

# NU NOG HIER, MAAR VOLGEND JAAR...

## *Geestelijke verzorging in de revalidatie*

Drs H. Bosma, humanistisch geestelijk verzorger Revalidatie Centrum Amsterdam

Drs E. Kronemeijer, protestants geestelijk verzorger Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag

## **Samenvatting**

*Dit hoofdstuk gaat over geestelijke verzorging in de revalidatie. De auteurs geven een beeld van het werkveld revalidatie en schetsen het terrein waarop de geestelijk verzorger in de revalidatie zich begeeft (het innerlijk leven van de revalidant). Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze dit terrein kan worden benaderd, en welke werkvormen daarbij worden gehanteerd.*

## **1. Inleiding**

### *Korte geschiedenis*

Lange tijd werden 'gebrekkigen en mismaakten' in ons land geaccepteerd zoals ze waren. Voor hun verzorging waren zij aangewezen op familieleden of (religieus geïnspireerde) liefdadigheid. In de loop van de 19<sup>e</sup> eeuw werden echter nieuwe medische technieken en medicijnen ontwikkeld, die een hernieuwde aandacht voor de zieke en gehandicapte mens tot gevolg hadden. Dit leidde aan het begin van de vorige eeuw tot de oprichting van enkele instituten, waarin aanvankelijk vooral kinderen werden behandeld. Het accent lag daarbij op verzorging en arbeidsscholing. Dat laatste was belangrijk: de kinderen moesten een bestaan op kunnen bouwen en de maatschappij had behoefte aan volwaardige, geschoolde arbeidskrachten.

De beide wereldoorlogen veroorzaakten in heel Europa grote aantallen oorlogsinvaliden; jonge mannen met beschadigingen aan de ledematen of aan het centrale zenuwstelsel moesten zo zelfstandig en zo menswaardig mogelijk verder kunnen leven. Daarvoor werd in 1946 het Militair Revalidatie Centrum in Doorn opgericht. Intussen groeide het besef dat de zorg voor mensen met een handicap eigenlijk een overheidstaak is. De VN en de Wereldgezondheidsorganisatie stimuleerden deze ontwikkeling met speciale programma's. Dit leidde tot de erkenning van bestaande instituten en tot de oprichting van verscheidene nieuwe revalidatiecentra. Zij vestigden zich in de oude sanatoria, die hun functie hadden verloren doordat de ziekte tbc op zijn retour was. De grote polio-epidemie van 1956 stimuleerde de oprichting van nog meer revalidatiecentra. Naast de behandeling van lichamelijke stoornissen en beperkingen, kwam er steeds meer aandacht voor psychosociale begeleiding. De behandeling en begeleiding vonden plaats in teamverband onder leiding van een revalidatiearts.

In de 70er jaren kwam een ontwikkeling op gang waarbij klinische revalidatie steeds meer werd vervangen door dagbehandeling. Deze ontwikkeling werd mede ingegeven door de wens tot integratie van gehandicapten in de samenleving. De emancipatie van deze groep kreeg een belangrijke impuls met de oprichting van de Gehandicaptenraad in 1977. De oprichters spraken niet langer over 'gehandicapte mensen', maar over 'mensen met een handicap'. In de revalidatie spreekt men niet meer over 'patiënten', maar over 'revalidanten'. 'Patiënt' betekent letterlijk: 'de duldende, de lijdende'. Maar van de revalidant wordt een actieve inzet en bijdrage verwacht in diens eigen proces.

In de jaren 90 kreeg het denken over mondigheid en rechten van patiënten vorm in specifieke wetgeving. Voorbeelden daarvan zijn de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1995) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen' (1996). Revalidatiecentra gingen steeds meer cliëntgericht werken. Tegenwoordig staat de autonomie van de revalidant hoog in het vaandel. Doelen in de revalidatie worden ontleend aan de hulpvraag van de revalidant.

### *Huidige situatie*

Aan het begin van de 21<sup>e</sup> eeuw telt ons land 23 revalidatiecentra met een breed takenpakket, zowel klinisch als poliklinisch, zowel voor kinderen als voor volwassenen. Deze instellingen werken samen in de Vereniging van Revalidatie-instellingen in Nederland (VRIN), met als doel: revalidatiezorg te ondersteunen en een landelijk beleid te ontwikkelen. Het merendeel (13) van de revalidatiecentra heeft een eigen geestelijk verzorger (r.k., protestant of humanist). Doorgaans gaat het om een solofunctie, die parttime wordt uitgeoefend. De geestelijk verzorgers hebben zich verenigd in het Werkverband van Geestelijk verzorgers in de Revalidatie (GVR). Dit werkverband is een onderdeel van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ). In de GVR wordt samengewerkt met geestelijk verzorgers uit instellingen met een woon- of verblijffunctie voor mensen met een lichamelijke handicap. Het werkveld revalidatie is een klein onderscheiden werkveld binnen de VGVZ, dat raakvlakken heeft met de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg, maar zich daar niet helemaal laat onderbrengen. Geestelijke verzorging in de revalidatie heeft een eigen karakter.

## 2. Werkveld revalidatie

### *Beschrijving van het werkveld*

Mensen die met de gevolgen van een ernstig ongeval worden geconfronteerd, worden in de revalidatie begeleid en behandeld. Daarnaast richt de revalidatie zich op patiënten die aangeboren afwijkingen hebben, of bij wie chronische ziektes van het houdings- en bewegingsapparaat tot beperkingen van activiteiten en participatie leiden. Tenslotte zijn er patiënten die plotseling zijn getroffen door een ziekte, zoals een beroerte. Wanneer zo'n ziekte tot blijvende beperkingen leidt, is revalidatie nodig om de draad van het leven weer op te pakken.

*Voorbeelden van enkele veel voorkomende diagnosegroepen zijn:*

- amputaties
- multitraumata
- brandwonden
- handletsels
- aandoeningen van de wervelkolom
- infantiele encefalopathie
- niet aangeboren hersenletsel (CVA, contusio cerebri, tumoren)
- dwarslaesies
- neuromusculaire aandoeningen (spierziekten)
- multipele sclerose (m.s.), amyotrofische lateraalsclerose (a.l.s.)
- ziekte van Parkinson
- poliomyelitis
- ziekte van Bechterew

Kinderen nemen binnen de revalidatie een eigen plaats in: zij hebben specifieke ziektebeelden (bijv.: spina bifida), én zij zijn nog sterk in ontwikkeling. Ouderparticipatie, opvoeding en onderwijs spelen daarom een grote rol in de kinderrevalidatie. Er wordt nauw samengewerkt met scholen voor speciaal onderwijs.

De medische en verpleegkundige zorg in het ziekenhuis richt zich op acute opvang en behandeling, waar mogelijk gericht op genezing van een ziekte of aandoening. De patiënt is voor zijn herstel tijdelijk afhankelijk van medische zorg. Na de curatieve behandeling in het ziekenhuis volgt verwijzing naar een revalidatiecentrum.

Revalidatie vervult een brugfunctie tussen de zorgsector en de maatschappij. Tijdens de revalidatie wordt gewerkt aan het zoveel mogelijk verminderen van stoornissen en beperkingen, gericht op maximaal herstel van activiteiten en daarmee maatschappelijke participatie. In de eerste fase van de revalidatie zal de aandacht gericht zijn op het behandelen en overwinnen van stoornissen en beperkingen. Maar allengs zal er ook steeds meer aandacht geschonken worden aan het leren leven met beperkingen en handicaps. Dit vraagt om een relatie, waarin revalidant en hulpverlener met elkaar samen werken. Tijdens de revalidatie wordt van de revalidant een actieve inbreng verwacht. Hij of zij krijgt te maken met een team van hulpverleners, die ook onderling nauw met elkaar samenwerken.

De revalidatiearts is degene die de indicatie stelt en eindverantwoordelijk is voor de behandeling. In de meeste centra is de revalidatiearts ook de coördinator van het behandelteam. Naast de revalidatiearts en de verpleegkundigen leveren diverse disciplines een bijdrage aan de behandeling en begeleiding van de revalidant: o.a. fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkenden, psychologen, orthopedagogen, activiteitenbegeleiders, muziektherapeuten en geestelijk verzorgers.

### *Visie op revalidatie*

Om adequaat te communiceren over de gezondheidsstatus van de patiënt is een gemeenschappelijk taalgebruik van groot belang. In de revalidatie maakt men gebruik van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). In deze classificatie wordt het functioneren van mensen beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

- het perspectief van de mens als organisme, als 'lichaam' (met bepaalde *functies*)
- het perspectief van het menselijk *handelen*
- het perspectief van *participatie*, deelname aan het maatschappelijk leven.

Deze perspectieven hebben alles te maken met de wijze waarop mensen zichzelf ervaren: lijfelijk, handelend, en deelnemend aan het maatschappelijk leven. Als mensen worden opgenomen in een revalidatiecentrum, is er doorgaans sprake van een stoornis in de functies of de eigenschappen van het lichaam. Iemand heeft bijvoorbeeld een been verloren, of een hersenbeschadiging opgelopen, of de spieren functioneren niet naar behoren. Deze stoornis beperkt het handelen. Zo kan iemand niet meer goed bukken, of moeilijk beslissingen nemen, of niet meer zo duidelijk spreken of schrijven. Een stoornis of een beperking kan ook problemen opleveren bij de deelname aan het maatschappelijk leven: iemand kan geen eigen huishouding voeren, niet in het openbaar spreken of er niet in slagen om een (betaalde) baan te houden. In schema ziet dit er als volgt uit:

<b>functies</b>	<i>en eigenschappen van het menselijk lichaam. Zijn deze niet optimaal, dan is er sprake van een</i>	<b>stoornis</b>
<b>activiteiten</b>	<i>of vaardigheden. Heeft iemand moeite met bepaalde handelingen, dan is er sprake van een</i>	<b>beperking</b>
<b>participatie</b>	<i>of deelname aan het maatschappelijk leven. Levert dit problemen op, dan is er sprake van een</i>	<b>handicap</b>

Het doel van de revalidatie is: zoveel mogelijk voorkomen dat stoornissen tot beperkingen of handicaps leiden. Men kan het ook positief omschrijven: het werken aan behoud of aan herstel van functies en vaardigheden, met als doel: participatie in de samenleving.

Het functioneren van mensen, zoals hierboven beschreven, wordt beïnvloed door verschillende factoren:

- medische factoren (de ziekte, de aandoening of het letsel)
- externe factoren (de leefomgeving en de sociale omgeving)
- persoonlijke factoren (zoals: leeftijd, leefstijl, levensbeschouwing).

Om de revalidatie doelen te bereiken, zal er aandacht moeten zijn voor al deze factoren. Dat betekent dat een goede medische zorg alleen niet voldoende is.

### Casus

Op een dag valt Marjan K. tijdens het joggen met een vriendin. Die val zal het leven van haar en van haar man en kinderen (14 en 16 jaar) drastisch veranderen. Het is niet duidelijk waardoor zij is gevallen, maar de gevolgen zijn ingrijpend: een bloeding in de hersenen.

Marjan wordt met spoed overgebracht naar het ziekenhuis, waar het hematoom wordt verwijderd. Ze ligt daarna bijna 5 weken in coma. In die eerste periode is alle aandacht gericht op de medische ingrepen en de verzorging die nodig is om haar in leven te houden. Er is ook veel verdriet en onzekerheid: hoe zal het verder gaan?

Als Marjan uit coma komt, blijkt dat zij gedeeltelijk verlamd is, en dat ze niet kan spreken. Ze is erg verward. Ze is ook verdrietig en opstandig. Ze geeft aan dat zij weg wil uit het ziekenhuis, maar ze kan nog niet terug naar huis.

De vraag dient zich aan waar Marjan verder behandeld moet worden. De revalidatiearts, die geconsulteerd wordt, vraagt zich af of zij in staat en bereid is om een intensief programma voor revalidatie te volgen. Hij overweegt opname in een verpleeghuis. In de daaropvolgende week gaat ze echter snel vooruit. Ze wordt toch overgeplaatst naar een revalidatiecentrum.

In het revalidatiecentrum wordt een revalidatieprogramma opgesteld. Marjan is nog niet in staat om haar situatie te overzien, of om een hulpvraag te formuleren. Daarom worden, in overleg met haar man, voorlopige doelen gesteld. Regelmatig wordt de voortgang van de behandeling besproken in het team van behandelaars.

Elke dag krijgt Marjan een rooster, waarop haar therapieën voor die dag worden vermeld. De fysiotherapeut werkt met haar volgens een sterk geprotocolleerd programma, gericht op het herstel van functies. De ergotherapeut oefent met haar alledaagse activiteiten. Ze krijgt logopedie om weer te leren spreken. De psychologe test o.a. haar geheugen en helpt haar om een agenda bij te houden. Tussen de therapieën door zit Marjan veel op de afdeling. Daar ontmoet ze de andere revalidanten.

Marjan begint zich steeds beter te realiseren wat er gebeurd is. Ze moet veel huilen, en vraagt zich af waarom haar dit is overkomen. Ze wil terug naar man en kinderen, maar realiseert zich dat ze nog een lange weg te gaan heeft. In deze periode komt ze in contact met de geestelijk verzorger. Het eerste gesprek ontstaat spontaan, op de afdeling. Daarna spreken ze elkaar bijna elke week. De gesprekken worden op haar rooster gepland. Soms komt haar man Nico mee.

Dan komt het moment waarop Nico haar voor het eerst een weekend mee naar huis neemt. Ze heeft zich er erg op verheugd, maar achteraf blijkt het toch heel zwaar te zijn geweest. Het was fijn om weer in het gezin te zijn, maar het was ook heel druk en confronterend. Nu pas merkt Marjan wat ze allemaal niet meer kan. Ze vond het heel erg moeilijk om met de rolstoel door het dorp te gaan...

Na een half jaar komt het ontslag dichterbij. Helaas levert het aanvragen van de noodzakelijke voorzieningen nogal wat frustraties op, vanwege de enorme bureaucratie. Gelukkig kan het maatschappelijk werk hen daar bij helpen. Het contact met de geestelijk verzorger wordt afgebouwd. Deze neemt contact op met de predikant van Marjan, omdat zij heeft aangegeven dat zij bezoek vanuit de kerk op prijs zou stellen.

Na haar ontslag gaat Marjan nog drie keer per week met de taxi naar het revalidatiecentrum. Daar krijgt ze nog fysiotherapie en logopedie. Maar na een paar maanden komt het moment waarop ze de deuren van het revalidatiecentrum definitief achter zich dicht trekt.

Na haar ontslag valt Marjan in een zwart gat: "wat ga ik nou doen met mijn leven?" Ze is erg verdrietig, en krijgt steeds meer behoefte aan contact met lotgenoten. Ze knokt voor haar zelfstandigheid. Langzaam lukt het haar steeds beter om te zien wat ze nog wel kan. Ze beweegt zich weer actief in een wereld die haar vreemd vertrouwd is...

### 3. Geestelijke verzorging in de revalidatie

#### Terreinverkenning

Wanneer mensen ervaren dat hun lichaam niet meer functioneert als voorheen, als zij geconfronteerd worden met de beperkingen die daaruit voortvloeien en zich beginnen te realiseren wat voor consequenties dat heeft voor hun relaties en voor hun deelname aan het maatschappelijk leven, dan heeft dat grote gevolgen voor het innerlijk leven. In dit hoofdstuk wordt het innerlijk leven van de revalidant beschouwd als het 'werkterrein' van de geestelijk verzorger, en daarom grondig verkend.

Om te beginnen zijn daar de *ervaringen* van mensen die zijn opgenomen in een revalidatiecentrum: het lichaam dat pijn doet, de dingen die niet meer lukken, het verlies van de vertrouwde plek in het gezin, op het werk. Voor de geestelijk verzorger is het belangrijk om aandacht te geven aan die ervaringen: wat ervaar je precies, hoe voelt het, mag het er zijn, of... Mensen blijken in de praktijk heel verschillend met hun ervaringen om te gaan. Sommigen ontkennen, of lopen er voor weg. Anderen worden boos. Weer anderen accepteren het als een gegeven. Vervolgens is het de taak van de geestelijk verzorger om mensen te helpen om een manier van *omgaan* met die ervaringen te vinden die bij hen past en die hen verder helpt. Tenslotte proberen mensen ook betekenis te geven aan dat wat hen is overkomen. Ze proberen het een plek te geven in hun leven, te 'begrijpen' in samenhang met allerlei andere ervaringen en gebeurtenissen in hun leven. Het spreekt voor zich dat de wijze waarop zij *betekenis* geven aan hun ervaringen ook heel persoonlijk gekleurd is, en alles te maken heeft met de levensbeschouwelijke kaders waarmee zij leven. In het overzicht wordt een indruk gegeven van het terrein waarop de geestelijk verzorger in de revalidatie zich begeeft en van de vragen waar hij mee te maken kan krijgen:

	<b>Functies / stoornissen</b>	<b>Activiteiten / beperkingen</b>	<b>Participatie / handicap</b>
<b>Ervaring</b>	Aandacht voor lichamelijke welbevinden. Vermoeidheid, pijn, onrust dringt zich op. Het is belangrijk om hier bij stil te staan. Wat voel je? Hoe voelt het?	Bij alledaagse activiteiten, op de therapie en in het weekend ontdekken mensen hun beperkingen. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor gevoelens van onmacht, kleinheid.	Aandacht voor verlies van taken, voor verandering van relaties, en verlies van een betekenisvolle rol in samenleving De ervaring van genegeerd te worden, niet voor vol aangezien te worden...
<b>Omgang met</b>	Aandacht voor omgang met pijn, vermoeidheid, onlustgevoelens. Sommige mensen vinden van zichzelf dat ze 'sterk' moeten zijn. Anderen zoeken afleiding, of gaan er helemaal in op. Dit heeft te maken met persoonlijkheid en eerdere ervaringen.	Aandacht voor pogingen om controle terug te winnen, maar ook voor de moeite die dat kost, de onzekerheid die dat met zich meebrengt, het verdriet als het niet lukt, en (soms) de neiging om moed maar op te geven.	Aandacht voor pogingen om een nieuwe plaats in de samenleving te veroveren, maar ook voor zorgen m.b.t. toekomst. Sommige mensen vinden het eng om weer onder de mensen te komen. Zijn bang voor de reacties.
<b>Betekenisgeving</b>	Aandacht voor het <i>lichaamsbeeld</i> . Het eigen lichaam wordt als vreemd ervaren. Door aandacht te geven aan deze vreemde / nieuwe ervaring kan men het eigen lichaam weer leren kennen en opnieuw waarderen.	Aandacht voor <i>zelfbeeld</i> . Het beeld dat de revalidant van zichzelf had is danig veranderd. Dat geldt soms ook voor de omgeving. Hoe zie ik mij zelf? Hoe ziet mijn omgeving mij? Hoe kijkt God naar mij?	Aandacht voor <i>mens-, wereld-, toekomst- en Godsbeelden</i> . Wie of wat geeft mij houvast in deze situatie? Hoe zie ik mijn plek in deze wereld? Hoe heb ik mijn vrienden leren kennen, en wat betekent dat voor mijn mensbeeld?

Er zijn meerdere disciplines die zich bezig houden met (een deel van) het terrein dat hier wordt geschetst. Zo hebben artsen, therapeuten en verpleegkundigen aandacht voor de lichamelijke ervaringen van pijn, vermoeidheid en onrust, met het oog op een goede behandeling en verzorging. Psychologen zijn onder meer geïnteresseerd in de wijze waarop mensen omgaan met pijn en met hun beperkingen, en hoe het zelfbeeld en het gedrag van de revalidant daardoor worden beïnvloed. Maatschappelijk werkers houden zich bezig met de verwerking van het verlies van functies en met de veranderingen die dit met zich meebrengt voor de relaties en voor het functioneren in de samenleving. Samenvattend kan men stellen dat de behandeling zich richt op het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van de revalidant. Dit welbevinden van de revalidant hangt nauw samen met het innerlijk leven. De geestelijk verzorger is er voor opgeleid en vrijgesteld om zich met dat innerlijk leven bezig te houden vanuit een eigen referentiekader. Hij heeft geleerd om te luisteren naar de ervaringen van mensen. Hij weet hoe verschillend zij met die ervaringen om gaan. Hij is deskundig op het gebied van zin- en betekenisgeving. Hij begeleidt de ander primair als mens, vanuit en op basis van een eigen, doorleefde vorm van innerlijk leven, die is ingebed in en verbonden met een bepaalde levensbeschouwelijke traditie. Hij neemt de tijd om met de revalidant het innerlijk leven te verkennen, waardoor onverwachte wegen kunnen worden ontdekt, en innerlijke ruimte kan worden gevonden.

## Benadering en werkwijze

De geestelijk verzorger benadert het terrein van het innerlijk leven op een geheel eigen manier. Hij maakt daarbij gebruik van methoden en technieken die hij deelt met andere beroepsgroepen, maar ook van praktijken die samenhangen met de traditie waarmee hij zich verbonden voelt. In het onderstaande wordt een poging ondernomen om benadering en werkwijze van de geestelijk verzorger in de revalidatie weer te geven, en te illustreren a.d.h.v. een paar voorbeelden.

Wanneer mensen vertellen over hun huidige ervaringen, doen zij dat *in het licht van eerdere ervaringen en vroegere gebeurtenissen*. Zij vertellen daarover in verhalen. Frank<sup>1</sup> onderscheidt drie typen verhalen: het herstelverhaal, waarin beperkingen een tijdelijk intermezzo vormen; het chaosverhaal, waarin de verwarring en de ontreddeering centraal staan; het zoektochtverhaal, waar alles draait om het zoeken naar de betekenis van een leven met beperkingen, om zo het gebeurde een plaats te geven in het levensverhaal. Sommige revalidanten zijn letterlijk 'de draad van het verhaal' kwijt. Zij zijn in grote verwarring over wat hen is overkomen, en over hoe het nu toch verder moet. De geestelijk verzorger is getraind om goed en aandachtig te luisteren. Wie is deze mens? Hoe stond hij in het leven? Wie of wat heeft hem gemaakt tot wat hij nu is? Wat is hem overkomen? Waar heeft hij steun aan in deze situatie? Wat motiveert hem? Waar haalt hij zijn kracht vandaan? In welke richting wil hij verder gaan?

Dit kan aanleiding zijn om samen met de revalidant op zoek te gaan naar wat hem nu, in deze situatie, nog  *motiveert* en  *betekenis geeft* aan zijn leven. Dat is heel belangrijk, want tijdens de revalidatie wordt een groot beroep gedaan op de motivatie en het doorzettingsvermogen van de revalidant. Om hun ervaringen te 'begrijpen' en een betekenisvolle plek te geven in hun leven, maken revalidanten - bewust of onbewust - gebruik van levensbeschouwelijke duidingen en zingevende kaders. Soms hebben die kaders in een eerdere fase een belangrijke functie gehad als bronnen van hoop, moed en kracht. Het is niet altijd duidelijk in hoeverre zij in de nieuwe situatie ook een rol van betekenis kunnen spelen. Als de traditionele zingevende kaders en de oude, vertrouwde antwoorden niet meer voldoende, gaan mensen op zoek naar hun eigen, individuele antwoord op de vragen waarmee zij geconfronteerd worden.

De hulp die de geestelijk verzorger biedt, kan bestaan uit het zoeken naar en het *aanreiken van (nieuwe) woorden en ervaringen*. Verhalen kunnen helpen om woorden te geven aan de situatie waarin mensen zich bevinden. Dat geldt ook voor het bijbelse verhaal van de uittocht. Toen de Israëlieten de zware periode van slavernij achter zich lieten, hadden ze nog een lange weg te gaan voordat zij het beloofde land bereikten. Er waren momenten waarop zij dachten dat zij niet verder konden. Tot hun verrassing bleek er toch een weg te zijn. Dwars door de zee en dwars door de woestijn, die in dit verhaal een belangrijke rol speelt. De Israëlieten verlangen naar het beloofde land (nu nog hier, maar volgend jaar...). Zo leeft bij veel revalidanten ook het verlangen naar 'als het straks wat beter gaat' en 'als ik straks weer thuis ben'. Juist het werken aan herstel, het gericht zijn op het overwinnen van stoornissen, beperkingen en handicaps sterkt het gericht zijn op later. De revalidant kan het gevoel krijgen dat hij leeft in een 'intermezzo', dat hij pas weer 'mens' is als hij helemaal hersteld is.

Maar *er wordt nu ook geleefd*: in de woestijn en in het revalidatiecentrum. Bij de paasmaaltijd eet men bittere en zoete ingrediënten: de bittere ervaringen van de slavernij staan naast de hoop op bevrijding. Zo kunnen bitter en zoet ook tijdens het verblijf in het revalidatiecentrum met elkaar vermengd zijn. Er wordt gehoopt en gewanhoopt, gehuild, maar ook gelachen. Mensen vinden steun bij elkaar en trekken zich op aan elkaar. Maar niet altijd: gedeelde smart is soms ook dubbele smart. Het zien van andermans verdriet kan heel erg zwaar zijn. Voor de geestelijk verzorger is het van belang om al deze ervaringen, de omgang daarmee en de betekenis daarvan te verkennen en te erkennen.

De geestelijk verzorger kan ook alternatieven aandragen om op andere manieren met een bepaalde ervaring om te gaan. Wat moet je bijv. doen als 'het' je elke avond weer aanvliegt? Soms kunnen innerlijke bewegingen ontleend worden aan beelden uit de natuur. Zoals het besluipen van een angstaanjagende tijger: doodstil, onbewogen bespieden, op het goede moment iets dichterbij bewegen en weer kijken. Blijven kijken, want anders kan hij jou aanvallen. Zo kun je door lang te kijken al de bewegingen van de tijger en ook de tijger zelf leren kennen. Misschien er zelfs bevriend mee raken!

Door (gebed en) meditatie kunnen mensen dichter bij zichzelf (en dichter bij God) komen. Dat kan een verlichtend en helend effect hebben: mensen ervaren dat ze hun zorgen en problemen niet alleen hoeven te dragen. Zij ervaren dat zij, ondanks alles, toch gedragen worden.

Mens zijn is altijd: mens zijn in relaties. Het levensverhaal van mensen is met talloos veel draadjes verbonden met de mensen in hun omgeving. Die omgeving kan de revalidant helpen om weer opnieuw zin en betekenis te geven aan zijn leven. Maar zij kan ook (letterlijk en figuurlijk) hindernissen opwerpen. Omgevingsfactoren bepalen de mate waarin beperkingen leiden tot een handicap. Daarom is het zo belangrijk om die *omgeving* mee te nemen bij de revalidatie.

Dit betekent dat de geestelijk verzorger aandacht heeft voor de partner of het gezin van de revalidant. Samen zullen zij een nieuw leven op moeten bouwen, of: een nieuw verhaal moeten schrijven, waarin de onderlinge verhoudingen soms danig zijn veranderd. Het betekent ook dat de geestelijk verzorger een taak heeft in het voorbereiden van de leefomgeving op het zo goed mogelijk opvangen van iemand die met beperkingen moet leven. Hij dient er voor te zorgen dat de contacten met de eigen (kerk of) maatschappelijke verbanden bewaard blijven of aangehaald worden.

## *De praktijk*

Revalidanten hebben over het algemeen een druk programma met therapieën, bezoeken aan de arts of het ziekenhuis en andere activiteiten. Bijna alle activiteiten worden gepland. In een wereld waarin alles is gericht op efficiëntie en productie zijn nog maar weinig mensen te vinden die zomaar even bij iemand kunnen zitten om te luisteren en om een praatje te maken. De geestelijk verzorger is één van de weinige hulpverleners bij wie men niet wordt ingepland voor een 'intake'. Dat betekent dat de geestelijk verzorger moet laten weten dat hij er is, wie hij is, en waar hij zich mee bezig houdt. De geestelijk verzorger moet zich actief, maar terughoudend opstellen.

Over het algemeen zullen geestelijk verzorgers in de revalidatie via vrije kennismaking in contact komen met revalidanten. Door de kleinschaligheid van de instellingen (100-150 bedden) en de relatief langdurige opname (gemiddeld 3 maanden) is er voldoende gelegenheid tot kennismaking en ontmoeting. Bij een goede samenwerking met collega's uit het behandelteam zal er ook sprake zijn van verwijzing naar en door collega's.

Als het eerste contact is gelegd, kunnen er meerdere gesprekken volgen, die desgewenst ook kunnen worden gepland. Dat betekent, dat er in het rooster van de revalidant ruimte wordt gemaakt voor een gesprek met de geestelijk verzorger.

In een aantal instellingen worden regelmatig vieringen, diensten, bezinningsbijeenkomsten e.d. georganiseerd. Al luisterend, mediterend, biddend, en zingend zijn mensen bezig met het verwerken en ordenen van hun ervaringen. Is er een kapel of stilleruimte aanwezig, dan vormen beheer en inrichting van de ruimte doorgaans een taak van de geestelijk verzorger.

Daarnaast worden in een aantal instellingen groepsbijeenkomsten georganiseerd, waarin revalidanten met elkaar in gesprek komen over de thema's die hen bezig houden. Omdat een mens altijd meer is dan zijn ziekte of handicap, en omdat de wereld (gelukkig) groter is dan het revalidatiecentrum, kunnen de gesprekken ook gaan over thema's die niet rechtstreeks verband houden met de opname in het centrum.

Soms heeft de geestelijk verzorger een taak in de opleiding en toerusting van collega's, bijv. in het omgaan met morele vragen. Enkele geestelijk verzorgers geven lessen godsdienst en levensbeschouwing aan een mytylschool.

## *Plaats en taak in de organisatie*

Met zijn of haar eigen deskundigheid en een eigen referentiekader neemt de geestelijk verzorger binnen de revalidatie een aparte plek in. Revalidatie is teamwerk. Ook voor de geestelijk verzorger geldt dat nauwe samenwerking met de andere disciplines in de revalidatie vereist is. Toch maakt de geestelijk verzorger in de meeste revalidatiecentra niet automatisch deel uit van een behandelteam, en is het niet vanzelfsprekend dat hij de patiëntenbesprekingen bijwoont.

Juist in de revalidatie, waar zoveel verschillende disciplines zich 'bemoeien' met de revalidant, is het van belang dat er ergens een 'vrijplaats' is: een plek waar jij je verhaal kunt doen, waar jij iemand vindt die naar je luistert en met je meedenkt, zonder dat het hele team er bij betrokken wordt. In veel gevallen is er geen sprake van een 'probleem' dat 'behandeld' moet worden, maar van een mens die gehoord wil worden.

Incidenteel maakt de geestelijk verzorger wel van de mogelijkheid gebruik om deel te nemen aan de behandelteamvergaderingen. Zo heeft hij de mogelijkheid om de eigen wijze waarop de revalidant omgaat met en betekenis geeft aan zijn ervaringen onder de aandacht te brengen van het team, en daarmee bereiken dat de behandeling nog beter op de persoon wordt afgestemd.

In veel gevallen blijkt de geestelijk verzorger een signalerende, beleidsadviserende rol te kunnen spelen, bijv. als het gaat om morele vragen, behandeling en bejegening van revalidanten.

## **Conclusie**

Revalidatie is een relatief jong en dynamisch werkveld. Het vormt een brug tussen de zorgsector en de maatschappij. Mensen die door een ongeval of een chronische ziekte worden beperkt in hun activiteiten, ontvangen medische zorg en begeleiding die gericht is op een zo volledig mogelijke deelname aan het maatschappelijk leven. Kenmerkend voor de revalidatie is, dat er nauw samengewerkt wordt door verschillende disciplines, waaronder de geestelijk verzorger. Bij revalidanten is sprake van geheel eigensoortige ervaringen, die te maken hebben met het verlies van functies, vaardigheden en participatie. De geestelijk verzorger moet aandacht hebben voor deze ervaringen. Vanuit en op basis van een eigen levensbeschouwing (het referentiekader van de geestelijk verzorger) begeleidt hij revalidanten, en heeft hij aandacht voor de wijze waarop zij omgaan met en betekenis geven aan hun ervaringen. Revalidatie is per definitie tijdelijk; zij richt zich op terugkeer naar en op een zo volledig mogelijke participatie in de maatschappij. Geestelijke verzorging draagt op haar eigen wijze bij aan dat doel:

*Nu nog hier, maar volgend jaar... een vergezicht, dat je op koers houdt, of om een droom waarop je even weg kunt drijven?*

<sup>i</sup> Frank, A.W. (1995), *The wounded storyteller*. Chicago/London: Chicago University Press.