

Inhoudsopgave

Inleiding: Martha: ‘Een christelijke zorginstelling? 9 Ik heb er geen last van’ (Simon Polinder en Bart Cusveller)	9
Deel 1. Christelijke zorg: context 21	21
<i>Hoofdstuk 1.</i> Grote en kleinere transformaties. De maatschappelijke en culturele context van christelijke zorg in Nederland (Geert Jan Spijker en Simon Polinder) 23	
<i>Hoofdstuk 2.</i> Drie generaties van christelijke visies op zorg. De maatschappelijke en historische context van christelijke zorgvisies (Bart Cusveller) 43	
Deel 2. Christelijke zorg: professional 65	65
<i>Hoofdstuk 3.</i> Geroepen zorgzaam te zijn. Ruimte voor roeping van zorgprofessionals (Marco Rotman) 67	
<i>Hoofdstuk 4.</i> De kluwen van professionele rollen. Christelijke zorg en professionele identiteit (Anne-Josien Huisman-Rietberg, Simon Polinder en Bart Cusveller) 82	
<i>Hoofdstuk 5.</i> Onderscheidingsvermogen voor professionals. Reflecteren op identiteit in de praktijk (Bart Cusveller, Simon Polinder en Hanneke Schaap-Jonker) 103	
<i>Reflectie Deel 1 & 2:</i> ‘Dubbel werk’ en hermeneutische competenties (Harmen van Wijnen) 121	

Deel 3. Christelijke zorg: praktijk	123
<i>Hoofdstuk 6. Zorgen in het verlangen naar heelheid. Bijbels-theologische reflecties op gebrokenheid (Marco Rotman)</i>	125
<i>Hoofdstuk 7. Zorgen om sjalom. Werken aan heelheid en bloei (Bart Cusveller)</i>	141
<i>Reflectie Deel 3: Feiten, beleving en betekenis (Kees Goedhart)</i> ...	161
Deel 4. Christelijke zorg: organisatie	163
<i>Hoofdstuk 8. Zorgzaam burgerschap. Een raamwerk voor christelijke zorginstellingen (Geert Jan Spijker en Simon Polinder)</i>	165
<i>Hoofdstuk 9. Zorgzaam burgerschap en zorgprofessionals. Institutioneel burgerschap (Bart Cusveller, Geert Jan Spijker en Simon Polinder)</i>	180
<i>Hoofdstuk 10. Corporate burgerschap. Maatschappelijke presentie van christelijke zorgorganisaties met het oog op sjalom. (Simon Polinder)</i>	198
<i>Reflectie Deel 4: Navolging (Hendrik Jan van den Berg)</i>	216
Conclusie: Een handreiking aan Martha (Simon Polinder en Bart Cusveller)	219
Over de auteurs	237
Index	239

DEEL 1

Christelijke zorg: context



Grote en kleinere transformaties

De maatschappelijke en culturele context van christelijke zorg in Nederland

■ Geert Jan Spijker en Simon Polinder

1 | Inleiding

Om de achtergrond van het onderwerp van dit boek te schetsen, brengen we in dit hoofdstuk de belangrijke trends voor de zorgsector in Nederland in kaart. Leidend in de beschrijving is de vraag welke gevolgen langetermijntontwikkelingen hebben voor christelijk geloof in de zorg. Met andere woorden: onder welke voorwaarden wordt christelijke zorg in onze tijd en cultuur gegeven?

Op allerlei manieren komen de besproken trends de zorgsector binnen. Ook christenen ademen de tijdgeest in en worden erdoor veranderd, zelfs als ze proberen er heel bewust mee om te gaan. De christelijke zorgverlening staat onder invloed van culturele invloeden – via alle betrokkenen: zorgverleners, familieleden, managers, ambtenaren, zorgverzekeraars, et cetera. Grote woorden als individualisering en secularisering krijgen in het klein gestalte in concrete levens van professionals en patiënten en dus ook in christelijke zorg.

Om de context af te bakenen en beknopt te houden, beschrijven we de trends hieronder aan de hand van een ‘tweemaal drie’-opzet. De eerste drie trends noemen wij de ‘grote transformatie’. Zij vormen de dominante processen van onze tijd: individualisering, globalise-

ring en informatisering. Deze processen raken alles, dus ook de zorg. De tweede set van drie trends beschrijven we als 'kleinere transformaties', die meer specifiek op Nederland (en christelijke zorg) betrekking hebben: secularisering, de overgang naar een participatiemaatschappij en bureaucratisering.

De grote transformatie komt aan de orde in paragraaf 2, de kleinere transformaties komen aan de orde in paragraaf 3. Per trend geven we een korte duiding en enkele voorbeelden om te laten zien hoe de trend concreet doorwerkt op sectorniveau en op persoonlijk niveau. We ronden af met een korte slotbeschouwing in paragraaf 4.

2 | De grote transformatie: drie megatrends

De drie genoemde processen – individualisering, globalisering en informatisering – vormen samen de zogenaamde grote transformatie van een moderne maatschappij naar een laatmoderne netwerk-samenleving (Kuiper 2009). Die transformatie betekent een fundamentele verandering van een cultuur waarin veel zaken vanzelfsprekend en voorspelbaar waren naar een samenleving waarin weinig meer vastligt en ieder voor zich moet uitmaken wat waardevol en zinvol is.

Daarbij kan iedereen gebruikmaken van inzichten van over de hele wereld, vooral via internet. Socioloog Hans Boutellier omschrijft onze tijd als een van 'complexiteit zonder richting' (Boutellier 2011). Er is een wirwar van organisaties en al dan niet digitale netwerkjes (institutionele complexiteit) en die gaat gepaard met richtingloosheid op het gebied van levensbeschouwing en zingeving, met onzekerheid en onbehagen als gevolg.

We bespreken achtereenvolgens de drie grote trends en wat die betekenen voor de (christelijke) zorg.

2.1 | Individualisering: eerst ik, dan wij

Jan de Visser gaat na een complexe knieoperatie naar een revalidatiecentrum. Hij kan zijn eigen menu kiezen, hij heeft zijn persoonlijke televisie en toegang tot wifi, en de therapietijden worden aangepast aan zijn individuele dagritme. Nog niet eens zo heel lang geleden was dit allesbehalve vanzelfsprekend. Als iets vandaag niet geregeld is, klagen we al snel over gebrek aan gepersonaliseerde service.

Individualisering wil zeggen dat mensen steeds meer zelf aan het roer van hun leven staan. Ze kunnen steeds meer hun eigen leven inrichten, zonder dat tradities, kerk en staat hun iets opleggen. Mensen zijn primair individuen in plaats van onderdeel van een groep. Mensen zijn ‘ontwerpers’ en ‘uitvoerders’ van het eigen levensproject en minder afhankelijk van de omgeving bij het maken van keuzes. In plaats van gegeven rollen – ik ben vrouw, dus ik zorg voor de kinderen; mijn vader was bakker, dus ik word ook bakker – kies je wat je zelf wilt. Het leven is als het ware een lange cursus ‘doe-het-zelf’ geworden. Zelfsturing, zelfbepaling, zelfontplooiing: het zijn de kernwoorden van onze tijd. Sociale verbanden zijn losser en lichter geworden, voor veel relaties kies je zelf. Gemeenschappen verdwijnen dus niet, de verhouding tussen individu en groep verandert echter wel. Voor de meeste Nederlanders blijft de familie een belangrijke levenseenheid (CBS 2017).

Individualisering heeft iets positiefs in zich. Wie is er niet blij als een nieuw ziekenhuis – zoals het Meander in Amersfoort – eenpersoonskamers heeft? We willen onze eigen ruimte. En het is goed als mensen hun leven ter hand nemen en in vrijheid tot bloei kunnen komen. Het is zeker verdedigbaar dat individualisering christelijke wortels heeft (Siedentop 2014). Ieder mens is een uniek wezen, een waardevol persoon. Ieder mens is immers geschapen naar Gods beeld en heeft daarom een eigen waardigheid die erkenning en bescherming verdient. Elk persoon staat met zijn geweten voor God, benadrukte de reformatie.

Tegelijk is individualisering in onze tijd doorgeschoten (individualisme!). Waar het christendom benadrukte dat persoonlijke vrijheid hand in hand gaat met verantwoordelijkheid voor de ander, met liefde tot de naaste, zelfs met zelfopoffering voor de medemens, raakt in onze tijd die nadruk op plichten en verantwoordelijkheden steeds meer uit zicht. Mensen zetten hun 'dikke ik' centraal (Kunneman 2015). In onze tijd is individualisering nogal eens ontaard in 'ik doe waar ikzelf zin in heb', in ongebondenheid.

Individualisering heeft zeer uiteenlopende gevolgen voor de zorg. Wat allereerst in het oog springt is de huidige nadruk op zelfredzaamheid. In zorg en welzijn draait het – in ieder geval bij beleidsmakers – tegenwoordig om eigen kracht, eigen regie, zelfmanagement. Ook kwetsbare, zieke mensen moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen, voor zichzelf zorgen, zichzelf proberen te 'redden'. Er wordt veel verlangd van – en gehoopt op – het Sterke Ik van de cliënt. En als dat niet voldoet dan wordt er gekeken naar het netwerk van de cliënt. Juist door de individualisering hebben mensen echter lang niet altijd een stevig informeel netwerk, een robuuste gemeenschap om zich heen. En als dat netwerk er wel is, dan is dat niet onbeperkt beschikbaar. Nederlandse mantelzorgers geven steeds vaker hun grenzen aan (SCP 2016).

Typerend voor onze cultuur is ook de groei van diversiteit aan leefvormen, van traditionele huwelijken tot samengestelde gezinnen. Wat in het oog springt is de sterke toename van eenpersoonshuishoudens. Dat laatste heeft weer specifieke gevolgen voor de zorg, want mensen die alleen wonen hebben een grotere kans op ziektes (Schnabel 2012).

Individualisering gaat ook gepaard met toenemende mondigheid. Cliënten hebben de afgelopen decennia meer rechten gekregen en komen meer op voor hun eigen belangen. Vroeger stond het deskundig gezag van de professional centraal, tegenwoordig wordt dat – met 'bewijsmateriaal' van internet – geregeld weersproken. En wie durft de cliënt tegen te spreken, de zorgklant is in deze tijd immers koning?

Tot slot nog een opmerking: individualisering werkt door op tal van terreinen. Deze trend zien we hieronder dan ook een aantal keer terug, bijvoorbeeld bij secularisering. Geloof wordt minder kerk- en traditiegebonden en – belangrijk binnen het verband van deze studie – ook minder organisatiegebonden.

2.2 | Globalisering: de wereld aan onze voeten

Mevrouw Pieterse ligt in het ziekenhuis. Ze wil dringend wat aan de verpleegkundige vragen, alleen spreekt de Poolse zorgverlener nogal gebrekkig Nederlands. Het relatiemagazine dat ze bij opname heeft gekregen staat vol met Engelse termen en advertenties. Haar behandelend arts is voor een deel van de week afgereisd naar een medisch congres in Orlando, Florida.

Globalisering kan opgevat worden als de ontsluiting van de wereld op heel uiteenlopende gebieden. Veel processen – economische voorop – zijn niet meer gebonden aan nationale grenzen. Dit betekent enerzijds het toenemen van invloed van buiten op de eigen samenleving (via allerlei media) en anderzijds het afnemen van verschillen tussen samenlevingen onderling (in elk stadje ter wereld een McDonald's). In onze geglobaliseerde wereld is een wereldwijde markt met goederen ontstaan (veel van onze spullen zijn 'made in China'), hebben multinationals als Shell en Unilever op sommige gebieden meer macht dan de gemiddelde natiestaat, en zijn we door middel van sociale media razendsnel verbonden.

Globalisering biedt veel voordelen, zoals vrijhandel en toerisme. Tegelijk zorgt het bij mensen steeds vaker voor gevoelens van angst en verlorenheid. Het vreemde – de euro, moslims, vluchtelingen – komt binnen en zorgt voor verlies van houvast. Lokale gemeenschappen en het vertrouwde staan onder druk. Dit zorgt de laatste jaren voor een tegenreactie van nationalisme en patriottisme. Politici als Wilders en Baudet zijn populair en gevestigde partijen spreken steeds vaker over de Nederlandse ('joods-christelijke') cultuur. Met de globalisering is meer nadruk komen te liggen op lokale

autonomie, op regionale knooppunten. Sommigen spreken daarom ook wel van 'globalisering' (Erwich en Praamsma 2016).

Voor Nederland en veel andere Europese landen speelt de toenemende invloed van de Europese Unie een rol, bijvoorbeeld door vrij verkeer van werknemers. De toename van internationale mobiliteit betekent een meer diverse bevolking. Migranten waren er natuurlijk al eeuwen, maar de verscheidenheid is toegenomen, ook onder migranten zelf. Waren het na de Tweede Wereldoorlog vooral Marokkanen, Turken en Surinamers die naar Nederland kwamen, nu betreft het veel meer uiteenlopende nationaliteiten. Rotterdam bijvoorbeeld telt 175 nationaliteiten, terwijl 1 op de 4 van haar inwoners in het buitenland is geboren.

Welke gevolgen heeft dit voor de zorg? Een vraag is hoe zorgverleners dienen om te gaan met die diversiteit aan migranten. Hoe te reageren op islamitische zorgvragers? Hoe om te gaan met (wellicht 1,3 miljoen!) westerse en niet-westerse christenmigranten (Van Walsum 2017)? Wat als organisatie te doen met een katholieke Poolse verpleegkundige of een soennitische stagiaire? Is dat voor protestantse zorgvragers een probleem? Hebben ze misschien de voorkeur voor zorgverleners uit de eigen 'culturele bedding'?

Met internationalisering gaat ook het verschijnsel zorgtoerisme gepaard. Europeanen kunnen door de zorgverzekeraar steeds vaker behandelingen in andere EU-landen vergoed krijgen. Belangrijke redenen voor mensen om naar het buitenland uit te wijken voor een behandeling zijn onder meer: kortere wachttijsten, betere technologieën en andere regelgeving. Denk aan de 'totale gezondheidscheck' die men wel in Duitsland maar niet in Nederland kan verkrijgen. Het benutten van deze uitwijkmogelijkheid vereist enige assertiviteit en lijkt daardoor niet voor iedereen weggelegd.

De verzorgingsstaat – met zijn nationaal georganiseerde solidariteit – staat door de mondialisering onder druk (Trouw 2016). Er is veel debat over het aantal migranten dat Nederland zou kunnen opnemen. Dat zou op den duur ondermijnend zijn voor de betaalbaarheid van de voorzieningen. Ook de EU oefent druk uit op onze natio-

nale regelgeving, door steeds meer wetgeving over te nemen, ook op sociaal gebied. Ons bestel is nog steeds sterk nationaal ingericht – gemeenten zijn vooral uitvoeringsloketten van het rijk – maar hoe lang blijft dit zo?

2.3 | Informatisering: digitalisering grijpt om ons heen en op ons in

Jan Groening is COPD-patiënt. Hij gebruikt sinds kort een inhalatieapparaat dat gekoppeld is aan zijn smartphone en registreert wanneer patiënten als hij hun apparaat gebruiken. De ‘telemedicine’-app laat zien wanneer hij klachten ervaart en medicatie neemt. Hij kan online met zijn behandelaars overleggen wat de beste behandeling is en op een digitaal lotgenotenforum informatie en ervaringen uitwisselen.

Informatisering is de verregaande invloed van automatisering en digitalisering op het dagelijks leven. WhatsApp, Skype en vele andere online media hebben ons in een nieuwe tijd laten belanden. Waar communicatie heel vroeger vooral mondeling plaatsvond en later via het schrift en boeken, verwerken we informatie nu in sterke mate op digitale wijze. Gebruik van digitale media zorgt ervoor dat enorme datastromen de wereld overgaan. Deze ‘informatierevolutie’ zorgt voor oneindige keuzemogelijkheden op elk gebied. Bovendien brengt ze een ongekennde beschikbaarheid van kennis met zich mee (Kuiper 2009). Wetenschappelijke inzichten en nieuwe technieken uit de hele wereld – ook zorggerelateerde – zijn in een mum van tijd bekend in Nederland.

Informatisering biedt tal van – ook nog onbekende – kansen en bedreigingen. Het is prachtig om wereldwijd met elkaar te kunnen communiceren. Tegelijk kan die communicatie ook gaan over het voorbereiden van een terroristische aanslag. Internet kan leiden tot grenzen doorbrekende verbondenheid, maar vaak zien we dat mensen in de bubbel van gelijkgestemden blijven zitten. Digitalisering maakt allerlei relaties mogelijk, maar leidt ook tot afnemende