

‘Wat betekent dat’ en ‘Waar staat dat voor’?

Over de samenwerking tussen geestelijk verzorger en psycholoog

NICOLETTE HIJWEEGE

SAMENVATTING

De beroepsidentiteit van geestelijk verzorgers wordt besproken in het licht van mogelijkheden tot samenwerking met psychologen. De basis voor samenwerking ligt in communicatie. Levensbeschouwelijke diagnostiek, rapportage en screening zijn wijzen waarop die communicatie gestalte kan krijgen. Hoe staan geestelijk verzorgers daar tegenover? Ter afsluiting wordt, in het licht van de beroepsidentiteit en de veranderde maatschappelijke vormgeving van levensbeschouwing, de vraag hernomen of het psychologisch referentiekader niet deel is gaan uitmaken van het primaire kader van waaruit de geestelijk verzorger werkt. Indien dit het geval is, wat betekent dit dan voor de samenwerking?

Trefwoorden: beroepsidentiteit, diagnostiek, rapportage, screening

INLEIDING

In de praktijkgeoriënteerde bijdragen van Van Straten, Kronemeijer en Smeets is een beeld geschetst van werkwijzen en vragen die spelen in de samenwerking met andere disciplines – meer specifiek psychologen, psychotherapeuten en psychiaters¹ – in verschillende werkvelden binnen de geestelijke verzorging, te weten psychiatrie, revalidatie en ziekenhuis. De bijdragen beoogden ieder een onderscheiden doel, respectievelijk het inzichtelijk maken hoe levensbeschouwelijke diagnose en het handelingsconcept uitwerken in de samenwerking tussen geestelijke verzorging en psychologen, psychotherapeuten en psychiaters; inzichtelijk maken welk aandeel de geestelijk verzorger heeft in de samenwerking met andere disciplines en bespreking van persoonlijk ervaren voor- en nadelen van schriftelijke rapportage; het formuleren van een

kader voor wetenschappelijk onderzoek naar de spirituele screening opdat deze wetenschappelijk onderbouwd wordt. Met de typering van de verschillende doelen zijn tegelijkertijd verschillende communicatiemiddelen in de samenwerking tussen geestelijk verzorger en psychologen genoemd: diagnostische modellen, rapportage en de spirituele screening. Tevens is de aard van rapportage en samenwerking impliciet gethematiseerd: middels het elektronisch patiënten dossier (EPD) en telefonische consultatie; middels beknopte registratie van contact en eventueel mondelinge toelichting; middels screeningsformulieren, scholing (in signalering) en middels multidisciplinair overleg.

In het eerste deel van dit artikel staan we stil bij de beroepsidentiteit van geestelijk verzorgers, zoals deze aan de orde is geweest in de artikelen van Van Straten, Kronemeijer en Smeets. We

staan achtereenvolgens stil bij het domein van de geestelijke verzorging, de taal, het aanbod van de geestelijke verzorger in het cliëntencontact en de aard van de dienstverlening. Tot slot typeren we de gerichtheid van de geestelijk verzorger in het contact als een gericht zijn op psychohygiëne.

In het tweede deel van deze beschouwing zullen we aandacht besteden aan de communicatiemiddelen die in de samenwerking ingezet kunnen worden: diagnostische modellen, rapportage en spirituele screening. Ieder van deze middelen lijkt problematisch in het licht van de besproken kernelementen in de beroepsidentiteit van geestelijk verzorgers.

In het derde deel bespreken we de wijzen waarop collega-psychologen van Van Straten, Kronemeijer en Smeets gereageerd hebben op de bijdragen van genoemde geestelijk verzorgers. Tevens keren we terug naar de vraag waarmee we ons inleidende artikel besloten: is het niet zo dat psychologische kennis deel is gaan uitmaken van het primaire referentiekader van de geestelijk verzorger? De doordenking van en het maken van keuzes rond interventies in het individuele contact geschieden immers goeddeels op basis van kennis van de psychologie. Helderheid over en communicatie rond het ‘product geestelijke verzorging’ komen daarbij opnieuw ter sprake, en daarmee ook de besproken aanvullende legitimeringsgrond voor geestelijke verzorging in zorginstellingen.

BEROEPSIDENTITEIT

Er zijn maar weinig beroepsgroepen waar de vraag naar de identiteit van de beroepsgroep zoveel aandacht krijgt als in de geestelijke verzorging. Met de verminderde nadruk op een confessionele, leergerichte benadering en het omarmen van de cliëntgerichte benadering en met de psychologische doordenking van het vak in nascholingen en in de klinisch pastorale vorming (KPV) is vanuit de beroepsgroep de eigen identiteit en daarmee ‘het product’ geestelijke verzorging niet altijd eenvoudig weer te geven. In het inleidende artikel hebben we aangehaald dat in de hedendaagse maatschappij deze identiteit nog verder geproblematiseerd lijkt te worden. Door de differentiatie in levensbeschouwingen alsook door de gerichtheid van het (individueel) levensbeschouwelijk handelen – het

welzijn van de mens – ligt de (inhoudelijke) focus op het thematiseren van existentiële en levensbeschouwelijke thema’s. Voor het realiseren van deze focus in het licht van kwaliteit van zorg is terdegesholing in de (specifieke niche van de godsdienst) psychologie een vereiste. We veronderstelden dat voor het professionele handelen van de geestelijk verzorger niet alleen expertise op het gebied van levensbeschouwing en existentiële thema’s, maar ook psychologische kennis deel is gaan uitmaken van diens primaire referentiekader.

Van Straten, Kronemeijer en Smeets gaan ervan uit dat zingeving en levensbeschouwing (spiritualiteit) het domein vormen van de geestelijke verzorging. Levensbeschouwing wordt daarbij breed opgevat. Het betreft niet alleen overtuigingen en handelingen die terug te voeren zijn tot specifieke religieuze tradities of wijzen waarop het individu zich (niet meer) verbonden weet met dat wat hem/haar overstijgt, maar ook meer existentiële ervaringen en thema’s betreffende dat wat van waarde is, wat er nu toe doet, wat heilig is, wat gemist wordt, waarnaar verlangd wordt. Minder in het oog springend, maar voor veel geestelijk verzorgers ook van grote waarde in hun professionele handelen is het oor en oog hebben voor en het aanwezig zijn bij het alledaagse, het zien wat deze mens nu bezighoudt, ontbeert et cetera. Dit wordt veelal aangeduid als ‘presentie’ (Baart, 2001; 2005), als het oog hebben voor ‘heel de mens’. Met deze gerichtheid willen veel geestelijk verzorgers een tegenstem bieden in de objectivering van het subject zoals dit in een vertechnologiserende zorgcontext mogelijk aan de orde is. (Veltkamp, 2006; Kronemeijer en Smeets in dit nummer)

Het pleidooi voor ‘heel de mens’ is één van de manieren om de eigen identiteit van zorginstellingen te articuleren in het licht van het bieden van kwaliteitszorg. Die oproep voor aandacht voor heel de mens betreft vanuit de optiek van geestelijk verzorgers niet alleen de cliënt in het contact met de geestelijk verzorger, maar ook het professionaliseren van deze aandacht bij artsen, verpleegkundigen en ander (ondersteunend) personeel en ten slotte aandacht voor de persoon van de zorgverlener zelf. Het als professionals bespreekbaar maken van de eigen kwetsbaarheid en beperktheid, van de eigen (existentiële en religieuze) ‘concerns’ die

het werk met zich meebrengt, mobiliseert de aandacht voor 'heel de mens' die de cliënt is. Kunne- man (2006) duidt deze uitwisseling rond door het werk opgeroepen existentiële concerns aan met de in het inleidende artikel geïntroduceerde termen: horizontale transcendentie en normatieve profes- sionaliteit. Een dergelijke aandacht voor 'heel de mens' draagt bij aan kwaliteit van zorg; *evidence based* is deze uitspraak echter nog niet.

Het beogen van deze bredere inzet voor het 'heel de mens' van zowel de cliënt als de mede- professional – met het oog op kwaliteit van zorg voor de cliënt – komt tot uitdrukking in de taakop- vating van geestelijk verzorgers. In de praktijkge- oriënteerde bijdragen komt naar voren a) dat door inbreng van het perspectief betreffende het proces van betekenisgeving van cliënten, ook bij andere zorgverleners andere aspecten naar voren treden; b) dat andere disciplines gebaat kunnen zijn bij de expertise van de geestelijk verzorger rond levens- beschouwelijke aspecten van ziekte, crisis, sterven en (on)gezondheid; c) dat geestelijk verzorgers ge- baat zijn bij signalering van levensbeschouwelijke thematieken bij cliënten door andere zorgverle- ners opdat deze dan kunnen doorverwijzen en d) dat geestelijk verzorgers, niet alleen met het oog op signalering maar ook met het oog op intermen- selijke levensbeschouwelijke begeleiding door an- dere zorgverleners, andere zorgverleners scholen in het detecteren van en omgaan met thematieken op levensbeschouwelijk of existentieel gebied.

Meer dan andere zorgverleners lijken geestelijk verzorgers bereid om basiscompetentie op het ge- bied van geestelijke ondersteuning en begeleiding niet alleen bij zichzelf aanwezig te achten, maar ook bij andere dienstverleners in potentie aanwe- zig te veronderstellen en dit bij hen te willen mo- biliseren. Dit doen zij niet alleen omdat zij voor doorverwijzing afhankelijk zijn van de andere dis- ciplines, maar ook met het oog op zorg voor 'heel de mens'. Spelt (2007) gaat zelfs zo ver dat hij meent dat basale geestelijke verzorging geboden zou moeten worden door verpleegkundigen en artsen, hetgeen zou betekenen dat zij daarin na- dere competentie zouden moeten willen ontwik- kelen. Specifieke geestelijke verzorging – let wel dit is een ander onderscheid tussen algemeen en specifiek dan de Algemene Geestelijke Verzorging

(AGV) en de Specifieke Geestelijke Verzorging (SGV) van Van Straten – zou dan door geestelijk verzorgers gegeven moeten worden. Specifieke geestelijke verzorging geschiedt op indicatie. De professionele expertise van de geestelijk verzorger kan dan ingezet worden voor hulpverlening op het gebied van levensbeschouwing en existentiële thema's of ritueel handelen.

Taal

Wanneer geestelijk verzorgers wensen dat andere professionals in staat zijn de levensbeschouwe- lijke en spirituele thema's in de (zelf)ervaring van cliënten te signaleren, gaan zij ervan uit dat deze zorgverleners in staat en bereid zijn deze thema- tieken te herkennen. Mooren (2008, 48-49) gaf echter al aan, dat door verminderde gemeenschap- pelijkheid en vanzelfsprekendheid van de taal van confessionele levensbeschouwingen en de articu- latie van levensbeschouwelijke thema's in psycho- logisch, sociologisch en filosofisch taalgebruik, levensbeschouwelijke articulatie een verdwenen taal en ontbrekend dialect vormt. Om te kunnen signaleren dienen andere zorgverleners (voor het eerst of hernieuwd) op professionele wijze kennis te maken met religieuze en levensbeschouwelijke taal, beelden en handelingen. Het is gewenst dat zij de eigen aard van dit handelen en spreken leren (her)kennen, of deze nu voortkomen uit religieuze of andere levensbeschouwelijke symboolsystemen dan wel getypeerd kunnen worden als (eclectisch samengestelde) nieuwe spiritualiteit.

De onbekendheid met het dialect speelt overigens niet alleen bij de zorgverleners. Het ontbreekt ook cliënten vaak aan taal, handelingen en vormen om uitdrukking te geven aan de existentiële of spi- rituele dimensie in de – veranderde – zelfervaring. Het articuleren en mobiliseren van de levensbe- schouwelijke of spirituele dimensie in de veran- derde zelfervaring en het kennismaken met deze dimensie als bron waaruit men kan putten vormen een belangrijk element in het specialisme van de geestelijke verzorging.

De taal waarmee zowel cliënten als zorgverle- ners uitdrukking geven aan existentiële en spi- rituele thema's leunt echter sterk op inzichten uit de psychologie. Precies hier ligt een belangrijk aandachtspunt in de samenwerking tussen gees-

telijk verzorgers en psychologen. Bij een goede samenwerking kunnen zowel de geestelijke als de psychologische dimensie in de veranderde zelfverving gearticuleerd worden. Hiermee komt de cliënt tot grotere differentiatie in de zelfverving. Tevens breidt het arsenaal aan copingstrategieën zich uit. De geestelijke en de psychologische dimensie van het bestaan kunnen zo ondersteunend op elkaar inwerken.

Aanbod van geestelijke verzorging

Het onderscheid tussen aandacht gerichte zorg (door Kronemeijer en Smeets aangeduid als een belangrijk aspect in het aanvankelijke contact, waarin presentie en aandacht centraal staan om te inventariseren of een eventueel nader contact gewenst is), algemene geestelijke verzorging (AGV) en specifieke geestelijke verzorging (SGV) (zie Van Straten, in dit nummer) komt tot uitdrukking in de aanduiding die in de samenwerking met medeprofessionals gehanteerd wordt om het contact met cliënten te typeren.

Van Straten spreekt in dit verband over behandelingsondersteunend handelen, vrijplaats en consult. In de behandelingsondersteuning wordt het aanbod van geestelijke verzorging gestuurd door een vraag van de behandelaar. Aan diens diagnose wordt de diagnose van de geestelijk verzorger toegevoegd, alsook diens plannen in het contact met de cliënt. Bij de vrijplaats ligt het initiatief voor contact bij de cliënt. De geestelijk verzorger registreert dat er contact is geweest, maar informeert de andere professionals niet over de inhoud. In het consult staat de vraag van professionals naar specifieke aspecten van religiositeit, levensbeschouwing of levensbeschouwelijke gemeenschappen centraal. De geestelijk verzorger heeft hier een informerende rol. Kronemeijer spreekt over aanwezigheid, bijstaan en begeleiden. Smeets maakt een gelijkaardig onderscheid: aanwezigheid en aanbod gestuurd werken ten dienste van het inventariseren van een mogelijke vraag; vervolgens op basis van het aanvankelijke contact een aanbod van begeleiding of hulpverlening. Van hulpverlening is sprake wanneer de levensbeschouwing of spiritualiteit in crisis geraakt. Begeleiding is aan de orde wanneer de levensbeschouwing/spiritualiteit niet in crisis is, maar helpend is en ingezet kan worden

in de crisissituatie. Smeets en Van Straten noemen overigens ook het aanbod voor ondersteuning en scholing op het gebied van levensbeschouwing en signalering middels onderwijs en klinische lessen. In mijn reflectie zal ik mij met name richten op het cliëntencontact en de samenwerking daarin.

Begeleiden en behandelen

Het cliëntencontact wordt met name door Kronemeijer niet als behandeling, maar als bijstaan en begeleiden geassocieerd. Hij lijkt daarmee te willen aangeven dat de geestelijk verzorger zich onderscheidt van ‘behandelende’ professionals. In zijn toelichting op deze typering omschrijft hij behandelen als het nastreven van doelen, het willen ‘doen’ en het willen bijdragen aan het beperken van de gevolgen van ziekte en handicaps. Geestelijke verzorging zou een ‘andere gerichtheid’ kennen. Mooren (2008, 47) typeert deze, sinds de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw ontstane, gerichtheid als “het zoeken naar betekenis, naar het verstaan van de naaste; (...) anders gezegd: het samen met de ander(en) betrokken raken in het zoeken naar zin, in een verstaansproces als hermeneutisch gebeuren.” Mooren baseert zich hierbij op Veltkamp. (1988, 196, 198)

De omschrijving die Kronemeijer geeft van het bijstaan en begeleiden van cliënten duidt elementen aan in dit verstaansproces. Hij hanteert hierbij een narratief kader. Opvallend aan de typering van Mooren en Kronemeijer is het aanduiden van openheid en ruimte en een gedeelde zoektocht. De geestelijk verzorger gaat al pratend en vertellend samen met de cliënt op zoek naar existentiële en spirituele waarden en bronnen die in de huidige situatie van de cliënt gemobiliseerd en ingezet (kunnen) worden. De insteek is daarbij niet noodzakelijk probleem- of vraaggeoriënteerd. Mogelijk kan de cliënt zich in de omstandigheden goed redden, mogelijk komt de geest rond bepaalde – triviale – thema’s moeilijk tot rust, mogelijk is de stroom van woorden nauwelijks te stoppen, verlangt deze structuur, mogelijk is de stilte oorverdovend. De aanleiding voor het contact kan met andere woorden al dan niet probleemgestuurd zijn. De cliënt heeft de mogelijkheid om een beroep te doen op de geestelijk verzorger vanuit een niet probleemgestuurd verlangen om zijn hart te luchten.

Daarnaast heeft de geestelijk verzorger als één van de weinige zorgverleners in een zorginstelling het recht van initiatief. Dit recht is verbonden met de ambtelijke vertegenwoordiging die geestelijke verzorging present stelt. Hoewel dit recht van initiatief, zoals Smeets aangeeft, minder dan vroeger wordt gepraktiseerd, is het nog wel zichtbaar in het verzoek tot contact dat via naasten of vanuit het multidisciplinair overleg komt, dan wel wanneer mensen bezocht worden op grond van participatie aan publieke rituelen.

Het benadrukken van de eigen insteek van de geestelijke verzorging door dit expliciet te typeren als ‘niet behandelen’ kan in de samenwerking vragen oproepen. Niet dat andere zorgverleners het belang van vrije ruimte – voor vertrouwelijk gesprek – betwijfelen; velen zullen zeggen dat ook zij daar in hun handelen ruimte voor zouden willen maken. Wèl, omdat onhelder blijft wat de bijdrage van geestelijke verzorging aan de kwaliteit van zorg kan zijn of is. Wanneer geestelijk verzorgers het eigene, onderscheidende van hun werk in het geheel van de zorg te zeer benadrukken en onvoldoende inzicht geven in de inhoud en bijdrage van hun werk aan de kwaliteit van zorg, isoleren zij zich mogelijk van de andere professionals. Dit roept vragen op bij de legitimering van de aanwezigheid en de bekostiging van geestelijke verzorging in en door de instelling. (Smeets, 2007; Schroyensteen-Lantman, 2007, & 2009)

Psychohygiëne

Het beklemtonen van het begeleidende aspect in het professionele handelen wordt vanuit verschillende argumenten onderbouwd: hulpverlening zou door de probleemoriëntatie een te gerichte focus hebben, waardoor de focus op heel de mens uit het zicht zou raken; geestelijke verzorging zou minder gericht zijn op verklaren of oplossen en meer op ‘verstehen’. Geestelijke verzorging draagt bij aan het (zelf)verstaan van de cliënt in diens context – de instelling. In het bijstaan en begeleiden worden de veranderde zelfverving (toegenomen afhankelijkheid, ervaring van kwetsbaarheid) en de veranderde omgang met naasten besproken in het licht van het levensverhaal van de persoon en wat voor hem/haar van waarde is (levensbeschouwelijk, spiritueel en/of intermenselijk). Geeste-

lijke verzorging benadert de thema’s die zich hier voordoen in wederzijdse afstemming met de cliënt op een rationeel, emotioneel, gedragsmatig en/of spiritueel niveau en levert zo een bijdrage aan de psychohygiëne van de cliënt. (Westhoff, 2006) We komen hier bij de bespreking van diagnostische modellen op terug.

Resumé

Het thema van deze paragraaf was de beroepsidentiteit van geestelijk verzorgers. Zoals aangegeven, kunnen enkele kenmerkende aspecten van de opvattingen die er binnen geestelijke verzorging leven over de eigen beroepsidentiteit een obstakel vormen in de samenwerking met psychologen. Genoemd werden de onhelderheid van ‘het product’ geestelijke verzorging, het niet noodzakelijk probleemgericht werken, de typering van het werk als begeleiding in plaats van behandeling en de gerichtheid op verstaan en tot verstaan komen – hetgeen wij getypeerd hebben als een psychohygiënische gerichtheid – meer dan op verklaren en oplossen. Al deze aspecten, gecombineerd met het onderscheiden taalgebruik, dat niet meer vanzelfsprekend verstaan wordt binnen de bredere maatschappelijke context, maken dat geestelijke verzorging binnen de handelings- en oplossingsgerichte context van *evidence based medicine* een bijzondere plaats lijkt in te nemen. De veronderstelling, dat medeprofessionals basale competentie zouden (moeten) hebben voor het voeren van een gesprek waarin existentiële thematieken op evenmenselijke, professionele wijze aan bod zouden moeten kunnen komen, maakt de situatie er niet eenvoudiger op. Enerzijds claimt geestelijke verzorging immers vanuit een eigen perspectief naar de situatie en het ervaren van cliënten te kijken, anderzijds meent zij dat iedere zorgverlener op basis van evenmenselijkheid in principe eveneens competent zou zijn om basale algemene geestelijke verzorging à la Spelt te bieden. Alleen voor specifieke geestelijke verzorging, i.e. hulpverlening op het gebied van levensbeschouwing en spiritualiteit en voor ritueel handelen, zou men dan nog bij de geestelijk verzorger terecht hoeven. Ondermijnt de zo gepresenteerde laag-professionele identiteit in het levensbeschouwelijk gesprek in termen van menslievende zorg (Van Heijst, 2005),

niet de eigen professionaliteit van de geestelijk verzorger en verengt zijn identiteit niet wanneer deze, opnieuw, specifiek verbonden raakt met levensbeschouwelijk gekleurde rituelen? Wordt, anders gezegd, daarmee de traditionele identiteit van de geestelijke verzorging als zorgverlening vanuit een specifieke levensbeschouwing, tegen de maatschappelijke ontwikkeling van geïndividualiseerde nieuwe spiritualiteit in, niet bevestigd en wordt de geestelijk verzorger daarmee niet opnieuw voornamelijk opgeroepen voor rituele handelingen rond het begin en einde van het leven?

COMMUNICATIEMIDDELEN

In deze paragraaf staan we stil bij de communicatiemiddelen die door Van Straten, Kronemeijer en Smeets zijn genoemd voor de samenwerking met psychologen. We zullen daarbij ruim aandacht besteden aan diagnostische modellen als communicatiemiddel. Bij de beide andere communicatiemiddelen die in de artikelen aan de orde kwamen, namelijk rapportage en spirituele screening, zullen we iets korter stilstaan.

Diagnostiek

In deze paragraaf thematiseren we ‘diagnostiek’ als communicatiemiddel in de samenwerking met psychologen. We staan eerst stil bij de reacties die diagnostiek binnen de beroepsgroep oproept. Vervolgens bespreken we verschillende omschrijvingen van de functie van diagnostiek zoals die in verschillende deelgebieden van de gezondheidszorg gegeven worden. We besteden uitgebreid aandacht aan de opvattingen die hierover binnen de geestelijke verzorging bestaan. Ter afronding van de paragraaf gaan we kort in op inhoudelijke kenmerken van diagnostische modellen. Hierbij komen we terug op de wijze waarop binnen de praktijkgeoriënteerde artikelen diagnostische modellen zijn besproken en op de reacties van de reagerende psychologen.

Spanningsvelden

Diagnostiek roept in de geestelijke verzorging een diversiteit aan reacties op. Deze hangen samen met de ervaren spanning tussen de posities die geestelijke verzorging inneemt als het gaat om samenwerking met andere disciplines. Dit span-

ningsveld wordt veelal weergegeven met het woordpaar ‘isolatie en integratie’. Bij isolatie trekt de geestelijke verzorging zich terug op het eigen domein, zij registreert niet, legt beperkt inhoudelijke verantwoording af over het werk en benadrukt de eigenheid en de vrijplaatspositie. Bij integratie omschrijft de geestelijke verzorging zich als een van de vele disciplines die betrokken zijn in het zorgproces rond de cliënt. De geestelijk verzorger beweegt zich binnen de zorginstelling en het zorgstelsel als evenwaardige discipline en gaat, binnen de mogelijkheden van de vrijplaats, samenwerkingsrelaties aan met andere disciplines ten dienste van het zorgproces rond de cliënt. Werkend vanuit het oogpunt van integratie worden registratie en diagnostiek over het algemeen als minder problematisch ervaren, omdat aansluiting gezocht wordt met het vigerende zorgmodel.

Een ander, interveniërend spanningsveld betreft de spanning tussen diagnostiek, interventie en presentie. Hierbij wordt interventie veelal gelijk gesteld aan behandeling en wordt presentie in zijn meest radicale en uitgesproken vorm beschreven als aandachtige en toegewijde aanwezigheid voor en betrokkenheid op deze persoon, in deze situatie (vgl. Baart, 2001; 2005). Begeleiding zou in dezen als tussenpositie kunnen worden getypeerd. In de begeleiding is de geestelijk verzorger niet gericht op het detecteren van problemen, maar articuleert hij, indien gewenst, existentiële en spirituele thematieken in de verhalen die de cliënt vertelt. De geestelijk verzorger hanteert daarbij gespreksvaardigheden die ondersteunend zijn in het aanbrenge van structuur en ordening in de zelfervaring en de symbolisering van de cliënt. De cliënt is hierbij niet alleen actor in maar vooral auteur van het eigen verhaal. De geestelijk verzorger begeleidt het proces van vertellen. (Ganzevoort & Visser, 2007; Walton, 2006)

Diagnostiek: functie

In de meer evidence based benaderingen in de gezondheidszorg wordt diagnostiek veelal gezien als de identificatie van een ziekte op basis van optredende symptomen. Die identificatie is aanvankelijk een hypothese die berust op het oordeel dat de arts, therapeut of psychiater velst op basis van het verhaal en de klachten of symptomen van de

cliënt. Op basis van de diagnose komt men tot een voorstel of plan voor behandeling. Het verdere verloop van de klacht en/of de reactie van de cliënt op de behandeling bepaalt of het nodig is dat de diagnose herzien of bijgesteld wordt. De diagnose en de daarop afgestemde behandeling worden vastgesteld vanuit de idee dat aan symptomen specifieke oorzaken zijn verbonden en dat deze oorzaken opgeheven of verminderd kunnen worden door een bepaalde interventie, behandeling of medicijn. Een en ander is op basis van onderzoek vastgesteld.

In de geestelijke verzorging staat diagnostiek niet zozeer ten dienste van het verklaren van symptomen middels referentie naar een oorzaak. Diagnostiek in de geestelijke verzorging is gericht op 'verstehen', tot verstaan komen. Bouwer (2006, 776) spreekt over een 'taxatie', die in dialoog met de gesprekspartner tot stand komt en die een driedelig doel heeft: de geestelijk verzorger poogt het beleven van de ander te begrijpen met het oog op lenigen of verwerken van de nood; de geestelijk verzorger komt tot accurate lezing van wat heilig is in dit levend menselijk document; de geestelijk verzorger poogt het heilige als bron voor leniging en verwerking van de nood te (re)activeren. Daartoe wordt van de geestelijk verzorger verwacht dat hij het vermogen ontwikkeld heeft om "ervaringen rond ziekte, invaliditeit, lijden en eindigheid te interpreteren in het levensbeschouwelijk kader van de patiënt door een verbinding te leggen tussen de situatie waarin de patiënt zich bevindt en diens levensbeschouwelijke traditie." Binnen de geestelijke verzorging is diagnostiek gericht op de belevingswereld van de gesprekspartner en de wijze waarop hij/zij reageert op ervaringen in het leven die betekenis behoeven.

Diagnostiek is volgens Bouwer voorwaarde voor de empathie die als dragende basis onder geestelijke verzorging werkzaam is. Ze is niet bedoeld als een middel om iemand vast te leggen, maar vormt een hermeneutisch kader waarbinnen geestelijk verzorger en persoon tot verstaan komen. Voorts leidt, evenals in de meer evidence based benaderingen, diagnostiek ook binnen de geestelijke verzorging tot betrouwbaarder kennis en handelingen.

Bouwer heeft zes diagnostische modellen onderscheiden. Zij zijn in dit nummer door Van Straten

nader getypeerd als afzonderlijke perspectieven. In ieder model is er volgens Bouwer aandacht voor vier fundamentele aspecten: 1) Spiritualiteit: vanuit deze gerichtheid is er ook aandacht voor de veronderstelde antropologie, de onderliggende religiedefinitie, de onderscheiden dimensies en de vraag, of spiritualiteit als statisch gegeven dan wel als dynamisch gegeven benaderd wordt. 2) Normen en waarden: hierbij is er ook aandacht voor het achterliggende idee van wat gezondheid en volwassenheid is. 3) Context: hieronder wordt verstaan dat er ook rekening wordt gehouden met de instelling waarin geestelijke verzorging vorm krijgt. 4) Behoeften en voorkeuren: waaraan is gegeven de situatie behoefte, of welke voorkeuren worden gearticuleerd?

Smit (2008) beoogt een brug te slaan tussen interventie (op basis van diagnostiek) en presentie. Hij geeft aan dat ieder van deze benaderingen de andere benadering veronderstelt. Presentie veronderstelt de keuze om op een bepaalde plaats in een bepaalde context rond een bepaalde thematiek aandachtig aanwezig te zijn, ondergedompeld te raken en van daaruit professioneel handelend aanwezig te zijn. Interventie en diagnostiek bouwen voort op presentie. De relatie tussen cliënt en zorgverlener is van onvervangbare waarde voor commitment aan en mogelijke werkzaamheid van een interventie. In presentie (Baart, 2001; 2005) wordt de waarde van de relatie als onvervangbaar en onherleidbaar erkend. De intrinsieke waarde van de relatie zelf staat voorop. Hier is niet het beantwoorden van zinvragen belangrijk, maar het borgen van die vragen in een wederkerige relatie. Zin wordt daarbij omschreven als een ervaring die existentieel van karakter is.

Smit lijkt in zijn omschrijving van diagnostiek, minder dan Bouwer uit te gaan van (spirituele) nood en articuleert de aard van het kader minder expliciet als 'levensbeschouwelijk'. Hij hanteert een open benadering waarin impliciet 'dat wat van waarde is' het levensbeschouwelijke domein betreft. Hij sluit hierin aan bij de presentiebenadering. Smit omschrijft diagnostiek als analyserend kennen en zien waarin een scheiding gemaakt wordt tussen het ware (waardevolle, geldige, bruikbare, schone) en het niet ware (niet waardevolle et cetera) op basis van een taxatie van iets in het licht

van iets anders. (2008, 19) De waarde van scholing in pastorale diagnostiek is er volgens hem in gelegen, dat “de geestelijk verzorger een referentiekader en woorden beschikbaar krijgt om de crisis te benoemen, te plaatsen en de interventie daarop aan te laten sluiten.” (Smit, 2008, 22) Hij werkt uit dat binnen de geestelijke verzorging verschillende soorten diagnostiek vigeren. Deze verschillen in context (instelling van gezondheidszorg), doel en wat in het licht van wat wordt getaxeerd.

Bouwer en Smit komen met elkaar overeen in hun typering van diagnostiek als een taxatie. Scholing in diagnostiek draagt bij aan het verhogen van de kwaliteit van ‘het product’ geestelijke verzorging. Middels diagnostiek wordt immers de kennis waarop men het handelen en spreken baseert betrouwbaarder. De interventies kunnen daar dan beter op afgestemd worden. Oefening in diagnostiek voorziet de geestelijk verzorger van een referentiekader; Van Straten spreekt over een kijkraaster. “Deze kijkraasters helpen om een beeld van de patiënt te vormen. Op grond van dat verkregen beeld wordt bekeken hoe te handelen. Een beeld van de mens ontstaat door te kijken, te zien, te horen en door de gevoelens die ontstaan tijdens de ontmoeting. Dit is de basis en dit zijn de ingrediënten voor een levensbeschouwelijke diagnose.” De diagnose wordt hier niet gesteld op basis van een scoring op meetinstrumenten. Van Straten legt de nadruk op diagnose als het kennen van iemand middels een doorkijk. Deze doorkijk wordt gevormd door het totaal aan theoretische kennis en onderscheidingen waarover de geestelijk verzorger op zowel levensbeschouwelijk als (godsdienst)sociologisch en psychologisch gebied beschikt. Van Straten typeert de levensbeschouwelijke diagnose in procestermen. Ze omschrijft deze als “het zich ontvouwend beeld dat de geestelijk verzorger krijgt van deze patiënt op grond van de ontmoeting in een levensbeschouwelijk kader. In dat beeld treden manieren van bestaan naar voren ten aanzien van zin- en betekenisgeving in relatie tot zichzelf, God/Goden, de traditie en de omgeving. De diagnose als dynamisch beeld groeit via voortschrijdend inzicht.” Opvallend is dat Van Straten niet alleen de kijkraasters en de ontmoeting thematiseert maar tevens aangeeft dat de diagnose niet voor eens en altijd wordt gesteld. Het gaat bij

diagnose om een voortschrijdend inzicht.

In de omschrijving die Kronemeijer van diagnostiek geeft, geeft hij aan dat revalidant en geestelijk verzorger in het contact een verbond aangaan waarin ze samen zoeken naar wat voor de revalidant betekenisvol is, waar het voor hem op aankomt. Na afloop noteert Kronemeijer voor zichzelf de informatie die nodig is om af te stemmen op wat gewenst is. Met deze omschrijving lijkt hij de kwaliteit van de relatie voorop te stellen. Diagnostiek betreft hier de taxatie van de betekenisvolheid van een ervaring of beleving voor de cliënt, ofwel “waar het voor de revalidant op aankomt”. Hoe deze taxatie geschiedt, wordt niet verhelderd.

Smeets beschrijft diagnostische modellen in het licht van de ontwikkeling van een screeningsinstrument. Hij richt zich daarbij meer op de inhoudelijke onderscheidingen die gemaakt worden dan op de functionele betekenis van diagnostiek voor het contact tussen geestelijk verzorger en cliënt.

Diagnostiek: inhoud

Opvallend aan de beschrijvingen die onder de noemer diagnostiek worden gegeven, is de vrijheid die iedere geestelijk verzorger lijkt te nemen om een eigen draai te geven aan het gehanteerde diagnostische model: door de constructie van een eigen model; door eigen invullingen te geven aan verschillende aspecten en daarmee accentverschillen aan te geven; door verschillende modellen te combineren. Hiermee wordt helder hoezeer het handelen in de geestelijke verzorging geleid wordt door praktijktheorieën. (Menken-Bekius & Van der Meulen, 2007, 21-58; Postema, 2010) Er bestaat eigenlijk geen gestandaardiseerd diagnostisch model. De modellen die veel gehanteerd worden, zijn vanuit de praktijk en vanuit reflectie op die praktijk tot stand gekomen. Tot op heden is er maar beperkt onderzoek gedaan naar diagnostische modellen in de geestelijke verzorging. Zoals reeds eerder aangegeven, bestaat er binnen de beroepsgroep een zekere weerstand tegen de ontwikkeling van een gestandaardiseerd diagnostisch instrument. Hier spelen onder andere de door Kronemeijer genoemde bezwaren: reductionisme en objectivering, een probleemoriëntatie die mogelijk het zicht op deze (hele) mens doet verliezen

en doelgericht handelen stimuleert en het verlies van een eigen (symbool)taal.

Een ander punt is de intrinsieke waarde die wordt toegekend aan de relatie tussen geestelijk verzorger en cliënt. Het geheel van het handelen wordt – dat is overigens niet specifiek voor deze hulpverleningsrelatie maar wordt hier wel sterk gethematiseerd door de geestelijk verzorger zelf – gedragen door de relatie van de geestelijk verzorger met de cliënt. Vanuit de presentiebenadering wordt benadrukt dat de geestelijke verzorging de vragen, thematieken en problemen van de cliënt niet doelgericht behandelt, maar dat de relatie deze dingen borgt. De zorgverlener is daarbij niet alleen professioneel betrokken op de cliënt maar gaat als mens in relatie staan, is als mens (en als professional) in het geding. Belangrijk is daarbij dat de cliënt niet het object wordt van het hulpverlenend handelen maar als mens – in zijn totaliteit – wordt gezien en beleefd.²

In de nadruk op het borgen van de vragen, thematieken en problemen waarmee de ander in de relatie tussen geestelijk verzorger en cliënt bezig is, komt een belangrijk fundament van geestelijke verzorging aan het licht: de gerichtheid op (het herstel van) basisvertrouwen en eigenwaarde van de cliënt.³ Het belang van herstel van vertrouwen en erkenning van iemands bestaan wordt ook door psychotherapeuten erkend. Vertrouwen, erkenning en bevestiging vormen de basis van de hulpverleningsrelatie. De vraag is of de grote waarde die binnen de geestelijke verzorging toegekend wordt aan de relatie inhoudelijk begrepen kan worden vanuit het object van de geestelijke verzorging: zingeving vanuit en op basis van levensbeschouwing en spiritualiteit.

Een derde en laatste punt dat we hier willen bespreken betreft de door Bouwer en Smit veronderstelde afstemming op de context. De diagnostische modellen die binnen de geestelijke verzorging vigeren, variëren in de mate en de specificiteit waarin ze afgestemd zijn op de context van zorg waarin ze worden toegepast. Zo haakt het door Van Straten ontwikkelde model in op een thematiek die voor de gehele geestelijke verzorging geldt, maar minder op de specifieke context van de geestelijke gezondheidszorg.⁴ Het model van Fitchett, besproken in Kronemeijer en Smeets, houdt wèl

rekening met de medische context waarin de cliënt zich bevindt en lijkt een goed raster te bieden voor de samenwerking met met name verpleegkundigen.⁵ Smeets geeft aan dat in een situatie van multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg goed te werken valt met het diagnostisch model van Leget. Het blijkt echter niet eenvoudig dit model te verbinden met gangbare wetenschappelijke indelingsdiscussies binnen de theologie en de religiewetenschap. De vraag is, of en in hoeverre, de geestelijk verzorger in het hanteren van een diagnostisch model aansluit bij en rekening houdt met de door andere professionals gemaakte diagnoses. Zet hij deze al dan niet in bij het stellen van zijn diagnose en hoe legitimeert hij de keuzes die hij hieromtrent maakt?

In het tweede deel van deze reflectie op diagnostiek staan we stil bij de reacties van de psychologen die gevraagd zijn te reageren. Mogelijk sluit hun reactie aan bij een van de reeds hierboven aangegeven thematieken.

In de kanttekeningen van Sjf Peeters bij het artikel van Van Straten komt een belangrijke kritiek aan de orde ten aanzien van het handelen van de geestelijke verzorging. Hij geeft aan dat zijns inziens in de werkwijze van de geestelijk verzorgende het accent niet ligt op evidence based handelen. De evidence based behandelingen voorzien zijns inziens in “een kader waarbinnen probleemanalyse, behandelplan, behandeling en terugkoppeling op een heldere en eenduidige wijze geëffectueerd worden.” In het voorgaande is reeds aangegeven dat een dergelijk kader en een dergelijke gerichtheid in de geestelijke verzorging ontbreken. Diagnostiek wordt binnen geestelijke verzorging gezien als het ontwikkelen en toepassen van een kijkraaster. Wat er oplicht als raster is verbonden met de persoon van de geestelijk verzorger en de wijze waarop deze de relatie en het gesprek met de cliënt beleefd. Er wordt met andere woorden niet vanuit een problematiek gedacht, noch expliciet gewerkt vanuit de vooronderstelling dat bepaalde symptomen zijn terug te voeren op een bepaalde problematiek. Uitgaande van de vraag “wat betekent datgene wat de persoon mij vertelt of laat zien”, wil de geestelijk verzorger het individuele betekenisproces thematiseren en op gang brengen. Het model van Van Straten biedt moge-

lijkheden om inzichtelijk te maken hoe dit proces door de geestelijk verzorger benaderd wordt. Peeters geeft echter aan dat het model wat hem betreft nog onvoldoende zicht geeft op het proces.

Een tweede punt dat Peeters aanhaalt, betreft de weinig specifieke insteek bij de interventies en de meer algemene vraag die hieruit voortvloeit: wat is de toegevoegde waarde van de inbreng van de geestelijk verzorger? Binnen de geestelijke verzorging wordt gedacht vanuit de vraag, wat voor deze persoon van betekenis is en hoe. De weinig specifieke insteek bij de interventies – door Peeters gekoppeld aan de vraag, wat de geestelijk verzorger doet met de gestelde diagnose binnen de instelling – is mijns inziens voor een deel terug te voeren op twee reeds besproken thema’s: het punt met betrekking tot behandeling en/of begeleiding; de aandacht die de geestelijk verzorger wil hebben voor heel de mens, en de focus die binnen de professionaliteit van de geestelijk verzorger wordt gelegd op de relatie tussen cliënt en de geestelijk verzorger. Bij dit laatste kan de vraag gesteld worden of het ongearticuleerd laten van de professionele kennis op theologisch en psychologisch gebied en het benadrukken van het belang van de relatie, communiceerbaar is in de samenwerking met andere disciplines. Anders gezegd: als van ieder van de disciplines in de zorg wordt verwacht dat deze een eigen bijdrage aan de zorg levert, is dan de bijdrage die de geestelijke verzorging aan het geheel van de zorg levert wel voldoende specifiek? De geestelijk verzorger zal met andere woorden helderder dan tot dusverre moeten kunnen uitleggen wat hij doet en hoe hij dat doet en wat daarvan het resultaat is, liefst evidence based.

In haar reactie geeft Van Straten aan dat het resultaat van het handelen van de geestelijk verzorger slechts beperkt meetbaar is. Zij haakt hierop met name in door stil te staan bij de vraag, op welke wijze bijvoorbeeld participatie aan kerkdiensten en rituelen een bijdrage levert. Ze spreekt dan over: een zich lichter ervaren of een bijdrage hebben in de aanvaarding van de situatie. Over de vraag, hoe het professionele handelen van de geestelijk verzorger in het één op één contact met de cliënt doorwerkt, is zij niet heel uitgesproken. Ook in de door haar aangehaalde onderzoeken komt dit niet in een directe relatie

met het (doelmatig) handelen van de geestelijk verzorger aan de orde.

Ten aanzien van het belang van het persoonlijk contact, daagt Hoencamp, psychiater bij de Parnasia Bavo Groep, Van Straten op een andere wijze uit. Hij meent dat het zinvol zou zijn om persoonlijke begeleiding aan te vullen met e-health en e-learning modules. Beide zouden eraan bijdragen, religieuze en bijbehorende belevingsaspecten bespreekbaar en cognitief toegankelijk te maken. Dit kan zowel ten goede komen aan de ontwikkeling van diagnostiek als aan heldere communicatie in de samenwerking met andere disciplines.

*Rapportage*⁶

Kronemeijer thematiseert in zijn artikel overleg en rapportage als communicatiemiddelen in de samenwerking. Hij stelt daarbij de vraag of het team van hem als geestelijk verzorger mag verwachten dat hij een eigen bijdrage levert aan rapportage en overleg. In zijn antwoord werkt hij zowel nadelen als voordelen uit. In een aantal van de door hem genoemde argumenten wordt het onderscheidende, de eigenheid en het bijzondere van het werk van de geestelijk verzorger benadrukt (zie ook Van Wijk, 2010). Geestelijk verzorgers kunnen zich met een beroep op deze argumenten gemakkelijk terugtrekken op de positie van isolatie.⁷

Dat het zo eenvoudig niet is, blijkt uit de argumenten die Kronemeijer noemt voor rapportage. In deze argumenten komt naar voren dat er in de bijdrage die de geestelijk verzorger wil hebben in de zorg voor de cliënt niet alleen oog moet zijn voor het unieke van de persoon, maar ook voor het zoeken naar samenhang met wat er verder aan behandeling en begeleiding geboden wordt. In het geheel van het behandelplan rond de cliënt zal het team moeten weten of de geestelijk verzorger al dan niet contact heeft met de cliënt, wat de functie is van het contact en welke thema’s daarin centraal staan. Kronemeijer benadrukt hier, dat de geestelijk verzorger mogelijk ook nog andere informatie heeft die van belang is voor verblijf en behandeling van de cliënt, dat het van belang is dat de cliënt ook in het behandeloverleg als mens wordt gezien en dat de geestelijk verzorger een ander perspectief op de cliënt biedt, dat aanvullend

kan zijn in het behandelproces. Bij dit laatste haalt Kronemeijer voorbeelden aan waarin de specifieke gerichtheid van de geestelijk verzorger aan de orde komt: hoop, verlangen, kracht en mogelijkheden, of schepsel zijn.

In zijn artikel verheldert Kronemeijer dat hij uiteindelijk gekozen heeft voor het aanleggen van een dossier waarin schriftelijk gerapporteerd wordt over: aan/afwezigheid van contact, de functie van het contact en (met toestemming van de cliënt) de thema's die aan de orde zijn. De overige rapportage geschiedt in verschillende overleggen. Kronemeijer geeft de voorkeur aan deze mondelinge rapportage. De overlegsituaties bieden hem de mogelijkheid te nuanceren en toelichting te geven. De afweging die de spanning tussen al dan niet rapporteren kenmerkt, wordt daar al handelend en in de gerichtheid op het belang van de cliënt opgelost.

De reagerende psychologe, Anneke Hol, herkent de kanttekeningen die Kronemeijer noemt. Zij haalt daarbij een aspect aan dat relevant is voor de handelingsmogelijkheden van de geestelijk verzorger: procesmatige informatie, waarin ieder die betrokken is bij een cliënt participeert in het overleg, biedt ook kansen. Door de zichtbaarheid van de participatie van de geestelijk verzorger in het zorgproces is er ook een kans dat er meer doorverwezen gaat worden. Betrokkenheid van de geestelijk verzorger in de procesmatige rapportage is dus gewenst. Anderzijds verheldert zij hoe revalidantgebonden rapportage, door afstemming in inhoudelijke en technische benadering, optimale samenwerking mogelijk maakt. De casus lijkt hiermee een schoolvoorbeeld van het door Mooren (2008) gemaakte onderscheid tussen het primaire en het secundair referentiekader. De psychologe handelt vanuit haar primair referentiekader – zij voorziet de cliënt van technische informatie op het gebied van coping. Zij heeft er, mede dankzij het dossier van de geestelijk verzorger en de revalidantgebonden rapportage, zicht op dat de cliënt inhoudelijk begeleid wordt door de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger steekt vanuit zijn primaire kader in op de existentiële thema's die in het aanvankelijke contact genoemd worden. In zijn handelen maakt hij gebruik van zijn kennis op het gebied van coping en het belang van

primaire relaties in de ervaring van bestaanserkenning (secundair kader). Hij thematiseert dit echter niet technisch maar begeleidt het proces inhoudelijk. Hij gaat met de cliënt op zoek naar een kader waarin deze zijn existentiële vragen, zijn verdriet en zijn verlangen betekenisvol kan plaatsen. Door de gezamenlijke gerichtheid van psycholoog en geestelijk verzorger krijgt de cliënt optimaal inzicht in de psychologische en existentiële processen waarmee hij zich geconfronteerd weet. Daarnaast hervindt hij de omgang met een betekenisvol verband waarbinnen hij zijn existentiële thema's kan benaderen.

Screening

Smeets brengt een derde vorm van onderlinge communicatie en samenwerking in: de ontwikkeling van een instrument waarmee naast de fysieke en psychosociale ook de spirituele last van ziek-zijn en ziekenhuisopname gemeten wordt. Hij spreekt hierbij van het detecteren van het spirituele aspect in de psychosociale behoeften in de oncologische praktijk.⁸ Met deze wijze van benoemen sluit hij aan bij het punt dat Mooren (2008, 49-50) maakt: het spirituele is niet zozeer een eigen gebied als wel een perspectief. Spirituele thema's lichten mogelijk op wanneer daar in de bespreking van fysieke of psychosociale klachten en vragen aandacht en ruimte voor is. Met de fysieke en psychosociale thema's die aan de orde zijn, kunnen immers spirituele en levensbeschouwelijke thema's verbonden zijn. Aandacht voor en werken met en vanuit het spirituele perspectief is, zo geeft Smeets aan, niet voorbehouden aan geestelijk verzorgers. In het licht van kwaliteit van zorg klinkt steeds vaker de roep dat ook andere disciplines het werken met spiritualiteit als onderdeel van hun taak gaan zien. Het gaat er hierbij niet om dat andere zorgverleners vanuit de eigen spiritualiteit met de cliënten in gesprek gaan over hun spirituele vragen. Veeleer gaat het erom dat er in de benadering van cliënten ook ruimte en aandacht komen voor existentiële en spirituele thema's. Hiervoor is het natuurlijk noodzakelijk dat de zorgverleners deze thema's leren zien en bespreekbaar leren maken. Onder *Beroepsidentiteit Taal* hebben we reeds aangegeven dat deze verwachting, dit appèl niet zomaar ingelost kan worden.

Het andere aspect, het signaleren van het verlangen naar of de behoefte aan levensbeschouwelijke ondersteuning, vormt het onderwerp van het artikel van Smeets. Hij beschrijft de zoektocht naar de ontwikkeling van een adequaat instrumentarium om het spirituele aspect in het geheel aan psychosociale zorg te ontdekken. Voor de constructie van dit instrument – waarin meer dan bij de zogenaamde Lastmeter recht wordt gedaan aan alle dimensies van spiritualiteit of religie – grijpt hij terug op godsdienstpsychologische en religiewetenschappelijke onderscheidingen in religiedefinities, alsook op de praktijktheorieën rond diagnostische modellen binnen de geestelijke verzorging van Leget en Fitchett. Deze laatste modellen worden hier dan niet gehanteerd voor een diagnose, maar ter aanduiding van specifieke levensdimensies die existentieel geduid kunnen worden. (Van Uden et al., 2009, 97-120) Smeets laat in zijn procesverslag van het overleg met de psychologe zien dat het door hem voorgestelde instrument de vraag naar de eigen bijdrage van ieder van de disciplines die betrokken zijn bij de psychosociale behoeften niet oplost. Sterker nog, het instrument roept de vraag op naar het (eigen) domein van de geestelijke verzorging in relatie tot naastgelegen disciplines. Zo werd zonder consultatie van geestelijk verzorgers in de Lastmeter het domein spiritualiteit geëxploreerd door te vragen naar levensbeschouwing en geloof. Door de beroepsvereniging werd deze aanduiding als te nauw ervaren. Ook andere dan cognitieve dimensies en institutioneel aangeboden religieuze handelings- en belevingsvormen raken aan de existentiële en spirituele dimensie van het menselijk bestaan. De vraag die hier speelt is, of geestelijk verzorgers voldoende inzichtelijk kunnen maken dat zij in hun luisteren naar en handelen op het gebied van psychosociale en spirituele behoeften een ander perspectief alsook een specifiek handeldingsdomein (o.a. rituelen) inbrengen. Belangrijk hierbij is dat zij dit in concrete samenwerkingsrelaties doen en niet door het hier tegenover stellen van een eigen model dat in de beslotenheid van de beroepsgroep is opgesteld. Voor feitelijke samenwerking is het belangrijk om oog te hebben voor twee fundamentele thema's: de gebiedsperspectief discussie en het uitgangspunt van

waaruit het professionele handelen in relatie met de cliënt vorm krijgt.

Het eerste thema betreft de vraag in hoeverre levensbeschouwing en spiritualiteit een specifiek levensgebied betreffen, dan wel betrokken zijn in een veelheid van levensgebieden, maar slechts dan zichtbaar worden wanneer er vanuit een specifiek perspectief naar gekeken wordt. Deze onhelderheid wordt door andere disciplines veelal opgelost door geestelijke verzorging te vereenzelvigen met ondersteuning vanuit, op basis van en gericht op institutionele religiositeit en spiritueel handelen. De minder institutioneel gebonden vormgevingen en uitingen rond existentiële thema's en levensvragen worden door de 'gebieds'benadering veelal toegewezen aan psychologen en maatschappelijk werkers. Deze bewegen zich immers eveneens op het gebied van betekenisgeving en coping. De perspectiefbenadering, veelal inzichtelijk gemaakt binnen casusbesprekingen in multidisciplinaire teams, verheldert dat er een subtiel verschil is in de wijze waarop de psycholoog en de geestelijk verzorger een bepaald (existentieel) thema belichten. De gedeelde basis of onderstroom bestaat uit empathie, aandacht (onvoorwaardelijke acceptatie) en authenticiteit, doorgelicht met psychologische kennis en reflectie. De functionele en inhoudelijke perspectieven van waaruit gehandeld wordt bepalen, naast andere meer toevallige aspecten van de situatie en de context, de wijze waarop het thema gearticuleerd wordt. Psycholoog en geestelijk verzorger kunnen elkaar hierbij wederzijds aanvullen.

De thematiek van de benadering betreft het onderscheid tussen een nomothetische benadering, die meer werkt vanuit empirisch vastgestelde verbanden, en de meer idiosyncratische benadering die zich richt op de betekenisconstructie zoals deze plaatsvindt bij deze persoon in het licht van diens levensverhaal, context en specifieke levenssituatie. In de geestelijke verzorging wordt veel waarde gehecht en aandacht gegeven aan het specifieke verhaal van deze persoon. De persoon moet centraal staan. Dit is enerzijds een fundamentele keuze – de erkenning van de uniciteit van de (ervaring van deze) persoon is van fundamentele waarde. Anderzijds is het ook de *state of the art* binnen de geestelijke verzorging. Geestelijke verzorging is, als

het om empirische onderbouwing van het professionele handelen gaat, achtergebleven bij andere, nauw verwante wetenschappen als de psychologie. Er is tot op heden weinig empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen verschijningsvormen van existentiële themata en de begeleiding of behandeling die daarbij door geestelijk verzorgers of pastores wordt gegeven. Studies op dit gebied zijn veelal beschrijvend en beschouwend van aard. De vraag die gesteld kan worden luidt, hoe de idiosyncratische benadering binnen de geestelijke verzorging in een meer nomothetisch ingestelde zorgcontext verstaanbaar is en zich kan legitimeren. Hierbij vormt, zoals Mooren reeds heeft aangegeven, ook de taal een aandachtspunt.

Het opstellen en de introductie van een instrument voor het detecteren van het spirituele aspect in de psychosociale behoeften van cliënten vereist samenwerking. In die samenwerking is het van grote waarde dat psycholoog en geestelijk verzorger elkaar op bovengenoemde gebieden leren verstaan. Indien dit niet gebeurt, kunnen de hierboven besproken thema's een obstakel vormen. Het zich terugtrekken op het eigen vakgebied, om aldaar op basis van de eigen expertise een instrument te ontwikkelen dat aan andere disciplines als screeningsinstrument wordt opgelegd, lijkt geen optie. Het instrument zou ervaren worden als van secundair belang binnen de zorgcontext en met een beroep op – gebrek aan – tijd in de kast blijven liggen.

Resumé

In de beschouwingen over de communicatiemiddelen in de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en psychologen is een aantal fundamentele aandachtspunten voor een vruchtbare samenwerking aan de orde gekomen. Het betreft:

- * de houding van geestelijk verzorgers ten aanzien van diagnostiek, in relatie tot de positie die zij innemen rond vrijplaats, isolatie en integratie maar ook in relatie tot het antropologisch uitgangspunt in het professionele handelen
- * de vrijheid die geestelijk verzorgers, met een beroep op het antropologisch uitgangspunt, nemen in het hanteren van diagnostische modellen
- * de waarde die door geestelijk verzorgers ge-

hecht wordt aan een idiosyncratische benadering en de daarmee verbonden vraag, hoe men zich in dit licht verhoudt tot de meer nomothetisch georiënteerde zorgcontext

- * de vraag, of en in hoeverre geestelijke verzorging bereid is tot afstemming met de context

SAMENWERKING EN LEGITIMERING VAN GEESTELIJKE VERZORGING

In het laatste deel van dit artikel keren we terug naar de vragen die in het inleidende artikel geponeerd zijn. We bezien in hoeverre in de praktijkgeoriënteerde bijdragen de in de inleiding aangehaalde thema's rond een veranderde legitimeringsgrond en het onderscheid tussen primair en secundair referentiekader om de verhouding tussen geestelijke verzorging en psychologie te verhelderen aan de orde zijn geweest.

Kunneman (2006) gaf aan dat de legitimeringsgrond voor geestelijke verzorging – vanuit de idee dat levensbeschouwelijke genootschappen in zorginstellingen vertegenwoordigd moeten zijn om aan de wettelijke verplichting voor geestelijke verzorging te voldoen – op basis van het WRR rapport niet langer gezien kan worden als een enig en stevig fundament waarop geestelijke verzorging in zorginstellingen kan bouwen. De transformatie die op het gebied van levensbeschouwelijke betrokkenheid heeft plaatsgevonden, maakt dat de verbondenheid van geestelijke verzorging met representatie van kerk of levensbeschouwelijk genootschap, ertoe kan leiden dat een belangrijk deel van de potentiële cliënten zich onvoldoende herkent in het aanbod en het mogelijk juist omwille van de representatie afwijst. Anderzijds is levensbeschouwelijke begeleiding aldus Kunneman juist nu belangrijk, omdat de aard van vragen die opgeroepen worden door de vertechnologiserende (zorg)context en het werk, het wenselijk maakt dat de verschillende levensbeschouwelijke posities van cliënten, maar ook van medeprofessionals onderling, bespreekbaar gemaakt worden. Kunneman bespreekt dit onder de noemers horizontale transcendentie en normatieve professionaliteit. In geen van de aangeboden artikelen komt deze thematiek expliciet als problematiek in de samenwerking aan de orde. Wel wijzen van Straten en Smeets op het belang van onderwijs en training van medeprofes-

sionals op het gebied van levensbeschouwing en spiritualiteit.

Op basis van de artikelen wordt de vraag naar de professionele identiteit van de geestelijke verzorger alsook de helderheid van ‘het product’ geestelijke verzorging gethematiseerd. Dit gaat zowel direct als indirect terug op de vraag naar de aard van levensbeschouwelijke profilering. De brede gerichtheid van geestelijk verzorgers binnen het levensbeschouwelijk domein maakt enerzijds dat zij voor ieder bereikbaar zijn. Dit mag er anderzijds niet toe leiden dat zij specifieke geestelijke verzorging voor de levensbeschouwelijk ‘eigen’ achterban niet voor het daglicht brengen. De vraag is hoe zij het laatste kunnen waarborgen zonder ermee vereenzelvigd te worden. Een tweede punt dat hierbij genoemd is, betreft de aard en gerichtheid van de nieuwe spiritualiteit. Deze lijkt meer eclectisch van aard, kent een ander individueel commitment en is gericht op zelfkennis en welzijn, meer dan op erkenning van en eredienst aan een transcendent wezen/het transcendente. Dit leidt ertoe dat er een ander taalveld wordt gehanteerd. Een taalveld dat doorvlochten is met psychische thematieken en terminologieën. Een derde punt betreft dat deel van de potentiële clientèle alsook van de medeprofessionals dat de (traditionele en eigentijdse) verwoording van levensbeschouwelijke, spirituele en existentiële thematieken niet herkent, noch verstaat. Het ontbreekt aan een gedeeld vocabulaire. Mooren spreekt in dit verband over het verdwijnend dialect. Ten slotte willen we nog wijzen op het punt dat onhelderheid in ‘het product’ geestelijke verzorging mede veroorzaakt wordt door de diversiteit aan deelgebieden waarop geestelijke verzorging zich in het ziekenhuis beweegt. (Walton, 2009, 29)

In ons inleidende artikel hebben we uitgebreid stilgestaan bij het onderscheid dat Mooren heeft gemaakt tussen het primaire en secundaire referentiekader. Hij gaf daarbij aan dat de verhouding tussen geestelijke verzorging en psychotherapie bepaald wordt door de mate waarin beide beroepsoorten in het handelen gebruik maken van de respectievelijke secundaire kaders. Bij de bespreking van dit onderdeel gaven we reeds aan, dat de geestelijk verzorger voor de uitoefening van zijn beroep veel meer dan de psycholoog af-

hankelijk is van kennis en vaardigheden uit het secundaire kader. Scherper gesteld, de geestelijk verzorger kan niet professioneel opereren zonder het als secundair aangeduide kader van de psychologie. De noodzaak van het hanteren van kennis en vaardigheden uit de psychologie betreft zowel het methodisch handelen als de inhoudelijke benadering van levensbeschouwelijke, spirituele en existentiële thematieken. We menen dan ook dat specifieke psychologische kennis en vaardigheden tot het primaire kader van de geestelijk verzorger zijn gaan behoren. Toch kent geestelijke verzorging een eigen focus, namelijk een gerichtheid op levensbeschouwelijke, spirituele, existentiële (zingeving)aspecten van het bestaan. Door Peeters werd die focus eerder in dit nummer aangeduid als een onderscheid tussen ‘waar staat dit voor?’ (de psycholoog) en ‘wat betekent dit?’ (de geestelijk verzorger). Multidisciplinaire intervisiebijeenkomsten, casusbesprekingen of moreel beraad zouden kunnen bijdragen aan het herkennen van het eigen perspectief dat geestelijke verzorging in het geheel van de zorg inbrengt.

TER AFSLUITING

Mooren (2008) beschrijft de verhouding tussen geestelijke verzorging en psychotherapie. De algemene lijn van zijn betoog volgend krijgt de lezer inzicht in de wijze waarop geestelijke verzorging en psychotherapie zich formeel tot elkaar verhouden. In dit themanummer werden diverse aspecten van dit betoog geconcretiseerd aan de hand van bijdragen van Van Straten, Kronemeijer en Smeets. Daarmee werd inzichtelijk dat verschillende onderliggende thematieken de samenwerking mogelijk bemoeilijken. Met name de idiosyncratische benadering en het gericht zijn op ‘verstehen’ roepen de vraag op, op welke wijze geestelijke verzorging zich verhoudt tot de meer nomothetische, evidence based gerichtheid van de psycholoog. Hiermee verbonden zijn de door ons besproken aspecten met betrekking tot diagnostiek, registratie en integratie. De ontwikkelingen die geestelijke verzorging in dit opzicht in de nabije toekomst zal doormaken, zullen niet alleen bepalend zijn voor de samenwerking met psychologen maar ook voor de legitimering van het vak binnen de gezondheidszorg.

NOTEN

- ¹ Evenals in het inleidende artikel zullen we voor de leesbaarheid de samenwerking met de beroepsgroep der psychologen, psychiaters en psychotherapeuten aanduiden als de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en psychologen.
- ² De hier beschreven basisattitude komt sterk overeen met de attitude die werd voorgestaan door de psychohygiënisten. Zij wisten zich betrokken op de thematiek rond de positionering van het individu in de gemeenschap – zowel sociaal als cultureel. Zij waren daarin gericht op de ontwikkeling en het behoud van ik-sterkte. Niet alleen persoonlijke maar ook sociale hygiëne werd gethematiseerd (disfunctiëren/geestelijke ongezondheid als signaal naar de maatschappij). De vraag werd gesteld, in welke mate de gemeenschapsstructuur en de socialisatie daarin ik-sterkte ondersteunden. Zij richtten zich op wat in de spanningsvolle verhouding gezond was gebleven. Zij waren gericht op heel de mens en gingen ervan uit dat het in betrekking staan de ingang vormde voor verandering. (Westhoff, 2006)
- ³ Een ander belangrijk fundament van geestelijke verzorging dat hiermee samenhangt, is de openheid naar de toekomst – transcendentie in het verhaal van de cliënt wordt volgens Ganzevoort en Visser (2007, 100-127) gevonden in de openheid naar de toekomst. Geestelijke verzorging beoogt daarmee hoedster van de hoop te zijn. (Jongsma-Tieleman, 1996) Jongsma-Tieleman plaatst zich in haar theorie in de stroming van de neo-freudianen, meer specifiek van Winnicott en Pruyser (1992). Godsdienstig handelen en beleven worden hierbij geplaatst in een derde wijze van werkelijkheidsbeleving naast de autistische en de realistische: de illusionaire werkelijkheid, ook wel de transitionele ruimte genoemd. Vooronderstelling is dat de mens een residu houdt van het verlangen naar het transitionele object en de transitionele sfeer uit de kindertijd. In de kindertijd biedt het transitionele object het kind de mogelijkheid om een brug te leren slaan tussen binnenwereld (verlangen) en buitenwereld. Het object helpt het kind om aanwezigheid te voelen waar het verlangde afwezig is. Het volwassen functioneren in 'the area of faith' betreft het vasthouden van het geloof in de goedheid en betrouwbaarheid van het leven en de omringende wereld in het besef van de gebrokenheid van het leven. Godsdienst en levensbeschouwing kunnen, als zij bouwen op een residu van basisvertrouwen, troost bieden alsook de eigenwaarde versterken.
- ⁴ Zij benadrukt dat de diagnose die de geestelijk verzorger stelt in belangrijke mate wordt gekleurd door diens eigen levensbeschouwelijk referentiekader. Aan het door Van Buuren onderscheiden karakteristieke element van een specifieke levensbeschouwing – van waaruit de geestelijk verzorger werkt – wil zij twee schema's toevoegen om daarmee de levensbeschouwelijke diagnose scherper te stellen. (Van Straten in

dit nummer) "De schema's schetsen lijnen waarlangs de levensbeschouwelijke diagnose geformuleerd kan worden. Ze laten ook een mechanisme van ontwikkeling en dynamiek zien dat in grote lijnen in alle levensbeschouwingen aanwezig is." (Van Straten, dit nummer)

- ⁵ Smeets laat in zijn proefschrift (Smeets, 2006) zien dat geestelijk verzorgers voornamelijk samenwerken met verpleegkundigen en in veel mindere mate met andere professionals; het model van Fitchett biedt daartoe mogelijkheden, omdat het de mogelijkheid biedt om de beleving van de cliënt in de verschillende levensgebieden in kaart te brengen. Doorverwijzing kan dan al geschieden op basis van hetgeen de verpleegkundige op het gebied van het geestelijke heeft waargenomen. Meer specifieke diagnostiek op het gebied van het geestelijke geschiedt vervolgens door de geestelijk verzorger.
- ⁶ Aan de RuG is recentelijk een onderzoek uitgevoerd naar standaardisering en registratie en geestelijke verzorging. (Mackor, Zock & Pitstra, 2010, 10-25)
- ⁷ In zijn conclusie geeft hij echter aan dat naast het benadrukken van het onderscheidende van het werk van de geestelijk verzorger, deze ook weer niet te pretentief moet zijn. De cliënt kan zijn verhaal op meerdere manieren vertellen; het krijgt bij ieder van de zorgverleners een ander accent. Schrojenstein-Lantman (2007) heeft dit bijzonder inzichtelijk weergegeven in zijn boekje: *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*.
- ⁸ Hierbij lijkt hij aan te sluiten bij de ontwikkeling van een richtlijn binnen het NKI voor het detecteren van het spirituele aspect binnen de psychosociale behoeften.

LITERATUUR

- Baart, A.J. (2001, 2004). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A.J. (2005). *Aandacht. Etudes in presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bouwer, J. (2006). Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor verder onderzoek. In J. Doolaard (red.), *Nieuw handboek geestelijke verzorging* [pp. 773-779]. Kampen: Kok.
- Donk, W.B.H.J. van de; A.P. Jonkers, G.J. Kronjee & R.J.J.M Plum (2006). *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. WRR: Amsterdam University Press.
- Ganzevoort, R.R. & J. Visser (2007). *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.
- Hanrath, T. (2000). *Geestelijke verzorging in het hart van de zorg. De professionele identiteit*

- van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext. *Praktische Theologie*, 27, 444-454.
- Heijst, J.E.J.M. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Jongsma-Tieleman, P.E. (1996). *Godsdienst als speelruimte voor verbeelding: een godsdienstpsychologische studie*. Kampen: Kok.
- Kronemeijer, E. (2010). Zoeken naar woorden.... Het geheim van een mensenleven en rapportage door de geestelijk verzorger in de revalidatie. *Psyche en Geloof*, 21, 165-177.
- Kunneman, H. (2006). Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging. In W.B.H.J. van de Donk, A. P. Jonkers, G.J. Kronjee & R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* [pp. 367-394]. WRR: Amsterdam University Press.
- Mackor, A.R.; H. Zock & F. Pitstra (2010). Standardisering van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg: zegen of vloek. *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 13, 56, 10-25.
- Menken-Bekius, C & H. van der Meulen (2007). *Reflecteren kun je leren. Basisboek voor pastoraat en geestelijke verzorging*. Kampen: Kok.
- Mooren, J.H.M. (2008). *Geestelijke verzorging en psychotherapie*. Utrecht: De Graaff.
- Schrojenstein-Lantman, R. van (2007). *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*. Dwingeloo: Kavanah.
- Schrojenstein-Lantman, R. van (2009). Samenwerken in het kwaliteitsbeleid. Een weg tot integratie van geestelijke verzorging in de zorgorganisatie. *Tijdschrift voor geestelijke verzorging*, 12, 53, 37-42.
- Postema, F. (2010). Geestelijke verzorging een pragmatisch proces. *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 13, 56, 26-34.
- Pruyser, W. (1992). Vormen en functies van de verbeelding in de religie. In P.W. Pruyser, *Geloof en verbeelding. Essays over levensbeschouwing en geestelijke gezondheid* [pp. 101-120]. Baarn: Ambo.
- Spelt, A. (2007). Lezing in het middagsymposium bij de Oratie van prof. dr. Hetty Zock.
- Smeets, W. (2006). *Spiritual care in a hospital setting. An empirical-theological exploration*. Leiden: Brill.
- Smeets, W. (2007). Geestelijke verzorging: een dyadisch georiënteerde professie op het domein van de spirituele gezondheid. *Psyche en Geloof*, 18, 96-113.
- Smeets, W. & N.M. Hijweege (in press). Geestelijke verzorging als ondersteunende discipline in de oncologische zorg. In K. Jordens & I. Neijens, *Geestelijke verzorging in de oncologie. Verwijzing en begeleiding*. Antwerpen: Garant.
- Smeets, W. (2010). Het spirituele aspect in het detecteren van psychosociale behoeften in de oncologische praktijk, *Psyche en Geloof*, 21, 178-195.
- Smit, J. (2006). *Tot de kern komen, de kunst van het pastorale gesprek*. Kampen: Kok.
- Smit, J. (2008). Diagnostiek, presentie en geestelijke verzorging. *Tijdschrift voor geestelijke verzorging*, 11, 46, 37-42.
- Straten, C. van (2010). Multiculturele geestelijke verzorging en de samenwerking met de psychiater en de psycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche en Geloof*, 21, 147-164.
- Uden, R. van; J. Pieper, J. van Eersel, W. Smeets & H. van Laarhoven (2009). Religieuze en niet-religieuze coping bij kankerpatiënten. In C. van Halen, M. Prins & R. van Uden, *Religie doen. Religieuze praktijken in tijden van individualisering* [pp. 97-120]. Tilburg: KSGV.
- Veltkamp, H. (1998). *Pastoraat als gelijkenis: de gelijkenis als model voor pastoraal handelen*. Kampen: Kok.
- Veltkamp, H. (2006) Domein, identiteit en passie van de geestelijke verzorging. In J. Doolaard (red.), *Nieuw handboek geestelijke verzorging* [pp. 147-159]. Kampen: Kok.
- VGZ (2002). Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen. www.VGZ.nl.
- Walton, M.N. (2006). Verhalenderwijs. Gedachten over het vak geestelijke verzorging als narratieve hermeneutiek. *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 9, 40, 34-40.
- Walton, M.N. (2009). Dialogische kwaliteit. Identiteit van geestelijk verzorgers in zorginstellingen. *Handelingen*, 3, 27-38.
- Westhoff, H. (2006). *Geestelijke bevrijders. Nederlandse katholieken en hun beweging voor geestelijke*

volksgezondheid in de 20e eeuw. Nijmegen: Valkhof.

Wijk, L. van (2010). Flexibel maatwerk is de standaard. *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 13, 56, 35-43.

PERSONALIA

Dr. Nicolette Hijweege (1966) studeerde Cultuur- en godsdienstpsychologie te Nijmegen en promoveerde in 2004 aan de Universiteit van Amsterdam op het proefschrift *Bekering in bevindelijk gereformeerde kring. Een psychologische studie* (Kampen: Kok). Zij is universitair docent aan en coördinator van de masteropleiding Theologie en geestelijke verzorging aan het Departement Religiewetenschap en Theologie van de Universiteit Utrecht. E: n.m.hijweege@uu.nl