

Indicatie of intuïtie voor geestelijke zorgverlening

Door: drs. Ton Hanrath* en drs. Johan Serré*

Op welke manier kunnen indicaties voor geestelijke zorgverlening bijdragen aan de integratie van geestelijk verzorging in het zorgproces? Ton Hanrath en Johan Serré doen verslag van hun onderzoek op een IC-afdeling van het academisch ziekenhuis in Maastricht. De resultaten waren verrassend. Zorgverleners varen bij hun vraag naar geestelijke verzorging op het kompas van hun intuïtie. Ook hun persoonlijke relatie met de geestelijk verzorgers is daarbij van belang. Het project kreeg zo een onverwacht nieuwe wending.

Begin 2006 werd in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) onderzoek verricht naar indicaties voor geestelijke verzorging op de IC-afdeling. De doelstelling van het onderzoek was: 'het bevorderen van geïntegreerde geestelijke zorgverlening op de intensive care afdelingen van azM door het ontwikkelen van concrete indicaties voor geestelijke verzorging'. Het was een pilot met een ziekenhuisbrede doelstelling om de noodzaak en noodzakelijke kwaliteit van geïntegreerde geestelijke zorgverlening aan te tonen. De dienst geestelijke verzorging van het azM wilde nagaan hoe primaire zorgverleners de behoeften aan geestelijke verzorging op hun afdeling inschatten en in welke mate de ontwikkeling van indicaties voor geestelijke verzorging kunnen bijdragen aan de integratie van de geestelijke verzorging in het zorgproces. We beschrijven hierna kort de bij het onderzoek gevolgde methode en geven een tussentijds resultaat weer: een lijst van twintig thematisch geordende indicaties. In dit artikel staan overigens niet zozeer de indicaties centraal.¹ De focus ligt op de evaluatie van het onderzoek door een aantal leidinggevende verpleegkundigen. Het zijn vooral hun commentaren die ons binnen dit artikel stof tot nadenken geven!

Indicatie

Een indicatie is een vaststelling of en in welke mate een patiënt/cliënt in aanmerking komt voor zorg en welk type zorg dat is. Het indicatieadvies vormt de formele machtiging om zorg te ontvangen.² Bij een indicatie gaat het met andere woorden om een vaststelling die verwijst naar een objectieve hulpbehoefte bij de cliënt. Het gaat hierbij om een behoefte aan professionele hulp waartoe door gezondheidsdeskundigen wordt beslist.³ Wij kozen bij dit onderzoek, zoals uit de hieronder beschreven onderzoeksmethode zal blijken, voor een inductieve benadering. Dit hield in dat wij de vaststelling van objectieve hulpbehoefte in haar geheel overlieten aan de primaire zorgverleners van de betrokken afdeling (verpleegkundigen, artsen en aanverwante zorgdisciplines) en dus niet aan de geestelijk verzorger zelf. Een objectieve hulpbehoefte veronderstelt weliswaar theoretische opvattingen omtrent het vakgebied.⁴ Men zou kunnen veronderstellen dat de geestelijk verzorger vanuit eigen kennis en kunde het best in staat is om deze theoretische inzichten te leveren – en dus om hieruit indicaties voor geestelijke verzorging af te leiden. Maar ook al heeft de geestelijk verzorger duide-

lijke, theoretisch afgeleide opvattingen over mogelijke situaties waarin geestelijke zorg geïndiceerd is, dan nog is deze aangewezen op samenwerking met andere zorgverleners om zicht te krijgen op (en toegang tot) deze situaties. Verpleegkundigen en artsen hebben immers frequenter contact met de patiënt en diens relaties dan de geestelijk verzorger. In het beste geval zijn de primaire zorgverleners op de afdeling als het ware de ‘ogen en oren’ van de geestelijk verzorger. Alleen om die reden al is het nuttig om een helder beeld te krijgen van de situaties waarin primaire zorgverleners een taak voor de geestelijk verzorger op hun afdeling zien weggelegd. Mogelijk stemt dit beeld niet helemaal overeen met de wijze waarop de geestelijk verzorger zijn eigen rol ziet, of wenst te zien. Ongetwijfeld kunnen opvattingen door middel van klinische lessen en door de dagelijkse samenwerking van andere zorgverleners en geestelijk verzorger worden bijgesteld. Toch blijft ook dan het risico bestaan dat louter deductieve, uit de vaktheorie afgeleide, indicaties dode letter zullen blijven, tenzij zij enigermate aansluiten bij wat verpleegkundigen en artsen zien als de taken van de geestelijk verzorger op hun afdeling. Een bijkomend argument om de IC-afdeling te kiezen voor een pilot-onderzoek naar indicaties én om hierbij een inductieve methode te hanteren, is de bijzondere medische toestand waarin de patiënten zich op een IC-afdeling bevinden. Ook al zijn sommige patiënten bij bewustzijn, vaak zijn zij, bijvoorbeeld door mechanische beademing, niet of nauwelijks tot communicatie in staat. Daarom is het voor een geestelijk verzorger niet eenvoudig om in een eerste contact zicht te krijgen op de *subjectieve* hulpbehoefte van een dergelijke patiënt. De verpleegkundige is, door de intensieve omgang met de patiënt bij de verzorging, véél beter in staat de signalen en vragen van de patiënt of diens naasten op te vangen dan de geestelijk verzorger. De primaire zorgverleners zijn op de IC-afdeling niet alleen de spreekwoordelijke ogen en oren van de geestelijke verzorger. In veel gevallen zijn zij ook de enige ‘spreekbuis’ van de patiënt.

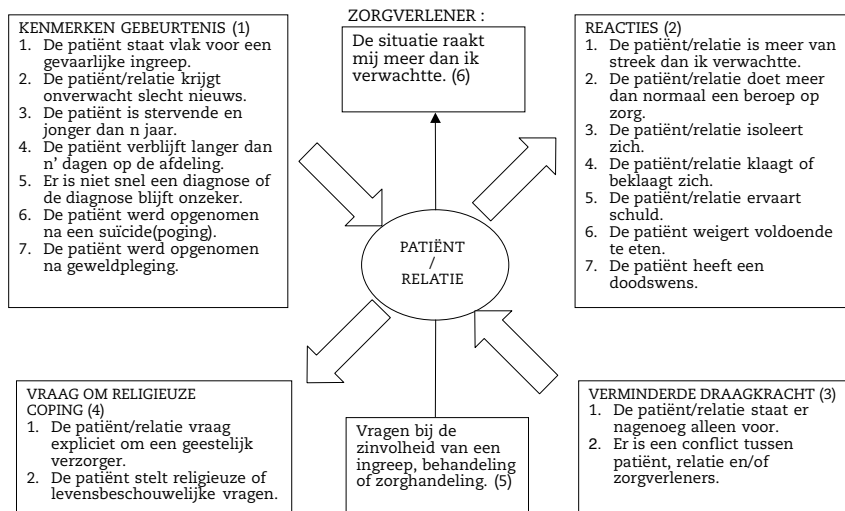
Onderzoeksmethode

De ‘inductieve intentie’ weerspiegelt zich ook in de onderzoeksmethodiek. Hierbij kozen we voor een vorm van participerende observatie; de zogenaamde *community based action research*.⁵ Concreet vertaald betekende dit onder andere het volgende: De IC-afdeling van het azM bestaat uit 6 units: een cardiologische IC; een cardiochirurgische IC; een pediatrie IC, een neonatologische IC en twee algemene IC-afdelingen. De onderzoeker werd één maand voor de ingang van de onderzoeksperiode toegewezen als geestelijk verzorger aan deze zes units. Tijdens de onderzoeksperiode was hij 2 x 24 uur per week beschikbaar voor de IC-afdelingen. Daarbinnen melde de onderzoeker/geestelijk verzorger zich elke dag bij de verpleegposten van de IC-units met de vraag wat hij die dag als geestelijk verzorger voor patiënten, bezoekers van patiënten, of medewerkers van de unit kon betekenen. Elk contact met een patiënt van de IC-afdeling, dat uit een oproep of uit het dagelijkse aanbod van geestelijke verzorging aan de units resulteerde, werd zorgvuldig gedocumenteerd. Bijgehouden werd onder andere *wie* het initiatief nam om de geestelijk verzorger in te schakelen, met *welke argumenten* de initiatiefnemer het beroep op geestelijke verzorging motiveerde, en *welke interventies* uiteindelijk uit het contact met de cliënt resulteerden. Daarnaast interviewde de geestelijk verzorger een aantal zogenaamde ‘sleutelfiguren’ van de IC-afdeling en enkele andere personen die nauw bij de werking van de afdeling betrokken waren. Hierbij kwamen alle unit-leiders (hoofdverpleegkundigen) aan de beurt, en verder nog verpleegkundigen, artsen en aanverwante zorgdisciplines. Elk interview startte met de vraag: ‘Noem drie of meer situaties waarin er *volgens u* behoefte kan zijn aan een geestelijk verzorger op de IC-unit’. Eventuele bijkomende vragen van de onderzoeker hadden uitsluitend tot doel het antwoord van de respondent te verhelderen, concretiseren, of verdiepen. Van elk interview werd onmiddellijk na afloop een verbatim opgemaakt. Verder was de geestelijk verzorger

aanwezig op minstens één patiëntenbespreking. Na de bespreking van de (medische) toestand van elke patiënt werd aan de deelnemende zorgverleners gevraagd of, en in welke mate, zij bij de patiënt of bij de relaties van de patiënt een behoefte aan geestelijke verzorging veronderstelden. Vervolgens werd hen gevraagd dit antwoord te motiveren. Tenslotte werden ook 'vijfendertig praktijkberichten'⁶, die Henk van Breukelen in 1997 als pastor op de IC-afdeling van het LUMC verzamelde, als *critical incidents* geanalyseerd.⁷ Dit betekende onder andere dat werd nagegaan – voor zover de tekst dit toeliet – op wiens initiatief en om welke redenen er in elk van deze casus op de pastor een beroep werd gedaan. De doelstelling van het onderzoek en de onderzoeksopzet werden vooraf aan de unit-hoofden en aan de arts die verantwoordelijk was voor de afdeling gecommuniceerd. Nadat zij hun engagement met het onderzoek hadden gegeven, werden de overige medewerkers van de afdeling op de hoogte gebracht. Aan de medewerkers beloofden wij dat zij van de resultaten van het onderzoek op de hoogte zouden worden gebracht. In een eerste fase zou aan de unit-hoofden worden teruggekoppeld. Uit de vier eerder beschreven informatiebronnen, de cliëntcontacten, de patiëntenbesprekingen, de interviews en de analyse van de *critical incidents*, konden we afleiden welke meestal latente indicaties voor geestelijke verzorging zorgverleners op de IC-afdeling hanteren. Een verpleegkundige zegt bijvoorbeeld: 'Gaat u bij die patiënt maar eens langs, want die ligt hier al zo lang'. We kunnen dan de volgende latente indicatie voor geestelijke verzorging formuleren: 'de patiënt verblijft langer dan n dagen op de afdeling'. Het aantal dagen kan later in overleg met de afdeling worden ingevuld. Wanneer op een patiëntenbespreking een arts opmerkt: 'volgens mij kan die familie best wel wat ondersteuning gebruiken, want ze verwachtten waarschijnlijk niet zo'n slechte diagnose'. De latente indicatiestelling is dan: 'de patiënt en/of relatie krijgt onverwacht slecht nieuws'. Dit resulteerde uiteindelijk in een lijst van twintig indicaties voor geestelijke

verzorging op de IC-afdeling (zie schema). Sommige van deze 'indicaties' roepen ongetwijfeld vragen op. Bijvoorbeeld bij de indicatie: 'een patiënt is stervende en jonger dan ... jaar', zullen sommigen zich ongetwijfeld afvragen: waarom perse een geestelijk verzorger bij iemand die stervende is? Gaat het om een behoefte van de patiënt? Van de familie? Van de zorgverlener misschien? Wordt de geestelijk verzorger/pastor gevraagd voor een ziekenrite? En waarom alleen bij een jong iemand? Ongetwijfeld terechte vragen. Maar in dit artikel gaan we niet inhoudelijk op elk van deze indicaties in. De indicaties sluiten ook in hun formulering zo nauw mogelijk aan bij wat in het gedrag en in de woorden van de primaire zorgverleners tot uiting kwam. In het schema hebben we ook niet aangegeven hoe vaak een bepaalde indicatie kon worden afgeleid. Evenmin werd aangeduid welke beroeps categorieën (verpleegkundigen, artsen en aanverwante zorgverleners) een bepaalde indicatie in de praktijk hanteren, noch de precieze omstandigheden waarin dit gebeurde. De verwerking van alle gegevens uit het onderzoek is nog niet afgerond. Aan een doorgedreven kwantitatieve analyse zal trouwens niet al te veel belang mogen worden gehecht, gezien de beperkte omvang van het onderzoek.

Zoals men in het schema (zie pagina 5) kan zien worden de indicaties in zes velden ingedeeld. De patiënt en zijn relatie staan in het brandpunt. Daaromheen groeperen zich vier soorten indicaties. Heel algemeen kan men stellen dat het centrale thema van geestelijke verzorging 'zingeving' is.⁸ Situaties van ziekte, lijden of verlies kunnen in het ziekenhuis bij de patiënt en/of zijn relatie een zingevingscrisis veroorzaken. De indeling binnen het schema sluit dan ook aan bij wat meer algemeen reeds over 'crisis' is onderzocht en geschreven.⁹ Onderzoek heeft aangetoond dat men in bepaalde gebeurtenissen of situaties 'bepalende factoren' kan onderscheiden die het ontstaan van een existentiële crisis waarschijnlijker maken. Deze 'kenmerken van een gebeurtenis' vormen een eerste groep van indica-



ties. Daarnaast wijzen verscheidene auteurs op de veelheid en op het belang van 'crissignalen'. Dit kunnen zijn: doodswensen, uitingen van schuldgevoel, veranderingen in eetgedrag, agressie, enzovoort. Deze signalen kunnen worden geïnterpreteerd als symptomen van een 'bedreiging voor de zingeving' en vormen bijgevolg een tweede groep van indicaties. Een andere belangrijke observatie is dat het optreden en de zwaarte van een crisis in sterke mate afhangt van de hulpbronnen en van het individu. Naast de perceptie van de gebeurtenissen, is het de perceptie van de hulpbronnen die bepaalt of er een crisis zal optreden. Een aantal van de door ons afgeleide indicaties kan mogelijk in verband gebracht worden met een deficiënte of gestoorde draagkracht van de patiënt. Zij vormen een derde groep. Van belang blijkt eveneens de 'coping' bij crises. Coping kan worden omschreven als een *referring to strategies for dealing with threat*. De geestelijke verzorging is dan één van de strategieën die door een patiënt of zijn familie kunnen worden ingeschakeld. De directe of indirecte vraag van een patiënt naar religieuze coping kunnen we als een vierde soort indicatie beschouwen. Strikt genomen is een feitelijke hulpvraag geen indicatie. Echter, wanneer de patiënt om een geestelijk verzorger vraagt dient de

zorgverlener deze in te schakelen! Daarnaast is er nog een vijfde soort indicatie, die betrekking heeft op ethische problematiek. In de laatste indicatie staat niet de patiënt en/of relatie van de patiënt centraal, maar de zorgverlener zelf.

Te medisch

We legden dit schema voor aan de hoofden van de IC-units. Waren dit volgens hen twintig goede redenen om een geestelijk verzorger in te schakelen? Konden zij deze indicaties in de dagelijkse praktijk op de afdeling herkennen?

Wij verwachtten van hen een gemotiveerde bevestiging, afwijzing van, of twijfel bij elk van de indicaties op de lijst. Maar aan een inhoudelijke bespreking van de afzonderlijke indicaties werd die middag niet toegekomen. De reactie van de unit-hoofden was verrassend, eensluidend en vrij heftig. In de eerste plaats maakten ze bezwaar tegen het gebruik van de term 'indicatie' zelf. Dit zou 'te medisch' klinken en de zorgverleners van de afdeling alleen maar 'op een verkeerd spoor' zetten. Gevraagd naar de redenen hiervoor, werd geantwoord dat geestelijke verzorging 'op die manier niet werkt'. Interessant! Maar hoe werkte geestelijke verzorging volgens hen dan wél? Bij dóórfragen bleek het

antwoord van de unit-hoofden drie elementen te bevatten. Voor de duidelijkheid en beknoptheid zetten we deze argumenten hier misschien wat scherper neer dan ze in de evaluatie met de unit-hoofden tot uiting kwamen; de teneur ervan is echter onmiskenbaar. In de eerste plaats zullen de meeste verpleegkundigen, in situaties waarin een patiënt of zijn familie niet zélf om een geestelijk verzorger vraagt, *zelf wel voelen of zien* wanneer een geestelijk verzorger moet worden ingeschakeld. Strikte richtlijnen hierover zijn hoogstens van secundair belang. Maar zelfs in het geval dat de verpleegkundige bij een patiënt of familielid behoefte aan geestelijke verzorging vermoedt, zal deze de geestelijk verzorger alleen maar inschakelen op voorwaarde dat de verpleegkundige deze *persoonlijk kent en vertrouwt*. Dat kennen en vertrouwen heeft betrekking op de houding van de geestelijk verzorger ten opzichte van andere religies of levensbeschouwingen. Is de geestelijk verzorger voldoende flexibel en staat deze open voor andere overtuigingen en tradities? Denkt deze misschien té traditioneel? Daarnaast zijn ook persoonlijke kwaliteiten van de geestelijk verzorger van belang: Is de geestelijk verzorger rustig, fijngevoelig, een goede communicator, collegiaal? De attitude van de geestelijk verzorger met betrekking tot andere religies of levensbeschouwingen en de kwaliteiten als persoon lopen als het ware in elkaar over. Pas wanneer er voldoende contacten zijn geweest tussen de geestelijk verzorger en de zorgverlener kan deze laatste inschatten wat voor iemand de geestelijk verzorger is. Zo kan er na verloop van tijd voldoende vertrouwen zijn opgebouwd. De relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt blijkt vanuit het perspectief van de verpleegkundige 'te intiem' om er een 'wildvreemde' op los te laten. De ervaringen tijdens ons onderzoek leken dit te bevestigen: aanvankelijk werden slechts weinig patiënten door de zorgverleners van de IC-afdeling aan de geestelijk verzorger/onderzoeker doorverwezen. Tegen het einde van de onderzoeksperiode verliepen de contacten vlotter en vanzelfsprekender en werd de geestelijk verzorger bij zijn bezoek aan de

units vaker op de mogelijke behoeften van patiënten en familieleden attent gemaakt. Ten derde reageerden de unit-hoofden op onze beschrijving van het proces van indicatieontwikkeling met verhalen over de 'vroegere rector' van het ziekenhuis. Deze goede man liep haast iedere dag bij alle patiënten langs; hij genoot het persoonlijke vertrouwen van de meeste medewerkers; en – het allerbelangrijkste! – de medewerkers van de afdeling wisten duidelijk *waarvoor hij stond*. Het spreekt vanzelf dat wij de antwoorden van deze groep van zorgverleners niet zomaar mogen veralgemeniseren. Maar evenmin kunnen we hun opmerkingen naast ons neerleggen. De aandacht voor de evaluatie van de onderzoeksgegevens door de participanten aan het onderzoek maakt deel uit van de gevolgde onderzoeksmethode (*action research*).

Intuïtie

Nog los daarvan, geeft de driedelige reactie van de unit-hoofden heel wat stof tot nadenken. In de eerste plaats vroegen we ons af of het nog wel zo'n goed idee was om te spreken over *indicaties* voor geestelijke verzorging. We schreven het al: een indicatie is een 'vaststelling of en in welke mate een patiënt/cliënt in aanmerking komt voor zorg en welk type zorg dat is'. Het woord 'vaststelling' kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Men kan het enerzijds verstaan als een objectief *gegeven* dat wordt vastgesteld (*passivum*), waarbij de persoon die vaststelt (de actor) helemaal buiten het blikveld blijft. Strikt genomen zou men deze aanpak kunnen vergelijken met de wijze waarop op een IC-afdeling de vitale parameters van de patiënten worden bewaakt. Daalt de bloeddruk van een patiënt onder een bepaald niveau, of stijgt de temperatuur boven een bepaalde waarde, dan zal de monitor een alarmsignaal uitzenden waardoor een zorgverlener kan worden ingeschakeld. Het proces verloopt automatisch. De waarneming gebeurt als het ware passief en van op afstand. De winst van een dergelijk systeem bestaat er uit dat de zorgverlener niet constant actief diens aandacht op de

patiënt hoeft te richten. Een belangrijk deel van de tijd bevindt de zorgverlener zich elders, soms letterlijk achter glas. Wanneer indicaties worden verstaan als een soort algoritmen (als [voorwaarde] vervuld, dan geestelijke verzorging) dan werken zij passiviteit en distantie in de hand. De actieve aandacht van de primaire zorgverlener en diens empathie voor de patiënt hoeven bij dit quasi automatische proces immers niet te worden ingeschakeld. We kunnen 'vaststelling' echter ook op een andere manier interpreteren; namelijk niet als een objectief gegeven, maar als een complex proces van vaststellen (activum). Nu komt de persoon van de vaststeller wél in beeld, niet alleen als detector, maar als actor; niet alleen als iemand die observeert en nadenkt, maar ook als iemand die meevoelt en invoelt in de patiënt. De waarnemer schakelt niet alleen zijn kennis in, maar zijn hele persoon, met inbegrip van zijn empathische vermogens. Uit onze gesprekken met de unit-hoofden blijkt duidelijk dat hun fundamentele bezwaar tegen het begrip 'indicatie' neerkomt op een afwijzing van de eerste interpretatie.

Toch blijven we er ook nu nog – na de ontvuchtende reacties van de unit-hoofden – van overtuigd dat de criteria die primaire zorgverleners bewust, onbewust of halfbewust aanwenden bij de inschakeling van een geestelijk verzorger behoefte hebben aan explicitering; de reden daarvoor gaven we eerder al aan. Er bleef ons geen keus dan op zoek te gaan naar een andere aanduiding voor wat we eerder 'indicatie' noemden en op zoveel weerstand stuitte. We meenden dit alternatief te vinden in het woord 'intuïtie'. Volgens het Groot Woordenboek van de Nederlandse Taal is een intuïtie een 'door onmiddellijke innerlijke aanschouwing verkregen voorstelling'. Wat zou dit in deze context kunnen betekenen? Wij zijn van mening dat het begrip intuïtie in grote mate tegemoet komt aan de bezwaren die eerder werden geformuleerd. Opdat door innerlijke aanschouwing een bepaalde voorstelling tot stand kon komen, moeten duidelijk meer dan alleen maar cognitieve processen een rol spe-

len. De persoon van de schouwer is innerlijk aanwezig, met gebruik van diens verstand, maar ook met diens hart (bewuste emoties), en zelfs met diens 'buik' (op een onbewust niveau). Alle empathische vermogens kunnen in het contact met de patiënt worden ingezet. Overigens hoeft dit alles niet te betekenen dat de balans voortaan in de andere richting doorslaat: handelen op basis van intuïties is niet hetzelfde als willekeurig handelen! De geestelijke verzorging kan, als wetenschappelijk gefundeerde zorgprofessie, niet ontkomen aan de opdracht aan theorievorming te doen – wat in dit geval wil zeggen: nadenken over intuïties en ze, waar nodig, aan een grondige kritiek onderwerpen. In dit verband vragen we ons af of het vruchtbaar zou kunnen zijn het spanningveld tussen indicaties en intuïties in verband te brengen met het onderscheid tussen *expliquer* (*erklären*; verklaren) en *comprendre* (*verstehen*, begrijpen).¹⁰ Verklaren is vooral een analytische en cognitieve activiteit en behoort tot de methoden van de positieve wetenschappen; begrijpen daarentegen is vooral een synthetische activiteit en behoort tot de methode van de sociale wetenschappen. Bij begrijpen spelen niet alleen cognitieve processen een rol, maar kliniken ook persoonlijk doorleefde ervaringen, intuïtie en empathie door. Wat we hierboven schreven over 'innerlijke aanschouwing' en 'zien met gevoel' lijkt ons hoe dan ook een passend antwoord op het eerste bezwaar van de unit-hoofden, namelijk dat verpleegkundigen zelf wel zullen voelen of zien wanneer een geestelijk verzorger moet worden ingeschakeld. Deze beschouwingen over intuïtie versus indicatie werpen ook een ander licht op het tweede element in de reactie van de unit-hoofden: doorverwijzing van patiënten zou pas werken op voorwaarde dat de verpleegkundige de geestelijk verzorger 'persoonlijk kent en vertrouwt'.

Inzicht en aanvoelen

Laten we twee alternatieve situaties in gedachten verkennen. Stel dat in de eerste situatie een geestelijk verzorger van verpleegkundigen verwacht dat zij

patiënten als het ware *blindelings* doorverwijzen. Op basis van een lijst van indicaties zal de verpleegkundige de behoefte aan geestelijke zorg 'aan de patiënt af lezen', een beetje op de manier waarop men een thermometer afleest. Die verwachting doet geen recht aan de autonomie van de verpleegkundige die zelf tot een empathische interpretatie van de spirituele toestand van de patiënt in staat geacht mag worden. Het doet evenmin recht aan diens motivatie. Want bij de keuze voor een zorgberoep speelt het 'relationele' een grote rol. Indicaties begrepen als algoritmen bieden geen ruimte voor het ontwikkelen van een relatie met de zorgvrager. In het verlengde hiervan wordt ook afbreuk gedaan aan de mogelijkheid en bereidheid van de zorgverlener om de *totaalzorg* voor de patiënt op zich te nemen. Dat zou een bijwerking kunnen zijn van een te instrumenteel gebruik van indicaties. Wie zich zelfs binnen het spirituele domein beperkt tot het louter 'aflezen van temperaturen', verliest al gauw elke voeling met de zin van zorg. Dit komt de kwaliteit van de zorgverlening niet ten goede. Stellen we ons daarentegen een tweede situatie voor waarin een geestelijk verzorger van de andere zorgverleners niet langer verwacht dat zij *blindelings* een lijst van indicaties toepassen. De geestelijk verzorger maakt hen attent op een aantal intuïties en vraagt of ze deze naar eigen *inzicht en aanvoelen* in hun dagelijks werk een plaats zouden geven. Dan wordt wél recht gedaan aan de persoon van de zorgverlener. In die optiek hoeft het ons dan ook niet te verwonderen dat met het accent op het innerlijke schouwen en het subjectieve ook de persoon van de geestelijk verzorger in beeld komt. Bij intuïties gaat het immers niet langer om de strikt objectieve vaststelling van een behoefte aan geestelijke *verzorging* als een geheel van technische of instrumentele handelingen (een beroep *in abstracto*). Het gaat wel om het aftasten van de behoefte aan de geestelijk *verzorger* (als *beroepsuitoefenaar in persona*). De persoon van geestelijk verzorger maakt, net als de persoon van de zorgverlener, deel uit van het *tableau* van de innerlijke aanschouwing van de zorgverlener. Bij

intuïties gaat het met andere woorden om de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Vanzelf rijst dan de vraag of de geestelijk verzorger als derde binnen deze relatie past. Dat verklaart de eisen die zorgverleners stellen aan de persoonlijke kwaliteiten van de geestelijk verzorger. Diens persoonlijk doorleefde spiritualiteit en religieuze en levensbeschouwelijke attitude zijn daar belangrijke elementen van. Eens te meer blijkt dat de persoon van de geestelijk verzorger niet kan worden losgekoppeld van de geestelijk verzorger als professional. Maar blijkbaar is hiermee nog niet alles gezegd! Getuige hiervan de derde opmerking van de unit-hoofden: vroeger was het goed, want toen wisten zij waar de geestelijk verzorger (de rector) 'voor stond'. Blijkbaar komt nu niet alleen de persoon van de geestelijk verzorger in beeld, maar ook de geestelijk verzorger als ambtsdrager, als representant van een bepaalde religie of levensbeschouwing. Daar 'staat' hij immers voor. Eigenlijk geven de unithoofden in hun reactie aan dat de ambtelijkheid, 'het ergens voor staan' nu net niet beperkt moet zijn tot een denominatie. Ze refereren aan een soort van archetypische ambtelijkheid. Je zou kunnen zeggen een ambtelijkheid die de denominaties overstijgt of juist ten grondslag ligt aan de denominatieve interpretaties.¹¹ Het is dus niet voldoende om iedere werkdag op de afdelingen present te zijn, minstens evenzeer komt het er (althans in de ogen van deze unit-hoofden) op aan om 'representant' te zijn. We verkiezen overigens het woord 'representant' boven 'symbool' om het wezenlijke van het ambt uit te drukken. Een representant verwijst naar een persoon en een activiteit; een symbool laat ook een zakelijke en meer passieve interpretatie toe. In zijn 'kleine fenomenologie van het ambt' verwijst Nieuwenhuis naar de wonderlijke hardnekkigheid van het concept ambt.¹² Hij stelt dat 'ambtelijkheid eigen is aan elke cultuur en de religie die erbij hoort' omdat mensen nu eenmaal transcenderende wezens zijn. Het innemen van een metaperspectief is voor de mens een kwestie 'van noodzakelijkheid' en 'religie is het krachtigste metaperspectief dat er bestaat'. Dat metaper-

spectief heeft er behoefte aan 'dat het tegenwoordig wordt gesteld'. Het bovenstaande kan ook over de het begrip intuïtie worden gezegd: wat er in het begrip aan de orde is, hoort pas in laatste instantie thuis in 'het domein van het seculiere: de vaardigheden in de sfeer van bedrijf en beroep'. In de intuïties van verpleegkundigen en andere zorgverleners speelt die betreffende het ambt een grote rol; bij het gebruik van het woord 'indicatie' dreigt dit voor sommigen blijkbaar tussen de plooiën te vallen. Vreemd toch hoe één woord de, op het eerste gezicht 'lastige', opmerkingen van zorgverleners op hun plaats kan doen vallen. Maar het mag duidelijk zijn het gaat natuurlijk om meer dan één enkel woord. De geschetste betekenisverschuiving heeft ook gevolgen voor de wijze waarop de twintig intuïties (want zo zullen we ze voorlopig maar noemen) op de werkvloer functioneren. Een geestelijk verzorger kan natuurlijk een lijst van twintig indicaties op de verpleegpost neerleggen, al dan niet na het geven van een klinische les erover. Of zo'n lijst vervolgens ook wordt gebruikt, dat is natuurlijk een andere kwestie... Intuïties zullen steeds opnieuw moeten worden aangescherpt en dat kan enkel gebeuren in de dagelijkse communicatie tussen twee personen van vlees en bloed – en geest. Soms zullen de motieven van een zorgverlener om een patiënt door te verwijzen naar de geestelijk verzorger moeten worden geëxpliciteerd en verhelderd. Zoiets kan immers duidelijkheid verschaffen over de wederzijdse verwachtingen en tegelijk de intuïtieve gevoeligheid van beiden aanscherpen. De zorgverlener kan hier

door een ruimere kijk krijgen op zijn aandeel in de zorg en een deel van de 'natuurlijke' geestelijke verzorging op de afdeling voor diens rekening nemen. Overigens geeft 85% van de IC-zorgverleners aan, dat geestelijke zorgverlening geïntegreerd deel uitmaakt van de kwaliteit van zorg op hun afdeling.¹³ Geestelijke verzorging is daarbij geen exclusief recht van de geestelijk verzorger, net zomin als aanvaarding, empathie en echtheid exclusieve vaardigheden zouden zijn van de gediplomeerde psycholoog. Op andere momenten is het goed dat de afspraken of 'intuïties' opnieuw naar een meer onbewust niveau zinken; het niveau waar ze ook thuishoren; het niveau waar zich misschien wel het grootste gedeelte van de geestelijke zorg voor mensen afspeelt. Het zo specifieke domein van geestelijke zorgverlening wordt gevormd in het brandpunt van persoonlijke ontmoeting, ambtelijke bemiddeling en professionele begeleiding.¹⁴

We schreven in dit artikel over zien en voelen, kennen en vertrouwen, presentie en representie. Hiervoor kunnen en moeten regels ontwikkeld worden, al was het maar opdat het wezenlijke dat ermee verband houdt zich tussen de regels zou kunnen afspelen.

* Ton Hanrath werkt voor Blue Note Consultants te Maastricht en is als transmuraal geestelijk verzorger verbonden aan het Oncologisch Centrum van het Academisch Ziekenhuis te Maastricht.

* Johan Serré is geestelijk verzorger in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond (N. Brabant). Hij studeerde (praktische) theologie te Leuven en rond momenteel een master Religiewetenschappen af aan de RU Nijmegen (specialisatie Geestelijke Verzorging).

Noten

1. Het onderzoekstraject, dat – als onderdeel van de ontwikkeling van indicaties – ook hun implementatie op de werkvloer beoogde, is nog niet helemaal afgerond. Ook de onderzoeksgegevens dienen nog verder te worden geanalyseerd.
2. Vademecum 2005/2006 van de (Nederlandse) Orde van Medische Specialisten.
3. In de epidemiologie maakt men een onderscheid tussen feitelijke hulpvraag, subjectieve hulpbehoefte en objectieve hulpbehoefte. Zie C.M.H. Hosman, *Psychosociale problematiek en hulp zoeken. Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve*

geestelijke gezondheidszorg, Swets & Zeitlinger, Lisse, 1983, p. 49.

4. C.M.H. Hosman, *Psychosociale problematiek en hulp zoeken*, p. 49.
5. E. T. Stringer, *Action Research*, Sage Publications, Thousand Oaks – London, New Delhi, 1999 (2).
6. H. van Breukelen, *Pastor op de Intensive Care*, KSGV, Nijmegen, 1997.
7. H. Schilderman, *Kritische incidenten in de pastorale arbeid*, in *Praktische Theologie. Tijdschrift voor pastorale wetenschappen* 25, 1998/3, p. 206-217.
8. Zie de definitie van geestelijke verzorging in de Be-

-
- roepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen, VGVZ, 2002, p. 5.
9. In deze paragraaf baseren wij ons vooral op R. Ganzevoort, die het fenomeen crisis synthetisch in kaart probeerde te brengen. Zelf put deze auteur uit het werk van verschillende toonaangevende auteurs en onderzoeken. Zie R.R. Ganzevoort, *Een cruciaal moment. Functie en verandering in crisis*, Boekencentrum, Zoetermeer, 1994, p. 167-185.
 10. Bijvoorbeeld W. Dilthey, *Ideen über eine beschreibende und zergliederende Psychologie*, in *Sitzungsberichte der Berliner Akademie der Wissenschaften*, 1894, 1309-1407.
 11. A.C.H. Hanrath, *Geestelijke verzorging in het hart van de zorg. De professionaliteit van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext*, TGV jrg. 4, nr. 17.
 12. H.J. Nieuwenhuis, *Een kleine fenomenologie van het ambt*, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7^{de} jaargang, oktober 2004, nr. 33, p. 29 e.v.
 13. Als toetsing van de pilot zijn per IC-afdeling vijf vragenformulieren uitgereikt over indicatiestelling en kwaliteit van zorg. De response was 100%. 23% waardeerde geestelijke verzorging als geïntegreerd onderdeel van de kwaliteit van zorg met zeer zinvol; 62% als zinvol en 15% heeft er geen uitgesproken mening over.
 14. A.C.H. Hanrath, *Bestaansgrond en verstaanshorizon. Het ambtshalve karakter van geestelijke verzorging*, TGV jrg. 6, nr. 23.