

# Verhalen verbinden

## Spiritualiteit in actu en de rol van de geestelijke verzorger

Aan de hand van de analyse van de verhalen van een patiënte, haar dochter en de fysiotherapeut verheldert de auteur het belang van een nauwgezet onderzoek van de persoonlijke betekenissen die de betrokkenen hechten aan een aandoening, aan gezondheid en aan een mogelijke behandeling. Dit nauwgezette onderzoek legt de nagestreefde waarden van de betrokkenen bloot en hun onderlinge samenhang (of gebrek daaraan). Juist de geestelijk verzorger kan een belangrijke rol spelen bij de verheldering van deze persoonlijke betekenissen.

### Willem Marie Speelman

**O**NZE ZORGPRAKTIJK, met haar vele protocollen, is sterk gekleurd door beheersbaarheid. Maar het werk van de geestelijk verzorger is anders. Zijn of haar vaardigheid is de omgang met datgene waar wij *geen* regie over kunnen voeren, het onbeheersbare of onafdwingbare. Je kunt angst niet wegwrijven, vertrouwen niet toedienen, en de ziekenzegen werkt ook niet als een *evidence based* behandelmethode. De omgang met het onafdwingbare is oorspronkelijk – en nog altijd – het terrein van het religieuze (Strijards & Speelman, 1994). Bidden is het uitspreken van verlangen in de wetenschap dat verhoring niet kan worden afgedwongen. Het lastige van het religieuze in deze is echter dat eerst ‘onderzocht’ moet worden of en in hoeverre de patiënt religieus en/of spiritueel is en, indien ja, tot welke religie hij

behoort. Bovendien is er geen overeenstemming over de vraag wat religie en spiritualiteit zijn, en hoe deze termen zich tot elkaar verhouden (Reinert & Koenig, 2013; Speelman, 2013). En ten slotte kunnen spiritualiteit en religie, alleen al de woorden, belemmerend werken voor zowel de therapeut als de patiënt. Enerzijds kan de eigen, bijvoorbeeld monotheïstische, religie een belemmering zijn om echt naar de patiënt te luisteren (De Jager Meezenbroek et al., 2012), anderszijds kan juist het ontbreken van een eigen religie een belemmering voor goede zorg zijn (Zinnbauer & Pargament, 2000). Daarom lijkt het me beter om de patiënt zo direct mogelijk te volgen in zijn of haar persoonlijke omgang met zijn of haar situatie. Als God of religie daarin een rol spelen, komt dat vanzelf ter sprake in de verhalen.

De benadering die hier het dichtst bij aansluit is die van de *personal meaning* oftewel persoonlijke betekenisvormgeving, waarin geprobeerd wordt het terrein van religie en spiritualiteit op een brede, al dan niet religieuze en levensbeschouwelijke manier te ontsluiten (Wong, 1998). Dit is geen waardenvrije benadering (cf. de kritiek van Zinnbauer & Pargament, 2000), maar zoals we zullen zien, juist een benadering die waarden probeert te beschrijven.

## De omgang met het onafdwingbare is het terrein van het religieuze

Persoonlijke betekenis ontstaat uit de persoonlijke betrokkenheid van een mens op zijn of haar levenssituatie – een levenssituatie die mede gekenmerkt wordt door onafdwingbaarheid. *Personal meaning* krijgt weliswaar voeding uit het meer omvattende *global meaning* – waaronder religieuze tradities – maar alleen in zoverre deze *global meaning* inderdaad persoonlijk wordt herkend of toegepast in de eigen levenssituatie (Park & Folkman, 1997; Reker & Wong, 2012). Tot nog toe wordt persoonlijke betekenis vooral beschreven vanuit kwantitatief onderzoek, waarin een patiënt bijvoorbeeld aangeeft hoe religieus hij is, en hoe belangrijk lichamelijk welbevinden voor hem is (Delle Fave, 2013). Maar betekenis is niet zozeer ‘iets’ dat iemand als een kant en klaar medicijn tot zijn of haar beschikking heeft om in te zetten bij ziekte of verlies. Persoonlijke betekenis is veel eerder een proces, waarin iemand leert zijn of haar situatie een plaats te geven in zijn of haar leven. Ik wil hier kort op ingaan, door persoonlijke betekenis te beschouwen in het licht van persoonlijke *betrokkenheid* – aan de hand van de spiritualiteitsleer van Kees Waaijman (2001) – en door persoonlijke betekenis te beschouwen als proces van *betekenisvormgeving* – aan de hand van de semiotiek van Algirdas Julien Greimas (1979).

Waaijman (2001, p. 424) beschrijft spiritualiteit als een godmenselijk betrekking gebeuren waarin beide polen van deze betrekking – dus zowel God als de mens in kwestie – wederzijds tot gestalte komen. In deze beschrijving is het *betrekking gebeu-*

*ren* de activiteit die de polen tot aanzijn brengt. Daarom kan in het algemeen gezegd worden dat betrokkenheid tot wederzijdse verandering, of beter: tot onderlinge afstemming van de betrokkenen leidt. Persoonlijke betrokkenheid op een levenssituatie, bijvoorbeeld een blijvende handicap, leidt ertoe dat zowel de persoon als de situatie veranderen. In dit omvormingsproces gaat de mens om met het onafdwingbare: hij of zij zelf en de situatie veranderen ten minste zo dat zij op elkaar afgestemd zijn. Let wel: deze verandering gebeurt, maar kan niet worden afgedwongen. Deze verandering is te benaderen als een proces dat betekenis genereert. En de sporen van dit proces kunnen in de verhalen worden gevolgd en beschreven.

Greimas ontwikkelde een methode om het ontstaan van betekenis in verhalen te beschrijven. Ik zal straks nader ingaan op deze methode, of althans dat deel ervan dat in ons onderzoek gebruikt wordt. Nu is het van belang in te zien dat betekenis in de benadering van Greimas het resultaat is van een proces, en niet iets dat men tot zijn of haar beschikking heeft. De onderzoeksvraag ‘bent u religieus?’ of ‘bent u spiritueel?’ heeft maar een zeer beperkte zin; collega Kees de Groot zei eens dat je religiositeit alleen maar op heterdaad kunt betrappen. Het is beter te onderzoeken hoe het (on)geloof *functioneert* in het leven van deze persoon. Persoonlijke betekenis ontstaat steeds weer opnieuw in een proces van betekenisvormgeving. Een ander, bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, kan de persoon om wie het gaat volgen en begeleiden in dit proces. Dit volgen en begeleiden is, als het goed gaat, een toevoeging aan de persoonlijke betekenis van de patiënt, waardoor die betekenis rijker en helderder wordt. Dit kan zelfs zover gaan dat een ongelovige begeleider de gelovige patiënt helpt zijn geloof op zijn situatie te betrekken.

### Het onderzoek naar persoonlijke betekenis in de zorgpraktijk

Persoonlijke betekenis veronderstelt de ontwikkeling van een persoonlijkheid, die Dan McAdams (2012) ‘an emerging narrative identity’ en ‘a redemptive self’ noemt. De narratieve identiteit beleeft zijn situaties in het verhaal dat hij of zij erover vertelt. In dat vertellen schikt dat ‘redemptive self’ (van *redimo*: vrijkopen, schikken, weer



goedmaken) zijn situatie zo, dat hij er zinvol mee kan leven. Persoonlijke betekenis kan daarom benaderd worden in het verhaal, waarin de mens, samen met anderen en tegen de achtergrond van al dan niet religieuze verhalen, alles wat hem of haar overkomt narratief organiseert, schikt en weer goedmaakt. Greimas heeft aangetoond dat de narratieve organisatie de gebeurtenis vertelt als een narratief programma waarin een motivatie (willen, moeten), een competentie (kunnen, weten hoe), een handeling (doen) en een evaluatie (beoordelen) verondersteld worden. De actie wordt beschreven als de realisatie van een of meer waarden (Greimas, 1979).

Samen met Ellen Oosting heb ik onderzoek gedaan naar de rol van persoonlijke betekenis in de fysiotherapeutische zorgpraktijk (Oosting et al., 2017, Speelman, 2017). Ik zal straks dieper ingaan op de methode. Allereerst zochten we een persoonlijk verhaal van iemand die zich moest afstemmen op haar levenssituatie. Omdat het persoonlijke verhaal echter uitdrukking is van een sociaal proces, zijn we ook geïnteresseerd in het verhaal van de direct betrokkenen. De algemene

vraag is hoe de betrokkenen zich afstemmen op de zorgsituatie waarin zij zich bevinden en met elkaar te maken hebben: waar halen zij hun motivaties vandaan, lukt het hun om de competenties te verwerven om te doen wat zij willen doen, wat doen zij in feite en hoe beoordelen zij dat? Zo kunnen we inzicht krijgen in de persoonlijke betekenis binnen de complexe situatie (huis, ziekenhuis) waarin zij vormgegeven wordt.

We hebben een patiënt, haar dochter en haar fysiotherapeut gevraagd een kort verhaal te schrijven dat verbonden is met de casus. Het gaat om een vrouw die in de voorbereiding voor een heupoperatie een training volgt. Haar is gevraagd te schrijven hoe het met haar in het zorgproces gaat. Omdat ze problemen had met schrijven, is haar verhaal opgenomen en getranscribeerd. Aan de dochter en de fysiotherapeut is dezelfde vraag gesteld. De fysiotherapeut beperkte zich tot een verslag van de casus. De dochter schreef vooral over zichzelf in relatie tot haar moeder. De wijze waarop zij beiden de vraag verstaan hadden, zegt meteen al iets over hun positie in het zorgproces: de fysiotherapeut spreekt in de context van het ge-

zondheidsinstituut, de dochter in die van het huis. De gedachte achter het analyseren van deze verhalen is, dat iedere participant zijn of haar eigen programma volgt dat tot betekenis leidt, en dat in het totale zorgprogramma deze verschillende processen zich – harmonisch of disharmonisch – tot elkaar verhouden.

We hebben de verhalen geanalyseerd met behulp van een narratieve methode (Speelman, 2011), die de structuur van bovengenoemd narratief programma volgt (tabel 1).

## Religiositeit kun je alleen op heterdaad betrappen

In het programma van het verhaal komt dus aan het licht wie nu eigenlijk actief is, waar de al dan niet motiverende krachten vandaan komen, welke competenties er zijn of gemist worden, welke betekenis (in de vorm van waarden) gerealiseerd wordt, en in hoeverre dit gelukt is en gewaardeerd wordt. Omdat de drie verhalen op elkaar betrokken worden, wordt duidelijk hoe de een een rol speelt in het verhaal van de ander, en in hoeverre hun trajecten op elkaar zijn afgestemd. In ons onderzoek is alleen de vraag gesteld hoe persoonlijke betekenis functioneert in de zorgpraktijk, niet de vraag hoe dit functioneren kan worden verbeterd. Maar op die vraag wil ik aan het eind wel ingaan, omdat ik daar een rol voor de geestelijk verzorger in vermoed.

### Verkorte weergave en analyse van de verhalen

Het verhaal van de patiënt

*(De fysiotherapeut was langsgelopen ...)* We hebben eerst een half uur zitten praten en toen wou ze nog gaan lopen, maar ik heb gezegd dat doen we niet meer *(de patiënt bepaalt, en is dus de uiteindelijke motiverende kracht)*. Nu ben ik voor mijn doen best wel actief geweest. Ik heb zelf de boodschappen gedaan voor mijn verjaardag. Dan ben ik wel trots op mezelf *(evaluatie)*. Maar dan ben ik de volgende dag helemaal gevloerd *(negatief spoor van competentie)*. Ik heb iemand die voor mij de boodschappen doet, mijn 89-jarige buurman *(competentie)*. (...) *(Telefoon gaat en mevrouw maakt een afspraak, ze zet het in de agenda)* ...hij is vol voor vandaag! Allemaal

leuke dingen, fysiotherapie staat er bij, koffie schenken moet ik zo meteen doen en vanavond ga ik spelen, dobbelen *(andere motiverende kracht, van anderen, maar ook van handeling en zelfs van evaluatie bij voorbaat)*. (...) Morgenavond ga ik met twee vriendinnen samen uit eten. En we hebben er nog iemand bij gevraagd, dus we gaan met z'n drieën *(spoor van handeling)*. (...) En als het dan helemaal niet wil... daar heb ik moeite mee. Dat je niet kunt fietsen. De fysiotherapeut zei: ik krijg je weer op de fiets. Ik ben vorig jaar voor het laatst geweest. Ik durf niet *(fysiotherapeut probeert de anti-competenties of hindernissen weg te nemen)*. En ik heb een elektrische fiets en dat heb ik pas 30 km gedaan, ja dat is zonde natuurlijk, maar als dat zou lukken zou heel mooi zijn. Dan kan ik ook op de fiets naar het dorp. (...) En dan ben ik bij mijn dochter: o mam, ik ben zo moe, vind je het goed dat ik even plat ga? En ik zeg: ja natuurlijk meisje en ik denk: o je moest eens weten. Dan ben ik bij de kleintjes en dan gaat zij even op bed liggen. Vier kinderen, groot huis en dan nog twee dagen werken, ja... dat is dan een andere soort moeheid *(moeder competentieverschaffer voor haar dochter)*. Ik hoop zo dat ik na deze operatie, dat ik dan: we gaan, hup, jas aan, en naar buiten en dan zonder rollator of zonder krukken of weet ik veel wat. *(spoor van competentie, 'hoop doet leven')* En ik ben naar Den Haag geweest! Met de trein. Met krukken, maar ik ben er toch gekomen en alleen weer terug gegaan... Ik ben trots dat ik ben gegaan *(handeling en evaluatie)*, ik had al gezegd dat ik niet zou komen, mijn zusje was er zelf al over begonnen: ik weet dat je helemaal niet van verjaardagen houdt. En haar verjaardagen zijn toch wel speciaal, want ze is griffier op de rechtbank geweest dus er loopt van alles van dat spul rond. Ze zijn allemaal wel met pensioen, maar toch. En ik ken de meeste wel. En dan moet je toch wel een keer je best doen *(spoor van externe motivatie)*. Maar ik denk ik ben gek, mijn zus is jarig en ik ga! *(eigen motivatie)*. Ik ben toch wel blij dat ik ben geweest *(spoor van handeling en evaluatie)*. Ja maar ik moet er wel voor betalen, maar dat moet dan maar. Ik heb de tijd aan mezelf *(competentie)*.

Voor wat betreft de motivatie is het opvallend dat de vrouw zelf de belangrijkste motiverende kracht achter haar programma is. En dat programma is vooral een normaal actief leven te leiden, waarin

<b>motivatie</b>	iedere handeling is gemotiveerd, in gang gezet: de <i>destinator</i> (moeten, willen)
<b>competentie</b>	iedere handeling veronderstelt de volledige competentie tot haar uitvoering (kunnen, weten hoe)
<b>handeling</b>	de structuur van de handeling zelf is een transitie van een oude naar een nieuwe toestand, waarin waarden worden gerealiseerd die de inhoud vormen van de persoonlijke betekenis (doen)
<b>evaluatie</b>	iedere handeling veronderstelt een terugkoppeling, en een oordeel van de <i>destinator</i> (beoordelen)

Tabel 1. Narratief schema.

ze bezig kan blijven en zonder al te veel moeite gezellige dingen kan doen. Haar angst om te vallen, de pijn en fysieke beperkingen werken dit tegen. Daarom is ze naar de chirurg en de fysiotherapie gegaan. Na de operatie hoopt ze weer, zonder wandelstok of rollator en zonder revalidatie, leuke dingen te kunnen gaan doen. Dit zijn sporen van *verhoopte* (nog niet gerealiseerde) competentie. Behalve de chirurg en de fysiotherapie, is de wandelstok en rollator die ze nu gebruikt, en ook een buurman een competentieverschaffer: hij helpt haar met het doen van boodschappen. Met deze hulpbronnen lukt het haar om inderdaad een actief leven te leiden. Ze evalueert dat zelf met een gevoel van trots. Maar na afloop van zo'n dag is er wel steeds pijn en uitputting. Het ontbreekt haar dus aan voldoende competentie om haar programma – een normaal actief leven leiden – uit te voeren. Het succes van haar programma hangt af van een kracht die zij niet kan afdwingen, maar die zij ook niet expliciet noemt: ze verlangt slechts dat de operatie zal slagen. We horen hier geen vrouw die patiënt is, bezig met haar revalidatie; deze vrouw wil niets anders dan de competentie om zelf een actief leven te leiden. In haar nieuwe levenssituatie probeert zij waarden te realiseren als /onafhankelijkheid/, /gezelligheid/, /moeiteloos/ en /bezig blijven/. Die geven haar leven zin.

Het verhaal van de fysiotherapeut

Mevrouw is zeer gemotiveerd om te trainen. Ze wil namelijk niet naar een verpleeghuis. Mevrouw gelooft dat ze thuis veel sneller herstelt (*spoor van motivatie: mevrouw, haar geloof, is eerste motiverende kracht*). Mevrouw wil eigenlijk alles proberen, bij het afnemen van de DEMMI moet er gesprongen worden. Ze vindt het raar dat het niet wil,

## Persoonlijke betekenis ontstaat uit de betrokkenheid op de eigen levenssituatie

dat moet toch kunnen? Uiteindelijk, met steun, maakt ze een sprongetje. ‘Zie je wel dat het lukt?’ (*spoor van motivatie: mevrouw zelf motiveerde het te blijven proberen*). Ook de 50 meter zonder loop-hulpmiddel wil ze proberen en het lukt haar ook nog in een flink tempo. Ik heb het gevoel dat ze het graag ‘goed’ wil doen (*spoor van fysiotherapeut als motiverende kracht: mevrouw wil dat de fysiotherapeut vindt dat zij het goed gedaan heeft*). Mevrouw oefent elke dag ondanks dat de pijn met 2 punten is toegenomen van 6 naar 8 nu ze meer belast. Mevrouw slikt 6 paracetamol op een dag en zou er dus nog twee mogen. Dit wil zij echter niet. Mevrouw heeft elke dag 2-3x 150 m gelopen in een flink tempo, met BORG 13. Mevrouw geeft echter aan dat ze het moeilijk vindt om dit aan te geven. En dat gevoel heb ik ook: zij scoort te laag. Op haar ademhaling een zwetend voorhoofd af te gaan, denk ik dat het BORG 15 is. Ze zou ook 3x daags 10x opstaan en gaan zitten, maar dat is ze vergeten (*sporen van [gebrek aan] competentie*). De TUG vandaag getest met kruk en deze was 14,63. In het ziekenhuis was het 16,75. Er is dus al progressie. Ook trap gelopen, trap af is geen probleem, trap op kost veel moeite. Is ook pijnlijk maar neemt niet toe. NPRS 8, BORG 15, HF 116. Ook deze BORG score is denk ik te laag, ze was helemaal buiten adem; ik zou zelf BORG 17 geven (*sporen van handeling en evaluatie, maar door de technische termen ook van een andere motiverende kracht*:



het gezondheidsinstituut). Mevrouw wil graag na de operatie weer kunnen fietsen, ze heeft een fiets met lage instap. Nu lukt het niet om op te stappen omdat ze niet op haar linker been kan staan. Ik heb aangegeven dat we dit zeker na de operatie gaan oefenen en dat de kans groot is dat het lukt, omdat de pijn dan waarschijnlijk weg is (spoor van andere kracht, operatie, die competentie zal verschaffen).

De fysiotherapeut bevestigt in haar verhaal dat de belangrijkste motiverende kracht 'mevrouw' zelf is, haar onuitputtelijke wil. De motivatie van de vrouw motiveert de fysiotherapeut haar te helpen. Maar ze laat ook blijken dat de richtlijnen van het gezondheidsinstituut een sterke motor voor haar handelen zijn. Ze neemt de rol van helper op zich, om bij te dragen aan de competentieverwerving voor het programma van de vrouw. In dat kader spreekt ze uitgebreid over de professionele competenties die haar als fysiotherapeut ter beschikking staan om deze hulp te bieden; allereerst de technische instrumenten en metingen die het gezondheidsinstituut haar oplegt – bijvoorbeeld hoe men de toestand van een patiënt behoort te beschrijven – maar vervolgens ook haar persoonlijke competenties – bijvoorbeeld wanneer ze twijfels houdt over de BORG score. Ten slotte noemt ze de aanstaande operatie als een instrument voor de vrouw om competentie te verwerven voor haar programma: weer fit te worden. De fysiotherapeut laat niet na te melden dat haar programma gelukt is: de vrouw gaat vooruit, en is nog meer gemotiveerd. De waarden die de fysiotherapeut hoopt te realiseren zijn /fitheid/ en /kunnen/. Het succes van de fysiotherapeut is vooral afhankelijk van de kracht van de vrouw enerzijds, en het protocol anderzijds. Merk op dat in dit verhaal geen spoor van omgang met het onbeheersbare te vinden is (behalve 'dat de kans groot is'): er heerst groot vertrouwen in het technische kunnen *en* in de motivatie van de vrouw.

#### Het verhaal van de dochter

Mijn man en ik zijn twee dagen samen uit geweest. Onze oudste twee kinderen hebben bij mijn moeder gelogeerd. Voor hen is het geen probleem om naar mijn moeder te gaan op de flat. Ze kunnen haar helpen met boodschappen doen en ze hebben genoeg aan hun telefoon, laptop, of een boek. Ze voelen zich op hun gemak bij hun omi (spoor van competentie, maar voor het programma van de dochter: moeder maakt haar uitje mogelijk). Het was heerlijk om voor het eerst in 15 jaar een paar dagen samen weg te zijn, maar het is ook weer fijn om iedereen bij elkaar te hebben (evaluatie door dochter over haar handeling). Mijn moeder is erg trots op de jongens. Ze hebben leuk geholpen met het koffieschenken tijdens het sjoelen wat mijn moeder elke maandagmiddag doet. T. heeft in huis geholpen

met afruimen en het inruimen van de vaatwasser. M. heeft regelmatig een kaartspelletje gedaan met zijn omi. Mijn angst dat ze niet achter hun laptop vandaan te slaan zouden zijn die twee dagen blijkt dus ongegrond. Ook de jongens hebben leuke dagen gehad (*spoor van evaluatie en dus van motivatie: als moeder trots is, is zij de destinator oftewel motiverende kracht voor de dochter*). We hebben chinees gehaald en dat eten we bij mijn moeder op. Haar vriend eet ook mee. Het is dan eigenlijk te druk in huis. De kinderen worden wat onrustig, de oudste twee gaan op hun laptop, de jongste twee zitten elkaar in de haren en eten bijna niets. Ik krijg dan het gevoel dat de drukte te veel wordt voor mijn

## De geestelijk verzorger kan de kluwen van verhalen verbinden

moeder (of voor mij in deze kleine ruimte?) en dan wil ik snel naar huis. Dus na het eten gaan we naar huis (*evaluatie en motivatie komt van de dochter: over haar eigen programma; drukke kinderen zijn anti-competentie*). Daarom ga ik het liefst alleen naar mijn moeder, of met 1 of 2 kinderen, maar liever niet met het hele stel! Dan vind ik het fijner dat ze bij mij komt, zodat de kinderen de ruimte hebben en hun eigen gang kunnen gaan. Dan heb ik meer rust om gezellig te kletsen. Dus al met al kom ik niet zo vaak bij mijn moeder, maar komt zij doordeeweeks 1-2 keer bij mij. Ze vindt het fijn om me dan wat te helpen met de was, anders voelt ze zich niet nuttig! Voor mij gezellig en praktisch! (*spoor van het programma van de dochter, dat moeder zich nuttig voelt in een gezellig huis*). Na de operatie zal ze een tijd geen auto mogen rijden en zal ik meer haar kant op gaan. Ik weet nu al dat ze zich dan bezwaard gaat voelen (*spoor van anti-competentie in het programma van de dochter*). Maar als ze zo goed opknapt na deze operatie als na de vorige heupoperatie, dan kan ze misschien weer wat meer ondernemen met de kleinkinderen en kunnen we ook weer eens gaan shoppen samen, want dat wil ze zo graag en dat gun ik haar van harte! (*spoor van de motivatie door de moeder*).

De dochter schrijft uitsluitend over haar familie, haar kinderen en de relatie met haar moeder. Haar verlangen en motivatie is om thuis een war-

me en kalme atmosfeer te creëren, waarin de familierelaties goed zijn. Vergelijkbaar met het programma van haar moeder staat ook bij haar de gezondheid van haar moeder in het teken van leuke gezamenlijke activiteiten. Maar in de uitvoering van dit programma lijkt haar moeder haar meer te helpen dan andersom. De hoop van de dochter in haar laatste zinnen zijn een spoor van een onafdwingbare kracht. De waarden die de dochter hoopt te realiseren zijn /harmonie/ en /connectiviteit/. En ze oordeelt zelf dat het een keer gelukt is, namelijk toen twee van haar kinderen een paar dagen bij oma hadden gelogeed. Je zou zelfs kunnen zeggen dat deze twee kinderen en oma het programma van de dochter hebben uitgevoerd. En daar was de dochter trots op.

De drie programma's samen (Tabel 2)

Op het eerste gezicht vormen de drie afzonderlijke programma's een harmonisch geheel. De krachtigste motivator is de wil van de vrouw. In het verhaal van de fysiotherapeut zijn weliswaar sporen van een tweede krachtige motivator: die van het gezondheidsinstituut dat eisen stelt aan de therapie. Maar in het verhaal van de vrouw wordt ook duidelijk dat zij zelf wil bepalen waar en hoe zij haar leven leidt. Omdat zij zo'n sterke motivatie heeft kan de fysiotherapeut vrij gemakkelijk de rol van de professionele hulpverlener op zich nemen. De vrouw is wat men noemt 'een goede patiënt', en de fysiotherapeut bevestigt dat de vrouw 'het goed wil doen'. De rol van de dochter als mantelzorger komt niet uit de verf, vreemd genoeg *juist* omdat zij aansluit bij het programma van haar moeder, weer snel te herstellen om gezamenlijk leuke dingen te gaan doen. Zij zorgt daar niet voor, maar hoopt met moeder mee.

## Discussie

In de omgang met het onafdwingbare spelen religie en spiritualiteit een belangrijke rol (Kashdan, 2012, De Jager Meezenbroek, 2012). In het hierboven beschreven onderzoek speelt de vraag *hoe* spiritualiteit in de zorg functioneert. Het blijkt dat dit in de vorm van persoonlijke betekenisgeving plaatsvindt. In de verhalen van de betrokkenen in de zorgpraktijk kan deze betekenisvormgeving gevolgd worden. Mensen laten in hun verhalen zien wat zij wel en niet belangrijk vinden. Door deze nauwkeurig te analyseren op sporen van motiva-

	Vrouw	Dochter	Fysiotherapeut
<b>Motivatie</b>	Verlangen naar een actief, moeiteloos, gezellig leven	Verlangen naar een goede sfeer in de familie met gezamenlijk activiteiten	Het verlangen van de vrouw, maar ook de richtlijnen van het gezondheidsinstituut
<b>Competentie</b>	Doet haar best om te trainen, hoopt op succesvolle operatie	Onvermogen vanwege druk eigen leven, hoopt op succesvolle operatie	Ontvangt competentie van de professionele richtlijnen om de vrouw competentie te verschaffen
<b>Handeling</b>	Probeert ondanks het ontbreken van competentie de verlangde waarden te realiseren	Probeert een gezellige en goede atmosfeer te creëren waarin haar moeder kan delen	Helpt de vrouw met de oefeningen, en motiveert haar
<b>Evaluatie</b>	Trots wanneer ze dat gedaan heeft	Trots dat haar twee kinderen dat gedaan hebben	Constaateert verbetering van TUG score, en de goede motivatie van de vrouw

**Tabel 2.** De drie programma's samen.

tie, competentie, handeling en evaluatie zijn wij in staat de belangrijkste waarden te beschrijven. Daarmee kunnen we niet alleen te weten komen *wat* de betrokkenen belangrijk vinden, maar ook waarom en in welke context, i.c. die van hoop. Bovendien 'verraden' de verhalen waar zij deze waarden vandaan denken te kunnen halen, welke krachten er worden aangesproken.

In de beschreven casus is sprake van sterke motivatie om zonder al te veel tegenwerking een goed leven te leiden in goede relaties. Persoonlijke betekenis, in dit geval in de vorm van wil en hoop, heeft dus een *motiverende* kracht. Maar ook een *duidende*, want in de verhalen krijgen aandacht en gezondheid betekenis: in dit geval dat een slechte gezondheid de vrouw afhoudt van het goede leven, en dat goede gezondheid (*fitheid*) haar een goed leven mogelijk maakt. Gezondheid is in deze casus dus niets anders dan een competentie om een goed leven te leiden (vgl. Huber, 2011). Het thuisfront en het ziekenhuis, in de persoon van de dochter respectievelijk de fysiotherapeut, sluiten in een bepaalde mate aan op het hoofdprogramma, i.e. het programma van de patiënt. In hun samenwerking worden onder meer de waarden */onafhankelijkheid/*, */gezelligheid/*, */moeiteloos/*, */bezig blijven/*, */fitheid/*, */kunnen/*, */goed/* en */connectiviteit/* gerealiseerd. Deze waarden vor-

men de inhoud van de persoonlijke betekenis, zoals die een rol speelt in deze casus. Door de zorg te richten op de persoonlijke betekenis wordt meer zicht verkregen op de persoon van de patiënt in haar geheel, dat wil zeggen in haar betrokkenheid op de mensen die zij tegenkomt in het zorgtraject. Ook wordt helder gemaakt dat deze participanten, i.c. de fysiotherapeut en de mantelzorg, een bemiddelende rol in de zorgpraktijk hebben. Zij moeten namelijk twee werkelijkheden zien te combineren, en zaken van de ene zien 'om te zetten' naar de andere werkelijkheid. De fysiotherapeut bemiddelt tussen het gezondheidsinstituut en de patiënt, de mantelzorg tussen het huis en de patiënt.

### Een taak voor de geestelijk verzorger

Ik schreef dat de analyse van de verhalen het mogelijk maakt de betekenisvormgeving te volgen, de verlangde waarden te beschrijven en ook krachten die kunnen helpen deze waarden te realiseren. Maar de narratieve analyse heeft nog een voordeel. Zoals de mantelzorg en de fysiotherapeut zich kunnen toevoegen aan het verhaal van de patiënt, zo kan de geestelijk verzorger zich verplaatsen in datzelfde verhaal om daarin een bemiddelende rol te vervullen. De patiënt zal deze hulp soms goed kunnen gebruiken. Hij of zij moet namelijk niet alleen het eigen dagelijks functioneren weer in han-



den zien te krijgen, maar moet, om de regie te *kunnen* voeren, ook nog de verschillende programma's van de medische zorg met elkaar en met het eigen leven zien te verbinden. De reguliere zorg heeft daar geen tijd en geen instrumenten voor. Natuurlijk, er zijn specialisten die werkelijk aandacht hebben voor de niet-medische kanten van de patiënt. Maar die hebben een bijzondere interesse en zijn bereid daarvoor veel extra uren te draaien. Die tijd en expertise kun je niet van iedere zorgverlener vragen. En dat moeten we ook niet doen; medisch specialisten zijn niet de aangewezen personen om de patiënt te volgen en begeleiden in hun niet-medische zorgen.

Met de geestelijk verzorger heeft de zorginstelling iemand in huis die buiten de context van de medische zorg kan luisteren naar de verhalen van de patiënt, en van de personen die om haar heen staan. Hij of zij zou zich erop kunnen toeleggen deze klussen van verhalen te verbinden, en ze onderling af te stemmen tot een harmonisch geheel. Ik heb een methode voorgesteld die kan helpen met een dergelijke afstemming. In die methode, ik benadruk het nog maar eens, wordt onderscheid gemaakt tussen motiverende krachten, competenties en de misschien vergeefse pogingen die te verwerven, de handelingen zelf, en de persoonlijke evaluaties ervan. Wanneer de geestelijk verzorger zich verbindt met deze persoonlijke betekenissen kan hij of zij uitgedaagd worden zich in te laten met religieuze of niet-religieuze levensbeschouwingen die hem of haar niet eigen zijn. In de door Ellen Oosting en mij geanalyseerde verhalen kwamen enkel krachten als geloof en hoop, en dan nog bijna achteloos, ter sprake. De vaardigheid en taak die we van een geestelijk verzorger mogen verwachten is dat hij/zij deze krachten verheldert, verbindt en versterkt. Ik denk dat dit uiteindelijk een religieuze vaardigheid is, in de oorspronkelijke en brede zin van het woord, dat via *re-ligare* (her-verbinden) teruggaat op de kunst van het verbinden.

## Literatuur

- Delle Fave, A., et al. (2013). Sources and motives for personal meaning in adulthood. *Journal of Positive Psychology*, 8(6), 517-529.
- Greimas, A. J., & Courtés, J. (1979). *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Tome 1*. Paris: Hachette.
- Huber, M. et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163.
- Jager Meezenbroek, E. de, et al. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience. A review of spirituality questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 336-354.
- Kashdan, T. B. (2012). Whether, when, and how is spirituality related to well-being? Moving beyond single occasion questionnaires to understanding daily process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(11), 1523-1535.
- McAdams, D. P. (2012). Meaning and personality. In P. T. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, Second edition (pp. 107-123). London: Routledge, Taylor & Francis.
- Oosting, E., et al. (2017). Personal meaning in relation to daily functioning of a patient in physical therapy practice. Narratives of a patient, a family member, and physical therapist. *Disability and Rehabilitation*, 2017. doi:10.1080/09638288.2017.1290153.
- Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Reinert, K. G., & Koenig, H. G. (2013). Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2622-2634.
- Reker, G. T., & Wong, P. T. (2012). Personal meaning in life and psychosocial adaptation in the later years. In P. T. Wong (Ed.), *The human quest for meaning. Theories, research, and applications*. Second edition (pp. 433-456). London: Routledge, Taylor & Francis.
- Speelman, W. M. (2011). A spiritual method for daily life practices. In E. Hense & F. Maas (Eds.), *Towards a theory of spirituality* (pp. 55-71). Leuven: Peeters.
- Speelman, W. M. (2013). Vrije spiritualiteit? Een zware last. In K. de Groot et al. (Red.), *Zelf zorgen voor je ziel. De actualiteit van christelijke spirituele centra* (pp. 135-152). Almere: Parthenon.
- Speelman, W. M. (2017). Half her knee. Description of the spiritual dimension of a physiotherapeutic case. In E. Hense, et al. (Eds.), *The quest for quality of life. Approaches, concepts and images with a special focus on the Netherlands* (pp. 79-93). Münster: Aschendorff.
- Strijards, H., & Speelman, W. M. (1994). Ten hele gekeerd. De ziekenzalving als therapie en als sacrament. *Jaarboek voor liturgie-onderzoek*, 10, 13-30.
- Waaijman, K. (2001). *Spiritualiteit. Vormen, grondslagen, methoden*. Kampen: Kok.
- Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP). In P. T. P. Wong & P. Fry (Eds.), *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical application* (pp. 111-140). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zinnbauer, B., & Pargament, K. (2000). Working with the sacred. Four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 162-171.