

# LEVENSBESCHOUWING IN HET REVALIDATIECENTRUM

## *Een gedeelde zorg*

Door: Drs. Matthy Bijleveld\*

*Hoe raakt de geestelijke verzorging ingebed in een instelling? Is de zorg voor levensbeschouwing een gedeelde zorg met anderen of niet? Matthy Bijleveld kreeg de opdracht om dit samen met andere hulpverleners te onderzoeken. In het onderstaande artikel doet zij verslag van het proces van inbedding van de geestelijke verzorging in het beleid van het Centrum voor Revalidatie Beatrixoord in Haren.*

### **De voorgeschiedenis**

Drie jaar geleden ontstond bij mij als geestelijk verzorger in het Centrum voor Revalidatie Beatrixoord in Haren, onderdeel van het UMCG, de wens dat het werk van de geestelijke verzorging beter ingebed zou raken in het beleid van onze instelling. Maar ook dat de zaken waar de geestelijke verzorging voor staat, levensbeschouwing op basis van een brede mensvisie – inclusief aandacht voor ethiek –, breder onder de aandacht zouden komen. Te vaak was ik afhankelijk van de persoonlijke affiniteit van teammanagers of ik nieuwe activiteiten van de grond kreeg of niet.

Hiermee ging ik naar mijn leidinggevende. Zij gaf me de opdracht om met andere hulpverleners in ons centrum te onderzoeken of mijn verzoek breder gedragen werd. Zo ontstond begin 2007 de projectgroep 'Geestelijke verzorging en levensbeschouwing in de zorg'. Deze multidisciplinair samengestelde groep kwam vier keer bij elkaar. Aan de hand van onze gedachtewisseling en bij het onderwerp passende literatuur, heb ik het eindresultaat van deze projectgroep in een notitie beschreven<sup>1</sup>.

### **De notitie**

In de notitie 'Geestelijke Verzorging en levensbeschouwing in de Revalidatiezorg, UMCG, CVR locatie Beatrixoord. Levensbeschouwing in de zorg: een gedeelde zorg' is beschreven wat de rol van geestelijke verzorging kan zijn in het revalidatieproces. In deze notitie wordt als probleemstelling genoemd: zowel bij patiënten als medewerkers bestaat er behoefte aan het meer zichtbaar en bespreekbaar maken van zingevingsvragen in de behandeling en in de zorgverlening. Aandacht voor zingeving komt in de revalidatiepraktijk onvoldoende tot uiting en een expliciete visie op zingeving en zorg ontbreekt.

Hieruit volgt als doelstelling voor de notitie:

1. Het expliciet maken van ethische en zingevingsvragen (ook levensvragen genoemd) in de zorg- en behandelpraktijk.
2. Het creëren van ruimte voor het gesprek over zingeving en waarden in de patiëntenzorg en binnen de organisatie. Enerzijds omdat de aandacht hiervoor bijdraagt aan het herstel van mensen, anderzijds omdat het zorgverleners inspireert in hun werk.

3. Het verduidelijken van de plek van de geestelijke verzorging in het integratieve zorgproces.
  4. Een aanzet maken tot het formuleren van een expliciete visie op zingeving en zorg in het CVR.
- Om deze doelstelling te bereiken hadden we een aantal concrete vragen geformuleerd, die in de notitie besproken worden.

Ik bespreek hier de plaats van het werk van de geestelijk verzorger ten opzichte van dat van artsen en verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. Ik ga in mijn mensvisie uit van een model van drie lagen in het menselijk levensverhaal<sup>2</sup>. Als men het leven van een individu ziet als een verhaal, kan men zeggen dat het levensverhaal van een mens drie lagen heeft, die onderling met elkaar zijn verbonden. Dit laatste wordt tot uitdrukking gebracht door de onderbroken lijnen in het schema.

1 de lichamelijke behoeften

2 de psychosociale behoeften

3 de geestelijke behoeften

Soms is er op één of meerdere van deze gebieden sprake van nood. De artsen en verpleegkundigen zijn vooral bezig met de laag van de lichamelijke behoeften. Maatschappelijk werkers en psychologen met de laag van de psychosociale behoeften. De laag van de geestelijke behoeften is het domein van de geestelijke verzorger. De heelwording en het welzijn van de patiënt op al deze gebieden is tegelijk ook de inzet van de geestelijk verzorger. De laag van de geestelijke behoeften en de eventuele geestelijke nood in het menselijke levensverhaal wordt ook wel de dimensie van de zogenoemde 'trage vragen' genoemd, omdat levensvragen, vragen naar de zin en betekenis van leed en tegenslag, langzaam op gang komen. Ook de antwoorden dienen zich 'levenderwijs' aan.

Aan het begin van een opname in het revalidatiecentrum is een mens voornamelijk gericht op zijn lichaam. Dan spelen vragen een rol als: 'Gaat het weer goed komen met mijn lichaam?' Of: 'In hoeverre komt het weer goed met mijn lichaam?' Als men langer in het revalidatiecentrum verblijft, spelen psychosociale vragen een rol: 'Hoor ik er thuis of op mijn werk nog bij?'

Als geestelijke behoefte geldt bijvoorbeeld de beleving van de eigen identiteit. In het dagelijkse leven vervult een mens verschillende rollen. Zo is zij bijvoorbeeld echtgenote, moeder, dochter, werknemer of werkgever, lid van het schoolbestuur enzovoort. Voor veel mensen vormen deze verschillende rollen met elkaar een groot deel van hun identiteit. De vervulling ervan draagt bij aan de beleving van hun identiteit, aan de eenheid van hun wezen. Als iemand door een langdurige opname in een zorginstelling het contact met deze rollen verliest, kan dat haar het gevoel geven dat zij haar identiteit aan het verliezen is. Als iemand in een dergelijke situatie wordt uitgenodigd om haar levensverhaal te vertellen, zoals dat onder meer bij de GV gebeurt, komt een patiënt weer meer bij zichzelf terug. Als men kan vertellen wie men buiten de instelling is en welke rollen men in zijn leven vervult, draagt dat bij aan het herstel van de eenheid van wezen. Zoals gezegd: de verschillende lagen worden van elkaar gescheiden door stippellijnen. Dit betekent dat alle zorgverleners met alle behoeften van een patiënt te maken krijgen.

### De focusgroep

De bovengenoemde notitie werd breed in het Centrum voor Revalidatie verspreid. Toen wij in het voorjaar van 2008 onze notitie inclusief aanbevelingen aan het Afdelingsbestuur (AB) aanboden, ontvingen wij daarop een positieve reactie. Het afdelingsbestuur deed ons de suggestie, de bevindingen van de projectgroep voor te leggen aan een nog breder samengestelde groep. Dit werd de focusgroep 'Aandacht voor zingeving en levensbeschou-

wing in het CVR, locatie Beatrixoord: een gedeelde zorg'. Parallel aan deze focusgroep liep de cursus 'Zingeving en spiritualiteit in de revalidatie.' Deze cursus was een van de aanbevelingen die uit de notitie werden overgenomen. Mijn collega Adri Spelt ontwikkelde deze cursus en bood deze ook aan in het CVR.

Tegelijkertijd vond de hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, lid van het AB, dat de notitie een goede basis vormde voor vervolgonderzoek, met name op basis van punt 2 uit de doelstelling. Hij merkte tevens op dat hijzelf positieve ervaringen had met de vrijplaatsfunctie van de geestelijke verzorging.

De focusgroep bestond uit een verpleegkundige, een fysiotherapeut, een longarts, een revalidatiearts, een maatschappelijk werkster, twee teammanagers en de geestelijk verzorger.

Deze groep kwam in het eerste half jaar van 2009 vier keer bijeen en sprak over het belang van aandacht voor spiritualiteit, en de verhouding van geestelijke verzorging tot het behandelingsproces. Eén van de artsen was de mening toegegaan, dat geestelijke verzorging een faciliteit is en benadrukte haar vrijplaatspositie. Hij daagde de geestelijk verzorger uit haar eigenheid duidelijk voor het voetlicht te brengen. In één van de bijeenkomsten daarop bracht zij daarom de volgende definitie van levensbeschouwing in. 'Levensbeschouwing is dat wat mensen hoop, kracht, moed, betekenis, steun, troost, richting, inspiratie en rust geeft bij wat hen overkomt'<sup>3</sup>.

De overige leden concludeerden dat de bijdrage van de geestelijk verzorger beter in de patiëntenzorg kan worden geïntegreerd dan op dit moment het geval is en gaven hiervoor ook een paar belangrijke aanwijzingen. Ze vroegen onder andere om een betere anamnesevraag rondom wat waardevol is in het leven van een patiënt. Ze zagen dit als een belangrijke clue om de patiënt te leren kennen. Uit literatuuronderzoek blijkt dat wanneer hulpverleners deze vraag aan patiënten stellen, dit hun ver-

trouwen in de hulpverlener versterkt.<sup>4</sup> Daarnaast kan het kennen van de revalidant het revalidatieproces ten goede komen. Als voorbeeld een casus:

*Een patiënt die een CVA heeft gehad, vertelt mopperend dat hij niet meer naar de ergotherapie wil als men daar erbij blijft dat hij met zijn nog functionerende hand aardappelen moet leren schillen. Als men weet heeft van de achtergrond van deze man zou men begrip kunnen opbrengen voor zijn protest. Mijnheer is alleenstaand en heeft altijd genoten van de maaltijd in een restaurant op de hoek of van het samen eten met zijn hospita. Hij verdiende zijn brood als privé-leraar Duits en vertaler. De maaltijd was het moment van de dag waarvan hij voluit kon genieten en waarop hij zich goed kon ontspannen. Nu zijn leven door het CVA ernstig overhoop ligt, wordt ook de maaltijd als goed moment van genieten een ellendig geploeter door het moeizame aardappelschillen wat hij helemaal niet wil.<sup>5</sup>*

Een andere aanwijzing betreft het kijken of er in een team iemand valt aan te stellen, die zorg draagt voor de geestelijke of levensbeschouwelijke behoeften, c.q. nood, van een patiënt. Dit omdat de geestelijk verzorger niet in staat is om in alle teams het patiëntenoverleg te bezoeken, nog afgezien van de wenselijkheid hiervan. Op deze wijze raakt de brede mensvisie, die de geestelijke verzorging ondermeer met de verpleging deelt, meer geïntegreerd. Zo wordt levensbeschouwing in de zorg een gedeelde zorg. Dit betekent in ieder geval dat de geestelijke verzorging indirect meer geïntegreerd raakt.

De genoemde aanwijzingen van de Focusgroep worden in het Managementteam besproken en zullen zomogelijk in de verschillende teams op de verschillende verpleegafdelingen worden geïmplementeerd.

---

## Terugblik

Als ik als geestelijk verzorger terugkijk op de afgelopen drie jaar van discussiëren, kan ik zeggen dat er door verschillende disciplines is meegedacht over de plaats en de bijdrage van de levensbeschouwing en geestelijke verzorging aan het revalidatieproces. Dat is op zich al een vorm van integratie. Ik geloof zelf in de twee belangrijke aanwijzingen van de Focusgroep, te weten een goede anamnesevraag ten aanzien van wat waardevol is in het leven van een revalidant en alertheid op geestelijke nood, door een speciaal daarvoor aangestelde persoon in een behandelteam. Zo worden levensbeschouwing en de ethische invalshoek een gedeelde zorg. Daarnaast ben ik me zelf meer bewust geworden van de mogelijkheden van de vrijplaatsfunctie. De mogelijkheid om patiënten buiten de behandeling om een gesprek aan te kunnen bieden. Maar altijd zo dat dit het behandelingsproces van de revalidant ten goede komt. Nadere kennismaking met de presentiebenadering speelde hierbij voor mij ook een positieve rol.

---

\* Drs. Matthy Bijleveld is geestelijk verzorger bij het UMCG (Centrum voor Revalidatie, locatie Beatruxoord, Haren).  
Reacties: [m.g.f.bijleveld@cvr.umcg.nl](mailto:m.g.f.bijleveld@cvr.umcg.nl)

---

## Noten

- 1 Notitie Geestelijke Verzorging en Levensbeschouwing in de Revalidatiezorg, UMCG, CVR, locatie Beatruxoord, *Levensbeschouwing in de zorg: een gedeelde zorg*, M.G.F. Bijleveld, UMCG uitgave, 2008.  
U kunt deze notitie digitaal ontvangen als u mailt naar: [m.g.f.bijleveld@cvr.umcg.nl](mailto:m.g.f.bijleveld@cvr.umcg.nl)
- 2 Het schema van de 3 lagen in het menselijke levensverhaal kwam ik in de jaren negentig van de vorige eeuw tegen in Praktische Theologie. Om het domein van de geestelijke verzorging aan te geven heb ik dit schema veel gebruikt in klinische lessen of workshops.
- 3 Deze definitie van levensbeschouwing komt uit de Nota Geestelijke Verzorging UMCG, 2000.
- 4 Zie Charon, R., *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*, In: JAMA, October 2001.
- 5 Dit voorbeeld is afkomstig van collega A. van den Berg uit de tijd dat hij op locatie Beatruxoord werkzaam was.