behandeling van minvermogenen en bemiddelden beschrijft Plato kritisch aldus: 'Er zijn slaven en vrijen onder de zieken in de steden. Slaven worden meestal behandeld door slaven die hen komen opzoeken in de kliniek of hun bezoek afwachten. Geen van dergelijke dokters treedt in discussie over de bijzonderheden van iedere kwaal. Maar hij schrijft voor wat hem uit ervaring dunkt, alsof hij het haarfijn weet, even willekeurig als een dictator, en gaat dan naar een andere zieke slaaf. Zo verlicht hij het aandeel van zijn meester in de ziekenzorg. Een vrije man observeert en behandelt gewoonlijk de kwalen van vrije mensen. Daarbij doet hij onderzoek naar oorsprong en aard van de ziekte, en pleegt hij overleg met de zieke zelf en zijn vrienden'<sup>17</sup>.

### 3 Christelijke gemeenten en ziekenzorg

De vervolging van christenen in de eerste eeuwen van onze jaartelling was hevig onder de opeenvolgende keizers van het Romeinse rijk; slechts weinigen – waaronder Seneca<sup>18</sup> en Tacitus<sup>19</sup> – probeerden direct of indirect die trek te verzachten. De vervolging werd beëindigd onder het regime van Constantijn de Grote (325-337). Daarmee begint in de geschiedschrijving de geschiedenis van het 'Christelijk Europa'. Het christendom won veld en doordrong het dagelijks leven. Ook ging de ziekenzorg een nieuwe fase in. Bisschoppen beijverden zich, verzorgingsoorden annex kathedraal en kloosters in te richten<sup>20</sup>. Dat waren gastvrije hospitalen waar hulpvragenden een toevlucht vonden. Ook kwamen er grote gasthuizen tot stand die hier daar zelfs uitgroeiden tot 'ziekensteden'. Daarin was plaats voor afdelingen naar de aard van gebreken, ziekten en kwalen. Vrouwen zijn daarbij een belangrijke rol in zorgen en verplegen blijven vervullen. Intussen was het 'diaconaat' ontstaan: verzorging van hen die hulp behoeven, met name van armen en zieken, als werk van barmhartigheid te doen aan 'de naaste'<sup>21</sup>. In het Nieuwe Testament is reeds sprake van diakenen (gr. *diakonos*, dienaar) met die gezindheid. Na de tijd van vervolging hielpen diakenen en diaconessen de bisschop bij de cultus en het beheer van de gaven. Het diaconaat werd in stand gehouden door de gemeenschap van de gelovigen, krachtens het christelijk gebod, de naaste lief te hebben als zichzelf.

Tegen het begin van de middeleeuwen liep de bloeitijd van de genoemde ziekenverblijven, gedragen door christenen, ten einde. Kloosters met hun monniken en nonnen wierpen zich toen op de zorg voor hulpbehoevenden. Bij of in kloosters verrezen hospitalen die armen en vreemdelingen onderdak verleenden, onder auspiciën van enkele geestelijke orden, waaronder vooral de Benedictijner orde. Hoewel de kerkelijke neergang in de vroege middeleeuwen niet bevorderlijk was voor caritatieve ontplooiing, nam het medisch en zorgkundig kennen en kunnen onder de kloosterlingen een relatief grote vlucht. Deze ontwikkeling werd bevorderd door Karel de Grote (742-814). Hij decreeteerde dat iedere bisschop bij zijn kathedraal een hospitaal voor armen, zieken en vreemdelingen moest stichten en onderhouden. Het '*gast*'huis deed zijn naam eer aan: het fungeerde als armen- en ziekenverblijf van en voor de gemeenschap. Karakteristiek

was, dat niet genezing van lichamelijk lijden centraal stond, maar redding van de ziel. De zieken konden rekenen op zorg die gericht was op naastenliefde die voortkwam uit de wens, in het reine te komen met God. Want ziekte werd nog steeds gezien als een straf, i.c. als een gestoorde verhouding met de Schepper van hemel en aarde.

Voor de zieke in het gasthuisbed werd gelegd had hij in de biechtstoel gecommuniceerd. Pas na religieuze reiniging in een sacrale ruimte mocht hij het ziekenverblijf in, om daar van een kosteloze, gastvrije en hartverwarmende verzorging te genieten. Daar lag hij dan op zijn bed langs de wand van een grote zaal. Hij had het zicht op voorstellingen die het afscheid van het aardse tranendal en het ingaan van de hemelse heerlijkheid hierna symboliseerden. De zaal stond open voor mensen van buiten; maar van hen werd wel verwacht, de ziekenzaal te verlaten bij het voorbidden van de gebeden voor de maaltijden en bij het avondgebed. Doorlopend was er bezoek, behalve tijdens de maaltijden en de nacht.

De godsvrucht in het middeleeuwse gasthuis was intens. Dat blijkt ook uit de naamgeving: Hôtel-Dieu, Godshuis. De dagindeling was navenant. Voor de gehele ziekengemeenschap werd hardop voorgebeden<sup>22</sup>. De priester leidde de dienst. Hij bad de gebeden en zorgde voor de iedere avond gehouden processie. Ook was hij verantwoordelijk voor de geestelijke sfeer. De priesters bleven, tot vanaf omstreeks de 14e eeuw leken dat werk overnamen. Wel fungeerden ook dokters als medewerkers, maar dan als een soort van consultants voor het stellen van de diagnose.

Er was ook *ridderlijke ziekenzorg*, begonnen in de tijd van de kruistochten: religieus-militaire acties, door de kerk als goede werken bevorderd tegen 'heidenen', 'mohammedanen' en 'ketteren'. Het hoge doel was: uitbreiding of herstel van het christendom. Die ziekenzorg gebeurde in hospitalen, gebouwd door orden en broederschappen. Ziekenverblijven werden ingericht bij rivierovergangen, bergpassen en andere plaatsen van oponthoud op wegen waarlangs reizigers en pelgrims trokken. Voor hulp aan noodlijdenden waren bijzondere ridderorden actief.

Sinds de kerkhervorming in de elfde eeuw veranderde het hospitaalwezen. De geestelijke orden van leken vormden een schakel tussen monniksorden en het ridderwezen. Die leken gingen zich ook met ziekenverpleging bezighouden; ze vonden daar een vruchtbaar terrein voor caritatieve arbeid. In kloosters werden ook lekebroeders en lekezusters opgenomen; zij gingen kloosterhospitalen leiden, waarmee een nieuw tijdperk was begonnen. De genoemde geestelijke lekenorden stelden zich als doel: verdediging van armen en kerken, én praktisering van ziekenzorg die zich mede richtte op verpleging van lepralijders en lijders aan andere besmettelijke ziekten. Volgelingen van de ordedoelstellingen werden nu uit grotere kring gerekruteerd, waaronder vrouwen. Grote bekendheid kreeg vooral de orde van de begijnen en die van de celle-kloosterlingen (cellebroeders en -zusters)<sup>23</sup>.

Een andere vorm van ziekenzorg hing samen met de uitbreiding en verzelfstandiging van de steden. Een aantal burgers kwam tot welstand. Daarmee ging *omvorming van gasthuizen tot stadsinstituut* van verschillende signatuur gepaard. Vaklieden vormden invloedrijke gilden die niet alleen de kwaliteit van hun pro-

dukten bewaakten door gereglementeerde opleidingen te onderhouden, maar ook gasthuizen stichtten.

Gasthuizen van gilden waren sociaal-caritatieve instellingen, om te voorzien in de behoefte aan verzorging en verpleging van de eigen gemeenschap. Elk gilde of een combinatie van gilden had een eigen altaar in de kerk; een priester (geestelijk verzorger *avant la lettre*) stond hen ten dienste. Hun gezindheid brachten de gildemeesters in het testament tot uitdrukking: de gasthuizen werden daarin niet vergeten. Verwerving van verdiensten voor de eeuwigheid en boetedoening golden als belangrijkste motieven.

Verder hielden ook *buurgilden* zich bezig met sociaal werk; ze werden gesticht door bewoners van eenzelfde buurt of wijk, verenigd om elkander onderlinge bescherming en sociale bijstand te verlenen, en om orde en vrede in de buurt na te streven. Dit met als motto: een goede buur is beter dan een verre vriend<sup>24</sup>. Tijdens de kerkhervorming in de 16e eeuw ging grote aandacht uit naar de vraag, wie precies *de* waarheid in pacht had; de strijd om de kerkorde en de belijdenis brandde los. Gedurende decennia was West-Europa het toneel van hevige twisten op religieus gebied. Daarbij bleef blijkbaar weinig tijd over voor de gezondheidszorg, want de opwaartse lijn daarvan veranderde in een neergaande beweging. Wel ging grote aandacht uit naar de staatkundige gebeurtenissen, naar de vrijheidsstrijd in de periode 1568 tot 1648, en naar de zich uitbreidende zeevaart. De gezondheidszorg in het leger, op zee en overzee, alsmede de daarbij betrokken geestelijke zorgverlening kwamen voor uitzonderlijk grote problemen te staan<sup>25</sup>. Tevens was typerend voor dat tijdperk het traditionele geloof, dat ziekte mede veroorzaakt kon zijn door bovennatuurlijke krachten, kwade geesten, demonen. Wie ziek was of psychisch gestoord kon wel eens getroffen zijn door een plaag van de duivel. Ook een de gemeenschap benadelend slecht of vreemd gedrag, dan wel contra-traditionele ideeën wekten bevreemding die kon leiden tot ondervraging, waarbij marteling niet geschuwd werd<sup>26</sup>.

#### 4 Exorciserende pastores en leken

Het geloof in bovennatuurlijke kracht als oorzaak van ziekte, bezetenheid en toverij riep genezers op die meenden een weg naar genezing te kennen. Geestelijken gebruikten zegeningen en bezweringen als geneeswijze. Zij zegden speciale gebeden op en besprenkelden de getroffene met wijwater. Bevoegdheid tot dat 'exorciseren' maakte deel uit van de priesterwijding. Ook sommige predikanten combineerden hun geestelijke zorg met geneeskunst, waartoe ook 'duivelbannen' kon behoren. Gereformeerde synoden en classes waren daarvan echter geen voorstander. Diep geworteld was het geloof in een transcendente duivel als de kwade genius. Zoals volgens de Bijbel de duivel of satan zijn toepassing van het kwaad begon met een opstand tegen God (Openb. 12:7-9), zo ging de heks door voor een wezen dat óók rebelleerde, ja hoogverraad pleegde jegens God; zij was dus schuldig aan majesteitsschennis. Verstremgeling van weten-



schap en lekenzorg, vakmanschap en amateurisme vierde hoogtij. Conflicten bleven niet uit. Ter illustratie hiervan diene een diepgaande controverse tussen doctor Johannes Wier (1515-1588) en pastor Jacob Vallick (1515-1571).

Dr. Wier werd in 1545 stadsgeneesheer te Arnhem, in 1550 lijfarts van hertog Willem III van Gulik en Kleef. Hij kreeg grote bekendheid door zijn boek *De praestigiis daemonum* (Over de begoochelingen der demonen, bezweringen en de gifmengerijen, Bazel 1563). Wier had een humanistische achtergrond. Hij geloofde wel in de mogelijkheid van bezetenheid door de duivel, maar meende dat die personificatie van het kwaad, onder toelating van God, een mens in de war kan maken, kan 'begoochelen'.

Het nieuwe in die tijd was Wiers opvatting, dat de gesignaleerde gedragsafwijking gevolg kon zijn van lichamelijke c.q. psychische oorzaken die door een arts behandeling vereisten. Daarmee plaatste Wier zich in de rij van de eerste psychiaters. In zijn wetenschappelijk werk gaat hij in op wat de mensen sterk bezighield: het geloof in demonen en demonische krachten. Daardoor werden van de massa de humaniteit verziekt en het geweten toegeschroeid. Zo is het verklaarbaar dat de vreselijkste dingen gebeurden: marteling, verminking en verbranding van talloze slachtoffers. Wier was groot door zijn durf, in te gaan tegen de gevestigde traditie, een kritische houding aan te nemen bij processen, en medische benadering van deze problematiek. Onder marteling verkregen bekentenissen erkende hij niet en maakten hem furieus. Hij onderkende tevens de vaak te constateren ontoerekeningsvatbaarheid, en eiste bij het proces het oordeel van een geneesheer. Hiermee was de 'forensische psychiatrie' geboren (die zich bezighoudt met strafrechtelijke expertises inzake verwondingen en toerekeningsvatbaarheid).

Pastoor Vallick had ook opvattingen over bezetenheid, toverij, magie en duivelskunst; ze kwamen veel overeen met die van Wier. Beiden publiceerden daarover. Het boek van Wier is al genoemd. Vallicks boek was getiteld 'Tooveren, wat dat voor een werc is, wat crancheit, schade ende hinder daer van comende is, ende wat remedien men daer voor doen sal' (Hoorn, tweede druk 1598). De boeken volgden op een periode van hevige vervolging inzake hekserij en toverij in de omgeving van Nijmegen.

Er was verschil in benadering. Wier accentueerde als dokter vooral de medische en de psychische aspecten, Vallick als geestelijk zorgverlener meer de mens en zijn gevoelens, alsook omgevingsfactoren. We zouden thans zeggen: de pastor had meer de mens in zijn psychologische situatie op het oog.

Het effect van die controverse was verbluffend. Wier waande zich als wetenschappelijk gevormd arts superieur aan Vallicks amateuristische praktijk, en brandmerkte de pastoor als kwakzalver. Vallick verdiende dat niet. Hij probeerde het leven van zijn parochianen te verbeteren door hun problemen psychologisch en therapeutisch te benaderen, daarbij warmte, sympathie medeleven uitstralend, wat op zichzelf al een thera-

pie kan zijn. Met die pragmatische, de diepste gevoelens rakende zorgmethode bereikte hij, tot ergernis van Wier, opzienbarende resultaten. Het conflict tussen beide toegewijde mannen die hetzelfde doel nastreefden was weinig verheffend, en niet bepaald bevorderlijk voor het bereiken van een vruchtbare synthese<sup>27</sup>.

De weg naar die synthese is in feite het onderwerp van deze historische schets. De geleerde academicus Wier en de praktische geestelijke Vallick vonden elkaar niet, tot schade van wat beiden moest verbinden, namelijk medische én geestelijke zorg voor en/of genezing van de patiënt c.q. verlichting van diens lijden op basis van *samenwerking*. Maar verwonderlijk is dat gebrek aan eenstemmigheid niet. De geschiedenis van de ziekengenezing en de ziekenzorg viel niet altijd samen met die van de academische praktijk. En de recente geschiedenis laat zien dat het geloof in een transcendente duivel als aanstoker van het kwaad niet geheel verdwenen is; het kan voor een zondaar aanleiding zijn, de eigen verantwoordelijkheid voor bedreven wandaden van zich af te schuiven<sup>28,29</sup>.

## 5 Pastor Fliedners diaconessenhuis annex geestelijke zorg

De hierop volgende tijd bracht veel in beweging dat weinig bevorderlijk was voor verbetering van het ziekenhuiswezen: scheiding van kerk en staat, instelling van republikeinse staatsvormen, aanloop naar de Franse en de Industriële revolutie, alsmede opheffing van het gildewezen en vrijheid van beroepsuitoefening. In de Franse tijd (1795-1813) ging veel op de helling dat verankerend was in traditie, bijgeloof, gebrek aan samenwerking tussen de gewesten en afkeer van andersdenkenden. Koning Lodewijk was – in tegenstelling tot de gangbare mening – een doortastend vorst die durfde ingaan tegen zijn broer Napoleon, dat autocratische wanprodukt van de revolutie. De rechten van de mens en de vrijheid van godsdienst werden gedecreteerd. Wie rooms-katholiek was kon nu eindelijk vrij ademen en in principe alle betrekkingen vervullen.

In de gezondheidszorg was intussen veel veranderd. De laatste resten van het geestelijk perspectief, eertijds gesymboliseerd in het altaar aan het hoofd van de ziekenzaal, waren goeddeels verdwenen. De gasthuiskapel was veelszins in onbruik geraakt en bij de ziekenverblijven gevoegd. De zieken zagen nog zelden een predikant als geestelijk verzorger aan hun bed; de priester had al eerder moeilijker toegang gekregen. Op de zalen werd niet langer voorgebeden. Voor godsdienstige samenkomsten moesten de zieken naar een aparte ruimte, *een historisch keerpunt voor een veranderde leefwijze*: de beleving van geloof en ziek-zijn verhuisde naar een aparte situatie. Treffend is wat het Delftse stadsbestuur daarover schreef: 'Wij voor ons zouden er nimmer vóór geweest zijn dat in een gasthuis, een gesticht tot verpleging van zieken, een predikant werd geroepen; het kwam ons veel doelmatiger en eigenaardiger voor dat er een geneesheer werd aangesteld'<sup>30</sup>.

Door medische vindingen en veranderend inzicht in zorgen voor en behandelen/verplegen van zieken, alsmede in de betekenis van hygiëne, begonnen de gasthuizen in de 19e eeuw in ziekenhuizen te veranderen; een positieve

ontwikkeling. De pastores moesten echter gaandeweg hun plaats in de gasthuizen afstaan aan de doctores medicinae, bij gelijktijdige verzwakking van de geestelijke verzorgingscomponent. Dit deel van de zorg raakt niet de medisch-technische kant van het ziekteproces, maar die van de zieke als mens in zijn totaliteit (waarover in 9.1).

Maar zie, eerst in de schemering ontplooiën de uilen van Minerva hun vlucht. Vrouwen, geïnspireerd door sociale bewogenheid op basis van liefde tot de naaste, waren al hernieuwd geactiveerd. Tot de voorlopers van die vernieuwing behoorden in Duitsland pastor Theodor Fliedner (1800-1864) en zijn vrouw Frederika Münster (1800-1842). Zij openden in 1836 een *Diaconessenhuis* te Kaiserswerth.

Fliedner had als werkstudent aan de universiteit te Giessen en Göttingen gestudeerd. Het echtpaar interesseerde zich voor sociaal werk en gezondheidszorg, en richtte op de 'Evangelische Verein fuer christliche Krankenpflege'. Zij begonnen letterlijk en figuurlijk op het maaiveld. Eerst bouwde de pastor in zijn tuin eigenhandig een tuin-/zomerhuis. Dit werd een verblijfplaats voor verschoppelingen. Verder verbond hij daaraan een verplegingsinrichting.

Daaraan verbonden de Fliedners een opleidingsschool voor verpleegsters, want zij eisten vakbekwame verzorging en verpleging. De leerling-diaconessen doorliepen eerst een proeftijd van drie maanden. Werden zij aangesteld, dan verbonden zij zich voor vijf jaar aan hun omvangrijk werk: ziekenzorg binnen en buiten het diaconessenhuis, armenzorg, wezenzorg en opvang van vroegere gevangenen. Na beëindiging van de opleiding werden de zusters door de pastor *ingezegend* en tot *diacones* gewijd. Dit hield in: diaconale verpleging van en geestelijke zorg voor zieken. Later verpleegden zij ook psychisch gestoorde. In 1861 telde de inrichting reeds 340 opgeleide diaconessen en leerling-diaconessen in Kaiserswerth en elders in Duitsland.

Wat lag ten grondslag aan dat opzienbarend succes? De leiding en het personeel brachten orde, organisatie en een voor zieken weldadige sfeer. Zij verwierpen het vertrouwen van artsen, patiënten en burgerij. Dr Semmelweis introduceerde in 1847 'hygiëne' als onmisbare component van behandeling en verpleging<sup>31</sup>. Fliedners ziekenhuis had hygiëne reeds elf jaar eerder hoog in het vaandel. Belangrijk was ook de geest die de arbeid beheerste; deze is te omschrijven als een streven naar optimale medische behandeling en verpleging van zieken, inclusief sociale en geestelijke verzorging, alsook deskundige begeleiding van verplegenden.

## 6 Alom herlevend diaconaat

Het christelijk diaconaat, begonnen in de eerste eeuwen na het begin van de jaartelling, kende perioden van inzinking en opleving. De hospitalen en gasthuizen boden huisvesting voor zieken en bejaarden die niet bij hun familie terecht konden. Later verrezen 'provenhuizen' (liefdadige inrichtingen voor 'proveniers' die tegen betaling het verblijf en de verzorging geheel of gedeeltelijk konden kopen)

voor de stille armen uit de kleine burgerij. De diaconieën van de kerken boden hulp, echter gewoonlijk alleen de eigen armen. In de 16e eeuw herleefde de diaconie-gedachte, verwerkelijkt door kerkbesturen. Gaandeweg wortelden nieuwe godsdienstige begrippen en gebruiken, waaronder hernieuwde armen- en diaconale zorg. De protestantisering groeide van bovenaf doordat de hervormde kerk tot staatskerk werd verklaard; het aanzien van deze officiële status had mede gevolgen voor het openbare leven. Met en door de ‘alteratie’ (verandering in de regering van Amsterdam door de calvinisten op 26 mei 1578) brachten eerst ontsteltens en consternatie; hier begon een bloeiperiode. Er bleef echter een stand van mensen (de vierde stand, ‘het volk’) die van de hand in de tand leefden en voor hun voortbestaan afhankelijk waren van ‘bedéling’ of armenzorg. Voor hen kwamen diaconale voorzieningen in de steden. Zo opende de diaconie van de Hervormde gemeente te Alkmaar in 1744 het verbouwde Hof van Sonoy als tehuis voor arme ouderen.

Vooral door het optreden van pastor Fliedner kreeg de arbeid van diaconessen meer betekenis en doorwerking, doordat aan die zorg inzake verpleging van zieken de factor *opleiding* werd toegevoegd. Het door het echtpaar-Fliedner ontvouwde initiatief vond in andere landen navolging, onder auspiciën van een kerk of een stichting. De daar opgerichte diaconessenhuizen bleven in geregeld contact met het moederhuis te Kaiserswerth door middel van de ‘Kaiserswerther Conferenties’.

Ook in Amsterdam herleefde het werk van diaconessen en diaconen, onder andere in het Luthers diaconiehuis (1772). Dit als vrucht van ‘zorgen en verplegen’ op grondslag van de reformatorische beginselen, met als motto: ‘de armen hebt gij alijd bij u’ (Joh. 12:8). De predikant spoorde iedere zondag de toehoorders aan tot milddadigheid en liefdewerk; de diaconen vergaarden ‘aelmoessen’ tijdens en na de kerkdienst. Het eerste Nederlandse diaconessen-ziekenhuis verscheen te Utrecht in 1844; het beginsel was ook hier: ‘het eenvoudig geloof aan het Evangelie en hartelijke liefde tot God en den naaste’.

De diaconessen voor de verpleging waren herkenbaar aan hun uniforme kleding. Die bleven zij veelal dragen ook als zij als particuliere verpleegsters tegen betaling van salaris gingen werken. Diaconen – mannelijke gelijken van diaconessen – verrichtten ook het werk der barmhartigheid en zorgverlening, echter zonder een kerkelijk ambt te bekleden. Een ‘broederschap van diaconen’ ontstond in 1885. Men kon worden opgeleid voor de taak van diacon of ‘wijkbroeder’; ook zijn loon was karig, overeenkomstig het oude motto: ‘uw loon is dat gij dienen moogt’. Bekend is vooral dat werk in de stichting Meer en Bosch te Heemstede, waar epileptici werden verpleegd<sup>32</sup>.

## 7 Doctor Heijes initiatief uit medische noodzaak

Bij de maatschappelijke veranderingen in de 19e eeuw voegde zich die van de herleefde diaconaatsgedachte der eerste christengemeenten, de kloosters en de verpleegstersorden zoals we al zagen. Deze beweging veroorzaakte vernieuwing op zorgkundig en verpleegkundig gebied. Opnieuw vond de oproep uit het Evangelie weerklank in de oren van mensen die oog kregen voor wantoestanden.

Zij wilden iets doen aan de rechtsongelijkheid van velen; niet voor niets was immers in de Bataafse Republiek het pad geëffend voor gelijke burgerrechten van iedereen. In die lijn lag het ook, de alom blijvende armoede, gebrek, ziekte, beroepsziekten, ongezonde huisvesting en rechtsongelijkheid<sup>33</sup> te bestrijden.

De traditie had echter een taai leven. Wat de gezondheidszorg betreft – er ontstond een protestantse variant van katholieke congregaties (waartoe onder andere de orde van de ‘Zusters van Liefde’ te Tilburg behoorde). Voor het ‘Diakenie-ziekenfonds’ van de Nederlands Hervormde Gemeente te Amsterdam<sup>34</sup> (1804) waren geneesheren, heelmeeesters en een apotheker werkzaam. In De Gids<sup>35</sup> is die omslag op te merken. Lag het zwaartepunt vóór 1840 bij de letterkunde, hierna verschoof de belangstelling naar onderwerpen die de gehele samenleving raakten, waaronder de zorg voor armen, onderwijs en zieken<sup>36</sup>.

Daarbij kwam een andere katalysator: de ontdekking van de artsen, dat zij hun werk niet goed konden doen zonder *vakbekwame verpleegsters*. Het was dus primair een beroeps- en patiëntenbelang dat dr J.P.Heije<sup>37</sup> bracht tot zijn voorstel, in Nederland pastor Fliedners voorbeeld in Kaiserswerth en elders na te volgen. Met enkele andere in dit onderwerp geïnteresseerden slaagde hij erin, te Amsterdam een bestuur te vormen dat een vereniging oprichtte, genaamd ‘Vereeniging voor Ziekenverpleging’ (vVZ, 1843). Het bestuur<sup>38</sup> introduceerde ‘beschaafde vrouwen’ als ‘pleegzusters’. Het doel was: opleiding van vrouwen die ‘het gewichtig werk van eene goede ziekenverpleging in al haren omvang zouden begrijpen en naar vermogen trachten te volbrengen’. Volgens een circulaire van de vereniging (wijziging van het eerste reglement), gericht aan ‘Menschenvrienden’, was de beoogde arbeid: ‘dienstbetoon ten nutte der Kranken op de meest voegzame en geleidelijke wijze geregeld’ en een ‘middel ter bevordering van het algemeen welzijn’. Haar werk, ‘geheel gedaan uit Christelijke liefde’, kristalliseerde zich in een ‘Inrigting voor diakonessen in Nederland’<sup>39</sup>.

De aspirant-verpleegsters moesten ongehuwd zijn. Hun verzorging en verpleging raakten hoofd, hart en handen, want van hen werd veel gevraagd: vaardigheid in huishoudelijke kennis; verstandelijke ontwikkeling; vakbekwaamheid; bijbelkennis en godsvrucht; en impliciet ook: ‘geestelijke verzorging’. Zij kregen theoretisch en praktisch onderwijs in hun vak, en bovendien wijze raadgeving en begeleiding van bestuursleden. In 1857 sprak ds W.Moll<sup>40</sup> deze zusters – naar aanleiding van de inwijding van het nieuwe ziekenhuis aan de Prinsengracht – aldus toe:

‘Zusters, hebt gij den Heere Jezus Christus lief? O zoo gij eenige liefde hebt voor uw werk, hoe zoudt gij Hem niet boven alles beminnen, die u dat werk geleerd heeft. Vaart voort van Hem uwe hulp en kracht te begeeren. Zoekt Zijne gemeenschap; want door Hem slechts brengt gij waarlijk goede vruchten voort. (...) Gij zijt geroepen om pleegzusters te wezen, geen diaconessen van den ouden of nieuwen tijd, die zich leeraressen der godsdienst achten. (...) Zijt met ootmoedigheid omkleed. Wij vertrouwen, dat reine bedoelingen u tot ons voerden; dat christelijke ernst u vervult. Moge God met u zijn’<sup>41</sup>.

Drie aspecten vallen op. Ten eerste de keuze voor *verpleging van zieken* als zodanig, bij afwijzing van de zorg die diaconessen gewoon waren bovendien te verlenen (waaronder armenzorg, wezenzorg en bezoek aan gevangenen). Dat was vanaf de oprichting van de vVZ een twistpunt geweest. Ten tweede innige vroomheid en geestelijke zorg die uit deze woorden spreken, verstrengeld met de praktische en theoretische opleiding van de zusters op medisch en verplegingsgebied. Hier is duidelijk sprake van verpleegkunst die niet alleen een medische en een sociale component bevat: ook uitstraling van geloofs- en levensovertuiging; deze werd nodig gevonden bij patiënten die in hun toestand gevoelig zijn niet alleen voor zorgvolle en bekwame verpleging, maar ook voor geestelijke zorg en bijstand. Ten derde kregen de vrouwen geen salaris zoals de dominee en de dokter, maar zakgeld. Hun status verschilde weinig van die der beginjnen.

Twee jaar later verscheen het fameuze boek van Florence Nightingale *Notes on Nursing* waarin dat laatste aspect expliciet aan de kaak werd gesteld. Ook in Nederland lieten zich vrouwen in die zin uit. Echter was nog een veertigjarige woestijnreis nodig aler erkenning van en materiële en immateriële waardering voor de verpleegkunst als volwaardig beroep aan de horizon verscheen<sup>42</sup>.

De vVZ bood aan vrouwen een vroege kans op eervolle bezigheden. De door haar gekozen lijn (liefdewerk, geen salaris maar zakgeld, met als motto 'uw loon is dat gij dienen moogt', verplegenden intern wonend, hier in een 'Moederhuis') zien we in het verplegingswezen nog lange tijd doorgetrokken in de zich moderniserende ziekenhuizen; ook de wetgeving droeg daarvan de sporen<sup>43</sup>.

## 8 Geestelijke verzorging in ziekenhuizen

### 8.1 ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

De beschreven initiatieven vielen samen met opzienbarende vindingen op medisch gebied. Die wetenschappelijke evolutie noopte tot modernisering van ziekenhuizen en specialisatie ervan. Daarop volgde op enige afstand introductie van twee soorten van gediplomeerde verplegenden, namelijk die voor algemene en voor psychiatrische ziekenhuizen. Voorts kwamen er aparte aantekeningen voor aanvullende specialisaties. In de ziekenhuizen kwam geestelijke verzorging op verschillende wijze tot stand. De verzorg- en verpleegkundige was daarbij van meet af aan in sterke mate betrokken, door de relatief lange tijd die verpleegkundigen met de patiënt omgaan.

Dat aspect kwam expliciet aan de orde in sommige leerboeken voor leerling-verpleegsters. Het boek van dr J.E. Stumpff (1906, 1939<sup>13</sup>) spreekt zich daarover het duidelijkst uit; de verpleegster geniet 'arbeidsvreugde door goede contacten met en dankbare genegenheid van de patiënten', 'verzachten, troost en opbeuring bij lijden', toepassing van 'naasteliefde en een zich geheel met lichaam en ziel geven', 'denken aan de belan-

gen van hen die aan haar verpleegkunst zijn toevertrouwd', 'het voor het algemeen sociale belang verrichten van nuttigen arbeid', bestrijding van sociale kwalen (1939<sup>43</sup>). Deze omschrijving van geestelijke zorg zou niet misstaan in een modern handboek voor geestelijk verzorgers. Typerend voor de tweeledige taak van de verpleegster is voorts de aankondiging van de auteur, dat in de opleiding voor de medische assistentie 'kleine uitstapjes' op dat gebied moesten worden gemaakt.

De professionele geestelijk verzorger in algemene ziekenhuizen bezocht de patiënt ambtshalve. Hij kon in zijn gemeente hebben vernomen dat een gemeentelid in het ziekenhuis was opgenomen. Ook lag daarin ter inzage een patiëntenlijst die hem op het spoor van 'zijn' zieken zette. De pastor kon zijn een aparte ambtsbeoefenaar die aan de patiënt aandacht besteedde overeenkomstig zijn verantwoordelijkheid. Hij was dan 'specialist' temidden van andere deskundigen, onderscheiden in artsen, verplegenden en andere zorgverleners. Verder ging zijn bemoeiing indien hij behoorde tot de groep medewerkers die wel elk hun eigen taak hebben, maar *samenwerkten*, met als doel, de zieken zo veelzijdig mogelijk te dienen in hun specifieke positie van zorg behoevende. In dat geval reikt de actieradius van de pastor verder dan in de NZR-nota van 1987 (1994<sup>4</sup>) is beperkt tot een communicatie op basis van 'overeenstemming in geloof en levensbeschouwing', zonder welke een patiënt zich niet begrepen zou voelen 'in zijn belevenissen en noden'<sup>3</sup>. Immers, weliswaar kan er een nauw verband bestaan tussen ziekte en geloof, maar tal van andere factoren kunnen van invloed zijn op het ziekteproces. De belevenissen en noden van een zieke kunnen ook van psychische en/of sociale aard zijn, dan wel voortkomen uit gezinsperikelen. 'Het pastoraat blijkt als instelling maatschappelijk werk, psychologie en/of verpleging te zijn'. Vandaar dat van een pastorale taak vooral vrucht kan worden verwacht indien deze in het brede verband van samenwerking met andere bij het behandelings- en verplegingsproces betrokkenen is geplaatst én aanvaard. Die samenwerking was in de 19e eeuw echter nog ver te zoeken.

In het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam behoorde naast de zorg voor het lichamelijk welzijn ook de zorg voor het geestelijk welzijn van de patiënten tot de vaste onderdelen van de activiteiten binnen het ziekenhuis. Het religieuze aspect kreeg in de tweede helft van de 19e eeuw aandacht als reactie op de accentuering van de medisch-technische functies in het zich moderniserende ziekenhuis. De groeiende behoefte aan kerkelijke organisaties noopte tot het scheppen van aanvullende voorzieningen om de belangen van hun leden ook tijdens ziekenhuisopname te behartigen. Zo maakte de Nederlands Hervormde kerk voor het ziekenpastoraat mede gebruik van ziekentroosters of ziekenbezoekers zoals eertijds in het leger en op de vloot<sup>25</sup>. Dat waren niet-academici die deze taak tegen een geringe vergoeding kregen te verrichten, meestal in combinatie met een andere kerkelijke functie. Ook leatuurverspreiding kwam op gang. Deze resulteerde echter in een propaganda-strijd tussen diverse kerkgenootschappen<sup>44</sup>.

Overigens kende elk ziekenhuis zijn eigen geschiedenis en systeem op dit punt. Na de Reformatie en het vertrek van de nonnen en broeders uit de katholieke gasthuizen kwam de leiding in handen van niet altijd zachtzinnige en beschaafde oppassers en oppasseressen. Het Cathariniegasthuis te Utrecht (later: Stads- en Academisch Ziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Utrecht, AZU) en nu Univeritair Medisch Centrum Utrecht, UMCU) kreeg een door de vroedschap aangestelde 'ziekentrooster' aan het hoofd. Hij was mede belast met het toezicht op de plichtsvervulling van arts en chirurgijn, alsmede op zaalmeiden en zaalknechten. Afgaande op de hoeveelheid wijn en cognac, nog aan het eind van de 19e eeuw voor zieken voorgeschreven<sup>45</sup>, moeten er in dat ziekenhuis niet alleen kommer en kwel hebben geheerst. Wat de geestelijke verzorging betreft – het ziekenhuiswerk van de hervormde gemeente in het UMCU was aanvankelijk verbonden met de aloude stadszending. Deze koppeling werd in 1970 beëindigd, om plaats te maken voor een 'dienst geestelijke verzorging', in 1969 ingesteld.

Toen was het verschijnsel 'pastorale dienst' of 'dienst geestelijke verzorging' nog nauwelijks bekend. Ziekenhuispatiënten werden bezocht door de predikant of de pastor van de plaatselijke gemeenschap. Eerst in die jaren kwam een streven op gang naar integratie binnen het ziekenhuis, vanaf 1973 ondersteund door de Nationale Ziekenhuisraad (NZR, thans Nederlandse Zorgfederatie, NZf). De kerken en het Humanistisch Verbond (zie 8.6) haakten hierop in. In 1977 trad de dienst geestelijke verzorging in werking. Thans bestaat die dienst uit zeven geestelijk verzorgers (drie katholiek, twee humanistisch, een hervormd, een gereformeerd), alsmede uit 75 vrijwilligers<sup>46</sup>.

Eenzelfde dienst van samenwerkenden kwam tot stand in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) in 1975<sup>47</sup>. Drie jaar later werd in het Ooglijdersgasthuis te Utrecht een pastor in deeltijd aangesteld die 'de kunst verstaat te luisteren naar de onuitgesproken vragen van de patiënt'. Voor die geestelijke zorg vond de directie het nodig dat de functionaris aan een klinisch-pastorale vorming (KPV, zie 9.2) had deelgenomen<sup>48</sup>.

Die recente gebeurtenissen zijn opmerkelijk: zij wijzen op een trend naar integratie van de geestelijke component in de dagelijkse zorgverlening. Dit houdt niet alleen verband met de toenemende levensbeschouwelijke pluriformiteit in de laatste decennia. Ook is van invloed de groei naar een multiculturele samenleving; deze nodigt uit tot kennisneming van elkanders opvatting over allerlei onderwerpen, zoals: respect voor ieders geloofs- en levensovertuiging; bevordering van samenwerking op basis van verdraagzaamheid; en overleg omtrent elkanders verantwoordelijkheid voor 'de ander'

## 8.2 VERPLEEGHUIZEN

De in paragraaf 8.1 genoemde verwetenschappelijking en specialisering van de gezondheidszorg ging gepaard met zich daarop instellende ziekenhuizen van verschillende signatuur en doelstelling. Hier bezien we de zorg voor een specia-



le categorie van mensen: bejaarden, chronisch zieken, invaliden en andere hulpvragenden.

Veler verpleging hadden eertijds plaats in de familiekring. Vanaf de late middeleeuwen stelden gasthuizen zich open voor armen en ontheemden. Het verenigingsleven – onder andere dat van de gilden tot hun opheffing in 1798 – en burenhulp zorgden tot op zekere hoogte voor sociale voorzieningen, waaronder verzorging van zieken (zie paragraaf 3). Welgestelde zieken werden tot in de tweede helft van de 19e eeuw thuis verpleegd. Toen werd het ziekenhuis, zich aanpassend aan de vorderingen in het medisch kennen en kunnen, voor iedereen de beste plaats om behandeld en verpleegd te worden. Na 1870 begon de economie aan te trekken en nam de werkgelegenheid geleidelijk toe. Tevens begon althans een deel van de mensen minder afhankelijk van elkaar te worden, terwijl de familiebinding en de verantwoordelijkheid van de directe omgeving voor de gezinsleden verzwakten. In diezelfde mate groeide de noodzaak, bepaalde diensten door anderen en/of door de staat te laten verrichten. Een en ander stimuleerde particuliere initiatieven op onderwijs- en verzorgingsgebied. Ook maakte de staat een aanvang met arbeidswetgeving, eerst aarzelend en halfslachtig in 1874, later effectiever. Vanaf 1919 werd ook een begin gemaakt met wettelijk geregeld beroepsonderwijs, waartoe ook verzorgen en verplegen behoorde; een en ander bij behoud van het gegroeide particulier initiatief.

Genoemd altruïstisch, sociaal-economisch en politiek proces had ook consequenties voor de zorgverlening in het algemeen en die voor bejaarden – waaronder chronisch zieken en invaliden – in het bijzonder. Toch was het toenemend aantal bejaarden dat niet in gezinsverband kon worden verzorgd pas vanaf 1920 aanleiding tot stichting van de specialiteit ‘rusthuizen en verpleeghuizen’. Dit als een natuurlijke verrijking van het ziekenhuiswezen. Het verschil tussen ‘het’ ziekenhuis en ‘het’ verpleeghuis is steeds groter geworden, alleen al door de verblijfsduur: immers is de verblijfsduur in een ziekenhuis meestal tijdelijk en steeds korter geworden, in een verpleeghuis vaak tot de dood erop volgt.

In het groeiproces van het ziekenhuis- en verpleeghuiswezen deden zich twee verstregelde problemen voor: de professionele verhouding tussen artsen en verplegenden, en de aard van de zorgverlening, inclusief de daarbij behorende werkzaamheden, waaronder huishoudelijke arbeid. Ontegengesteld waren de verplegenden assistenten – en zo een instrument – van de medici geworden. Maar de meeste artsen wilden de opleiding van aspirant-verplegenden zodanig beperken dat zij geen ‘geleerden’ konden worden; een van de uitzonderingen was dr. Stumpff zoals we reeds zagen. De meeste artsen wensten de verplegenden te houden in een positie van serviliteit, hetgeen trouwens ook samenhang met de traditionele hegemonie van de mannen in de maatschappij. Die statuskwestie bleef lange tijd actueel, en voor de verplegenden een steen des aanstoets. Het verplegend personeel in de verpleeghuizen ging na een moeilijke aanlooperperiode bestaan uit gediplomeerden (verpleegsters) en ongediplomeerden (verpleeghulpen), later geplaatst op drie niveaus: verpleegkundigen, verplegenden en verpleeghulpen.

Na Wereldoorlog II gaven de toenemende behoefte aan verpleeghuizen en het tekort aan verplegend personeel aanleiding tot intensief overleg van betrokkenen met diverse instanties. De reeds hiervoor bestaande discussie over genoemd hulppersoneel en het te verrichten huishoudelijk werk kwam opnieuw op gang. Op deze sector ingestelde *verpleegartsen* en *verplegenden* deden hun intrede, terwijl de *verpleeggeneeskunde* als specialisme erkenning vond. Op die vernieuwing werden gaandeweg de bouw en de inrichting van verpleeghuizen ingesteld.

De *geestelijke verzorging* in verpleeghuizen was van een specifieke orde, en dat is zo gebleven. Ondervonden is dat de problemen van deze patiënten van zeer verschillende en gecompliceerde aard zijn. Voor de een is het afstaan van zelfstandigheid moeilijker dan voor anderen. Ingrijpender dan het verlies van afhankelijkheid is geestelijke aftakeling. Zo verliest de Alzheimerzieke functie na functie, totdat er niets meer over is van zijn of haar persoonlijkheid. Daarbij is het vaak moeilijk 'toegang' tot sommigen te krijgen. *Communicatie* tussen medewerkers en familieleden is hier onmisbaar: behandelaars, verplegenden en geestelijk verzorgers kunnen fungeren als bondgenoten voor de bewoners en hun verwanten. Ook en vooral hier heeft de geestelijk verzorger een betekenisvolle taak in de bespreking over eventuele levensverlenging en levensbeëindiging. Maar het meest essentieel voor de te bieden hulp blijft de innerlijke kracht die uitstraalt van de 'liefde tot de ander', ook als die ander niet of onwaarneembaar hierop schijnt te kunnen of te willen reageren; liefde tot de ander – implicerend medeverantwoordelijkheid voor de medemens, hier en nu.

### 8.3 PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

#### 8.3.1 Psychiatrisch ziekenhuis 'Bloemendaal'

In bijzondere ziekenhuizen was het niet ongebruikelijk, een interkerkelijk beleid te voeren, door aanstelling van een geestelijk verzorger als vaste *medewerker*, min of meer deel uitmakend van de staf. Dat kon door interne en externe invloeden, alsmede door verandering van doelstelling soms wel, soms niet worden volgehouden. In het laatste geval werd dan een beroep gedaan op het pastoraat in de directe omgeving. Het personeel bepaalde mede het klimaat waarin de geestelijke component van de zorg kon gedijen.

Zo'n interkerkelijk beleid werd bijvoorbeeld aangehouden in het *Christelijk psychiatrisch ziekenhuis 'Bloemendaal'*, opgericht te Loosduinen in 1892. Het doel was: 'totstandkoming en ontwikkeling van een eigen christelijke psychiatrie' (dezelfde gronddoelstelling als in 'Zeist', zie 8.3.2). Hier kreeg de geestelijke component van de behandeling en verpleging der patiënten bijzondere aandacht. Dat gold ook voor de verplegenden: in het sollicitatiegesprek werd de aspirant-verpleegster geducht aan de tand gevoeld over bijbelkennis en geloofsovertuiging. Hun toekomstige taak was tevens geplaatst in het kader van liefdebesef, hartelijkheid en toewijding.

De religieuze component lag in de lijn van het gebruik, de zusters in een paviljoen voor en na de maaltijd van de patiënten te laten voorgaan in gebed, en een gedeelte uit de Bijbel te laten voorlezen<sup>49</sup>. Ook kwam het vak bijbelse en kerkgeschiedenis voor in het programma van de oplei-

ding. Een en ander tekent hun neventaak als ‘geestelijk verzorgsters’, tot op zekere hoogte vergelijkbaar met die der genoemde diaconessen en de zusters van de Amsterdamse vvz (zie 5, 6 en 7).

Volgens het eerste jaarverslag (1893) werden toen reeds, een jaar na de oprichting van de instelling, geregeld godsdienstoefeningen gehouden. Daarin ging een predikant voor<sup>50</sup>. Andere medewerkers mochten desgewenst elders naar een kerk gaan. Aanvankelijk werd voor die diensten en andere relevante soorten van verzorging een beroep gedaan op een van de predikanten van buiten de inrichting. Later benoemde het bestuur ds G.H. van Kasteel tot geestelijk verzorger van Bloemendaal. Dat gaf echter een storm van protest, want diens positie, de ‘(kerk)genootschappelijke binding’ was in het geding, althans naar de mening van een aantal gezaghebbende beoordelaars. Vragen kwamen op, zoals: is hier sprake van *aanstellen*, *benoemen* of *beroepen*; is de functie *een vak*, *een beroep* of *een ambt*? Zij meenden dat het bestuur van Bloemendaal een zodanige regeling moest treffen, dat de plaatselijke kerk de geestelijk verzorger als ‘Dienaar des Woords’ zou *beroepen*, om zijn dienst op het gebied van de Stichting ‘ambtelijk in den Naam des Heeren te kunnen uitrusten’.

Het bestuur reageerde aldus: De gewenste heer en broeder kan niet worden aanvaard als dienaar des Woords van de Gereformeerde Kerk te Loosduinen, omdat de vereniging de geestelijk verzorgers der stichtingen niet benoemt voor de ambtelijk Dienst des Woords. Ambtelijke dienst des Woords is niet uit te oefenen, omdat de Stichting niet is een institutionele kerk, maar een Gesticht tot Christelijke verzorging van krankzinnigen die tot onderscheidene kerken behoren. De dienende broeders en zusters staan onder ambtelijke verzorging en toezicht van de kerkeraad waarvan zij leden zijn. Ook kan de Vereniging met het oog op haar particulier karakter – in verband met de kerkelijke gedeeldheid van haar leden – geen geestelijk verzorger ontvangen in de weg waarin de Gereformeerde Kerken van ’s-Hage en van Loosduinen ds Van Kasteel aan haar wilden afstaan. Hier gaat het om een niet-ambtelijke staat, bij behoud van de ambtelijke staat. De Vereniging hoopt dat de kerken haar niet zullen bemoeilijken, maar haar zullen toestaan, ‘ongehinderd dezen arbeid der Christelijke barmhartigheid in hare Stichting’ voort te zetten<sup>51</sup>.

Daarvan kwam het inderdaad: de herderlijke zorg bleef interkerkelijk van aard, al bleef verschil van mening bestaan over die benoemingskwestie. De ervaring leerde, dat juist op de gekozen wijze het confessioneel karakter van de Vereniging en haar andere Stichtingen goed kon worden bewaard. In de verslaggeving komt de problematiek van de ‘gedeeldheid’ der kerken herhaaldelijk aan het licht. Zo werd in 1932 verklaard, dat het oorspronkelijk karakter van het werk was bewaard ‘ook ten opzichte van de verschillende kerkengroepen, die de Formulieren van Eenigheid der Gereformeerde Kerken’ als haar belijdenis hadden aanvaard. Een kritiek punt bleef in andere christelijke ziekenhuizen uiteraard de ‘gedeeldheid’ of de ‘modulatie’ op het kerkelijk erf. Een geestelijk verzorger kon voor sommi-

ge patiënten te licht of te zwaar worden bevonden, zodat de stoel voor hem bij het bed ook wel bezet werd door een collega van buiten.

De geestelijke verzorging in Bloemendaal was intensief. Iedere zondag werd twee keer dienst gehouden. Voor patiënten die de godsdienstoefeningen niet konden bijwonen, werd 'kerktelefoon' aangelegd. De per radio uitgezonden 'ziekenuurtjes' werden door velen beluisterd. Voor het personeel werd maandelijks een bidstond gehouden. De verplegenden kregen systematisch les in bijbelse geschiedenis en gereformeerde geloofsleer, inclusief catechetisch onderwijs. De 'gedeeldheid' verwaterde niet, want later werd het beter gevonden, catechisaties te laten houden door de predikanten van de Gereformeerde kerk, de Hervormde gemeente en de Christelijk-Gereformeerde kerk.

Het ziekenbezoek op Bloemendaal is eveneens een belangrijk deel blijven uitmaken van de geestelijk verzorger. Vele keren stond de predikant aan ziekbedden of sterfbedden, en vaak vervulde hij de plicht, de overledene en diens verwanten op hun gang naar het graf te vergezellen. De pastorale zorg maakte deel uit van het nagestreefde samenwerkingsverband aller medewerkers. In 1892 was dat aldus geformuleerd: 'Zowel de Geneesheer-Directeur als de jongste verpleger moet het besef met zich omdragen, dat zij op hunne plaats tot één lichaam behoren, samen arbeidende aan het tijdelijk en eeuwig heil der hun toevertrouwde lijdens'. Het werk werd geacht gedragen te worden door 'het ideaal éener broederschap der hoogst en der laagst geplaatsten in 't werk der dienende liefde'. Driekwart eeuw later was de kern daarvan onveranderd. Daarbij werd erkend dat de geestelijk verzorgers meer bevoorrecht waren dan de vroegere: het ziekenhuis had een grote ontwikkeling doorgemaakt, zowel op medisch gebied als op dat van de geestelijke verzorging. Daardoor kregen de geestelijk verzorgers meer mogelijkheden om de patiënten te benaderen via groeps- en persoonlijke gesprekken. Nieuwe medische therapieën schiepen een klimaat dat meer contact met de patiënten bevorderde. Ook trad de institutionalisering in: streven naar terugkeer van de patiënt in de maatschappij door instelling van beschutte woonvormen, dagverblijven en poliklinieken. Niet minder belangrijk waren de democratiseringstendenzen in de personeelsformatie en de modernisering van de directiestructuur in de jaren zeventig; de traditionele scheiding tussen medici, verpleegkundigen, en geestelijk verzorgers evalueerde daardoor naar samenwerkingsverbanden, ook op kerkelijk gebied<sup>52,53</sup>.

### ***8.3.2 Psychiatrisch Sanatorium te Zeist***

De geschiedenis van het Christelijk Sanatorium te Zeist, opgericht in 1903, loopt in zekere zin parallel met die van andere christelijk-psychiatrische inrichtingen; zij wijkt echter in velerlei opzicht ook af daarvan. Vier tendensen zijn te noemen: (a) professionalisering van de psychiatrie; (b) ingrijpende differentiatie; (c) toenemende ontkerkelijkheid c.q. secularisering van de samenleving; en (d) instelling van nieuwe universiteitsklinieken. Daar waar de eerste drie lijnen elkaar ontmoeten, verrijst het Christelijk Sanatorium te Zeist.

De instelling dankte haar naam aan de overweging van de oprichters dat de zwaar beladen term 'krankzinnigheid' niet paste bij hun doelstelling. 'Zenuwlijders' kwam beter uit. Deze term werd trouwens reeds vóór 1900 naast 'krankzinnigen' gebruikt, getuige de naam 'Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krank-

zinnigen en Zenuwlijders' (1884). Tijdens de stichting van dit sanatorium was gedwongen opname nog het kenmerk bij uitstek van het psychiatrisch ziekenhuis. Vrijwillige opname was toen formeel niet mogelijk.

Gaandeweg ging het Sanatorium (van lat. sanare/gezegen, sanus/gezond, gezondheid) zich onderscheiden van algemene psychiatrische ziekenhuizen door opname van mensen die 'zenuwachtig' waren, aan neurose leden en/of bepaalde gedragsafwijkingen vertoonden. De inrichting kreeg het karakter van een herstellingsoord, zij vertoonde 'sanatoriumkenmerken'. Andere psychiatrische inrichtingen gingen later op hun beurt ook dat stempel dragen. Bovendien vervaagde in de meeste instituten op confessionele basis de traditionele identiteit, waardoor weinig overbleef van de vroegere specifiek gereformeerde of christelijke begin-sen.

Die sanatoriumkenmerken kwamen niet alleen tot uitdrukking in de naamgeving, maar ook en vooral in het beleid, de opname, de behandeling en de verpleging. 'Zeist', bestemd voor zieken uit de welgestelde burgerij, ontstond in een overgangstijd, en stelde zich van meet af aan open voor *vrijwillige* opnames. De instituten voor zenuwlijders waren in te delen in vier afzonderlijke typen. (1) sanatoria voor observatie, diagnose en therapeutische behandeling; (2) instituten met een ambulante en/of semi-ambulante karakter; (3) instituten als rust- en herstellingsoorden; (4) psychiatrische universiteitsklinieken voor vrijwillige opnamen. Deze sanatoria hadden een klinisch karakter; de patiënten woonden intern. Meestal waren er inwonende artsen aan verbonden. Het accent lag op rustkuur, dieet, fysische behandeling en toepassing van elektrotherapie, later geheel of gedeeltelijk vervangen door psychofarmacie, gecombineerd met psychotherapie en psychosociale zorg. 'Zeist' maakte een turbulente ontwikkeling door, veroorzaakt door opname van diverse soorten van patiënten. Thans is het sanatorium een onderdeel van Altrecht, een bundeling van psychiatrische instellingen die voorziet in een pluriforme hulpverlening in de provincie Utrecht<sup>54</sup>.

De *geestelijke c.q. pastorale zorg*, eerst onomstreden en zelfs geaccentueerd, kwam later 'in beweging'. Het sanatorium werd opgericht door de gereformeerde zuil binnen de geestelijke gezondheidszorg. De geestelijk verzorger was eertijds een vertegenwoordiger en bewaker van de christelijke identiteit van het sanatorium. Hij had als taak 'de zieken te troosten en geestelijk te verzorgen, en mede te arbeiden aan de opleiding van het verplegend personeel'.

Krachtens welk *motief* werd daar in de psychopathologie aan godsdienst en geloof aandacht besteed? De publicaties van dr A.Hutter (1897-1973, van 1936 tot 1962 directeur) lichten ons daarover in. Hij tracht de integratie van psychopathologie en godsdienst op wetenschappelijke grondslag te plaatsen, daarbij inhoudelijke componenten vermijdend. Het gestelde ideaal (verbinding psychiatrie-gereformeerde godsdienst) bleek echter moeilijk te verwerkelijken, om niet te zeggen onvruchtbaar. Die relatie moest verder gaan dan het scheppen van een gereformeerde sfeer; zij moest allesdoordringend en therapeutisch zijn. Maar al snel werd ontdekt dat (a) zieken alleen door sfeer en bidden niet herstellen (b) het geloof noch ziek maakt noch geneest, (c) de bijbel geen handvest is voor beoefening van de psychiatrie, en (d) niet alle medewerkers op één lijn te krijgen waren doordat genuanceerd denken over de geloofspraktijk onvermijdelijk was.

Uit die ervaring vloeide voort het verzoek van de leiding aan het personeel, bij

vragen over godsdienst te verwijzen naar de predikant. Wat voornamelijk bleef was godsdienstonderwijs als onderdeel van de driejarige B-opleiding; bidden voor en na de maaltijd; en proberen te laten zien dat 'Zeist' een gereformeerd instituut moest zijn en blijven<sup>55</sup>. De moeilijkheden culmineerden in een slepende vacature voor de functie van geestelijk verzorger; ook hier speelde het modaliteiten-probleem een rol. Het accent ging meer vallen op het intieme intermenselijk gesprek van arts en patiënt. De predikanten uit Zeist konden wel als zielzorger fungeren, zo meende het bestuur. De geestelijke zorg als *therapeutische* component kwam in de schaduw te staan. Een moderne taakomschrijving van de pastorale zorgverlener werd wel overwogen, maar bleef uit. Toch werd nog in 1970 een vaste (hervormde) predikant aangesteld, zijn opvolger in 1975. Van de behandelaars en de verplegenden werd nu alleen nog gevraagd, de christelijke levensovertuiging te respecteren. Een sluipende 'revolutie' was ingetreden, niet ontketend door de verpleging, maar door de behandelaars op basis van wetenschap als boven omschreven. Hun medische en contactuele kwaliteit werd primair, een nadrukkelijke geloofsovertuiging secundair. De christelijke geloofsovertuiging was komen te staan tussen traditie en vernieuwing. De aanvankelijke signatuur als therapeutisch element van de behandeling was vervaagd ten gunste van moderne methoden. De geestelijke verzorging was meer geplaagd in het teken van toegewijd bondgenootschap met de individuele bewoner, en minder opzettelijk in het teken van een bepaalde geloofsrichting (vgl. paragraaf 9.1).

## 8.4 KATHOLIEKE ZIEKENHUIZEN

### 8.4.1 Rector en organisatie van de zorg

De aanstelling van een zielzorger in een katholieke kerk was van oudsher de taak van de bisschop. De katholieke zorgverlener moest een gewijd priester zijn die als voornaamste taak had, de sacramenten te bedienen. Een speciale voorbereiding op zijn taak kreeg hij niet, noch werden bijzondere eisen aan hem gesteld. De pastor in een katholiek ziekenhuis was eertijds een aparte functionaris. Zijn bemoeienis, niet expliciet organisatorisch ingepast, berustte op conventie, welwillendheid en clericaal respect<sup>56</sup>. In niet-katholieke ziekenhuizen waren geen rectoren, maar katholieke aalmoezeniers werkzaam. Zij hadden niet de beschikking over een centraal gelegen kapel. Ook stonden bij de intrede van de nieuweling geen religieuzen gereed om hem wegwijs te maken. Vanuit parochie of dekenaat vroeg de pastor toegang tot de katholieke patiënten.

Daaruit is het verklaarbaar, dat juist onder de aalmoezeniers, zich eilandbewoners voelend, de behoefte groeide naar onderling contact. In 1963 verenigden zij zich in de 'Stichting Consult'; zij vormden daarmee de eerste landelijke organisatie van ziekenhuispastores. Daarop volgden de bekende roerige jaren waarin de maatschappelijke structuren en overgeleverde waarden op de helling kwamen, en ook de ziekenhuisorganisatie in een kritisch licht kwam te staan. Diocesane of regionale conventen, alsmede bijeenkomsten van ziekenhuispastores getuigden van onrust en onzekerheid. Interconfessionele en interdisciplinaire werkgroepen produceerden tal van nota's, als voorboden van het handvest, de *Dienst Geestelijke Verzorging in Organisatie en Beleid*, en oprich-

ting van de *Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen*.

Van recente datum is het vraagstuk van de pastoraal werkende in of namens de katholieke kerk: priesters die het celibaat verlaten en zich wenden tot pastoraal werk in de extramurale geestelijk verzorging. Andere katholieken studeren af als wetenschappelijk theoloog en maken zich verdienstelijk in de onderhavige pastorale verzorging. Een en ander verloopt niet geruisloos doordat het probleem van de (kerk)genootschappelijke binding nog actueel is (zie paragraaf 9.2).

#### **8.4.2 Katholiek ziekenhuis te Roermond**

Het ziekenhuis Sint-Laurentius te Roermond is gebouwd in 1931; het heeft een belangwekkende voorgeschiedenis die teruggaat tot 1259<sup>57</sup>, toen een Hospitaal van de Heilige Geest het licht zag. Hier moet korthedshalve worden volstaan met een schets over de recente dertiger jaren. De katholieke geestelijk verzorger of *rector* was een relatief autonome kerkelijke functionaris, en in zekere zin supervisor over geloof en zeden en ethiek. De informatie omtrent de patiënt liep over de afdelingshoofden, meestal religieuzen. Een therapeutische taak had hij niet: de artsen hielden weinig rekening met hem. Zij eerbiedigden hem wel als priester, maar niet als staflid. Hoogstens stelden zij de rector in kennis met een patiënt die in een terminale fase verkeerde, zodat de priester 'de wacht kon aflossen'.

Naar het beroepsprestige, berustend op opleiding, wijding en benoeming, wordt de positie van de priester gedragen door de in het ziekenhuis werkzame religieuzen waarover hij als geestelijk verzorger is aangesteld. Ook bezoekt hij de zieken. Voor de zusters staat beoefening van *caritas* centraal. Het geven van godsdienstlessen aan leerling-verpleegsters kan tot zijn bezigheden behoren. Een kapel staat ter beschikking voor kerkelijke diensten, want het geloof, de religie, geniet in werk en leven prioriteit. Dagelijks worden Heilige Missen opgedragen, en op feestdagen ligt alles stil, uiteraard buiten de beslist noodzakelijke werkzaamheden. Iedere dag wordt de Heilige Communie met lamp en rinkelende schel gebracht naar alle zieken die gereed liggen met een communieservet. De bediening – toediening van het sacrament der zieken – is een gebeurtenis waarmee het gehele ziekenhuis met de patiënt meeleeft en meebidt.

Heeft een rector buitengewone bekwaamheid of vindt hij zijn werk in het ziekenhuis te beperkt, dan zoekt of krijgt hij neventaken erbuiten. Vaak gaan priesters die niet meer zo gezond zijn, als ziekenhuisrector fungeren. Soms is dat een aanloop naar het emeritaat. Wordt de rector ziek, dan verzorgen de zusters hem<sup>58</sup>.

#### **8.5 JOODSE ZIEKENHUIZEN C.A.**

De Joodse geestelijke gezondheidszorg heeft een voorgeschiedenis die wortelt in de grijze oudheid zoals we al zagen. Het gebod om voor de medemens te zorgen gold voor de gehele gemeenschap; een deel van de Tien Geboden gaat daarover. Een complicerende factor komt voort uit de internationalisering van het Joodse volk, c.q. uit het gaan in de *diaspora* (het tussen andersdenkenden verstrooid wonen van Joden buiten Palestina). Hierbij bleef levendig een verlangen naar de beloofde Messias, en naar de Tempelberg, Jeruzalem, verlossing van de vijanden

rondom, een onbedreigd leven. Door de invloed van de diaspora moeten religieuze en ethische aspecten gehouden worden tegen de achtergrond van de culturen waarin de joodse mens geworteld is. Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor pastorale zorg c.q. geestelijke verzorging.

In Nederland nam geïnstitueerde joodse zorg voor zieken in 1804 te Amsterdam een aanvang door stichting van een klein ziekenhuis aan het Rapenburg. Daartoe gaf aanleiding het probleem van rituele voedselbereiding en naleving van godsdienstige voorschriften tijdens het verblijf van joodse zieken in de stedelijke gasthuizen. Via een vestiging op het Roeterseiland (1820-1833) kwam een ziekenhuis aan de (Nieuwe) Keizersgracht in 1841 tot stand, op instigatie van het Nederlandsch Israëliisch arbbestuur. De zorg voor joodse krankzinnigen c.q. geestelijk zieken begon in 1844. Bij koninklijk besluit van 4 maart van dat jaar werd vergunning verleend tot oprichting van een *'geneeskundig krankzinnigen-gesticht'* voor behoeftige Israëlieten in Nederland. Een jaar eerder was reeds de voor krankzinnigen bestemde afdeling van het Israëliisch ziekenhuis onder de geneeskundige gestichten gerangschikt. De verpleegden werden behandeld als zieken, en genoten de daaruit voortkomende therapie: afwisselende bezigheden, arbeidstherapie en ontspanning. Geneesheer was dr V.Möller, heelmeeester de chirurg T.I.Philips. Sinds de overplaatsing van de geestesgestoorden uit het Buitengasthuis naar Meerenberg te Santpoort was dat gesticht het enige van die soort in Amsterdam. Daarin werden behoeftige Israëlieten verpleegd voor rekening van het arbbestuur. Van elders komende zieken konden er tegen een vergoeding van 60 cent per dag eveneens terecht<sup>59</sup>. Veertig jaar na de oprichting ging het bestuur over tot uitbouw van de inrichting. In Den Haag werden in het oude Burgergasthuis (1823) vanaf 1833 Israëliische patiënten afzonderlijk verpleegd, tot in 1873 een Israëliisch Ziekenhuis werd geopend. Dit functioneerde tot 1904. Toen kon in het Gemeentelijk Ziekenhuis (1865) een speciaal ingestelde Israëliische verpleging worden ingesteld, mede om bereiding van ritueel voedsel te kunnen garanderen. In Rotterdam waren in het gasthuis voor de joodse patiënten tot 1853 speciale regelingen getroffen, waaronder dagelijkse levering van ritueel bereide voeding. Hierna besloot het bestuur daaraan een eind te maken, in de mening verkerend dat die faciliteit botste met de administratieve regels van het ziekenhuis. De orthodoxe joden zochten en vonden toen mogelijkheden voor behandeling en verpleging in het bestaande *'Gesticht voor Israëlietische Oude Lieden en Zieken'* te Rotterdam (1837).

In 1898 was intussen een *'Centrale joodse geestelijke gezondheidszorg'* tot stand gekomen. Deze instelling nam het initiatief tot de bouw van een paviljoen-complex nabij het Apeldoornse Bos (1909). Daaraan kwam echter op gruwelijke manier een eind tijdens de Tweede Wereldoorlog: 1500 patiënten zijn met hun begeleiders vergast. Eerst werden zij met vrachtwagens afgevoerd naar Westerbork, om vandaar in goederenwagons naar de vernietigingskampen te worden getransporteerd. Zo kwam er een abrupt en radicaal einde aan dit psychiatrisch ziekenhuis en zijn bewoners.

Na de oorlog verscheen het *'Sinai-Centrum'* te Amersfoort, het enige joods psychiatrisch ziekenhuis in Europa; het omvat naast psychiatrische en psycho-geriatrische afdelingen ook een instituut voor zwakzinnigenzorg. Het landelijke *joodse RIAGG* heeft een ambulante dienst in Amsterdam en in het Sinai-Centrum te



Amersfoort. In dit Centrum ontstond een functioneel psychiatrische ziekenhuis-nieuwe stijl, inclusief voor- en nazorg. Het Sinaï-Centrum en de joodse vleugel van het CIZ-ziekenhuis te Amstelveen beschikken over een Dienst Geestelijke Verzorging<sup>60</sup>.

De ontstane problematiek aangaande geestelijke verzorging is intens: de joodse populatie is rigoureuus gedecimeerd, het aantal beschikbare rabbijnen gering, de topografische verspreidheid groot, de naweeën van het oorlogsleed peilloos diep.

## 8.6 HUMANISTISCH GEESTELIJKE VERZORGING

Humanisme als historisch verschijnsel wortelt in het gedachtengoed van de Renaissance en de Reformatie. Het keerde zich af van de autoriteit der scholastieke traditie, inspiratie zoekend in de Antieke en Arabische beschaving. Aan de humanisten die zich niet daartoe beperkten, maar hun kennis van de klassieken mede in dienst stelden van de bijbel en het christelijk leven, werd in de geschiedschrijving de naam ‘bijbelse humanisten’ gegeven.

Hier lijkt het voor de hand te liggen, pioniers van die ingrijpende beweging te noemen die historici identificeerden als Humanisme, Renaissance en Reformatie. In aanmerking komen dan Wessel Gansfort (1419-1489, bijbels-humanist, vereerder van Thomas a Kempis en geestgenoot van Luther) en Johannes Pupper van Goch (1420-1475, aanhanger van Augustinus, verwierp de kerkelijke traditie) voor de 15e eeuw, en Erasmus, Luther, Zwingli en Calvijn voor de 16e. Maar objectiever is het hen te zien drijven op een religieus-culturele stroom die vertakkingen heeft tot in de vroege middeleeuwen. De drie verschijnselen zijn wezensverwant. Gemeenschappelijk is het verlangen, de bijbel te zuiveren van tijdgebonden interpretatie, te reconstrueren, te vertalen, te laten prevaleren boven steeds veranderende kerkelijke casuïstiek en traditie. Dit niet geleid door theologische vooronderstellingen, maar door filologische criteria. Echter – in de hitte van de strijd verdween wat nog samenbond (zoals de essentie van het Credo, de Tien Geboden en het Onze Vader); redelijkheid en samenbinding vervaagden in een mist van wantrouwen en vijandschap, uitlopend op schisma na schisma, een door Erasmus in zijn briefwisseling met Luther voorspelde kerksplitsing. Luther bedoelde trouwens oorspronkelijk geen kerkscheuring, maar kerkuivering.

Na de Reformatie ging in de Nederlanden de oude Republiek een gereformeerde signatuur dragen. De Nederduits Hervormde kerk werd een staatskerk, de representante van het calvinisme. Maar in de kring van haar leden waren velen – waaronder humanisten – die de leer van de Synode te Dordrecht slechts onder voorbehoud konden onderschrijven. Een andere trek van de humanisten was navenant: onderzoek inzake de natuur onafhankelijk van traditionele opvattingen ondernemen.

In de eeuw van de Verlichting zien we dit streven doorwerken in rationalisme en bevordering van tolerantie, een en ander tegenover kerkelijke gebondenheid aan

dogmatiek, casuïstiek en leerstellingen. In de 19e eeuw stelt de humanistische geest zich tot taak, de ontwikkeling van de mens en de mensheid te willen begrijpen met inachtneming van de achtergrond aller geestelijk streven in wetenschap, religie en kunsten. De 'schoolstrijd' getuigt hiervan. Het moderne humanisme zoekt naar de betekenis van het leven in de menselijke samenhang der dingen.

Dit zoeken vindt zijn aanleiding in onenigheid tussen en versplintering van sociale en religieuze verbanden, alsmede in verarming van menselijke contacten en vereenzaming van vele enkelingen. Het humanistisch verbond (HV, 1946) zocht onder meer te beantwoorden de vraag, hoe het praktisch humanisme inzake de onderhavige *geestelijke verzorging* gestalte kon krijgen. Hiermee was nog weinig ervaring opgedaan. Aan dit onderwerp werd een conferentie gewijd. Conclusies: *de genoemde arbeid op humanistische grondslag vereist een eigen inhoud, en het voorlopig door raadslieden verrichte werk dient gesteund te worden.*

De eerste jaren van het HV werden beheerst door de strijd om erkenning van de geestelijke verzorging. De ziekenhuizen meenden dat erkenning ervan bij iedere instelling afzonderlijk bepleit moest worden, vooral omdat van professionalisering – die gedegen scholing vereist – nog geen sprake was. Uit dat gemis kwam in 1964 voort het '*Humanistisch Opleidingsinstituut*' (HOI); dit stelde zich tot taak: ontwikkeling van een duidelijke beroepsidentiteit. Als jongste innovatie verscheen in 1989 de *Universiteit voor Humanistiek* (UvH) te Utrecht.

Humanistiek is een interdiscipline, door haar veelzijdige gerichtheid op filosofie, geschiedwetenschap en religiewetenschappen, alsmede mens-, maatschappij- en cultuurwetenschappen; deze worden geïntegreerd behandeld.

De studenten van deze zesjarige levensbeschouwelijke en wetenschappelijke beroepsopleiding krijgen te maken met pluriforme historische en praktische Humanistiek. De beroepsperspectieven voor afgestudeerde humanistici zijn: professionele begeleiding bij en onderzoek naar zingevings- en ethische vragen, vooral binnen de sector van zorg, welzijn en onderwijs; beleids- en managementfuncties binnen die sectoren; wetenschappelijk onderzoek.

Intussen had het HV een functionaris aangesteld om een 'dienst humanistisch geestelijke verzorging in zieken-, verpleeg- en bejaardenhuizen' in te stellen. Deze geestelijk verzorger nam deel aan werkgroepen c.q. commissies van de Nationale Raad, werkzaam op dit gebied. Voorts breidde de beroepsvereniging 'Vereniging van Geestelijk Verzorger in Ziekenhuizen' (VGvZ, 1971, in 1994: Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen) in 1977 de beide bestaande sectoren (van protestantse en katholieke signatuur) uit met de sector van de niet-kerkelijk gebonden humanistisch geestelijke raadslieden. Sindsdien maken vertegenwoordigers daarvan deel uit het VGvZ-bestuur<sup>61</sup>; de in de zestienste eeuw verbroken samenbinding (zie boven) verscheen als een glorend morgenlicht. Dit straalde uit op de jaarlijkse studiedag van honderd katholieke, protestantse, joodse en humanistische geestelijk verzorger in verpleeghuizen op 10 november 1995 te 's-Hertogenbosch, alleen al door de *gezamenlijkheid* van hun besprekingen.

## 9 Geestelijke verzorging in het moderne ziekenhuis

### 9.1 NAAR RECHTEN VAN DE PATIËNT ALS MENS

De Tweede Wereldoorlog bracht onnoemelijk veel leed. Daaruit kwam echter ook voort een verfrissend denken over tal van vraagstukken. Iedereen ging aan het werk om de enorme destructie ongedaan te maken. Een hervormingsdrift en een neiging tot samenwerking openbaarden zich. Wij vonden Nederland een goed land toen het idee, een gidsland te zijn, alsmede de spanning tussen de volmaaktheid en de onvolmaaktheid van de verzorgingsstaat nog niet geboren waren.

In die sfeer paste bezinning op en heroriëntering van de geestelijke volksgezondheid. De term 'positieve gezondheidszorg' kwam in gebruik bij hen die afstand wilden nemen van het medische standpunt, dat geestelijke gezondheid identiek is met afwezigheid van psychische stoornissen. Getracht werd dat begrip een positieve, omschreven lading te geven door ook sommige stoornissen van de gezonde mens onder ziekte te rangschikken. Tevens kwam aandacht voor het aspect, dat er in het gebied van de geneeskundige verzorging van zieken lacunes bestonden. Onderzoek resulteerde in kritischer gerichtheid op ziekten en ziektebestrijding. Dit ging gepaard met de trend, dat de deskundigen c.q. de specialisten steeds kleinere delen van de samenleving of de menselijke geest gingen bewerken; daarbij loopt de zieke de kans, als mens met zijn gevoelens in de schaduw te blijven. Het moderne ziekenhuis ging met zijn technische apparatuur, uitgebreide staf en specialistische fragmentering functioneren als immens medisch centrum. Daardoor loopt een van de meest wezenlijke aspecten der genees-, verpleeg- en verzorgkunst het gevaar, dat *de mens in de patiënt* niet of onvoldoende gezien en verzorgd wordt in zijn sociale en psychologische situatie. Op een seminar, van 12 tot 24 juli 1953 te Amsterdam gehouden door het regionale bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd op dat onderwerp voortgeborduurd. De patiënt die, al dan niet ziek, een dokter raadpleegt, komt in een toestand van afhankelijkheid. Dit neemt niet weg dat de patiënt rechten behoudt. Op grond daarvan ontsproot uit de discussie een soort van *patiëntenrecht* ('Bill of rights'), omvattend 10 rechtsregels.

Drie van die regels zijn voor ons onderwerp vooral relevant: (1) de patiënt verdient volle aandacht voor zijn sociale en culturele achtergrond, alsmede voor zijn zedelijke en godsdienstige levenshouding; (2) de hippocratische regel, dat de geestelijke gesteldheid van de patiënt evenmin geschaad mag worden door geneeskundige maatregelen als zijn lichamelijke gesteldheid, moet van toepassing blijven; (3) de patiënt heeft recht op alle mogelijke hulp bij het overwinnen van zijn bezorgdheid en angsten, en bij het verkrijgen van een gevoel van veiligheid<sup>62</sup>.

Sindsdien heeft het thema 'geestelijke gezondheid in de lichamelijke gezondheid' aan actualiteit gewonnen; heroriëntering van de geestelijke zorg werd een erkend probleem. De Commissie Geestelijke Verzorging sprak zich uit voor communicatie met de patiënt op basis van 'overeenstemming in geloof en levensbeschouwing'. Niettemin rijst nu voor ons op *het beeld van de moderne geestelijk verzorger die onmisbaar is in het geheel van de ziekenzorg*, mits breed genoeg van kli-

nisch pastorale blik om verder te *zien dan de relatie taak-geloofsovertuiging*. Dit impliceert een geestelijk verzorger die ook kan en wil communiceren met andersdenkenden, niet primair als zendeling, maar als samaritaan-nieuwe stijl, in het licht van de tien geboden van de *bill of rights*.

## 9.2 GEESTELIJKE VERZORGING IN DYNAMISCHE GEZONDHEIDSZORG

We zagen dat ziek zijn vanouds mede een geestelijk verzorgingsprobleem is geweest. Ziekenbezoek behoort ook thans nog tot de functies van de geestelijk zorgverlener, al is het ziekenhuiswezen grootschaliger, en de medisch-technische behandeling van zieken gedifferentieerder geworden. Ook is de term 'geestelijk verzorger' in gebruik gekomen; dit wijst op een verschuiving: het pastoraat verbreedt zich als het ware naar geestelijke verzorging.

Tot omstreeks de jaren zestig was menig ziekenhuis klein en overzichtelijk, een soort van tehuis, hier en daar onderverdeeld in paviljoens om de gezelligheid en overzichtelijkheid te bevorderen. De patiënt kon rustig ziek zijn, en behandeld en verpleegd worden. Dat was thuis niet te evenaren. Thans hebben schaalvergroting, taakverdeling en concentratie (de stc-operatie) toegeslagen. Ziekenhuizen werden veelszins omvangrijke medische werkplaatsen, of groeien daarheen. De Amerikaanse psychiater Elisabeth Kübler-Ross vertelde dat zij eens het vraagstuk 'stervensbegeleiding' wilde analyseren. Zij probeerde in een groot ziekenhuis een desbetreffend onderzoek te doen, maar kon geen 'dying patient' bezoeken doordat de behandelende artsen en de verpleegkundigen een zekere weerstand boden<sup>63</sup>. Alleen na uitvoerig overleg kreeg zij contact met zo'n patiënt (die een gesprek duidelijk op prijs stelde). Hierna kwamen cursussen en een seminarium tot stand die bestudering van het onderwerp 'verhouding patiënt-zorgverlening' ten doel hadden<sup>64</sup>.

In het moderne ziekenhuis is voor zo'n begeleiding nog steeds plaats, maar minder dan voorheen. Een rustig verblijf voor de zieke is nog slechts zelden mogelijk. De hoge verpleegkosten hebben geleid tot een streven naar kortdurende opnamen en poliklinische behandeling. Het nieuwe klimaat kenmerkt zich enerzijds door snelle doorstroming, technocratie en specialisatie, en anderzijds door een medisch-technische behandeling die levensverlenging bewerkstelligt. De taak van de geestelijk verzorger aan het ziekbed is, althans in de ziekenhuizen, gecompliceerder geworden; in de jaren zestig verschenen daarover in het kader van de geestelijke volksgezondheid diverse studies.

In een 'International Study of Psychological Problems in General Hospitals' werd aandacht besteed aan de taak en de positie van de geestelijke in het ziekenhuis. Uit gevoerde gesprekken bleek, dat 'de rol van de godsdienstige raadsman of geestelijk leider bij de therapie in het ziekenhuis slechts door enkele mensen (werd) begrepen (...)'. Oorzaak was 'het feit dat de meeste mensen niet in staat zijn zich min of meer nauw verbonden te voelen met enige vorm van religie en het feit dat de religieuze instellingen en hun officiële vertegenwoordigers niet in staat zijn om duidelijk te maken wat ze te zeggen hebben en wat ze hopen te doen'<sup>65</sup>.

Dit laatste raakt de doelstelling van de geestelijke verzorging, én haar effect. Het verschijnsel van herbezinning op ziek zijn en dat van behandelen en verplegen van zieken, alsook van patiëntgerichte geestelijke verzorging en interdisciplinair overleg in het ziekenhuis, riepen behoefte op aan ‘klinisch pastorale vorming’ (KPV). Deze ontstond als ‘*clinical pastoral education*’ het eerst in Amerika<sup>66</sup>. Daarmee was erkend dat bekwaame geestelijke verzorging bestaat uit de componenten kunde en kunst zoals omschreven in de eerste regels van dit hoofdstuk. Sindsdien is dit onderwerp ook in Nederland actueel geworden.

Op Hydepark, het Seminarie van v/h de N.H. Kerk te Doorn, thans van de Protestantse Kerk in Nederland, werd geregeld voor de theologie-studenten een cursus ‘clinical training’ gegeven door dr. H. Faber en dr. W. Zijlstra; daarbij werden verslagen van gesprekken, tijdens het vicariaat van de studenten in naburige ziekenhuizen gehouden, geanalyseerd<sup>67</sup>. Ook maakte die training deel uit van de stafopleidingen in het kader van de opleiding en nascholing van verpleegkundigen<sup>68</sup>. De KPV biedt een breed trainingsaanbod als permanent leerproces voor geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg.

Een aantal rapporten en nota’s getuigt van het streven, de pastorale dienstverlening in de intramurale gezondheidszorg te definiëren, en zich te bezinnen op haar principiële uitgangspunten<sup>69</sup>. Afgaande op tal van nota’s en reacties bestaat daarover geen eenstemmigheid. De actualiteit van dit onderwerp is toegenomen, zie de ‘Kwaliteitswet zorginstellingen’ en de ‘Wet geestelijke verzorging’<sup>70</sup>. Hierin staat dat de zorgaanbieders de verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze is gecompliceerd geworden naarmate de vraag toenam naar multiculturele geestelijke verzorging: islamieten, hindoes en aanhangers van andere religies dienen de zorg te krijgen die past bij hun culturele achtergrond. Opmerkelijk is dat de moderne term ‘marktgericht denken’ ook binnen de gezondheidszorg actueel is geworden; dat denken daagt ook de geestelijk verzorgers uit om de inhoud van het werk duidelijk zichtbaar te maken. Typerend voor de groei daarnaar toe en naar consensus is de recente innovatie in sommige ziekenhuizen, i.c. verbreding van de zorg door pluriforme betrokkenheid van geestelijke groeperingen. Dit is een teken van toenemende aandacht voor de patiënt als mens<sup>71</sup>, van zoeken naar *samenwerkingsverbanden* en naar *communicatie* in brede zin.

‘Communicatie veronderstelt: wegnemen van belemmeringen voor een gesprek. De geestelijk verzorger probeert daar te zijn waar hij nodig is. Daarvoor is onmisbaar informatie zowel van de verpleegkundige als van de medische staf. Ook mag terugrapportage niet ontbreken’<sup>72</sup>.

De KPV bevindt zich thans nog steeds in een ontwikkelingsfase en ‘in beweging’, evenals trouwens ‘het eigene van de geestelijke zorg’<sup>73</sup>. De verkorting van de opnameduur is ook een complicerende factor. Dit komt mede tot uitdrukking in de beperking van de toegang die de geestelijk verzorger ondervindt. Tot voor kort was die toegang vrij, en de patiëntenlijst lag ter inzage. In principe kon iedere

zieke bereikt worden, al bleef dat uiteraard beperkt tot leden van het relevante kerkgenootschap. Thans ligt die patiëntenlijst niet (overal) meer ter inzage als gevolg van het streven naar persoonlijke vrijheid. Ook de secularisatie en de ontkerkelijking zijn daarop van invloed: sommige mensen zijn nog wel ingeschreven als lidmaat van een kerk, maar stellen bezoek van een geestelijk verzorger niet (meer) op prijs. Echter, al is kerkbezoek minder vanzelfsprekend geworden, toch groeit grotere aandacht voor de mens in zijn sociale en psychologische situatie. Hierbij rijst de vraag, of een 'evangelische begeleiding en hulpverlening' die in de gewone omgang met het gezonde, kerkelijk passieve gemeentelid wellicht onwelkom schijnt, wél in aanmerking komt in geval van ziekte. Een antwoord op die vraag kan zijn, zo'n actieve benadering te vervangen door hartelijke, zij het passieve 'aandacht', blijk gevend van belangstelling en medeleven. Dat behoort ook tot de 'omgang' van de geestelijk verzorger met de zieke, evengoed als een indringend gesprek. En daarmee komen we bij een geestelijke verzorging-voor-de-mens-in-de-patiënt, volgens de definitie: *'professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan zieken vanuit en op basis van geloofs- en/of levensovertuiging, geïnspireerd door de essentie van het Evangelie.*

*Dr. N.B. Goudswaard was bouwkundige, pedagoog en docent. Hij publiceerde onder meer historische studies, waaronder 'Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst'*

## Noten

1. Zielzorg, zielszorg, zielenzorg: deze kan slaan op arbeid van pastores inzake het geestelijk heil van gelovigen; zielzorger is wel synoniem van zielenherder, maar ook de medicus en de verplegende kunnen tot op zekere hoogte 'zielzorgelijk' werk verrichten. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen protestantse en katholieke *pastorale* zorg, en humanistische *geestelijke* zorg (Borst 1995 25). Ook wordt wel een 'wezenlijk onderscheid' gezien tussen geestelijke verzorging en geestelijk verzorger (Nota CGV 19944 5); vgl. noot 2.
2. Du Boeuff en Kuiper, 1950, 136-173; Van den Berg 1956, 44.
3. Nota Commissie Geestelijke verzorging 1987 36; over de pluriformiteit in geloofsovertuiging: H.Berkhof 1985 196-211; W.Zijlstra 1989 356-375; G.J.Derksen, J.C.J.Burkens e.a. in: Faber 1968 171-189;; Besluitenlijst Hervormde Synode, gehouden op 16, 17 en 18 november 1995 te Doorn.
4. Baruch 1961, 54-63, 109; Berkhof 1985 14; Heitink 1992 57-61; Pollak II 1969 291-321.
5. Talmoed (Hebreeuws, leer en onderwijzing). Tweeledig verzamelwerk, uit mondelinge overlevering ontstaan als neerslag van het Joodse denken in de eerste eeuwen na Chr.; een aanvulling op het O.T. over het maatschappelijke, burgerlijke en godsdienstige leven van de Israëlieten. Pollak II 1969 291; Berkhof 1985 21.
6. Nater 1994 12.
7. Nater II; De Jong 1959.
8. Heaton z.j. De profeet Nathan bestraft koning David om zijn overspel met Bathseba, de vrouw van Uria, een van Davids legeroversten (2 Samuel 12:7-14).