

LEVENSVRAGEN...

Een christelijke visie op
geestelijke zorg in de terminale palliatieve zorgverlening

met een handreiking voor zorgverleners

J. Timmerman-Van Rhee
H. Jochemsen

Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr.18, Ede 2003

Inhoudsopgave

Ten geleide	3
Deel I: Uitgangspunten	4
1. Palliatieve zorgverlening	4
2. Context van geestelijke zorg (zes dimensies van Fitchett)	6
3. Geestelijke dimensie en geestelijke zorg	9
Deel II: Inhoud van de zorg	11
4. Bijbelse visie	11
5. Thema's van geestelijke zorg	17
Deel III: De zorgverlener	19
6. Kun je eigenlijk wel wat doen?	19
7. De zorgverlener in een zorgrelatie	21
8. Geestelijk zorgverlener	25
9. De zorgverlener als persoon	26
Deel IV: Applicatie	28
10. Randvoorwaarden	28
11. Hulpinstrument	31
Bijlage 1: HANDREIKING VOOR TOERUSTING VANUIT DE BIJBEL	32
Bijlage 2: KWALITEIT VAN GEESTELIJKE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE: beleidslijnen voor directie, middenkader, geestelijk verzorgers, artsen, verpleegkundigen en verzorgenden.	36

Ten geleide

Wie werkzaam is in een ziekenhuis of andere zorginstelling komt vaak met levensvragen in aanraking. Vragen van zorgvragers die de dagelijkse routine te boven gaan. Vragen over leven na dit leven. Geestelijke vragen.

Het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut voor christelijke medische ethiek vindt het van groot belang dat zorgverleners¹ oog hebben voor deze 'levensvragen'. Niet als een extra naast de gewone zorg, maar als een integraal onderdeel van zorg aan mensen in de laatste fase van hun leven.

Daarom is de handreiking "Levensvragen....." geschreven. Deze handreiking wil leidinggevend in de zorg handvatten bieden om -als onderdeel van palliatieve zorg- kwalitatief hoogstaande geestelijke zorg te verlenen aan mensen in de (pre)terminale² levensfase.

In "Levensvragen..." wordt een *visie* geboden op de inhoud en de plaats van de geestelijke zorg in het geheel van de terminale palliatieve zorg en wordt een *overzicht* gegeven van concrete aandachtspunten bij het verlenen van deze zorg.

Aan het einde van dit document zijn instrumenten te vinden voor de toepassing van deze bezinning in de praktijk.

Voor dit rapport en met name voor de handreiking aan het einde is gebruik gemaakt van het eerdere rapport "Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief" (rapport van het Prof.dr. G.A.Lindeboom Instituut nr. 16, 2002). Dat is tot stand gekomen met een subsidie van ZonMw. Laatstgenoemd rapport is bedoeld voor de gezondheidszorg in het algemeen, terwijl het onderhavige rapport zich vooral richt op instellingen met een protestants-christelijke/reformatorische identiteit.

Ter wille van de eenvoud is bij verwijzing naar personen gekozen voor inclusieve lezing van de mannelijke vorm. Dus voor hij/hem moet ook gelezen worden zij/haar.

De auteurs danken drs. N.A. De Ridder-Sneep voor haar (redactionele) hulp bij het gereedmaken van het manuscript.

¹ Met het woord zorgverleners worden allen bedoeld die een vorm van zorg of hulp kunnen verlenen aan mensen in hun laatste levensfase. Sommige van die beroepsgroepen zullen zich eerder als hulp- dan als zorgverlener beschouwen (bijv. maatschappelijk werkers), maar omdat de nadruk op zorg ligt hebben voor dit woord gekozen.

² Het gaat om mensen in de laatste fase van hun leven, zonder dat die fase hier qua tijdsduur scherp is afgebakend. Deze afbakening in de tijd geldt in de literatuur en in de praktijk van de terminale zorg (vaak) wel voor de term 'terminaal' (i.h.a. 6 weken). Omdat wij ons niet tot die periode willen beperken moet van terminaal gesproken worden. Ter wille van de eenvoud spreken in het vervolg toch van terminaal maar dan zonder de genoemde tijdsbeperking.

Deel I: Uitgangspunten

1. Palliatieve zorgverlening

Wat is palliatieve zorgverlening?

Palliatieve zorg voor mensen in de laatste levensfase heeft de afgelopen tijd een eigen karakter en nieuwe urgentie gekregen. De laatste decennia is er in de zorg sprake van een sterke toename van diagnostische en therapeutische mogelijkheden. De grote nadruk die in onze samenleving wordt gelegd op gezondheid en levensverlenging, heeft ertoe bijgedragen dat die medische mogelijkheden ook in de laatste levensfase veelvuldig worden ingezet.

Er komt echter een moment, dat genezing van de zorgvrager niet langer mogelijk is. De zorgvrager heeft dan soms nog wel een aanzienlijke periode te leven. In deze periode kunnen zich allerlei complicaties en klachten voordoen, die om specifieke zorg vragen.

Men beseft meer en meer, dat de zorg die zich richt op de behandeling van klachten bij ongeneeslijk zieke zorgvragers, een specifieke deskundigheid vereist. Deze wordt aangeduid als **palliatieve zorgverlening**.

Palliatieve zorgverlening is integrale zorgverlening

Palliatieve zorg voor een zorgvrager in de terminale levensfase omvat *alle* zorg, die nodig is om het lijden van de zorgvrager te verlichten en de kwaliteit van leven gedurende de laatste levensperiode te optimaliseren. Palliatieve zorg is dus **integrale** zorg. Dat betekent: Iedere zorgverlener dient bij zijn eigen specifieke inbreng tevens oog te hebben voor andersoortige zorgbehoeften. Op deze wijze wordt versnippering van de zorg voorkomen.

Deze integrale zorg omvat alle levensaspecten van de zorgvrager. Professionele zorgverlening is meer dan een optelsom van technische, opzichzelfstaande handelingen! Professionele zorgverlening functioneert alleen binnen een relatie. Wie over zorg spreekt, spreekt over een **zorgrelatie**. Zowel de zorgvrager als de zorgverlener is daarbij als persoon betrokken.

Dit geldt voor elke vorm van zorgverlening, maar wel in het bijzonder voor de palliatieve zorgverlening. In de praktijk van de palliatieve zorgverlening is een integrale benadering van de zorgvrager meer dan een randvoorwaarde. Een integrale benadering van een terminale zorgvrager is een doel! Het is de bedoeling van palliatieve zorg de hele mens te verzorgen. Het gaat immers om het verlichten van het lijden en het naar vermogen onderhouden van de kwaliteit van leven. Daarom is het opbouwen van een zorgrelatie een van de doelen van palliatieve zorgverlening.

Welke zorg vraagt een terminale zorgvrager?

De *kwaliteit* van de palliatieve zorg hangt rechtstreeks samen met de mate waarin er werkelijk zorg op alle fronten geboden wordt. Daarom is het belangrijk om eerst vast te stellen, welke zorgbehoeften een terminale zorgvrager heeft.

Een klassiek en veel gehanteerd onderscheid is dat een mens een lichamelijk, een psychisch, een sociaal en een spiritueel aspect heeft. Aan de hand van deze vier aspecten kunnen de zorgbehoeften van een mens in het algemeen worden vastgesteld.

Een andere en meer recente onderscheiding geeft **George Fitchett**, die uitgaat van de volgende zeven dimensies in het bestaan van een mens:

- medische dimensie
- psychologische dimensie

- contextuele dimensie (familie)
- psycho-sociale dimensie
- etnisch-culturele dimensie
- maatschappelijke dimensie
- geestelijke dimensie.³

Deze analyse is in zekere zin een verfijning van de genoemde vierdeling. Beide modellen proberen het veelzijdige functioneren van de mens in zijn geheel samen te vatten.

De verschillende aspecten of dimensies spelen ieder een eigen rol in het leven van de mens. Ook in de laatste levensfase kent het leven de veelzijdigheid van al deze aspecten. In het vervolg (zie I.2) gaan we aan de hand van het model van George Fitchett de zorgbehoeften van een terminale patiënt na. In deze verkenning -vanuit het perspectief van de zorgvrager- laten we zien welke samenhang er bestaat tussen de 'geestelijke dimensie' en de andere dimensies.

Het eigen karakter van de palliatieve zorg

Het eigen karakter van de palliatieve zorg (voor zorgvrager en zorgverlener) wordt bepaald door de nabijheid van de **dood**. De dood bedreigt het leven in al zijn dimensies. Een ziekteproces dat uitloopt op de dood, maakt pijnlijk duidelijk dat de dood een *vijand* is voor de mens. Wat waardevol is voor de mens, wordt door de dood afgebroken. Het leven wordt vernietigd. De dood is in zichzelf zonder zin. Hij vernietigt en doet verdwijnen. Mensen die geconfronteerd worden met de afbraak van het leven, zullen op momenten het on-zinnige karakter van de dood ervaren. Deze **ervaring van zinloosheid** is karakteristiek voor de crisis waarin een terminale patiënt verkeert.

De mens, die de dood ontmoet, belandt daardoor in een **gevecht**. Zijn leven lijkt te eindigen in zinloosheid. Dat is voor een mens zoals hij geschapen is, moeilijk te accepteren. Er moet afscheid genomen worden van alle dingen van het leven, van alles wat men opgebouwd heeft.

Wanneer we deze betekenis van de dood op ons laten inwerken, wordt duidelijk dat de dood werkelijk een **oordeel** is. Een oordeel dat in de wereld gekomen is door de zonde. Zo komen we de dood in de Bijbel ook tegen. De dood als een oordeel van God over het leven van de mens. Het oordeel dat God velt, is zo radicaal, dat Hij het leven dat Hij eenmaal schonk, de mens afneemt.

De diepe crisis die dit oordeel teweegbrengt in het bestaan van de mens, gaat gepaard met pijn. Niet alleen pijn in lichamelijk opzicht, maar in alle opzichten. Het is een totale pijn: **existentiële pijn**. Deze pijn vanwege het verlies en het lijden, wordt door een mens ervaren als *één geheel*. De pijn vormt een cluster, het lijden trekt zich samen op één punt.

Daar komt nog bij dat deze opeenhoping van pijn en lijden gepaard gaat met een heftige aanval op de **zinervaring** van een mens. Het is erg moeilijk om de zin van het bestaan te ontdekken, wanneer je van alles afscheid moet nemen. Vaak ervaart een mens de betekenis van zijn leven door wat hij doet en wat hij is. Deze zingeving wordt in de terminale levensfase frontaal aangevallen. De worsteling met zingeving is daarom de rode draad in de worsteling van mensen met de dood voor ogen.

³ Zie J. Bouwer, Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden. Zoetermeer: Boekencentrum 1998, p. 81-91.

2. Context van geestelijke zorg

Zoals al aangekondigd gaan we nu verkennen welke zorgbehoeften de terminale zorgvrager heeft. We doen dit aan de hand van de eerste zes dimensies uit het model van Fitchett. Deze dimensies vormen de context van de geestelijke dimensie. Door de bredere context te verkennen wordt het karakter van de dood en de worsteling die het sterven kan geven wat meer tastbaar.

Lichamelijke en medische dimensie

Wat speelt er in lichamelijk of *medisch* opzicht? Een stervende heeft een grote lichamelijke last te dragen. Hij heeft daarom veel behoefte aan comfort en rust. Pijn- en symptoomcontrole is een belangrijk punt van aandacht. De zorgvrager moet ervan verzekerd zijn dat er alles aan gedaan wordt om zijn lijden te verlichten. Het functioneren in lichamelijk opzicht is namelijk de basis voor het functioneren in de andere dimensies.

De behandeling van het lichaam van de zorgvrager dient respectvol te zijn. Door de afhankelijkheid en de achteruitgang kunnen er schaamtegevoelens zijn. Er kan vervreemding van eigen lichaam ervaren worden. Ondanks deze ervaringen mag in de zorg doorklinken dat de waarde van de zorgvrager als schepsel van God overeind blijft staan. Zijn lichaam verdient respectvolle zorg.

Psychische dimensie

In *psychische* zin maakt de zorgvrager veel mee. De terminale fase is een intensieve en emotioneel beladen tijd. Wanneer duidelijk wordt dat het leven niet lang meer zal duren, begint er in feite een rouwproces.

De zorg moet zich richten op de ondersteuning van de psychische vermogens. Het verwerkingsproces zal in het oog gehouden moeten worden. De emoties geven belangrijke informatie over de toestand van de zorgvrager. Daarmee vormen zij een indicatie van het verloop van het zingevingproces. Geheel ontregelde of opgekropte emoties stagneren het verwerkingsproces.

De zorgverlener hoeft niet altijd prioriteit te geven aan informatieverlening over het verloop van het ziekteproces. Het is met name belangrijk met de zorgvrager stil te staan de emoties, die de situatie oproept. Het moet de zorgvrager voor alles duidelijk zijn, dat alle facetten van de situatie bespreekbaar zijn. Dit blijkt vooral uit de houding en de communicatie van zorgverleners. Een zorgverlener zal goed kunnen omgaan met verschillende emotionele reacties. Of het nu gaat om verdriet, opstandigheid, twijfel, depressie, berusting of zich terugtrekken in ontkenning.

Bij de verwerking horen elementen als

- bewustworden van de situatie
- ervaren van eigen machteloosheid
- geleidelijk accepteren van de waarheid
- (periodieke) ontkenning. Deze ontkenning vervult een functie in het verwerkingsproces als afweermechanisme.

De verwerking verloopt op goede wijze, wanneer zij aansluit bij de *draagkracht* van de zorgvrager. Deze voorwaarde betekent dat iemands draagkracht te klein kan zijn om de ernst van de situatie geheel onder ogen te zien. Deze persoon is niet gebaat bij de ontmaskering van zijn ontkenning, omdat het verwerkingsproces dan feitelijk geforceerd wordt. Acceptatie van de waarheid treedt altijd geleidelijk op.

Een goede begeleiding vergt kennis van iemands geschiedenis in psychisch opzicht. Net zoals voor goede lichamelijke verzorging kennis van zijn (ziekte)geschiedenis nodig is. Wanneer de zorgvrager kampt met psychische problemen, dan moet daar van begin af aan goede aandacht aan geschonken worden. Het mag overigens duidelijk zijn dat de waarde van een mens niet afhangt van zijn psychische vermogens. Wanneer deze afnemen in de terminale fase, dient goede zorg de mens in zijn waarde te bevestigen.

Wanneer de zorgvrager zich gedragen weet door de mensen om hem heen, zal dit het verwerkingsproces ten goede komen. Hij moet een onbekende weg gaan: hij zal het leven verlaten. Wanneer hem temidden van deze onzekerheid betrouwbare zorg geboden wordt, dan biedt dit een waardevol houvast. Ook al doet trouwe zorg de kwetsbaarheid en de eenzaamheid niet teniet.

Contextuele dimensie

Wat de zorgvrager meemaakt, heeft een grote impact op zijn directe omgeving: zijn familie en/of naasten. De *context* van de zorgvrager moet daarom betrokken worden in de zorg. Familie of naasten kunnen wellicht een bijdrage leveren in de zorg. Zij hebben een unieke relatie met de zorgvrager. Hun positie is onvervangbaar. Verder dragen zij een eigen verantwoordelijkheid voor de zorgvrager. Er moet ruimte zijn om zich daadwerkelijk te kunnen inzetten.

De zorgverlener kan de familie of naasten begeleiding verlenen bij het verwerkingsproces. De verwerking van de naastbestaanden verloopt niet per se parallel met de verwerking van de stervende. De stervende kan op een gegeven moment verlangen naar de dood of vrede hebben met het levenseinde. Op dat moment wordt de dood door de achterblijvenden wellicht nog sterk als een vijand ervaren. Hij scheurt het leven immers uiteen en verbreekt de relaties waarin de stervende staat.

De wijze waarop de verwerking in de omgeving van de zorgvrager verloopt, heeft overigens zijn weerslag op het verwerkingsproces van de zorgvrager, en omgekeerd evenzo. Want de mens is *verweven* met degenen tot wie hij in relatie staat. Hij vormt met zijn naastbestaanden als het ware een 'netwerk van afhankelijkheid'. De context van de zorgvrager moet daarom goed overzien worden en in de zorg betrokken worden.

Aandachtspunten in dit opzicht zijn:

- zijn er symptomen van problemen in of met de context (familie, vrienden etc.)?
- hoe zit de familie in elkaar (structuur)?
- wat is de ziektegeschiedenis van de 'context'?
- welke personen zijn 'sleutelfiguren' en hebben mogelijk extra begeleiding nodig?
- wat is de kwaliteit van de relaties?

Eventuele problemen kunnen het beste zo vroeg mogelijk gesignaleerd en behandeld worden. Ontkenning of verwaarlozing heeft meestal tot resultaat dat de problemen uiteindelijk verhevigen.

Door aandacht te besteden aan zijn context, kan een zorgverlener de situatie van de zorgvrager beter begrijpen. Je kunt iemand dan 'thuisbrengen'. Dat is van belang: de omgeving en alles wat daarin speelt, hebben namelijk invloed op de wijze waarop de zorgvrager zijn laatste levensfase doormaakt.

Psychosociale dimensie

Verwant aan de contextuele dimensie is de *psychosociale* dimensie. Deze dimensie verwijst naar de mens als een sociaal wezen. Hij is aangelegd op relaties met medemensen. Dat is in het scheppingsverhaal al te merken: de mens is niet alleen geschapen. Ook de 'samenvatting van de wet' wijst in deze richting: Gij zult uw naaste liefhebben als uzelf. De mens is gebaat bij goede verhoudingen met anderen.

Voor een stervende is menselijk contact daarom belangrijk. Het vermogen dit aan te gaan, heeft erg te lijden door de achteruitgang in de gezondheid. Een stervende wordt steeds meer geïsoleerd. Vaak eerst al door een opname, dan door afnemende vermogens. Sterven kan zo een diep eenzame ervaring zijn. De zorg moet zich erop richten de relationele vermogens van de zorgvrager te steunen en naar vermogen in stand te houden. De relaties die de zorgvrager heeft, moeten bevorderd worden. Ook de kwaliteit van de zorgrelatie is in dit opzicht belangrijk. Een mens is kwetsbaar in psychosociaal opzicht en blijkt vaak ook gekwetst te zijn.

De zorgvrager kan het gevoel hebben een ander tot last te zijn. Hij ondergaat ontluistering en eenzaamheid. Hij kan zich in de ogen van anderen minderwaardig gaan voelen. Trouwe zorg voor het sociale aspect van het menszijn betekent een fundamentele bijdrage aan de overtuiging een mens te zijn, die van waarde blijft.

Etnisch-culturele dimensie

Ieder mens heeft een *etnisch-culturele* dimensie. Het belang om dat te onderkennen in de terminale fase is er vooral, wanneer de zorgvrager en de zorgomgeving niet overeenkomen in dit opzicht. Deze dimensie kan in de laatste levensfase juist op de voorgrond treden. De cultuur waaruit iemand komt, zal zijn omgang met de dood en de afronding van het leven stempelen. Culturele of etnische verschillen tussen de zorgvrager en zorgverlener kunnen misverstanden of lacunes in de zorg opleveren. De etnisch-culturele dimensie heeft een direct raakvlak met de zinervaring van de zorgvrager. Het kader dat je cultuur in je leven aanbrengt, biedt op crisismomenten enig houvast.

Maatschappelijke dimensie

De plaats die de zorgvrager *maatschappelijk* ingenomen heeft, zal hij helemaal kwijtraken of al kwijt zijn. Daarmee kunnen veel contacten wegvallen. Het is niet langer mogelijk status te ontleen aan de maatschappelijke positie. De ervaringen in dit opzicht zijn van negatieve invloed op de worsteling met het onderkennen van de zin van het leven. Er zal zeker behoefte zijn aan begeleiding in dit opzicht.

3. Geestelijke dimensie en geestelijke zorg

Fundament van zinervaring

De laatste dimensie in het model van Fitchett is de 'geestelijke dimensie'. Wat voegt deze dimensie toe? In de geestelijke dimensie ligt naar onze overtuiging het **fundament van elke zinervaring**. Aan de andere dimensies kan een mens in de laatste fase van zijn leven steeds minder zin ontleen. Een stervende is heel kwetsbaar, in alle dimensies van zijn bestaan. Terwijl hij zoekt naar houvast met de dood voor ogen, ontvalt hem het een na het ander.

Maar het fundament van de zinervaring ligt niet in één van de bovenstaande dimensies, maar op het geestelijke vlak. In de geestelijke dimensie wordt de diepte van de zinloosheid ervaren. Maar wat in dit opzicht óók kan, is dat een mens de situatie geestelijk overstijgt. Dan is er ondanks alle verlies en afbraak hoop op zin en betekenis in de terminale levensfase.

De geestelijke dimensie is voor het zoeken naar zin dus de belangrijkste dimensie. Uiteraard spelen de andere dimensies ook een rol. Zij bieden ondersteuning. In de geestelijke zorg wordt de mens *niet gereduceerd* tot zijn geestelijke dimensie. Alle zeven dimensies horen bij het mens-zijn. De ervaringen in geestelijk opzicht blijven verweven met de andere aspecten van het leven. De mens is door God geschapen met een lichaam, een psyche, relationele aanleg, sociale inbedding, een culturele en maatschappelijke positie. Goede zorg richt zich op de zorgvrager in al zijn dimensies.

Geestelijke dimensie of spiritualiteit?

Wat wij tot nu toe 'geestelijke dimensie' hebben genoemd, wordt door anderen vaak aangeduid als 'spiritualiteit'. In beide gevallen draait het om 'het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens'.

Over de breedte van de samenleving is het besef aanwezig, dat het mensenleven een dimensie kent, die het lichamelijke, psychische en sociale overstijgt. Binnen de al eerder genoemde vierdeling wordt ook gesproken over de **spiritualiteit** van de mens. Spiritualiteit is een verzamelbegrip, waaraan verschillende betekenissen toegekend worden. Spiritualiteit kan religie, godsdienstigheid, levensbeschouwing, zingeving, basisvertrouwen, etc. betekenen. De term spiritualiteit reikt vanwege deze praktijk in eerste instantie niet verder dan dat hij het besef van de aanwezigheid van een geestelijke dimensie verwoordt. Vanwege de meerduidigheid is hij minder geschikt voor gebruik in de bezinning in dit rapport.

Het begrip **geestelijke dimensie** vindt een betere aansluiting bij de christelijke mensvisie. Het verwijst directer naar de opvatting, dat de mens in relatie tot God staat. Het onderwerp is daarom steeds aangeduid als 'de geestelijke dimensie van de palliatieve zorgverlening', of kortweg 'de geestelijke zorg'.

Met deze keuze heeft de aanduiding 'spiritualiteit' niet afgedaan. Ook binnen de aanduiding 'spiritualiteit' is er ruimte voor een verwijzing naar God. Waar in vakliteratuur etc. het begrip spiritualiteit voorkomt, zal een zorgverlener dit kunnen betrekken op de geestelijke dimensie.

Geestelijke zorg

Als de geestelijke dimensie dus een belangrijke rol speelt in de terminale levensfase, is daarmee meteen de noodzaak van **geestelijke zorg** aangegeven. De zorgvrager kan in geestelijk opzicht behoeften en noden hebben, waarin hij niet zelf kan voorzien.

Ook geestelijke zorg heeft het karakter van **integrale zorg**. De vraag naar zin en betekenis komt eigenlijk op alle levensgebieden aan de orde, omdat de levensdimensies zo met elkaar verbonden zijn. Het blikveld van geestelijke zorg is dus net zo breed als dat van de palliatieve zorg in het algemeen.

Taak voor elke zorgverlener

De basis voor zorgverlening is het onderkennen van zorgbehoeften. Juist in de palliatieve zorg ligt er ten aanzien van de geestelijke dimensie voor **elke zorgverlener** de taak hierin een bijdrage te leveren.

Iedere zorgverlener zal bewust moeten omgaan met het geestelijke aspect van de terminale zorg. Weliswaar zal goede zorg in algemene zin verlichting bieden en de kwaliteit van het leven verhogen. Toch zal het lijden en de confrontatie met de eigen sterfelijkheid een worsteling betekenen voor ieder mens. Geestelijke zorg verlenen, is in deze worsteling ondersteuning bieden.

De reden dat geestelijke zorg bij de taak van iedere zorgverlener hoort, komt vooral naar voren door het karakter van palliatieve zorg. Het realiseren van het doel - het lijden verlichten en het bevorderen van kwaliteit van leven - is immers gebaat bij *integrale zorg*. Wanneer alle zorgverleners aandacht hebben voor de hele persoon, kan dit doel optimaal nagestreefd worden. Anders gezegd, het belang van het verlenen van geestelijke zorg door alle betrokken zorgverleners, ligt in de *kwaliteit* die de zorg hierdoor kan krijgen.

concretisering

Elke zorgverlener moet in staat zijn signalen van zorgbehoeften op te vangen. Hoe breder het draagvlak daarvoor is, hoe beter de zorg kan zijn. Aandacht voor geestelijke zorg begint dus al op het eerste niveau van de zorgverlening: het benoemen van signalen. Dit vraagt van de zorgverlener gevoeligheid voor de geestelijke dimensie van het leven van de zorgvrager en het vermogen signalen in dit verband waar te nemen. Zorgverleners die de dagelijkse zorg geven hebben ook veel mogelijkheden daarvoor. Zij kunnen door hun werk een vertrouwensband opbouwen met de zorgvrager, waardoor juist zij degenen kunnen zijn die signalen van behoeften aan geestelijke zorg opvangen.

Als zorgverleners hun verantwoordelijkheid nemen en de behoefte aan geestelijke zorg signaleren en verwerken, komt dit de zorg en de zorgvrager ten goede.

Geen 'extra'

Het is onze visie dat het verlenen van geestelijke zorg **geen uitbreiding** is van het takenpakket van de zorgverlener. De zorgverlener die het wel als uitbreiding ziet, zal zich er misschien ongemakkelijk bij voelen. Hij kan zich afvragen: Is dit wel mijn taak?

Een dergelijke reactie is begrijpelijk. Geestelijke zorg wordt vaak geassocieerd met de zorg die een predikant, geestelijk verzorger of pastoraal werker verleent. De zorgverlener zal misschien zichzelf niet in staat achten deze zorg te verlenen. En inderdaad heeft de zorgverlener niet dezelfde professionaliteit op het terrein van geestelijke zorg als een predikant, geestelijk verzorger of pastoraal werker.

Toch behoort geestelijke zorg wel degelijk tot de taak van elke zorgverlener in de palliatieve zorg. Want alle dimensies van het menselijk leven, ook de geestelijke, zijn met elkaar verbonden. En omdat palliatieve zorg **integrale zorg** is, hoort het bij de professionele beroepsuitoefening van de zorgverleners dat zij ook geestelijke zorg verlenen. Het integrale karakter komt niet alleen tot uitdrukking in de betrokkenheid van een diversiteit van zorgverleners. Een belangrijk element is dat iedere zorgverlener de zorgvrager benadert vanuit een integrale benadering.

In dit rapport gaat het om de **kwaliteit van de geestelijke zorg**. Om kwalitatieve geestelijke zorg te bieden, is het nodig dat de taak van de zorgverlener duidelijk benoemd wordt, zodat goede afstemming kan plaatsvinden. Zo wordt helder wat wel en niet verwacht mag worden van de diverse zorgverleners.

In het vervolg staan we stil bij de:

1. bijbelse visie op de geestelijke dimensie;
2. inhoudelijke elementen van de zorg. Deze worden behandeld aan de hand van een aantal thema's;
3. positie van de zorgverlener.

Deel II: Inhoud van de zorg

4. Bijbelse visie

Geschapen in relatie

De handelingen, overtuigingen en houdingen van een mens tonen zijn opstelling tegenover het meest fundamentele van het bestaan. Te denken is aan de wijze waarop iemand tegen zijn levensloop, tegen relaties en tegen de dood aankijkt. Of hoe hij omgaat met lijden, met de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van het bestaan, met de noodzaak keuzes te maken. Deze zaken worden allemaal beïnvloed door wat uiteindelijk het belangrijkste voor de mens is.

De geestelijke dimensie heeft te maken met het hele leven, het gaat om de **levenshouding** van een mens. Een levenshouding is de houding die iemand aanneemt tegenover levensvragen. In het begrip levenshouding is dezelfde breedte terug te vinden als in het begrip geestelijke dimensie.

De kern van de levenshouding wordt volgens het christelijke geloof bepaald door de **relatie van de mens met God**. Deze kern is op alle terreinen van het leven terug te vinden. Wanneer een zorgverlener aan deze kern wil raken, is het nodig de levenshouding van de zorgvrager te observeren. Dat betekent dat je let op alle uitingen van wat wezenlijk en fundamenteel voor iemand is.

Wanneer de dood nadert en de mens worstelt met zinvragen, wordt de levenshouding op de proef gesteld. Dan blijkt de waarde ervan. Er kunnen zich vragen aandienen, die men niet eerder gesteld heeft. Misschien over de waardering van de levensloop. Een zorgvrager kan door zijn situatie behoefte hebben aan zorg van anderen met betrekking tot het geestelijke aspect van zijn leven. Dit zal dan zeker onderkend moeten worden.

Uitgangspunten

In het christelijke geloof gaan we uit van een aantal uitgangspunten ten aanzien van de relatie van de mens met God. We staan in dit verband stil bij vier punten:

1. een mens is van waarde
2. de relatie is gebroken
3. er is hoop door Jezus Christus
4. de moeite met de dood blijft.

Een mens is van waarde

Een christen heeft het principiële uitgangspunt dat elk leven zijn waarde heeft. Deze waarde is geen *bezit* van de mens. Deze aantekening is in overeenstemming met de ervaring van velen: een mens kan zich inderdaad afvragen of hij van waarde is.

God schiep de mens naar Zijn beeld. Voor de mens die beelddrager Gods was, was het geen vraag of hij van waarde was. Het beeld van God dat de mens ook nu nog draagt, is geschonden en onhelder geworden. De waarde van de mens is zo onder vuur komen te liggen. De reden dat wij kunnen blijven spreken van de waarde van het mensenleven, ongeacht zijn onvolmaaktheid in elke dimensie, is gelegen in Gods *genade*. Ondanks de geschondenheid van Zijn beeld, schenkt God mensen het leven en onderhoudt Hij hun leven. Omdat God Zich op deze wijze in genade tot de mens wendt - en hem bovendien in Christus tot gerechtigheid roept, ontvangt ieder mensenleven op een hernieuwde manier waarde. Het karakter van de waarde van de mens is dus: het is een geschenk.

Omdat God de mens in genade leven wil schenken, heeft een mens de plicht eerbied te tonen voor dit leven. De waarde van elk leven dient hoog gehouden te worden, Gn 9:5-6. Het uitgangspunt is voor

een zorgverlener daarom dat ieder mens zijn waarde heeft. Niet als een bezit, maar omdat hem dit geschonken is. God kent het leven van gevallen mensen in genade waarde toe.

Gebroken relatie

Zoals gezegd kan binnen de *geestelijke* dimensie perspectief en hoop worden gevonden. Tegelijk ligt daar nu juist vaak het probleem. Perspectief en hoop zijn niet altijd aanwezig. Binnen de geestelijke dimensie wordt duidelijk waar de kern van het probleem ligt: in het ontbreken van zinervaring.

De Bijbel bevestigt dit punt: de oorzaak van de worsteling van de mens om de zin van zijn bestaan te ontdekken, ligt in de geestelijke dimensie. De mens heeft zich losgescheurd van zijn Schepper. De mens heeft eigenlijk een '**fundamentele bestaanswond**'. De vanzelfsprekendheid dat het bestaan zin heeft, omdat God ons in het leven geroepen heeft, is weg.

De moeite is niet verwonderlijk; zij is het resultaat van de schade in geestelijk opzicht. Omdat de mens zich los van zijn Schepper wilde bewegen, mist hij het contact dat fundamenteel is voor zijn welbevinden. Een mens kan niet zonder God, zonder *een goede band* met God. Daar ligt zijn leven en vrede.

Vrede hebben is een moeilijke zaak geworden. Vrede *bewaren* blijkt ook moeilijk geworden. Want in het leven en in de wereld zijn zoveel dingen gekomen, die de vrede van de mens aanvallen. Zoveel dingen-zonder-zin. Dood, afbraak, teleurstelling, tegenwerking, beschadiging, enz.

We kunnen er niet vanuitgaan, dat we als mens 'zomaar' de zin van het leven kunnen beleven en belijden. Dit is een onderwerp van strijd geworden. Die moeite laat de mens niet zomaar achter zich. Het besef dat God ons geschapen heeft en dat de betekenis van ons leven in God ligt, gaat voorgoed vergezeld van de wetenschap of de ervaring, dat de relatie met Hem niet intact is gebleven. De mens is de grond onder zijn voeten kwijtgeraakt. Hij is gaan zwerven, want zijn houvast is verdwenen.

Deze bijbelse boodschap is scherp, maar wel duidelijk. Alleen door deze boodschap te erkennen, kun je echt onderkennen hoe de situatie ten diepste is. En alleen dan kan beoordeeld worden, hoe je als christenzorgverlener in de zorgverlening moet omgaan met de geestelijke dimensie. Daarom wordt er aan dit punt meer aandacht besteed aan het einde van II.4 onder 'Aanvechting en onvrede'.

De analyse van het menselijk functioneren hangt nauw samen met de mensvisie die gehanteerd wordt. Een christen zal vanwege zijn mensvisie dit functioneren betrekken op God onze Schepper.

Hoop

Is er dan wel hoop voor een stervende, die worstelt om vrede te krijgen en om vrede te bewaren? Ja, die hoop is er zeker! Dat antwoord mag een christen in *geloof* geven. Er is perspectief mogelijk. Want de schade die de mens in geestelijk opzicht heeft opgelopen, kan door een wonder hersteld worden. De verbroken relatie tussen God en mens kan vernieuwd worden. Daardoor kan de mens zijn houvast in het leven terugontvangen. Er is hoop op zin en betekenis.

Hoe gebeurt het, dat het leven in een gebroken bestaan *zinvol* leven wordt? Het antwoord is: alleen door het Evangelie. Dit is geen gemakkelijk antwoord voor een mens. Het was ook geen gemakkelijke weg, waardoor deze hoop tot leven is gekomen. De ernst van de situatie wordt duidelijk door de typering, die de Bijbel geeft van de mens los van God. Deze mens is geestelijk dood. Jezus Christus, de Zoon van God, moest voor de verlossing van deze dood als Middelaar *de dood van zijn kracht beroven* door hem Zelf te ondergaan. Jezus heeft het leven, zoals wij dat leven - vol aanvallen op de betekenis van het bestaan - Zelf geleefd. Hij heeft het leven-zonder-God op Zich genomen. De zwaarte en de straf daarvan heeft Hij gedragen. Tot in het uiterste heeft Hij die gedragen, tot in de dood. Aan het kruis riep Hij om God, Die niet langer bij Hem was! De diepte van Zijn lijden was vooral het missen van het contact met God, het 'zijn-zonder-God'. Dat is ook het afschuwelijke karakter van de dood: 'zijn-zonder-God', hetzelfde als absolute zinloosheid.

Om Christus' wil is het mogelijk geworden dat de mens ontkomt aan die absolute zinloosheid, waarin hij zichzelf gestort heeft.⁴ Er is verlossing uit de slavernij aan de vergankelijkheid, Rm 8:20. God staat

⁴ Vergelijk vraag en antwoord 1 uit de Heidelberger catechismus. Hier wordt dit heel mooi verwoord. De vraag is: Wat is je enige troost, zowel in het leven als in het sterven?. De troost, die van betekenis is en blijft onder alle

boven de zinloosheid die in het menselijk bestaan aanwezig is. Hij tilt ook mensen daar bovenuit, wanneer Hij hen in genade levendmaakt door Zijn Geest. In Christus ontvangt de mens vrede. Zo is er voor de zwervende mens hoop op leven, dat toch de moeite waard is.

Welk perspectief wordt door het Evangelie geboden? De zwervende mens kan weer bij God komen. Doordat de mens het *eigendom* van Christus wordt. Zo verwoordt de Heidelberger catechismus dit - net als Paulus in 1 Kor 3:23 ('gij zijt van Christus'). Het eigendom van Christus worden, betekent alleen op Christus vertrouwen en Hem dienen. Dat is in het kort de kern van het Evangelie. Ik regeer mijn leven niet meer zelf, los van God, maar Christus is Koning in mijn leven.

Als de mens zijn toevlucht neemt tot Christus, wordt hij door Christus verlost van de samenhang van onheil tussen de zonde en de dood, 2 Kor 5:21. Dan komt er toch weer zin en betekenis, omdat God deze schenkt. Door Christus komt er in het gebroken leven van een mens een **perspectief van hoop**.

Het Evangelie is krachtig en heet 'een kracht ten leven'. Want Jezus Christus geeft de mens grond om te vertrouwen dat God nooit van hem zal wijken. *Niets* is in staat ons nog te scheiden van de liefde van God, die in Christus Jezus, onze Heere, tot ons komt, zegt Paulus in Rm 8:38-39. Ook de dood kan niet tussenbeide komen. De dood heeft juist zo'n afschuwelijk karakter van zinloosheid, omdat het betekent zonder-God-zijn. Maar Jezus heeft dit veranderd. De *prikkel* is uit de dood verdwenen voor hen die in Christus Jezus zijn! Christus heeft Zich vernederd tot in de diepste verlatenheid, 'opdat wij tot God zouden genomen, en nimmermeer van Hem verlaten zouden worden' (Avondmaalsformulier). Nu is het ten diepste zo, dat de dood geen angst meer hoeft aan te jagen. Er is leven aangebracht in de dood.

Het is van onschatbare betekenis, als een mens zich om Christus' wil gedragen en behouden mag weten. Dan kan de mens namelijk zijn leven geheel onder ogen zien. Ook in een periode waarin alles op scherp komt te staan, omdat hij de dood voor ogen heeft. Dat kan omdat hij het houvast niet in zijn eigen leven hoeft te zoeken. Degene die in Christus gelooft, heeft een *nieuw fundament* gekregen. Hij heeft hoop op leven. Op eeuwig leven! Zo radicaal verandert de situatie door het Evangelie. 1 Kor 15 gaat op deze verandering in. De dood is geen grens meer, maar een poort. Achter deze poort wacht een nieuwe toekomst: leven met God.

De moeite met de dood blijft

De dood wordt door het Evangelie echter geen gemakkelijke zaak. De engel mag dan uit de dood zijn, maar de dood blijft een vijand. Wat in het bovenstaande is beschreven over de afbraak die in de terminale fase plaatsvindt in allerlei opzichten, blijft de praktijk. Er is geen reden om dit te bagatelliseren. De dood gaat vaak gepaard met lijden en pijn. Het Evangelie maakt wel een groot verschil. Het geeft reden tot hoop. Maar de dood blijft een moeilijke zaak. Al kan God ook geestelijke verlichting geven, zodat de mens die in Jezus Christus gelooft, uitziert naar de ontmoeting met God na het sterven.

Het is van belang te beseffen dat het Evangelie, zoals gezegd, geen gemakkelijke weg wijst. Zich geheel toevertrouwen aan Christus betekent dat de mens alle andere dingen als uiteindelijk houvast moet *loslaten*. Dat doet hij niet gemakkelijk. De mens komt niet zonder slag of stoot terug op zijn keuze om zwerfend door het leven te gaan. Hij ziet zoveel zaken in het leven die waardevol zijn. Hij is zo geneigd zich aan van alles en nog wat vast te klampen.

Daar komt bij dat geloven geen zaak is van zien, maar juist van hopen zonder te zien. Geloven kan zelfs ingaan tegen hetgeen men ziet en ervaart. Geloven doet een mens op grond van *innerlijke overtuiging*. De Heilige Geest brengt deze overtuiging tot stand. Door de kracht van de Heilige Geest komt de mens tot overgave en kan hij zijn vertrouwen geheel bouwen op het Woord van God. Gods Woord wijst de mens erop dat hij zichzelf moet verloochenen en zijn heil alleen in Jezus Christus moet zoeken. Dat betekent een openlijke erkenning dat je het alleen niet redt. Dat is een pijnlijke belijdenis.

Zelfs aan het einde van het leven is het moeilijk voor een mens om te erkennen dat het mis met hem gaat als het van hem afhangt. Dit geeft een mens ook dan niet uit eigen beweging toe. Hij is er vaak

omstandigheden, die ken je als je hoort bij Jezus Christus, de Verlosser. Hij heeft Zijn leven gegeven om het in orde te maken tussen mij, verlorene en God. Zo heeft Hij mij verlost, en zo bewaart Hij mij.

ook heel bang voor dat het niet goed zal gaan. De worsteling met zingeving is zo intens, omdat de mens bang is te eindigen in verlatenheid. Dat is inderdaad verschrikkelijk. Er kan niets ergers gebeuren, dan dat je leven eindigt in zonder-God-zijn. Toch is de enige weg om hiervan verlost te kunnen worden, onder ogen te zien en te belijden dat je het alleen niet redt. Het grote wonder is dan dat het houvast dat God biedt in Christus, zoveel *sterker* blijkt dan alles waaraan de mens zich vastklampt. God geeft een Rots onder de voeten in plaats van een moeras.

Aanvechting en onvrede

Het is goed om apart stil te staan bij de belangrijkste aanleidingen die leiden tot gevoelens van onvrede. Er zijn er drie te noemen:

1. de confrontatie met lijden
2. de angst
3. de worsteling met 'het waarom' van alles.

Een stervende bevindt zich in een kwetsbare positie en heeft te maken met onheil. Hoe kun je hem begeleiden?

Lijden

Lijden betekent een aanslag op het menselijk leven. Het neemt de mens in beslag en legt zijn leven stil. Lijden *onderga* je. De rol van de mens is grotendeels passief. Dat is een moeilijke kant van het lijden, ook voor de begeleidende zorgverlener. Lijden betekent de werking van het kwaad te ondervinden. Als begeleidende partij is het moeilijk recht te doen aan de praktijk. Grote woorden zijn niet op hun plaats. Het is meer welkom om 'mee te verstillen', te zwijgen teneinde zich enigszins te kunnen inleven.

Natuurlijk wil een zorgverlener troost bieden. De eerste stap is ondersteuning te bieden voor het tot uitdrukking brengen van het lijden. Dat betekent bijvoorbeeld de aanmoediging om alles bij God te brengen. In de Psalmen gebeurt het keer op keer dat gelovigen hun leed bij God uitklagen. De Bijbel verzwijgt het lijden dat de mens kan ondervinden ook niet. Er wordt op een reële wijze mee omgegaan. Mensen worstelen ermee. Ze roepen God aan als de enige bron van hulp. En tegelijkertijd uiten ze de verwachting dat God zeker zal helpen. Dat is een zekerheid die gebaseerd is op geloof. God helpt in nood. Het is zelfs zo dat God het lijden kan inzetten om een mens te zegenen. Dat is een wonderlijke combinatie, waarvan desalniettemin vaak getuigd wordt, vgl. Gn 50:15-21. De zegen kan bestaan in een verdieping van de kennis van God, doordat de mens Hem ontmoet in het lijden. De zegen kan betekenen dat men ontdekt waar werkelijk houvast te vinden is. Of dat relaties in gezin of familie zich verbeteren. De Bijbel noemt verschillende vruchten van lijden, zoals volharding en hoop, Hbr 12:3-11, Rm 5:3-5.

Ondanks de mogelijkheid van zo'n wonderlijke zegen, zal palliatieve zorg zich altijd richten op verlichting van het lijden. Dit is geheel in lijn met het Nieuwe Testament. Een mens mag niet onverschillig staan tegenover het lijden van zijn naaste. De concrete confrontatie die zich voor een zorgverlener aandient, moet hij daarom aangaan in solidariteit.

Angst

De kwetsbaarheid die de zorgvrager ervaart, kan gepaard gaan met veel angst. Het stervensproces kan vanwege verschillende redenen angst oproepen. De zorgvrager moet een onbekende weg gaan. Er is geen mens die hem kan vergezellen. De relatie van de zorgvrager met God kan zelf angst oproepen. Het beeld dat de zorgvrager van God heeft, kan bijdragen aan angst, als hij bijvoorbeeld verwacht dat God hem zal straffen. De angst is verder direct gekoppeld aan het lijden dat men ervaart. Wat staat er nog te wachten? Wat zal er straks volgen?

De disharmonie als gevolg van angst om welke reden ook, vraagt om geestelijke begeleiding. Die begint met het bieden van steun bij het benoemen van de angst en het analyseren ervan. Door de ordenende werking hiervan kan opluchting ervaren worden. Negatieve emoties horen bij het huidige aardse bestaan. Ze zullen echter verdwijnen, 2 Ptr 3:13. Nu kan de angst nog niet worden uitgebannen. Maar deze emotie mag benaderd worden vanuit geloof, met het oog gericht op Jezus

Christus, die ook angst gekend heeft en deze overwonnen heeft. De mens in angst en nood mag getroost worden, Jh 16:33. De angst zal niet het laatste woord hebben.

De oorzaak van de angst kan gelegen zijn in een gebrek aan geloof. Het besef zich te moeten voorbereiden op de ontmoeting met God is heel angstgevend wanneer men geen zekerheid heeft gevonden bij Christus. Dan is er geen hoop die kan ondersteunen. In dat geval zal de zorg zich moeten richten op de verandering van de relatie met God: om vrede met God te mogen kennen in Christus, Rm 5:1.

Waarom?

De aanvechting kan tenslotte gelegen zijn in een worsteling met de vraag naar de *reden* van datgene, wat de persoon in kwestie overkomt. Waarom gebeurt dit alles? Daarachter schuilt een indringende vraag: is God wel betrouwbaar en rechtvaardig? Het is begrijpelijk dat iemand hiermee worstelt. Want een mens kan zich bedreigd voelen door de chaos die in het leven kan ontstaan. Het is belangrijk gebeurtenissen en ervaringen te kunnen ordenen door betekenisverlening.

Deze waarom-vraag hoeft niet onderdrukt te worden. De Bijbel gaat hem ook niet uit de weg. Al moeten we vaststellen dat er in Gods Woord geen *pasklaar antwoord* op de waarom-vraag klinkt. Maar klagende en worstelende mensen worden wel aan het woord gelaten. Vooral Job kunnen we volgen in zijn worsteling. Hij voert een intensieve strijd. Hij accepteert geen voor de hand liggende antwoorden. Wat voor hem uiteindelijk de reden is om zich toch aan God toe te vertrouwen, is dat hij elders Gods aanwezigheid en trouw opmerkt. Namelijk in de overvloed van de schepping. Jobs worsteling loopt daarom uit op de verkondiging van Gods heerschappij! Bij dit getuigenis mogen we onze oren te luisteren leggen. Niet om een patroon vast te stellen, dat ieder mens op gelijke wijze als Job zou moeten reageren. Maar om de *troost* van dit getuigenis op te merken. Niet alleen het antwoord is bepalend, maar vooral de wijze waarop de zorgvrager met de waarom-vraag kan omgaan.

Dat God rechtvaardig en trouw is, is een *belijdenis*, die een mens doet omdat hij de Schrift gelovig wil naspreken. De ervaring van de mens kan niet het fundament zijn voor deze belijdenis. Dat is alleen het getuigenis van Gods Woord, dat de Heilige Geest bevestigt in het hart van de mens. Dit getuigenis bezit de kracht om de mens in zo'n intensieve worsteling houvast te geven.

Het lijden, de angst en de onvrede zijn gevolg van de zonde van de mens. Dat was het antwoord van de vrienden van Job. Die relatie hoeft niet ontkend te worden. Maar dit feit mag niet dienen als een eenvoudig antwoord op een waarom-kreet. Dat zien we aan *Gods reactie* op al de woorden van Jobs vrienden. Wat is het bezwaar tegen zo'n benadering? God zegt dat Jobs vrienden geen goed beeld van Hem gegeven hebben. Wij mensen, kunnen de verbanden niet zomaar even uittekenen. Het gaat hier over een groot vraagstuk, te groot voor mensen. Wij kunnen de factoren daarin niet overzien. Alleen God staat hier boven. Hij is ook bij machte het lijden positief te laten uitwerken, Ps 119:71. Hij is bij machte mensen te steunen, wanneer ze door een diep dal gaan, Ps 23. Dat is wat wij mensen opmerken. In feite zouden we ons arrogant opstellen, wanneer we precies denken te weten waarom sommige mensen zoveel ellende treft. In zo'n geval is het niet passend om voor een ander te spreken. Zeker niet, wanneer die ander het moeilijk heeft met alles wat hem overkomt.

Luther zag een wijze les in wat er op Golgotha gebeurd is. Als een mens namelijk probeert dit te doorgronden, zal hij opmerken hoe wonderlijk het was wat daar plaatsvond. Het leek een nederlaag, God van God verlaten, maar het was een overwinning! Er is redding door Jezus' verlatenheid. God combineert wat voor de mens tegengesteld is. Dat is gebleken toen Jezus opstond op de derde dag.

Kruis en opstanding geven reden om te geloven dat God de mens in Christus altijd *nabij* is. Hij is de lijdende en de niet-lijdende even nabij. Want God staat de worsteling, de aanvechting of de onvrede niet in de weg om Zich over een mens te ontfermen. Deze wetenschap kan de moed geven om de situatie te aanvaarden en zich vast te klampen aan Gods liefde. God zal uitkomst geven. Hij heeft het lijden en de dood niet het laatste woord gegeven en zal dit niet doen.

Temidden van gevoelens van onvrede en kwetsbaarheid mag de stervende zijn ogen richten op Jezus Christus. Hij heeft de dood bewust en vrijwillig op Zich genomen. Hij werd door doodsangst en eenzaamheid gegrepen. Vanwege het feit dat Jezus dit heeft willen dragen, is er voor een stervende ruimte zijn angst en vragen onder ogen te zien en deze ook te uiten. Hij mag ondanks alle moeiten in vertrouwen Jezus volgen en bij Hem rust te zoeken.

Jezus kende overgave en aanvaarding, Lk 22:42. Bij Stefanus zien we dat ook, Hnd 7:59. Dit is blijkbaar mogelijk. Ook in de terminale fase kan er van *welbevinden* sprake zijn. Dat kan vanwege het besef dat God nabij wil zijn en de mens vrede en overgave kan geven. Zijn vrede kan ook in moeiten het hart vervullen, Rm 5:1-2, Kol 3:15, Jh 14:27.

Het is een troost te beseffen dat de dood niet bij God hoort. De dood zal ook verdwenen zijn in de nieuwe hemel en op de nieuwe aarde. Want God is een God van leven. En het leven van de gelovige is, totdat het geopenbaard zal worden, met Christus verborgen in God, Kol 3:3.

5. Thema's van geestelijke zorg

In de voorgaande paragraaf is een christelijke invulling gegeven van de geestelijke dimensie van het menselijk bestaan, vooral gericht op de mens in zijn laatste levensfase. Daarmee is nog niet gezegd wat de rol van de zorgverleners hierin is.

Alvorens in te gaan op de inhoudelijke kant van de geestelijke zorg, eerst enkele algemene opmerkingen over de opstelling van zorgverleners op dit punt.

- 1) Zorg is geen evangelisatie-activiteit: de zorgverlener moet de zorgvrager primair met respect tegemoet treden, ook in zijn levensovertuiging en geloof. De zorgvrager bepaalt de ruimte die er is voor een gesprek over deze zaken.
- 2) Wel kan in het kader van het persoonlijke contact tussen zorgvrager en zorgverlener een gedachtewisseling plaatsvinden, waarin ook levensovertuiging en geloof een plaats hebben. Daarin kan ruimte ontstaan voor het doorgeven van het evangelie en voor steun op basis daarvan. Dit element staat voorop bij een ambtsdrager van dezelfde gemeente die op bezoek komt. Fijngevoeligheid, wijsheid en respect blijven daarbij van eminent belang.

Voor een overzicht van de mogelijke inhoud van geestelijk zorg kan gebruikt gemaakt worden van de thema's, die George Fitchett onderscheidt als nadere bepaling van de geestelijke dimensie.⁵ Deze thema's kunnen enige structuur en verduidelijking aanbrengen in de breedte die geestelijke zorg kenmerkt.

(1) Het eerste thema is *geloofsovertuiging en zingeving*. Daar is al veel over gezegd. Een mens probeert grip op zijn leven te krijgen door de betekenis ervan te doorgronden. De zorgverlener zal proberen te onderkennen of de zorgvrager erin slaagt vrede te vinden in dit opzicht. Kan de zorgvrager zien waar het om gaat in zijn leven? Heeft hij een fundament gevonden, waarop hij kan staan? Het is belangrijk zover te komen en over deze dingen te praten. Daardoor wordt duidelijk welke zaken de aandacht vragen van de zorgvrager en waarmee hij geholpen kan worden.

(2) Hiervan kan als tweede thema onderscheiden worden welke visie iemand heeft op de *taken of plichten* die hij in het leven te vervullen heeft. Wanneer de mens terugkijkt op zijn leven, zal dit onderwerp van evaluatie zijn. Een mens maakt zogezegd een *levensbalans* op. Hij kan teleurgesteld zijn in wat het leven bracht, of juist niet. Krijgt God daarvan de 'schuld' heimelijk of openlijk? Hoe heeft hijzelf het ervan afgebracht? Het is een belastende opgave voor de mens onder ogen te moeten zien enerzijds dingen verzaakt te hebben en anderzijds dingen verkeerd gedaan te hebben. Zeker wanneer hij zich voor Gods aangezicht geplaatst weet. Zonden betekenen dat de balans een negatieve uitkomst toont. Wanneer de zorgvrager de troostvolle wetenschap kent, dat hij met alle zaken van zijn leven geborgen is in Christus, betekent dit een grote opluchting. Dat mag de visie op het leven zoals het geleefd is zo sterk bepalen, dat de balans door Gods genade omslaat in positieve waardering. De begeleiding bij de terugblik op het leven zal zich steeds moeten toespitsen op het concrete verloop van iemands leven.

(3) Bepaalde existentiële *ervaringen of emoties* kunnen veel met iemand gedaan hebben of doen. Dan kan het gaan om geestelijke ervaringen, bijvoorbeeld bekeringservaringen of juist ervaringen van verlatenheid. Er kan behoefte zijn om te spreken over de gevoelens en emoties die de huidige situatie oproept. Intensieve ervaringen of emoties vragen om begeleiding. Zij houden direct verband met de mate waarin iemand tot betekenisverlening in staat is. Aandacht voor de emotionele gesteldheid hoort daarom bij geestelijke zorg. Een stervende is gediend met troostende begeleiding aan de hand van getuigenissen uit de Bijbel, waarin mensen in nood al hun ervaringen uitspreken voor God. Uiting geven aan ervaring en emoties is de mens niet verboden. Het is zelfs erg belangrijk.

(4) Een volgend aspect van aandacht is of de zorgvrager *moed en hoop* kan bewaren in zijn omstandigheden. Heeft hij de moed om vol te houden? Heeft hij de moed om zijn leven onder ogen te

⁵ Zie J. Bouwer, a.w., p. 81-91.

zien? Er kan uitputting of radeloosheid optreden, waarbij de mens moed en hoop geheel ontbreekt. Een tegengestelde daarvan is, dat de moeilijke omstandigheden blijken te leiden tot *groei* in persoonlijk opzicht. Dat is - ondanks alles - een positieve mogelijkheid. De Bijbel noemt bijvoorbeeld degene die zijn grenzen leert kennen, een wijze, Ps 90. De zorgvrager dient wat de ontwikkeling ten aanzien van dit aspect betreft op de voet gevolgd te worden, om hem goede begeleiding te kunnen geven. Moed en hoop kunnen uit verschillende zaken geput worden, als bijbellezen, een psalm of lied, gebed, muziek of een persoonlijk geestelijk gesprek. De zorgverlener zal wat dit betreft open moeten staan voor verrassingen en ervoor moeten waken de zorgvrager niet op te sluiten in het eigen verwachtingspatroon. De wetenschap goede zorg te zullen ontvangen, zal een zorgvrager op zichzelf al een lichtpunt temidden van aanvechting bieden. Al mag de zorg zich ook richten op het vinden van moed en hoop. In de wetenschap dat God werkelijk bij machte is een mens te ondersteunen.

(5) Het kan van grote betekenis zijn voor de zorgvrager om bepaalde *gewoonten* of *gebruiken* te kunnen onderhouden. Dit betreft zaken die uitdrukking geven aan de geloofsovertuiging. Zij bieden houvast in de moeilijkheden, omdat zij de betekenis van het leven en het geloof tastbaar maken. Voor de hand liggende voorbeelden hiervan zijn het lezen uit de Bijbel, het bidden en zingen, het bezoeken van een kerkdienst. De zorgverlener dient alert te zijn op wensen van de zorgvrager op dit gebied, zodat daar ruimte voor zal zijn en steun voor geboden kan worden.

(6) De *relaties en verbanden* waarin iemand staat, eventueel ten gevolge van zijn levensovertuiging, kunnen in de terminale fase van grote waarde blijken. Te denken valt onder andere aan de kerkelijke gemeente waarbij iemand eventueel aangesloten is. De zorgverlener kan nagaan welke verbanden of relaties een bron van steun voor de zorgvrager kunnen zijn. Er kunnen zich natuurlijk ook problemen op dit vlak voordoen, die de aandacht van de zorgvrager opeisen: relaties die hersteld moeten worden of onopgeloste conflicten uit het verleden die zich opnieuw aandienen.

(7) Tot slot is het zevende thema de aanwezigheid van een bepaalde persoon of zaak die voor de zorgvrager de functie van *oriëntatiebron* vervult. Wie of wat heeft voor hem geestelijk gezag? Wie of wat vervult een voorbeeldfunctie? Wiens mening vindt de zorgvrager belangrijk bij vragen over het geloof en de zin van het leven? Het vertrouwen dat de zorgvrager in iemand of iets stelt, moet door de zorgverlener gerespecteerd worden. Er kan steun ontleend worden aan een dergelijke oriëntatiebron. Zeker wanneer de zorgvrager erdoor aangemoedigd wordt zijn vertrouwen op God te stellen, is de oriëntatie van grote waarde.

De behandeling van de geestelijke zorg aan de hand van deze thema's maakt duidelijk dat ieder mens zijn eigenheid zal kennen in geestelijk opzicht. De omstandigheden en onderwerpen van aandacht zullen van mens tot mens verschillen. Daarom is geestelijke zorg een zaak van zorg op maat.

Deel III: De zorgverlener

6. Kun je eigenlijk wel wat doen?

Een zorgverlener kan zich afvragen welke waarde hij aan zijn persoonlijke bijdrage in de geestelijke zorg mag hechten. Soms toont het resultaat het belang ervan duidelijk, maar soms is het resultaat moeilijk zichtbaar. Een mens is geneigd het resultaat als uitgangspunt te nemen voor de waardering van zijn bijdrage. Het is niet verstandig om dit zonder meer te doen.

Natuurlijk wordt van de zorgverlener goede inzet verwacht. Maar het resultaat van zijn inzet heeft hij niet direct in de hand. Zeker ten aanzien van geestelijke zorg is het duidelijk dat Gods zegen bepalend is. De zorgverlener heeft geen *directe* invloed op de relatie van de zorgvrager met God. Hij kan bidden om zegen voor de zorgvrager, maar hij kan deze niet bewerken. Daarom is het goed om wat meer afstand te nemen voor het ontwikkelen van een duidelijke visie op de zorg die je persoonlijk verleent.

Roeping

Centraal staat dat er zorg verleend mag worden, omdat het een roeping van God is. Zorgverlenen is het vervullen van een opdracht van God. Op zichzelf genomen is de roeping een zaak tussen de zorgverlener en God. God roept mensen op barmhartig te zijn in een gebroken wereld. Een zorgverlener geeft op specifieke wijze gehoor aan deze roeping door zijn beroepskeuze. De basis waarop de zorgverlener een zorgrelatie met de bijbehorende verantwoordelijkheid mag aangaan, is de blijvende zorg en trouw die God toont voor de mens, Ps 121. Dat is het meest tastbaar geworden in Jezus Christus. De zorgverlener mag de mens op dezelfde manier benaderen als Hij, met zorg en trouw.

Het doel is dat het leven zoveel mogelijk tot zijn recht zal komen. De zorg mag zich richten op het herstel van het beeld van God in de mens. Een zinvol bestaan, dat is het doel van een mensenleven. De zin van het leven vindt een mens ten diepste alleen in God. God kan betekenis geven aan het bestaan van de mens, al is het een gebroken bestaan. Maar de liefdevolle zorg die een zorgverlener toont voor een mens in nood, heeft daarbij toch zijn eigen betekenis. Want daarin klinkt de boodschap door, dat het leven van de betreffende persoon van waarde is en blijft. Zo is ook de waarde van geestelijke zorg in een terminale situatie te karakteriseren. Zij komt overeen met Gods toewending tot de mens, die redding nodig heeft. God ziet uit naar het herstel van Zijn beeld in de mens, dat mogelijk is om Christus' wil.

Evangelie als basis

Het Evangelie is basis en bron voor barmhartige zorg. Een zorgverlener hoeft niet te wanhopen aan de betekenis van zijn zorg in geestelijk opzicht. Hijzelf is de bron niet, hij reikt alleen hulp aan 'als een bedelaar die een andere bedelaar aanwijst waar brood te vinden is'. Hij geeft daarmee gehoor aan zijn roeping en ontfermt zich over de nood van de zorgvrager.

De zorgvrager zal behoefte hebben aan liefde, nabijheid en veiligheid - ook al vraagt hij daar waarschijnlijk niet rechtstreeks om. De diepste en rijkste vorm van stervensbegeleiding is door de zorg Christus present te stellen. Zo mag de zorgverlener zijn zorg beleven. Het zijn zijn handen, maar het is Christus' zorg.

Geen gegarandeerde uitkomst

Het is goed om te beseffen, dat niet alle nood is op te lossen. Een zorgverlener kan een zorgvrager zo goed mogelijk begeleiden, maar dat garandeert de uitkomst niet. De zorgverlener draagt er geen verantwoordelijkheid voor, wanneer de zorgvrager niet openstaat voor het Evangelie. De zorgverlener zal met zo'n situatie moeten leren omgaan, door erover te spreken, het in gebed te

brenge en Gods Woord als gids te houden. Uit de omgang met God zal kracht te putten zijn voor het blijven functioneren als zorgverlener.

Wanneer het resultaat van de geestelijke zorg niet overeenkomt met de intentie ervan, is dit geen reden om de zorg zonder waarde te achten. De waarde van de zorg blijft gelden. Het is wel een reden om de situatie in gebed aan God voor te leggen en om te werken in ootmoed en afhankelijkheid van God.

Overgeven aan God

Uiteindelijk is het niet aan de zorgverlener om het resultaat van zijn werk te beoordelen. Dat kan voorbarig zijn. Er kunnen factoren zijn die het resultaat vooralsnog belemmeren, terwijl God Zijn heil toch zal realiseren. Een duidelijk voorbeeld daarvan vinden we in de Bijbel bij Mozes die de boodschap van bevrijding mocht brengen aan het volk Israël in Egypte. In Exodus 6 staat dat de Israëlieten niet luisterden naar hem. Ze waren niet in staat naar de boodschap van Mozes te luisteren vanwege de zware omstandigheden waarin ze verkeerden. Dit weerhield God er niet van om Zijn heilsplan ten uitvoer te brengen. Zo'n voorbeeld mag een zorgverlener, die zich voor een moeilijke taak geplaatst ziet, moed geven om zijn werk trouw voort te zetten.

7. De zorgverlener in een zorgrelatie

Zorgrelatie

In verpleegkundige literatuur is er steeds meer aandacht voor – zoals het daar heet – spirituele zorg. Onderzoeken melden dat verpleegkundigen moeite hebben om de spirituele behoeften van de patiënten vast te stellen, en nog meer om er adequaat op te reageren. Veel verpleegkundigen willen meer leren op dit gebied. Er blijkt op het arbeidsveld vraag te zijn naar toerusting voor het verlenen van geestelijke zorg. Een belangrijke, eerste stap in de vorming is dat de zorgverlener zich realiseert dat *hijzelf* het *instrument* is van de geestelijke zorg. Zijn functioneren en persoon zijn van invloed op de zorg die hij verleent. Daarom staan we nu stil bij de positie van de zorgverlener in de zorgrelatie.

Asymmetrie

Een algemeen kenmerk van zorgrelaties is de asymmetrie die er optreedt. Het leven van de zorgvrager stagneert vanwege zorgbehoeften waarin hij zelf niet kan voorzien. De zorgverlener die hulp kan bieden, kan helpen controle te krijgen over de situatie. Hij is deskundig op het terrein waar de zorgvrager nood ervaart. De zorgvrager komt door zijn onmacht of onkunde gemakkelijk in een passieve rol. De zorgverlener daartegenover, is de handelende persoon met macht. Deze asymmetrie is gedeeltelijk niet te voorkomen. De afhankelijkheid van de zorgvrager is een functioneel gegeven. Wat te bezien valt, is de rol die de zorgvrager dient vervullen in de zorgrelatie.

Asymmetrie hoeft niet per se een stempel te zetten op de zorgrelatie. Het is zelfs zo dat, zeker in een palliatieve setting, de relatie gebaat is bij basale erkenning van gelijkwaardigheid.

In een goede zorgrelatie kunnen de volgende elementen onderscheiden worden:

- de zorg begint met **betrokkenheid**;
- de zorg vraagt **actieve inzet**;
- de zorg impliceert **uitvoering** van taken;
- en de zorg omvat aandacht voor de **ontvangst**.⁶

Aan de hand van deze elementen zal de zorgrelatie, met inbegrip van de positie van de zorgverlener, nader bekeken worden.

Betrokkenheid

Wanneer men de zorgvrager serieus wil nemen en werkelijk met zorg wil kunnen omringen, is het eerste facet 'betrokkenheid' daarvoor een voorwaarde. Betrokkenheid houdt verband met het schenken van liefdevolle aandacht. Om de situatie te verkennen zal de zorgverlener, zichzelf buiten beschouwing latend, zich concentreren op de persoon voor hem. Wat ervaart de zorgvrager, hoe interpreteert hij de situatie, wat brengt hij persoonlijk naar voren. Wellicht moet het antwoord op zulke vragen grotendeels afgeleid worden uit signalen en lichaamstaal. Hoe dan ook, de zorgrelatie begint met betrokkenheid op de persoon in nood. De zorgverlener erkent dat de zorgvrager in de eerste plaats *subject* is. De zorgvrager verhoudt zich actief tot zijn eigen situatie; hij is niet slechts object van zorg. Ook in de zorgrelatie is als subject te benaderen en speelt hij niet alleen een passieve rol. Zijn interpretatie en verwerking van de situatie is principieel te waarderen als *inbreng* in de zorgrelatie. Alleen hij kan de concrete betekenis van de omstandigheden aangeven. Als de betrokkenheid op de zorgvrager zijn inbreng serieus neemt, kan de zorg op maat zijn, ook met betrekking tot de worsteling met zingeving.

Het is erg belangrijk te luisteren naar het verhaal van de zorgvrager. Ieder levensverhaal is uniek. Al gaat het in de kern om de relatie met God, toch is ieder leven anders. De worsteling met zingeving heeft een persoonlijke achtergrond. Geestelijke zorg bestaat daarom niet uit standardelementen, zij moet toegesneden zijn op de persoon in kwestie.

⁶ Afgeleid van de visie van J. Tronto, behandeld in: 'Zingeving als funderende dimensie van zorg. Voorstel voor een perspectiefwisseling op de zorgrelatie', M. Gelauff en H. Manschot in M. Verkerk (red.) *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht 1997, pg 198-202.

Inzet

Na de aandacht voor betrokkenheid op de zorgvrager als subject volgt het facet 'engagement'. Dit duidt op de inzet van de zorgverlener om opgevangen signalen te verwerken of te beantwoorden. Dit is daadwerkelijk de verantwoordelijkheid nemen: zich aanspreekbaar tonen. Dit impliceert niet direct dat de zorgverlener de concrete uitvoering van de zorg op zich neemt. Het daadwerkelijk tegemoetkomen aan nood betreft een volgend facet: 'uitvoering'. Verantwoordelijkheid nemen en uitvoerend werk verrichten om de nood te lenigen of de behoefte te vervullen, zijn twee te onderscheiden zaken. Wanneer de uitvoering binnen de competentie van de zorgverlener valt, zal hij die zelf op zich kunnen nemen. Valt de uitvoering buiten zijn competentie, dan kan hij een deskundige zorgverlener inschakelen voor het uitvoeren van gerichte werkzaamheden. Verantwoordelijkheid betekent in dit laatste geval: zich ervoor inzetten dat adequate zorg wordt geboden.

Betrokken op de geestelijke dimensie rijst de vraag hoe de competentie van de zorgverlener om geestelijke zorg te verlenen in uitvoerende zin, te beoordelen is. In het voorgaande gedeelte is aan de orde geweest dat geestelijke zorg een taak van iedere zorgverlener is. Maar hoe bepaalt de zorgverlener of er reden is voor verwijzing naar een geestelijk verzorger of gemeentepredikant en wat kan hij zelf betekenen?

De zorgverlener heeft de taak te onderkennen wat gaande is bij de zorgvrager. De kern van de geestelijke zorg is de vraag welke rol het geloof van de zorgvrager speelt in zijn omstandigheden. De 'ideale situatie' is dat het geloof een bron van vertrouwen is. Heeft de mens houvast temidden van zijn moeiten? De zorgaandacht kan vervolgens gespecificeerd worden, door als het ware in te zoomen op de verschillende behandelde thema's (zie II.5). Daardoor kan de zorgverlener inzicht krijgen in het geestelijke leven van de zorgvrager. Worstelt hij met specifieke problemen? Of is het niet een bepaald aspect, maar de kern van de geestelijke dimensie die de aandacht vraagt, omdat er gebrek is aan geloof en vertrouwen?

De onderkenning wat er gaande is bij de zorgvrager is te meer van belang, omdat de zorgvrager zelf veelal niet in staat zal zijn om zich te concentreren op de kern van de vragen waarmee hij geconfronteerd wordt. Er komt zoveel op hem af, en er zullen veel praktische zaken zijn die om aandacht vragen. De diepe levensvragen naar zin en betekenis dienen zich niet geïsoleerd aan. Zij klinken temidden van veel andere zorgen. Het is daarom gewenst dat de zorgverlener specifieke aandacht besteedt aan zaken op het geestelijke vlak.

Hierbij is de *alertheid* op signalen van groot belang. De zorgverlener zal enerzijds door zijn houding ruimte moeten bieden voor het uiten van noden. Anderzijds dient de behoefte aan zorg actief geïnventariseerd te worden. Er kunnen stilzwijgende verwachtingen zijn ten aanzien van geestelijke zorg. Een voorbeeld daarvan is, dat een zorgvrager graag samen wil bidden, omdat dit troostvol kan zijn. De zorgverlener moet dergelijke verwachtingen proberen te signaleren. Een mens heeft diepe behoefte om gekend te worden, daarvan getuigt bijvoorbeeld Psalm 139. Dat is in de palliatieve zorgverlening ook aan de orde. Uiteindelijk gaat het erom gekend te worden door God, maar daarvoor kan -denk aan het gebed- de steun van een medemens nodig zijn.

De zorgverlener heeft de taak te letten op het *welzijn* of de *nood* in geestelijk opzicht. De nood is te herkennen aan het optreden van een blokkering ten aanzien van één of meer van de genoemde zeven thema's. Een dergelijke blokkering verheft de existentiële pijn, omdat het lijden erdoor vergroot wordt. Signalen van zo'n blokkering zijn onder andere het uiten van zorg over de zin van het leven, of zorg over het lijden en de dood. Er kan ook zorg rijzen over de eigen geloofsovertuiging of over de relatie met God. Het kan gaan over boosheid op God, of over ontregelde emoties. Wellicht zijn er problemen, doordat gebruiken of gewoonten niet kunnen worden onderhouden. Al deze signalen zijn samen te vatten in één woord: de zorgvrager ervaart *disharmonie*. Hij heeft te kampen met onvrede, in welke mate dan ook. Door de kwetsbaarheid van de mens, is dit al gauw aan de orde in de terminale fase. De meeste mensen zullen behoefte hebben aan steun in geestelijk opzicht, om de onvrede te boven te komen.

Geestelijke nood is te zien als een negatieve factor in de terminale fase. Geestelijk welzijn daarentegen is als een bron van kracht. Wanneer iemand vrede kent in Christus, dan kan hij hieruit kracht putten temidden van aanvechting. Geestelijk welzijn geeft de mogelijkheid stand te houden in de confrontatie met pijn, eenzaamheid, angst en wanhoop. Dit is ten diepste gelegen in het feit, dat de

bron van steun *buiten* de zorgvrager zelf ligt. God is Degene die het heil waarborgt. De relatie van de mens met God berust niet op een eigenhandig gebouwde brug. God houdt deze in stand door Zijn Geest. Dat is een grote troost.

Concluderend kan als richtlijn gesteld worden dat het belang van de algemene taak van de zorgverlener om geestelijke zorg te verlenen, grotendeels op het niveau van de eerste twee facetten ligt. Goede betrokkenheid en inzet zijn de basis van de kwaliteit van de geestelijke zorg.

Uitvoering

Deze algemene richtlijn betekent geen *beperking* tot betrokkenheid en inzet voor de zorgverlener ten aanzien van geestelijke zorg. Het uitgangspunt dient te zijn dat ook voor de zorgverlener die geen geestelijk verzorger is, het daadwerkelijk verlenen van deze zorg aan de orde is. De zorgverlener dient altijd te overwegen welk aandeel hijzelf kan leveren in de zorg voor de zorgvrager. Het facet 'uitvoering' is steeds aan de orde in een zorgrelatie. Waarom is het belangrijk niet bij voorbaat een grens te trekken? Onder andere vanwege de mogelijkheid dat de relatie van een zorgverlener met een zorgvrager unieke kansen biedt door vertrouwen dat gegroeid is. De zorgvrager kan -impliciet- een beroep doen op een zorgverlener voor geestelijke zorg. Dat kan de zorgverlener niet zomaar doorschuiven. Hij mag zijn verantwoordelijkheid nemen en daadwerkelijk geestelijke zorg verlenen.

Waar komt het voor de zorgverlener dan op aan in het uitvoeren van zijn taak? Het belangrijkste oriëntatiepunt is voor hem: Jezus Christus, de goede Herder. De zorgvrager mag benaderd worden, zoals Jezus mensen tegemoet trad. In het Oude Testament wordt al een duidelijk beeld van Zijn herderschap getekend (Ez 34) en in het Nieuwe Testament komen we dit weer tegen (Jh 10). Jezus' optreden werd gekenmerkt door *Zijn liefde tot God en de mensen*. Omdat de liefde van God uitgaat tot de mensen, nam Jezus de zonde, met de sporen daarvan in heel het leven, bewust en vrijwillig op Zich. Hij onderging de geestelijke nood tot in haar diepste kern, toen Hij de dood in al zijn verschrikking zag. En Jezus hield stand, ondanks de verzoeken van de duivel. Zo baande Hij een weg voor de mens om te ontsnappen aan de samenhang van het onheil: aan de verlatenheid van God die volgt op de zonde.

Jezus heeft door dit alles de *basis* gelegd voor het liefhebben van mensen. Hijzelf toonde deze liefde *metterdaad* door Zich over mensen in nood te ontfermen. Daarom kan een zorgverlener Hem als voorbeeld navolgen in de benadering van de medemens. Het gaat om liefde, barmhartigheid en ontmoeting, Lk 10:25. Dit betekent in de zorg: de mens opzoeken, warme aandacht schenken, accepteren en nabij zijn.

De benadering van de zorgvrager dient daarom ook altijd *respectvol* te zijn. Het gaat om meelopen en meedenken. Dat is mogelijk voorzover de zorgvrager dit toelaat en dit op prijs stelt. Er kunnen hierdoor grenzen zijn aan de zorg. De zorgvrager moet ruimte bieden, openstaan voor de zorg zagezegd. Dit geldt voor alle zorggebieden, maar ook voor de geestelijke zorg. Wanneer de zorgverlener op weerstand stuit, zal de troost of bemoediging niet goed ontvangen worden. Daarom dient alertheid op geestelijke zorgbehoeften gepaard te gaan met respect voor de opstelling van de zorgvrager.

Voor de zorgverlener en zorgvrager beide is er alleen werkelijk leven door Gods barmhartigheid en ontferming. Om in de zorgrelatie liefde, barmhartigheid en ontmoeting centraal te kunnen stellen, zal de zorgverlener deze gaven van Jezus moeten ontvangen. Door Hem is het mogelijk dat de zorg een liefdevol karakter krijgt. Barmhartigheid bewijzen is daarom Jezus navolgen en zich laten raken door de kwetsbaarheid van een ander in het besef van eigen fundamentele kwetsbaarheid.

Ontvangst

In de zorgrelatie is nog een vierde facet te onderscheiden dat, net als het eerste, focust op de inbreng van de zorgvrager. Het gaat om de 'ontvangst', de respons van de zorgvrager op de zorg. Ook in dit opzicht is de zorgvrager te benaderen als subject. De ontvangst van de zorg kan op twee manieren gezien worden. Het gaat aan de ene kant over de verantwoordelijkheid van de zorgvrager als ontvanger van zorg. Doet hij er zijn winst mee, of niet? Deze verantwoordelijkheid van de zorgvrager is voor de zorgverlener een reden om pas op de plaats te maken. Door de situatie regelmatig met afstand te bekijken, kan dit aspect beter beoordeeld worden.

De andere kant van de ontvangst van de zorg is de feedback, die de zorgvrager op de zorg geeft. Ervaart hij de zorg als geschikt en passend? Deze respons van de zorgvrager dient gepeild en op een serieuze wijze verwerkt te worden.

De vier aspecten van de zorgrelatie bedoelen samen een overzicht te geven van wat er speelt bij zorgverlening: betrokkenheid, inzet, uitvoering en ontvangst. Het blijkt dat de zorgrelatie een *wederkerige* relatie moet zijn. Niet alleen de zorgverlener is de handelende persoon. Ook de zorgvrager heeft een actieve rol. Niet alleen de zorgverlener draagt verantwoordelijkheid. Ook de zorgvrager heeft verantwoordelijkheid in de zorgrelatie. Beiden hebben een eigen inbreng, die van invloed is op de kwaliteit van de relatie.

8. Geestelijk zorgverlener

Geestelijk verzorgers en andere zorgverleners

Kijkend naar de positie van de zorgverlener als helper bij geestelijke zorgbehoeften, zijn er verschillende zaken die de aandacht waard zijn. Het behoeft geen lang betoog dat de zorgverlener geen machtspositie inneemt met betrekking tot de worsteling met levensvragen. Degenen die ervaring hebben in het verlenen van geestelijke zorg, zullen dit beamen. Een zorgverlener bezit geen 'macht' tegenover levensvragen. De worsteling van een terminale zorgvrager zal hem niet ongemoeid laten. De zorgverlener kan zich wel inzetten om een helper te zijn, een instrument om iets aan te reiken ter leniging van de nood. De vraag rijst hoe de zorgverlener als instrument te beoordelen is? Bestaat er een principieel verschil tussen zorgverleners van verschillende beroepsgroepen? Wat maakt een zorgverlener geschikt als helper in geestelijke nood?

In deze observatie betrekken we ook de *geestelijk verzorger* die zorg verleent aan een terminale zorgvrager. Ook voor hem geldt, dat hij zich niet in een machtspositie bevindt. Deze stelling kan ingaan tegen het gevoelsmatige vertrouwen dat mensen in een geestelijk verzorger kunnen stellen. Is het niet zo dat voor geestelijke zorg het beste een geestelijk verzorger geraadpleegd kan worden? Het is goed dit eens te bezien. Hoe verhouden de overige zorgverleners zich ten opzichte van een geestelijk verzorger als het gaat om geestelijke zorg?

De vraag is eigenlijk of de ene mens meer vaardigheid bezit dan de ander in de analyse van de relatie tussen mens en God en in het verwoorden van motieven. Er zijn inderdaad factoren te noemen, die leiden tot verschillen in vaardigheid. Bijvoorbeeld of het verlenen van geestelijke zorg een specifieke taak betreft. Zo mogen van een geestelijk verzorger bijvoorbeeld bepaalde vaardigheden, zoals pastorale, psychologische en gespreksvaardigheden, verwacht worden. Het speelt een rol hoe men persoonlijk met God leeft; of men kennis heeft van mensen, van religieuze belevingen en van manieren waarop mensen met zinvragen omgaan; en welke kennis men heeft van de Bijbel. Verder zal een zorgverlener die geen geestelijk verzorger is zich misschien terughoudender willen opstellen wanneer hij geestelijke nood signaleert.

Maar er is één punt van overeenkomst tussen alle zorgverleners, dus ook de geestelijk verzorger, en dat gaat over de **basis** van de hulp, die geboden wordt. Want altijd is het 'resultaat' van geestelijke zorg - zoals bij alle zorg - afhankelijk van de zegen van God. De weg waardoor God geestelijke nood wil lenigen is door Zijn Woord, dat krachtig is door het werk van de Heilige Geest. De Geest schakelt mensen in om het Woord van God te laten klinken. Hij gebruikt mensen die een helper willen zijn. Daarom is ieder mens voor het verlenen van geestelijke zorg *afhankelijk van Gods Woord*. Het Woord van leven is de bron om uit te putten. Daarvan mag kracht verwacht worden, ook in situaties waarin het op scherp staat. Daar is de vrede van God te vinden. Iedere zorgverlener mag zijn verwachting stellen op Gods Woord en Geest. Als instrument van zorg staan alle mensen dus op gelijke voet: ze zijn het bij de gratie Gods. Dit wil niet zeggen dat het niet uitmaakt hoe Gods woord aan de orde gesteld wordt. Dat dient met wijsheid te gebeuren.

In feite biedt deze constatering van gelijkheid troost. Iedere zorgverlener kan een instrument zijn, dat God wil gebruiken. Er is wat dit betreft geen verschil tussen een geestelijk verzorger en andere zorgverleners aan te wijzen. Ieder is op dezelfde wijze afhankelijk van hetzelfde: van God, door Woord en Geest. Uiteraard is er verschil op te merken in de wijze waarop iemand met deze afhankelijkheid omgaat. Daarop zullen we nog ingaan. Voor dit moment stellen we vast, dat alle mensen hetzelfde nodig hebben voor het verlenen van zorg voor iemands relatie met God, omdat Gods Woord de bron is die de Geest daarvoor gebruikt.

Naast troostend is het verootmoedigend om onze afhankelijkheid te beseffen. Niet de mens, maar Gods Geest brengt het Woord in iemands leven. Hij leidt of vertroost door het Woord hoe en wanneer Hij wil. Al neemt Hij daarvoor in het algemeen mensen in dienst en houden zorgverleners op dit punt hun eigen verantwoordelijkheid. Maar vrede schenken aan een worstelend mens kan uiteindelijk God alleen.

9. De zorgverlener als persoon

De vereiste persoonlijke attitude voor een goede beroepsuitoefening is tussen de regels door al gekarakteriseerd. Het draait om betrokkenheid op de ander in nood. Het welzijn van die persoon zal als intrinsiek waardevol beschouwd worden. De zorgverlener zal ervan uitgaan dat het zondermeer nastrevenswaardig is het welzijn van de zorgvrager te bevorderen. Deze attitude is echter niet het meest basale element als het gaat om de rol van de *persoon* van de zorgverlener in geestelijke zorg. Dan gaat het nog dieper, namelijk om de levenshouding van de zorgverlener. Zijn persoonlijk optreden zal worden gestempeld door zijn relatie met God.

De levenshouding van de zorgverlener brengt tot uiting wat hij belangrijk vindt in het leven. Het bepaalt zijn opstelling tegenover levensvragen. Waarom is deze levenshouding zo bepalend? Omdat hij beïnvloedt hoe de zorgverlener de worsteling met zingeving zal benaderen. Heeft hij zelf zijn sterfelijkheid wel eens bewust onder ogen gezien? Weet hij waar zijn houvast in is gelegen?

Stel eens voor dat de zorgverlener nog nooit hiermee is bezig geweest. Dat zal betekenen dat hij minder goed in staat is om deze vragen te *herkennen*. Want voordat het mogelijk is iets te herkennen, moet je erkennen dat het bestaat. Het is daarom wenselijk, dat de zorgverlener zich persoonlijk bezint op deze aspecten van zijn werk.

Voor de persoonlijke toerusting die het werk inderdaad vraagt, draagt de zorgverlener als werknemer in de eerste plaats zelf de verantwoordelijkheid. Hij heeft een eigen verantwoordelijkheid in zijn relatie met God. Die is aan de orde als het om toerusting gaat. Ieder moet zelf de mogelijkheden aangrijpen om zich in de Bijbel en in op het onderwerp toegesneden materie te verdiepen. Of de mogelijkheid om gesprek met anderen aan te gaan over de levenshouding. Een belangrijk deel van de toerusting ligt zagezegd in eigen handen. Natuurlijk geldt hiervoor dat je afhankelijk bent van Gods zegen. Dat is reden om de toerusting in *gebed* te zoeken. In bijlage 1 is een handreiking te vinden voor toerusting vanuit de Bijbel.

Voor de zorgrelatie is het dus niet onverschillig, hoe de zorgverlener met God leeft. De 'persoonlijke bagage' beïnvloedt het functioneren van de zorgverlener als instrument van de geestelijke zorg. Het is belangrijk om te kunnen onderscheiden waar het op aankomt, Fil 1:9-10. Hoewel het niet gaat om een garantie dat de zorgverlener die dicht bij God leeft, de zorg altijd op goede wijze zal verlenen. De zorgverlening heeft ook een ambachtelijke, praktische kant van vaardigheden.

De levenshouding kan benoemd worden als de *vormgevende factor* van de geestelijke zorg. In de levenshouding zijn iemands motieven, doelstellingen, verwachtingen en persoonlijke ervaringen te onderkennen. De levenshouding is de 'bril', waardoor de zorgverlener de nood van de zorgvrager ziet. Twee voorbeelden kunnen verduidelijken hoe zorg en levenshouding samenhangen.

Als iemand een moeilijke gebeurtenis meemaakt, kan hij proberen door onverschilligheid te 'overleven' en zo rust te vinden. De onverschilligheid is bedoeld om een gebied in emotioneel opzicht af te screenen. Zo'n afweerreactie kan invloed hebben op de zorgrelatie. Dit kan zich uiten in het ontwijken van vragen of signalen, het relativiseren ervan, of ze met een dooddouner van de hand te doen. Dit staat het tegemoetkomen van de zorgvrager in zijn zorgbehoeften in de weg. De levenshouding belemmert dan de zorg.

Een andere situatie kan zijn dat een zorgverlener door eigen ervaring onder de indruk is van de betekenis van bepaalde zaken. Bijvoorbeeld van de waarde van omringd zijn door mensen, van gesprek, gebed of wat dan ook. Deze inschatting zal de zorgverlener meedragen in de zorg die hij verleent. Wellicht is zijn zorg dan vanzelfsprekend gericht op persoonlijke ondersteuning en verzekert hij de zorgvrager ervan ruimte te hebben om samen te praten, te lezen en te bidden. De levenservaring speelt dan een positieve rol in de zorg.

Zo zijn er diverse elementen van de levenshouding te noemen, die een positieve of negatieve rol kunnen spelen in de zorg. Het is niet de bedoeling als zorgverlener een ideaalbeeld te ontwikkelen of na te streven. Een algemeen ideale levenshouding bestaat niet, omdat de levenshouding samenhangt met de *eigenheid* van ieder mens. Deze samenhang betekent dat ieder een eigen levenshouding ontwikkelt. Deze wordt bepaald door de levensgeschiedenis, het karakter, de ervaringen enz. Daarin

verschillen alle mensen. Dit betekent dat ieder mens zijn eigen bijdrage kan leveren. Het is positief te waarderen, wanneer een zorgverlener juist zijn *eigenheid* inzet in zijn werk.

Tot slot is te overwegen of een zorgverlener *verantwoordelijkheid* draagt voor zichzelf ten aanzien van de relatie tussen eigenheid en levenshouding. Daarover kunnen in ieder geval twee dingen gezegd worden. Het eerste is dat het onder de beroepsmatige verantwoordelijkheid valt zichzelf te kennen als instrument van zorg. Eigenheid en levenshouding kunnen onderwerp van gesprek zijn tijdens werkbesprekingen met collega's in regelmatige evaluatierondes en eventueel in vormen van intervisie. Collega's kunnen helpen bij de analyse van het genoemde verband en eventuele moeilijkheden aanwijzen, Spr 13:20. Het tweede punt betreft nogmaals de persoonlijke verantwoordelijkheid, die de zorgverlener draagt om het licht van Gods Woord te laten schijnen over de persoonlijke eigenheid en alle factoren die daarin tot uitdrukking komen. Het is goed zorg en zegen voor Zijn aangezicht te brengen.

Het boek Prediker besluit de lange beschouwing van het leven uiteindelijk hiermee, dat het geheim van het leven ligt in het vrezen van God en het gehoorzamen aan Zijn Woord, Pred 12:13. Ook in de context van de beroepsuitoefening is het waardevol dit te beseffen.

Deel IV: Applicatie

10. Randvoorwaarden

In dit hoofdstuk bespreken we een aantal randvoorwaarden voor het verlenen van geestelijke zorg. Enkele daarvan zijn hierboven al genoemd.

Kwalitatieve, goede geestelijke zorg voldoet aan de volgende **vier randvoorwaarden**:

1. Geestelijke zorg houdt verband met het geheel van de zorg

Als eerste geldt dat de kwaliteit direct verband houdt met het *geheel van de zorg*. Is er sprake van kwalitatieve en betrouwbare zorg? De zorgvrager wil de zekerheid hebben, dat hij tijdig vakbekwame zorg ontvangt. Het meest basale element van palliatieve zorg is de aandacht voor het comfort van de zorgvrager. Pijn- en symptoombeheersing zijn dus van primair belang.

2. Geestelijke zorg wordt gegeven binnen een goed lopende organisatie

In de tweede plaats is de kwaliteit van de zorg afhankelijk van de kwaliteit van de instelling als *organisatie*. Een heldere organisatiestructuur is om twee redenen belangrijk.

- De zorgverlener is erbij gebaat, want het bevordert zijn functioneren. Het schept helderheid in de afbakening van zijn eigen taak. Ook weet hij de weg naar andere zorgverleners.
- Ook de zorgvrager is erbij gebaat. Als hij inzicht heeft in de structuur van de organisatie, is hij beter in staat een antwoord te vinden op zijn vragen en behoeften.

Helderheid moet uiteraard hand in hand gaan met het daadwerkelijk functioneren van de zorg. Voor de zorgverlener is het zorgteam heel belangrijk. Het zorgteam vormt de basis van waaruit hij zijn werk verricht. Een zorgverlener deelt zijn zorg voor een zorgvrager met de andere leden van het team. Hij staat er niet alleen voor. Dat geldt voor het werk, maar dat geldt ook voor zijn functioneren als zorgverlener. Binnen het zorgteam moet aandacht zijn voor evaluatie en toerusting. Zijn de vaardigheden toereikend? Is er voldoende aandacht voor alle zorgaspecten? Voor geestelijke zorg zal tijd bevochten moeten worden om de noden te kunnen kennen. De zorg moet daarom goed gepland worden. Dit kan geëvalueerd worden, en waar nodig dient toerusting aangeboden te worden. Dit alles ter bevordering van de kwaliteit van de zorg.

3. Geestelijke zorg vraagt om goede communicatie

De derde randvoorwaarde voor kwalitatieve zorg is goede *communicatie*. Communicatie speelt steeds een rol, in de organisatie, in de behandeling etc. In elke relatie is communicatie bepalend, dus ook in een zorgrelatie en in de relatie van teamleden onderling. Bezinning op de communicatie levert verschillende aandachtspunten op.

Allereerst rijst de vraag naar het mensbeeld dat de zorgverlener bij zijn communicatie hanteert. Het mensbeeld van een zorgverlener is op twee manieren te bevragen: is het bijbels en professioneel?

In het onderstaande kader staat een twaalfstal aandachtspunten voor de **effectiviteit van de communicatie**⁷.

Effectieve communicatie:

⁷ M. Keirse, lezing: 'Tijd is geen kwestie van lengte, maar van diepte',
<http://www.azstlucas.be/htdocs/nieuws/SL%20Focus/19/focus-19.pdf>

- De wijze waarop een boodschap wordt gegeven, is belangrijker dan de woorden die gebruikt worden.
- De zorgverlener is onderdeel van zijn eigen communicatie; communicatie is meer dan alleen technische competentie.
- Non-verbale elementen beïnvloeden de communicatie: gemoedsrust, blik en blikrichting, toonhoogte, staande of zittende positie. (Wie zit heeft meer/intensiever aandacht voor de ander.)
- Communicatie is geen extra bij de zorg, maar is onderdeel van de zorg; slechte communicatie werkt tegengesteld aan het doel van palliatieve zorg: het verlichten van iemands lijden.
- De non-verbale signalen van de zorgvrager zijn belangrijk.
- De zorgverlener moet bereid zijn de wereld van de stervende te willen delen; dan kan hij in staat zijn symbool- of beeldtaal van de zorgvrager te begrijpen.
- Aandachtig luisteren naar de zorgvrager helpt niet alleen voor een goede diagnose, maar geeft de zorgvrager het signaal dat hij serieus genomen wordt. Dit is de basis voor het opbouwen van vertrouwen in de zorgrelatie.
- Sterke emoties van de zorgvrager belemmeren de communicatie: geef extra aandacht aan de communicatie. Komt de boodschap echt over? Is de communicatie effectief?
- De zorgvrager heeft aanmoediging nodig. De zorgverlener kan opening voor een gesprek bieden.
- Gevoelens van de zorgvrager moeten niet rationeel, maar relationeel benaderd worden.
- Tijd is geen kwestie van lengte, maar van diepte: een attitude die respect, begrip, steun en acceptatie uitdrukt, betekent meer dan het investeren van extra tijd.
- Aandacht voor naastbestaanden kan nuttig zijn voor het begrijpen van de zorgvrager en biedt naastbestaanden een sterkere positie om steun te verlenen, wat weer in het voordeel is van de zorgvrager.

Gebrekkige communicatie moet niet lichtvaardig toegeschreven worden aan tijdsgebrek. Men moet het belang van goede communicatie willen inzien.

Verder is er een aantal **valkuilen** die vermeden moeten worden:

Valkuilen in de communicatie

- Jezelf niet voorstellen aan de zorgvrager. Je gaat er dan vanuit dat de zorgvrager weet wie je bent en welke functie je bekleedt.
- Problemen of angsten minimaliseren in plaats van te informeren naar de ervaring van de zorgvrager.
- Alleen met technische middelen reageren op emotionele problemen.
- Een gebeurtenis op onjuiste wijze relativeren (bijvoorbeeld een sterfgeval relativeren vanwege jonge leeftijd).
- In een moeilijk gesprek oogcontact vermijden.
- Praten in jargon: professionele taal die niet aansluit bij het leven van de zorgvrager.
- Routinevragen of -formules gebruiken. Deze nodigen niet uit tot echte communicatie. Je bent niet echt geïnteresseerd en luistert niet echt naar het antwoord van de ander.
- De zorgvrager op betuttelende wijze aanspreken: ongepaste uitdrukkingen of denigrerende termen in de derde persoon gebruiken.
- De zorgvrager buitensluiten: door als zorgverleners met elkaar te praten, zonder de zorgvrager erbij te betrekken.

4. Competentie van de zorgverlener

Als laatste randvoorwaarde is de *competentie* van de zorgverlener te noemen. Het verband tussen kwaliteit van zorg en professionaliteit is helder. Het verlenen van palliatieve zorg kost veel kracht en energie. Er is een voortdurende confrontatie met een proces van afbraak. Een belangrijk element van de competentie is daarom de psychosociale stabiliteit van de zorgverlener. In het voorgaande is al genoemd dat de zorgverlener begeleiding nodig heeft, die in teamverband kan plaatsvinden.

Er bestaat het gevaar dat stress of emotionele uitputting de aanleiding vormen voor burn-out-verschijnselen. Houd de volgende vragen in het oog:

- 1) Hoe gaat de zorgverlener om met (de bewustwording van) zijn eigen sterfelijkheid en die van geliefden?
- 2) Is er sprake van overidentificatie met de zorgvrager of met naastbestaanden?
- 3) Dreigt de zorgverlener in de valkuil 'alles te willen zijn voor iedereen' te lopen?
- 4) Zoekt de zorgvrager bevestiging in het zorgverlenen?
- 5) Zijn er belangen- of waardenconflicten?
- 6) Is er ruimte om te praten over geestelijke onderwerpen?

Eigenlijk gaat het hier om zelfkennis in het algemeen: ken je je eigen motieven? Er is sprake van stabiliteit, wanneer de zorgverlener niet afhankelijk is van de bevestiging die hij als mens ontvangt tijdens de uitoefening van zijn werk. Die moet ook buiten het werk aanwezig zijn. Anders is de zorgverlener niet in staat om het evenwicht tussen afstand en betrokkenheid te bewaren. Wie anderen wil verzorgen, moet allereerst zichzelf verzorgen.⁸

Het belang van goede zorg voor de eigen persoon in verband met de competentie, geldt ook voor de geestelijke zorg. De vraagstukken die de zorgverlener ontmoet in zijn werk, moet hij voor zichzelf weten te hanteren. Dit betekent niet ze te moeten beheersen, want het gaat over moeilijke zaken die zich niet laten beheersen door de mens. De zorgverlener moet weten, hoe hij kan omgaan met de worsteling met lijden of met zingeving. De zorgverlener kan in dit opzicht pastorale begeleiding nodig hebben. Vaak is die in een instelling ook voor zorgverleners beschikbaar. Als dit niet het geval is, kan de zorgverlener deze begeleiding op een andere manier zoeken.

De competentie voor het verlenen van geestelijke zorg, heeft stellig te maken met de houding die de zorgverlener zal aannemen ten opzichte van levensvragen. Het gaat niet in de eerste plaats om vaardigheden. Wat er meer toe doet, is of de zorgverlener 'wandelt met God', Micha 6:8, Psalm 1. Dat bepaalt in zekere zin, wat de bijdrage kan zijn aan de zorgvrager. Als de zorgverlener voor zichzelf de confrontatie aangaat met de eigen sterfelijkheid, met de angst die het werk misschien oproept, dan staat hij op gelijke voet met de zorgvrager. Deze confrontatie kan niet zonder gebed en het onderwijs uit de Bijbel. Vaak is begeleiding vanuit het zorgteam of van een geestelijk verzorger zeer gewenst. Zodoende is er verdieping mogelijk, die winst betekent, ook voor de zorgverlening. De zorgverlener mag zich troosten en wapenen met de wetenschap dat God Zelf wil toerusten, vgl. Kolossenzen 2:3, Galaten 5:22.

⁸ J. van Bruggen, *Het leven is de moeite waard; pastorale handreiking voor verplegenden*, Groningen 1972

11. Hulpinstrument

In de inleiding werd aangekondigd dat deze handleiding iets wil bijdragen aan het verlenen van kwalitatief hoogstaande geestelijke zorg. In bijlage 2 is een lijst van aandachtspunten of criteria te vinden, die van belang zijn bij deze zorg. Deze aandachtspunten vormen samen een 'instrument' voor de geestelijke zorg.

Wat is kwalitatief hoogstaande geestelijke zorg? Kwaliteit komt tot stand in een dynamisch proces, waarbij zorgverlener, zorgvrager en naasten betrokken zijn. De criteria die in dit instrument worden gegeven hebben een dubbel doel:

- het wordt mogelijk het dynamische zorgproces te analyseren;
- het wordt mogelijk de kwaliteit van de geestelijke zorg te verbeteren, doordat aandachtspunten worden blootgelegd.

Evaluatie

De analyse van de kwaliteit van de zorg door middel van de criteria in bijlage 2 zal als vanzelf aanleiding geven tot evaluatie van de zorg. Dit is een onmisbaar onderdeel in het proces van de aandacht voor kwaliteit. Want door evaluatiebesprekingen is het mogelijk te reflecteren op de zorg en de rol van de zorgverlener. Reflectie in teamverband heeft ook als meerwaarde dat er waardevolle feedback geleverd kan worden. Zo zal de evaluatie bijdragen aan verbetering van de zorg en groei van de zorgverlener. Onder het voorbehoud dat de uitkomsten van besprekingen ook verwerkt worden.

Overigens is het goed in dit verband terug te komen op de visie die men heeft op de eigen zorgbijdrage. Er is gezegd dat de waardering van de zorg niet aan het merkbaar of meetbaar resultaat gekoppeld moet worden. Dit uitgangspunt blijft overeind staan, omdat zorg een intrinsieke waarde heeft. Die is niet afhankelijk van het 'zichtbare' resultaat van de zorg. Het resultaat wordt door meer factoren bepaald, dan alleen door de inbreng van de zorgverlener. Met name door de zegen van God, 1 Kor 3:6-7.

In een evaluatie wordt echter zowel naar het functioneren, als naar het resultaat van de zorg gekeken. Wanneer punten van verbetering gesignaleerd worden, ligt er een taak voor de betrokken zorgverleners om hieraan te werken. Een professionele zorgverlener zal zich inzetten voor een goede bijdrage.

Tegelijkertijd wijst het bijbelse onderscheid tussen zaaien en groeien, zeg maar tussen inzet en resultaat, erop dat **gebed** een belangrijk element is van een evaluatiebespreking. Want werk dat bekroond is met zegen, geeft reden God te danken. En moeiten die ontdekt worden, geven reden God te bidden om hulp en zegen.

De onderstaande criteria kunnen dus ook gebruikt worden voor de evaluatie. Ze zijn de weerslag van hetgeen er behandeld is in dit rapport. Wanneer de criteria besproken worden, zal duidelijk worden of de zorg op integere wijze is verleend, of de taak die de zorgverlener heeft in het verlenen van geestelijke zorg ten uitvoer gebracht kon worden en wat de impact is van het werk op de zorgverlener. Bij deze zaken zal de feedback van de zorgvrager betrokken moeten worden. Een evaluatie kan zo aanleiding geven voor intensieve gesprekken over existentiële zaken, die alle deelnemers aan de zorgevaluatie aangaan. Zorgverleners kunnen in deze contacten veel voor elkaar betekenen. De feedback kan verder betekenis hebben voor het persoonlijke geloofsleven.

Evaluatie is waardevol, mits ook de uitkomsten ervan goed *verwerkt* worden. Een goede verwerking heeft een tweeledig karakter. Ten eerste zal de zorgverlener persoonlijk zijn winst moeten doen met feedback. Dit kan bij een volgende bespreking aan de orde komen. Ten tweede moeten algemene aandachtspunten worden gesignaleerd en gecommuniceerd. Er zullen duidelijke communicatiekanalen moeten zijn voor het aankaarten van aangetroffen problemen of voor het vragen van aandacht voor bepaalde zaken die anderszins om verbetering vragen.

Bijlage 1

HANDREIKING VOOR TOERUSTING VANUIT DE BIJBEL

Bij de toerusting voor geestelijke zorgverlening hoort het putten uit het bijbels getuigenis. Over alle facetten die bij 'kwaliteit van geestelijke zorg in de laatste levensfase' horen, is wijsheid te vinden in Gods Woord. Het is belangrijk als zorgverlener thuis te zijn in het Oude en Nieuwe Testament. De zorgverlener kan als het ware een schat van wijsheid opbouwen (vgl. Jh 16:13) door bijvoorbeeld aantekeningen te maken van bijbelstudie, door te putten uit de christelijke traditie of de betrokkenheid bij een gemeente.

Als aanmoediging voor persoonlijke toerustende bijbelstudie is hier een overzicht opgenomen van bijbelgedeelten met betrekking tot de behandelde onderwerpen. In het algemeen verdienen in dit verband een paar bijbelboeken extra aandacht: de Psalmen; beide Petrusbrieven en de Efezebrief. De belijdenisgeschriften bieden veel van waarde, evenals de ziekentrost van Cornelis Hille (1571) die vaak afgedrukt staat in Bijbels in de Statenvertaling⁹. Er kunnen ook bepaalde liederen, gebeden of gedichten zijn, die waardevol zijn om te bewaren of te herinneren met het oog op het verlenen van geestelijke zorg.

Bij het lezen van Gods Woord is het goed om bijzonder te letten op:

- gebeden die je samen kunt bidden
- getuigenissen van een worsteling met kwaad en lijden, waaruit troost geput kan worden
- psalmen die je samen kunt zingen
- belijdenissen, die iemand kan naspreken
- praktische wijsheid die je de weg kan wijzen

Het belangrijkste bij alles is te leven van Gods genade en vervuld te zijn van de hoop van het Evangelie. Om Christus' wil is er toekomst voor een mens met God. God is een grote God, dat mogen we gelovig belijden. Hij is de God die in Jezus Christus Zijn heilsplan realiseert, zo getuigt heel de Bijbel. Dat is de basis om in vertrouwen en dankzegging te leven en zorg te verlenen. Tegelijk betekent dat een oproep om op Hem te vertrouwen.

Werken in de zorg

Tekst	over
Gn 6	Noach gehoorzaamt in geloof de roeping van God
Ps 103 (8-14)	God is genadig en kent Zijn schepselen
Pred 11:1-6	in vertrouwen op God trouw werken, Hij gebiedt Zijn zegen
Ez 18	ieder mens draagt persoonlijke verantwoordelijkheid
Lk 10	gelijkenis over naastenliefde
Rm 8	belangrijke geestelijke toerusting
Rm 12	leven in liefde als levend dankoffer
2 Kor 1:3-7	God geeft barmhartigheid en vertroosting
Gal 5:13-26	vruchten van de Geest
Fil 2:5-11	Christus moet als HEER beleden worden
Fil 4:4-7	vrede van God zal gelovige behoeden

⁹ Zowel in de uitgave van uitgeverij Jongbloed te Heerenveen, als in die van de Gereformeerde Bijbelstichting te Leerdam.

Kol 1:9-14	leven met God geeft toerusting
2 Tim 3:14-17	Schrift biedt toerusting
Hbr 4:14-5:10	wijsheid van boven
Jk 3:13-18	hoop verantwoorden op elk moment
1 Ptr 3:15	het christelijke leven
1 Ptr 4:7-11	de weg die God wijst
1 Jh 3:18-24	God geeft wat nodig is

Betekenis van de zorg

tekst	over
Mt 25:35-40	alsof het voor Christus gedaan is
Mt 5:13-16	als christen licht laten schijnen ook in het werk
Op 14:13	gedane werken zullen bewaard blijven

Afhankelijkheid

tekst	over
1 Kon 8	koning Salomo weet zich afhankelijk
Ri 15:18	Simson redt het niet op eigen kracht
Ps 73	Asaf worstelt met Gods weg

Gods zorg, bescherming en macht

tekst	over
Ps 115, 121, 139	God ziet de mensen
Js 43:1-3	Israël is van de HEERE
Ez 37	God is de God van leven
Mt 18:12-14	God ontfermt Zich over het verlorene

Evangelie: kracht in zwakheid

tekst	over
1 Kor 1:18-2:5	roemen in Gods kracht
2 Kor 12:9-10	Gods kracht openbaart zich in de zwakheid van de mens

Lijden van Jezus Christus

tekst	over
Ps 22	diepe verlatenheid
Js 53	de dienstknecht des HEEREN; Zijn plaatsvervangend offer

Opstanding en hoop

tekst	over
Js 40:31	de HEERE geeft nieuwe kracht
1 Kor 15	de betekenis van Christus' opstanding
2 Kor 4:16-5:10	goede moed, ook bij het sterven
Rm 14:7-10	eigendom des Heeren
Op 1:17-18	Christus heeft de sleutels van de dood

Liefde: vervulling van het gebod

tekst	over
1 Kor 13	kenmerken van de liefde
Mt 5:43-48	liefhebben als de hemelse Vader, Lk 6:27-38

Vrede

tekst	over
Jh 14:27, 16:33	de vrede die Christus schenkt en in Hem te vinden is
Rm 5:1	vrede met God door Christus
1 Kor 14:33	God die een God van vrede is

Gebod

tekst	over
Ps 23	de HEERE is mijn Herder
Ps 25	bidden om vergeving en verlossing
Ps 39:4	hopen op God
Ps 57	bij God rust vinden in gevaren
Lk 11:1-13	'leer ons bidden'

Het laatste gebed van Luther luidde als volgt:

'O mein himmlischer Vater, ein Gott und Vater unseres Herrn Jesu Christi, du Gott alles Trostes, ich danke dir, daß du mir deinen lieben Sohn Jesum Christum offenbart hast, an den ich glaube, den ich gepredigt und bekannt hab, den ich geliebet und gelobet hab. Ich bitte dich, mein Herr Jesu Christe, laß dir meine Seele befohlen sein. O himmlischer Vater, ob ich schon dieses Leib lassen und aus diesem Leben hinwegrissen werden muß, so weiß ich doch gewiß, daß ich bei dir ewig bleiben und aus deinen Händen mich niemand reißen kann'.

In vertaling: 'Mijn hemelse Vader, God en Vader van onze Heer Jezus Christus, God van alle vertroosting, ik dank U, dat U mij Uw lieve Zoon Jezus Christus geopenbaard hebt, in Wie ik geloof, Die ik verkondigd en beleden heb, Die ik liefgehad en geprezen heb. Ik bid U, mijn Heer Jezus Christus, mag ik U mijn ziel toevertrouwen. Hemelse Vader, hoewel ik spoedig dit lichaam zal afleggen en uit dit leven zal genomen worden, ben ik ervan verzekerd, dat ik eeuwig bij U zal zijn en niemand mij uit Uw handen kan roven.'

Perspectief

tekst	over
Js 25 (m.n. vs 7-8)	dood en lijden weggedaan
Ps 138	de HEERE is zo getrouw als sterk
1 Jh 5:10-13	eeuwig leven in Jezus Christus
Op 21	nieuwe hemel en nieuwe aarde

Levenshouding

tekst	over
Jr 7:23	God wijst de weg
1 Kron 29	leven in vertrouwen en lofprijzing
Ps 16	vertrouwen en vreugde
Jh 6	Jezus het Brood des levens

Jh 10, 14, 15, 16	Jezus de goede Herder, de ware wijnstok; en de Trooster
Rm 8:6	gezindheid van de Geest: leven en vrede
Rm 14:7-9	belangrijkste is gericht te zijn op God
Kol 3:8-17	het leven van de nieuwe mens
Kol 4:2-6	bidden en danken, met wijsheid handelen en spreken
Ef 1	rijkdom van de uitverkorenen
Ef 2	alles is genade
Ef 3:14-21	de grote liefde van Christus
Ef 6:10-20	geestelijke wapenrusting
1 Ptr 1:3-12	geloof en zaligheid
Op 1:4-6	zegengroet, vgl. Rm 1:1-7

Voorbereiding op het sterven

tekst	Over
Ps 39	gebed om overgave
Ps 90	dagen tellen
Pred 12:1	zoek een houvast dat deugt, vgl. 2:22,23
Lk 12:22-34	zoek het Koninkrijk bovenal
2 Kor 4-5	goede moed
1 Ptr 1:22-25	de mens is vergankelijk, maar Gods Woord blijft

Genade en vergeving

tekst	Over
Hbr 4:14-16	een Hogepriester in de hemel
1 Jh 1:9	er is vergeving

Bijlage 2

KWALITEIT VAN GEESTELIJKE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE: Beleidslijnen voor directie, middenkader, geestelijk verzorgers, artsen, verpleegkundigen en verzorgenden.

Toelichting

Deze lijst bevat aandachtspunten om de kwaliteit van geestelijke zorg in de terminale fase te bevorderen. Deze punten zijn ontwikkeld voor zowel instellingsbeleid als de hulpverlening. Ze worden gebruikt als aandachtspuntenlijst voor, tijdens en na verleende zorg. De handreiking is bedoeld om in het zorgdossier van de patiënt te worden opgenomen. Ze wordt gebruikt in combinatie met het evaluatieformulier voor patiënten dat los verkrijgbaar is bij de NPV en het Prof.dr. G.A Lindeboom Instituut.

Geestelijke zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de totale zorg. Sterker nog, als de andere onderdelen van zorg - somatisch, psychisch en sociaal – voldoende aandacht krijgen, dan komt er ruimte voor het geloof en de geestelijke zorg.

Thema 0 geeft de basale aandachtspunten voor zorg aan die volgens terminale zieken een absolute voorwaarde zijn voor goede spirituele zorg.

THEMA 0. VOORWAARDEN VOOR HET VERLENEN VAN GEESTELIJKE ZORG

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Houding

- 1) Uit de zorg spreekt een christelijke mensvisie: de mens als schepsel van God, die in genade in ontferming kan vinden, verdient respect, aandacht en liefde.
- 2) De zorgverlener is bescheiden; hij doet zijn werk in afhankelijkheid van God.
- 3) De hulpverlener toont betrokkenheid, invoelingsvermogen en respect voor gedrag, levensbeschouwing, wensen en gevoelens van de zorgvrager.
- 4) De hulpverlener kan omgaan met de eigen gevoelens en bewaakt de eigen grenzen.
- 5) De hulpverlener neemt de vertrouwensrelatie met de zorgvrager in acht (geheimhouding).
- 6) De hulpverlener erkent eventuele fouten en bespreekt deze met de zorgvrager.

Zorgproces

- 7) De zorgverlener realiseert zich zijn positie als zorgverlener (functionele asymmetrie; fundamentele gelijkwaardigheid) en kent de facetten van de zorgverlening: betrokkenheid, inzet, uitvoering, ontvangst.
- 8) De hulpverlener besteedt zorgvuldig aandacht aan de behoefte van de zorgvrager aan pijn- en symptoombestrijding, lichamelijke zorg en aan wensen m.b.t. eten en drinken en aan een zorgvuldige uitvoering van de zorg
- 9) Afspraken met de zorgvrager worden vastgelegd en nagekomen.

- 10) De hulpverlener bewaakt de continuïteit van zorg, ook bij overplaatsing van de zorgvrager van thuis naar een instelling, of omgekeerd.

Informatie en toestemming

- 11) De hulpverlener informeert de zorgvrager over de christelijke identiteit van de instelling en de betekenis daarvan voor de zorgverlening.
- 12) De hulpverlener geeft aan de zorgvrager (liefst in aanwezigheid van een tweede toehoorder) begrijpelijke informatie over ziekte, ziekteverloop, behandelingsmogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan.
- 13) De hulpverlener informeert de zorgvrager over de mogelijkheden en grenzen van de zorg thuis of in de eigen instelling.
- 14) De hulpverlener geeft de zorgvrager tijd om toestemming te verlenen voor onderzoek, behandeling (curatief of palliatief) en/of opname.

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Personeel

- 1) De organisatie bevordert een houding van het personeel zoals hierboven is verwoord en geeft hierbij begeleiding, c.q. supervisie en bijscholingsmogelijkheden.
- 2) De organisatie heeft deskundige hulpverleners in dienst die palliatieve zorg kunnen bieden.
- 3) De organisatie biedt zorgverleners de mogelijkheid tot contact met een geestelijk verzorger.
- 4) De organisatie kan snel op wensen van zorgvragers inspelen.

Voorzieningen

- 5) De organisatie heeft een beschrijving van de verschillende disciplines met hun verantwoordelijkheden.
- 6) De organisatie heeft een systeem om andere deskundigen in te roepen.
- 7) De organisatie heeft voorlichtingsmateriaal over de ziekte en het ziekteproces, en over de voor- en nadelen van onderzoek en behandeling.
- 8) De organisatie heeft een systeem om afspraken met zorgvragers vast te leggen.
- 9) De organisatie heeft een ruimte waar gesprekken kunnen worden gevoerd met de zorgvrager en zijn familie/naasten.
- 10) De organisatie heeft een regeling (vertrouwenspersoon, klachtencommissie) voor het omgaan met fouten en klachten.

THEMA 1. GELOOF EN LEVENSBESCHOUWING

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Betekenis

- 1) De hulpverlener helpt de zorgvrager -indien gewenst- na te gaan hoe hij het doel en de zin van zijn leven, zijn ziekte en sterven tracht te verbinden met zijn geloof.
- 2) De geestelijke zorg die gegeven wordt, bestaat uit luisteren en inleven, verwoorden of tot uitdrukking laten brengen, leiden en troosten, en het bieden van perspectief vanwege het Evangelie.

Begeleiding

- 3) De hulpverlener probeert het verwerkingsproces van de zorgvrager te herkennen, te bespreken en –desgewenst- vanuit zijn geloof te ondersteunen.
- 4) De zorgverlener probeert ondersteuning te verlenen vanuit het bijbels getuigenis en door gebed; met de zorgvrager zoekt hij naar troost, houvast en vrede.
- 5) De zorgverlener waakt voor ‘goedkope’ troost en bagatellisering van de situatie.

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Personeel

- 1) De organisatie heeft deskundig personeel dat de zorgvrager ondersteunt in het verwerkingsproces van het ziek-zijn in het licht van zijn levensovertuiging.

Voorziening

- 2) De organisatie heeft een voorziening om, in overleg met de zorgvrager, gegevens vast te leggen over zijn levensovertuiging en eventuele godsdienstige gebruiken.

THEMA 2. LEVENSDOEL EN LEVENSBALANS

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Balans opmaken

- 1) De hulpverlener signaleert en bespreekt eventuele behoeften van de zorgvrager en zijn naasten om terug te kijken op zijn leven en vooruit te zien naar de periode die rest en heel het leven te zien in het licht van het Evangelie.

Verlieservaring

- 2) De hulpverlener ondersteunt de zorgvrager en diens naasten -indien gewenst- bij verlieservaring of veranderingen in zijn levensomstandigheden (bijv. in privé, gezin, werk, andere bezigheden).

Afronden

- 3) De hulpverlener helpt in kaart brengen welke verantwoordelijkheden en taken de zorgvrager voor zichzelf ziet, ook vanuit het geloof, en ondersteunt hem bij het realiseren van wensen op dit gebied.
- 4) De hulpverlener roept op verzoek van de zorgvrager een deskundige in om zijn materiële zaken te behartigen.

THEMA 3. ERVARINGEN EN EMOTIES

A. Aandachtspunten voor hulpverlener

Omgaan met emoties

- 1) De hulpverlener weet de nood te onderkennen bij een eventueel geuite doodswens van de zorgvrager en bespreekt het beleid van zijn huisarts of van de instelling.
- 2) De hulpverlener toont begrip voor de zorgvrager die zich vastklampt aan het leven en probeert hem te helpen om dit te verwoorden, hem te troosten en te begeleiden.
- 3) De hulpverlener kan de behoefte van de zorgvrager om geestelijke pijn bespreekbaar te maken signaleren en probeert hem zo mogelijk ook vanuit het geloof te helpen daarmee om te gaan.
- 4) De hulpverlener toont begrip voor en probeert de zorgvrager, aansluitend bij diens geloof, te ondersteunen in het verwerken van verlies van lichamelijke en psychische functies.
- 5) De hulpverlener kan psychische afweermechanismen signaleren en daarmee omgaan.

Verwijzen

- 6) De hulpverlener consulteert zonodig andere deskundigen met betrekking tot verwerkingsprocessen (bijv. geestelijk verzorger, gemeentepredikant, psycholoog).

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Personeel

- 1) De organisatie heeft deskundig personeel, dat besef heeft van de emotionele betekenis van het sterven en dat de zorgvrager kan ondersteunen in het verwerkingsproces.
- 2) De organisatie biedt mogelijkheden voor supervisie of coaching van het personeel m.b.t. emotionele uitingen over de dood.

Voorziening

- 3) De organisatie heeft een beleid voor het omgaan met een doodswens en zorgt voor bekendmaking hiervan bij opname.

THEMA 4. MOED, HOOP EN GROEI

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Bronnen

- 1) De hulpverlener probeert de zorgvrager zo mogelijk te helpen uit het geloof en eventueel ook uit andere 'bronnen', hoop, moed en kracht te putten.

Zelfbeeld zorgvrager

- 2) De hulpverlener signaleert een eventueel veranderingsproces in het zelfbeeld (negatief of positief) van de zorgvrager en kan dit zo nodig bespreekbaar maken en de zorgvrager daarbij helpen.

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Voorziening

- 1) De organisatie biedt de zorgvrager toegang tot bronnen (zoals lectuur, muziek, natuur en ontmoetingen) waaruit de zorgvrager mogelijk kracht kan putten.

THEMA 5. GODSDIENSTIGE GEBRUIKEN EN GEWOONTEN

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Ondersteuning

- 1) De zorgverlener informeert de zorgvrager over de met het geloof samenhangende activiteiten in de organisatie.
- 2) De zorgverlener onderkent de betekenis van godsdienstige gebruiken en gewoonten, namelijk als vormen van geloofsbeleving die de betekenis van Gods Woord kunnen verduidelijken en bevestigen en het geloofsleven kunnen versterken, en ondersteunt deelname daaraan.
- 3) De hulpverlener gaat na welke specifieke gebruiken en gewoonten voor de zorgvrager en zijn naasten belangrijk zijn rond het sterven en afscheid nemen van de zorgvrager.

Afbakening van deskundigheid

- 4) De hulpverlener kan zijn eigen grenzen aangeven wanneer de zorgvrager hem verzoekt deel te nemen aan godsdienstige activiteiten.
- 5) De hulpverlener roept op verzoek van de zorgvrager de hulp in van een geestelijk verzorger/gemeentepredikant.

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Personeel

- 1) De organisatie heeft personeel in dienst dat kennis heeft van en respect heeft voor (culturele) verschillen in de uitingsvormen van de geloofsbeleving.

Voorzieningen

- 2) De planning van zorg wordt afgestemd op de met het geloof samenhangende activiteiten.
- 3) De organisatie heeft een bezinningsruimte en faciliteiten voor samenkomsten.

THEMA 6. RELATIES

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

Aandacht voor contacten

- 1) De hulpverlener vraagt (en noteert) bij opname aan de zorgvrager welke relaties voor hem van belang zijn of waren.
- 2) De hulpverlener vraagt bij opname aan de zorgvrager of hij banden heeft met een kerkelijke gemeente of geloofsgemeenschap; indien gewenst legt hij daarmee contact en creëert gelegenheid tot ontmoeting.
- 3) De hulpverlener probeert de zorgvrager -indien gewenst- te helpen om de kwaliteit van relaties met naasten te verbeteren (mogelijk maken van ontmoeting, ondersteuning bij verzoening, communicatieblokkades bespreekbaar maken).

Aandacht voor naasten

- 4) De hulpverlener informeert de zorgvrager over de verblijfsmogelijkheden die de organisatie biedt voor zijn naasten.
- 5) De hulpverlener ondersteunt de zorgvrager en zijn naasten bij het naderende afscheid.
- 6) De hulpverlener biedt begeleiding aan de nabestaanden van de overledene in verband met rouwverwerking.

B. Aandachtspunten voor de organisatie

Personeel

- 1) De organisatie biedt mogelijkheden voor supervisie of coaching van het personeel m.b.t. verwerkingsprocessen en begeleiding van zorgvragers en hun sociale netwerk.

Voorzieningen

- 2) De organisatie biedt een zo flexibel mogelijke bezoekenregeling voor de zorgvrager.
- 3) De organisatie heeft verblijfsmogelijkheden en communicatiemiddelen voor naasten.

THEMA 7. ORIËNTATIEBRON EN LEIDRAAD

A. Aandachtspunten voor de hulpverlener

- 1) De zorgverlener onderzoekt wie of wat een oriëntatiefunctie heeft voor de zorgvrager, als leidraad of voorbeeld.
- 2) De hulpverlener ondersteunt de zorgvrager in het nemen van zijn eigen beslissingen (binnen het kader van het instellingsbeleid).
- 3) De hulpverlener bespreekt wie de zorgvrager desgevraagd kan adviseren bij ethische beslissingen inzake de zorgverlening, zoals het instellen, continueren en staken van behandeling (bijv. sondevoeding).
- 4) De zorgverlener signaleert eventuele verwarring bij de zorgvrager vanwege de crisis waarin hij zich bevindt, en geeft hem indien gewenst ondersteuning met inachtneming van de geloofsovertuiging en levensgeschiedenis van de zorgvrager.