
Multidisciplinaire geestelijke verzorging

Samenwerking in de zorg

De ervaringen van geestelijk verzorgers met multidisciplinaire samenwerking zijn weinig onderzocht. In dit artikel laat Martin Walton de vruchten van een bijeenkomst van het Werkgezelschap Geestelijke Verzorging in 2010 over dit onderwerp op zich inwerken en schetst hij een systematisch beeld van het veld, de vormen, de communicatie en de mogelijke strategieën van geestelijke verzorgers in multidisciplinaire samenwerking in de zorg.

Martin Walton

ER IS ONDER GEESTELIJK VERZORGERS in de zorg veel ervaring met multidisciplinaire samenwerking. Tegelijk zijn de ervaringen even divers als de verschillende structuren waarin die ervaringen worden opgedaan. Veel literatuur is er niet. Wat hier volgt is de vrucht van een gezamenlijke poging om zicht te krijgen op de verschillende structuren en vormen van samenwerking.¹ Het is een formele verkenning. Voor een meer inhoudelijke bepaling van de aard van multidisciplinaire samenwerking verwijst ik in dit kader naar anderen.²

Uitdagingen

Vier uitdagingen noem ik, twee structurele en twee communicatieve. Wat vaak op de voorgrond staat is onduidelijkheid over de positie van een geestelijk verzorger in multidisciplinaire samenwerking. Is de samenwerking informeel of formeel, incidenteel of structureel, gericht op indivi-

duële cliënten of op meer algemene aspecten van de zorgverlening? Wat de positionering van geestelijk verzorgers kan compliceren zijn de beeldvorming rondom geestelijke verzorging en uiteenlopende standpunten ten aanzien van zingeving en spiritualiteit in de zorg. De vraag is: waar, wanneer en op welke manier kan een geestelijk verzorger een bijdrage leveren?

Een tweede structurele uitdaging is de dynamiek van multidisciplinaire samenwerking zelf. Overleg wordt vaak bemoeilijkt door tijdgebrek en machtsverschillen, onheldere agenda's en doelstellingen, onduidelijke procedures en groepsdynamisch gedoe.³ In die weerbarstigheid kunnen ook andere zorgprofessionals met hun positie en bijdrage worstelen.⁴ De vraag is: hoe kan een geestelijk verzorger een faciliterende bijdrage leveren aan multidisciplinair overleg?

Een communicatieve uitdaging betreft het taalgebruik dat eigen is aan het domein van geestelijke verzorging. Hoe kunnen geestelijk verzorgers voor andere zorgprofessionals een vertaalslag bieden? Een tweede communicatieve vraag betreft de vertrouwelijkheid en geheimhouding die met het beroep van geestelijk verzorger is verbonden. Hoe kan men de vertrouwelijkheid bewaren en tegelijk met andere disciplines in overleg treden? Wat wordt op welke manier gecommuniceerd?

De eerste twee uitdagingen vereisen helderheid over de velden van samenwerking (paragraaf 1) en de verschillende vormen die overleg kan aannemen (2). Het in kaart brengen ervan heeft voor een deel een opsommend karakter. Het is de hoop dat de ordening een basis voor helderheid in de praktijk biedt. Een bespreking van de derde en de vierde uitdaging zal ik samenbrengen in een beschouwing over multidisciplinaire communicatie (3).⁵ Aan de behandeling van alle vier uitdagingen gaan nog twee dingen ter inleiding vooraf: het expliciteren van twee veronderstellingen die ik brandpunten noem en het bieden van een beknopt voorbeeld.

Brandpunten

Een mogelijke valkuil is een te grote concentratie op de positie van de geestelijk verzorger terwijl de positionering slechts een middel tot een doel is. De bijdrage van geestelijk verzorgers aan samenwerking kent twee brandpunten. Het eerste is het faciliteren van goede zorg vanuit de veronderstelling dat goede zorg samenwerking en onderhandeling veronderstelt.⁶ Dat impliceert tevens een zorgvisie. Daarbij ga ik uit van een natuurlijke verwantschap tussen zorgethische noties en geestelijke verzorging met kernwaarden als responsiviteit, afstemming, verbondenheid en verantwoordelijkheid.⁷ Het gaat om aandachtigheid voor het subject-zijn van cliënten met hun kracht en kwetsbaarheid (gekwetstheid⁸), hun eigenheid en afhankelijkheid.

Een tweede brandpunt kan worden aangeduid met een cluster van begrippen rondom spiritualiteit, zingeving, levensbeschouwing, existentiële vragen en ethiek. Deze cluster heeft niet alleen betrekking op de belevissen en keuzes van individuele cliënten, maar raakt ook de motivatie

van medewerkers, de mission statements van zorginstellingen en de invloed van marktwerking. Op de achter- of voorgrond speelt in multidisciplinaire samenwerking altijd de fundamentele vraag waarom wij zorg bieden en wat de manier waarop wij dat doen tot goede zorg maakt.

Voorbeeld

Het veld van multidisciplinaire samenwerking vanuit geestelijke verzorging is complex, met verschillende vormen die om verschillende vertaalslagen en verantwoordelijkheden vragen op het gebied van zingeving, spiritualiteit en ethiek. Zonder in dit verband een volledige casus te behandelen, kan de meervoudigheid van aspecten met behulp van een kort voorbeeld worden verduidelijkt.

Een kankerpatiënt van 61 jaar weigert behandeling ondanks redelijke vooruitzichten. Daarin spelen de ziektegeschiedenis en het sterven van zijn broer een rol. Hij wil liever over euthanasie dan over behandeling spreken. Zijn vrouw hoopt dat haar man zich nog zal laten behandelen. De geestelijk verzorger merkt hoe emotioneel de patiënt over de hele zaak spreekt. In een gesprek daarover spreekt de patiënt heel kort over confrontaties met lijden en sterven in zijn vroegere werk bij een internationale hulporganisatie. Voor het eerst toont de patiënt enige emotie, totdat hij zich vermant en de geestelijk verzorger vraagt om het gespreksonderwerp voor zich te houden. Ook zijn vrouw wil hij er niet mee belast zien.

Voor de geestelijke verzorger vormt de individuele begeleiding in deze situatie een uitdaging. Zal het deurtje dat even openging nog een keer opengaan? Wat ligt achter dat deurtje? Welke toegangen zullen er mogelijk zijn tot hoe de patiënt over leven en dood denkt? En welke ondersteuning of begeleiding kan zij onder deze omstandigheden aan de vrouw van de patiënt bieden? Tegelijk zal de geestelijk verzorger bedacht zijn op aspecten van mogelijke samenwerking. Ik noem er een paar:

- De geestelijk verzorger kan aan de verpleging (of het behandelteam) melden, persoonlijk of

via een registratiesysteem, dat zij contact heeft met de patiënt.

- De weigering van behandeling en de euthanasiewens van de patiënt zullen wellicht in een patiëntenbespreking ter sprake komen. Er zullen binnen het team verschillende meningen kunnen ontstaan met betrekking tot de redelijkheid van de houding van de patiënt en zijn euthanasiewens. Ook de te volgen strategie kan onderwerp van gesprek zijn. In dat gesprek zou de geestelijk verzorger een verhelderende rol kunnen spelen.
- De geestelijk verzorger heeft informatie die de anderen niet hebben en die zij niet zonder meer mag prijsgeven. Zij kan wel duidelijk maken dat zij zich afvraagt of andere motieven bij de patiënt een rol spelen en dat zij hoopt met de patiënt verder in gesprek te gaan. Daarbij kan zij aan anderen vragen om relevante uitingen van de patiënt en zijn vrouw te signaleren.
- De geestelijk verzorger kan, eventueel anoniem, de psycholoog of een collega geestelijk verzorger raadplegen over haar contact met de patiënt. Ook kan zij in de patiëntenbespreking de vraag stellen of het gebrek aan emotie bij de patiënt aanleiding zou kunnen zijn om de psycholoog in te schakelen.

Op de achtergrond speelt de bekendheid van de geestelijk verzorger met procedures en protocollen rondom euthanasie, in het bijzonder vanwege participatie in de ethische commissie van het ziekenhuis. In de commissie heeft de geestelijk verzorger ervoor gepleit dat er niet alleen heldere protocollen komen, maar ook dat er aandacht is voor optimale communicatie rondom euthanasieverzoeken, zowel met de patiënt en naasten als interdisciplinair.

Het voorbeeld maakt duidelijk hoe naar aanleiding van het ene, relatief korte patiëntencontact de geestelijk verzorger in een aantal verschillende samenwerkingsverbanden functioneert waarin zij verschillende rollen vervult: naast geestelijk begeleider en vertrouwenspersoon, ook die van teamlid (mogelijkerwijs met vertolkende of bemiddelende vaardigheden), ethicus, raadgever en raadgever. Die rollen worden op verschillende velden en in verschillende vormen van samenwerking uitgespeeld.

1. Het veld van multidisciplinaire samenwerking

Een inventarisatie van vormen van samenwerking waarin geestelijke verzorgers participeren, levert een veelkleurig palet op met het oog op patiëntgerelateerd overleg, instellingsactiviteiten en onderwijs.⁹ Men kan drie niveaus onderscheiden, met telkens onderscheiden aspecten.¹⁰

1.1 Patiëntenzorg

In *individuele patiëntenzorg* kan spontaan overleg plaatsvinden. Aard en omvang van de samenwerking en de keuze van participerende professionals, als ook de mate van betrokkenheid van de cliënt zelf, zijn afhankelijk van de individuele situatie. Dat is ook bepalend voor de mate waarin de patiënt of naaste bij het overleg c.q. de samenwerking wordt betrokken.

Bij *groepen patiënten* gaat het om structurele activiteiten. Bij het samenwerken met een verpleegkundige of activiteitenbegeleider in een gespreksgroep zullen de onderscheiden verantwoordelijkheden afgestemd moeten worden.

Deelname aan *patiëntenbesprekingen* in een multidisciplinair overleg (MDO) vraagt een grote investering van tijd, energie en communicatie. De vruchten kunnen meervoudig zijn: zichtbaarheid van geestelijke zorg, verstaanbaarheid met andere professionals en integratie van aandacht voor ethiek en spiritualiteit met medische en verpleegkundige begeleiding. Het is hier dat de meertaligheid en de vertrouwelijkheid een grote rol zullen spelen.

1.2 Collegiale samenwerking

Collegiale samenwerking vindt plaats in moreel be raad, in het samen verzorgen van scholing en in projecten, bijvoorbeeld inspiratie van medewerkers of een specifiek onderwerp als orgaandonatie of seksualiteitsvragen.

In *scholing en onderwijs* waarin een geestelijk verzorger als docent optreedt, is er eerder sprake van communicatie over disciplinaire grenzen heen dan van wederkerige samenwerking. De keerzijde is echter dat geestelijk verzorgers zich op hun beurt door anderen laten scholen en deelnemen aan klinische lessen.

1.3 Instellingsactiviteiten en beleid

Eveneens collegiaal, maar tegelijk gericht op bredere vragen van instellingsbeleid en organisatorische kwesties, zijn participatie in ethische commissies of medische staf, redactiewerkzaamheden en het adviseren van cliënten- of familieraden.¹¹ Daarin valt ook het recht om gevraagde en ongevroegde adviezen te geven met betrekking tot het werk- en woonklimaat binnen een instelling. Het feit dat geestelijk verzorgers op verschillende niveaus in de organisatie werkzaam zijn, zowel in de directe patiëntenzorg als in professioneel overleg, geeft inzicht op het niveau van beleid en kwaliteitsbewaking. Multidisciplinair werken kan dan ook een secundair doel dienen, namelijk bijdragen aan het functioneren van de zorgorganisatie als geheel.

1.4 Externe samenwerking

De verschillende vormen van samenwerking binnen de organisatie hebben ook hun parallellen naar buiten. *Patiëntgericht* kan er (met toestemming) overleg zijn met een pastor of contactpersoon van buiten het ziekenhuis. *Collegiaal* kan de geestelijk verzorger een consultfunctie hebben voor pastores in de regio en/of scholing bieden. *Beleidsmatig* kan een geestelijk verzorger actief zijn in initiatieven op het gebied van zorg en/of levensbeschouwing, zoals maatschappelijke integratie of ethische vragen in zorg en samenleving. Deze mogelijke rol van geestelijk verzorgers in de publieke arena is weinig belicht en verdient verdere verkenning. De aandacht in dit artikel is evenwel primair gericht op de interne samenwerking.

2. Vormen van samenwerking

Tot nu toe is in algemene termen over 'multidisciplinaire samenwerking' gesproken. De term heeft iets pleonastisch. Is 'multidisciplinair' niet altijd samen? De term 'multidisciplinaire samenwerking' wordt echter op twee niveaus gebruikt. Het kan, zoals hierboven, in onderscheid tot unidisciplinaire samenwerking als verzamelterm voor allerlei vormen van multidisciplinair werken fungeren. Het kan ook, zoals hieronder aangewend, een specifieke vorm van samenwerking aanduiden, in onderscheid tot 'interdisciplinaire' en 'transdisciplinaire' vormen.¹²

2.1 Unidisciplinaire samenwerking.

De samenwerking binnen een dienst geestelijke verzorging verdient wellicht aparte aandacht. Ik noem in dit kader slechts een paar zaken. De samenwerking onder geestelijk verzorgers wordt enerzijds vaak bemoeilijkt door het feit dat de diensten in de regel relatief klein zijn en persoonlijkheden daardoor een grote invloed op de kwaliteit van de samenwerking hebben. Anderzijds kunnen levensbeschouwelijke verschillen een rol spelen. Net als in levensbeschouwelijke organisaties kunnen daardoor existentiële en emotionele lagen (verwachtingen, behoefte aan erkenning, waardeoordelen, cultuurverschillen) eerder voelbaar zijn. In levensbeschouwelijke zaken lijkt het vaak te zijn dat hoe dichter mensen inhoudelijk bij elkaar zitten, hoe feller de verschillen een rol kunnen spelen, wellicht omdat de verwachtingen van elkaar maar ook de concurrentie met elkaar groter zijn. De vaak grote ongelijkheden in de omvang van aanstellingen kunnen eveneens de onderlinge verstandhouding negatief beïnvloeden.

Mijn indruk is dat bovengenoemde factoren soms een onnodig grote rol spelen omdat het overleg binnen een dienst geestelijke verzorging niet helder ingekaderd en geagendeerd wordt. Verschillende soorten overleg – lopende zaken, beleid, koffiedrinken, intervisie, irritaties uitspreken – lopen door elkaar, gecompliceerd door verschillen in verwachting, persoonlijke stijl en zakelijke overwegingen. Unidisciplinaire samenwerking, zeker op levensbeschouwelijk terrein, vraagt om heldere overlegkaders en om duidelijke werkafspraken.

2.2 Multidisciplinaire samenwerking

In formele zin kan al van *multidisciplinaire* samenwerking gesproken worden als de verschillende taken duidelijk afgebakend en op elkaar afgestemd zijn. Ieder weet (min of meer) wat de ander doet en mag doen. Van onderlinge uitwisseling hoeft niet of nauwelijks sprake te zijn. Deze minimale samenwerking respecteert de grenzen van elkaars deskundigheid of bevoegdheid maar hoeft geen synergetische meerwaarde te hebben. Vele geestelijk verzorgers werken op deze manier. Zij kunnen op de afdelingen hun gang gaan. Zij worden gedoogd.

2.3 Interdisciplinaire samenwerking

Interdisciplinair wordt de samenwerking als er sprake is van actieve en intentionele uitwisseling van verschillende disciplines met elkaar. Dit vereist niet alleen respect voor elkaars deskundigheid, maar ook professioneel en persoonlijk vertrouwen in elkaars werk en werkwijze. De verschillende medewerkers moeten rudimentaire kennis hebben van elkaars discipline om informatie te kunnen delen, om naar elkaar te verwijzen en zaken aan elkaar te kunnen doorspelen. Interdisciplinair werken vraagt wellicht de meeste verheldering en afstemming daar waar de disciplines elkaar kunnen overlappen, bijvoorbeeld tussen geestelijke verzorging, maatschappelijk werk en psychologische begeleiding, of in de GGZ tussen geestelijk verzorger, psychiater en psycholoog. Twee misverstanden kunnen zich voordoen: (1) concurrentie en (2) herhaaldelijke verwijzing naar de ene discipline zonder de mogelijke behoefte aan een andere discipline te verdisconteren.

Dit kan misschien verduidelijkt worden in verband met de begeleiding van rouw, mede omdat uitingen van rouw op psychologische verschijnselen (somberheid, depressie) kunnen lijken. Rouw is op zich een gezonde reactie op verlies en hoeft niet als ziekte behandeld te worden. En rouw treedt niet alleen op naar aanleiding van sterfgevallen, maar ook als gevolg van andere vormen van verlies, bijvoorbeeld verlies van gezondheid, werk, toekomstperspectieven, of zelfs bij verlies van een vertrouwde omgeving vanwege een opname. Wordt de somberheid vooral als symptoom van depressie gezien, dan zal een verwijzing naar psycholoog of psychiater volgen. Is de somberheid een uiting van rouw, dan is een verwijzing naar een geestelijk verzorger zinvol om de betekenis van het achterliggende verlies te onderzoeken.

2.4 Transdisciplinaire samenwerking

Transdisciplinair duidt op situaties waarin de medewerkers bij tijden elkaars vakterrein betreden in het begeleiden van cliënten. Een voorbeeld is het begeleiden van ambulante psychiatrische patiënten door teams volgens 'assertive community treatment'. Daarin kan de vraag in wie van het team de cliënt het meeste vertrouwen heeft voorrang krijgen boven de vraag wie de meeste deskundigheid heeft in een voorliggend probleem.

Een soortgelijke situatie kan zich in palliatieve zorg voordoen. Een ander dan de arts kan bepaalde medische informatie geven als de gelegenheid zich voordoet. Een muziektherapeut kan op vragen over spiritualiteit ingaan als die door de muziek worden opgeroepen. Een geestelijk verzorger kan de familie informeren over aspecten van de begeleiding als bepaalde vragen ter sprake komen. Transdisciplinaire samenwerking vraagt ten aanzien van transdisciplinair werken een nog grotere mate van kennis van elkaars discipline en werkwijze als ook een grote mate van onderling vertrouwen.

Ik benadruk dat de onderscheidingen hierboven van structurele en daardoor formele aard zijn. Zij veronderstellen verschillende maten van integratie. Van der Wal spreekt, in navolging van Van Gerwen, van vier vormen: gedoog-, organisatorische, beleidsmatige en procesintegratie.¹³ Ik zal dat hier niet herhalen maar alleen opmerken dat de mate van integratie en de vorm van de participatie van een geestelijk verzorger in multidisciplinair overleg een kwestie van afstemming en onderhandeling is. De zin van dergelijke onderscheidingen is een handvat te bieden bij het scheppen van helderheid in de structuren én in de verwachtingen, rechten en plichten die met de structuren gegeven zijn. Om samenwerking te bevorderen moeten de verwachtingspatronen maar ook de structurele beddingen op elkaar afgestemd worden.

Die afstemming impliceert medeverantwoordelijkheid. Wil men samenwerken, dan moet men ook met de organisatie solidair zijn, ook in de vorm en mate waarin kritiek aan de orde komt. De hiërarchische wijze waarop zorginstellingen georganiseerd zijn en de verschillende percepties van de verantwoordelijkheden en communicatie daarbinnen zijn vaak aanleiding voor conflicten. Te midden van de krachtenvelden van een organisatie is vaak een meerpartijdige solidariteit gevraagd, maar in ieder geval loyaliteit. Vanuit zorgethisch perspectief wordt die loyaliteit telkens door de menselijke maat bepaald.

3. Multidisciplinaire communicatie

Structurele onderscheidingen veronderstellen niet alleen dat effectieve samenwerking helder-

heid over kaders en doelstellingen, verantwoordelijkheden en verwachtingen vereist, maar ook dat de nodige communicatieve voorwaarden voor samenwerking aanwezig zijn. Waar samenwerking niet vanzelf spreekt of door machtsverschillen ineffectief is, zal men eerst in communicatie moeten investeren voordat men over structuren begint. Daarvoor moet men de kansen nemen die zich voordoen (een concrete situatie met een cliënt, een ethische kwestie die speelt, een incident), een klinische les aanbieden of volgen, met andere medewerkers lunchen, enz.

Daarmee zoekt men in zekere zin een persoonlijke oplossing voor een structureel probleem. Maar hoewel structuren voor communicatie logisch gezien aan communicatie vooraf lijken te gaan, is het tegelijk zo dat goede communicatie haar eigen structuren en behoeften schept. Wie zich niet voldoende op communicatie bezint en voorbereidt, zal de kansen van de overlegstructuren niet kunnen benutten.

3.1. Vertrouwelijkheid

Geestelijke verzorging leeft bij de gratie van vertrouwelijkheid. Nu is vertrouwelijkheid, of het beroepsgeheim, niet in alle vormen van multidisciplinaire samenwerking in het geding. Het speelt wel een belangrijke rol in discussies daarover, al of niet in relatie tot een vrijplaatsfunctie. In plaats van in te zetten bij het beroepsgeheim of de vrijplaatsfunctie kan men echter ook beginnen met de vraag of cliënten gebaat kunnen zijn bij optimale communicatie over levensbeschouwelijke en ethische aspecten van zorg, dan wel of een individuele cliënt beter geholpen wordt door afstemming tussen zorgverleners. Het kan natuurlijk in het belang zijn van een cliënt om iets vertrouwelijk te houden. Het kan tegelijk een wens van de cliënt zijn die strijdig is met zijn belang. Het kan ook zowel in het belang als naar de wens van een cliënt zijn dat er over zijn/haar situatie optimaal wordt gecommuniceerd. In dat geval is de vraag niet *of* er moet worden gecommuniceerd, maar *wat* en *hoe* er wordt gecommuniceerd.

Op gelijke wijze gaat het niet om vertrouwelijkheid *tegenover* communicatie maar hoe *in* de communicatie de vertrouwelijkheid geborgd kan worden. Dat vraagt niet alleen om principiële

overwegingen maar ook om onderscheidingscriteria. Elders hebben wij zulke criteria geformuleerd vanuit het besef dat de waarden die met een vrijplaats gegeven zijn (aanbod van geheimhouding en van een ruimte voor mensen om zich vrij uit te spreken) bewaard moeten blijven, zonder dat de vrijplaatsgedachte de interdisciplinaire communicatie principieel blokkeert.¹⁴

3.2. Rollen

Bij verschillende vormen van overleg en communicatie horen verschillende rollen. Die rollen kunnen variëren van adviseur (deskundige, opleider) tot bondgenoot (teamlid, gesprekspartner), van intermediair of pleitbezorger tot leerling, om maar een paar te noemen. Het spelen van die verschillende rollen vraagt niet alleen om verschillende competenties – communicatieve, lerende, dialogische, hermeneutische, confronterende, faciliterende – maar ook om het onderscheidingsvermogen om te beseffen welke rollen in welke situaties en op welke wijze gespeeld moeten worden. Dat spreekt vanzelf, maar het gaat niet vanzelf. Het vraagt expliciete (zelf)reflectie, zo niet supervisie.

3.3. Meertaligheid

Verschillende zorgtalen. Bij verschillende rollen horen verschillende taalvelden. De taal aan het bed is anders dan de taal van de analyse achteraf. De taal van de arts anders dan die van de verpleegkundige, van de psycholoog anders dan van de manager. Daarom verstaan ze elkaar soms niet. Er liggen faciliterende en intermediaire mogelijkheden in de nieuwsgierigheid van een geestelijk verzorger naar de taalvelden die gebezigd worden en naar de (mis)communicatie die plaatsvindt. Die nieuwsgierigheid kan vragenderwijs in ieder overlegsituatie worden aangewend. De term ‘transversaliteit’, die Stefan Gärtner met het oog op zielzorg gebruikt, kan in de context van multidisciplinaire samenwerking als benaming dienen voor het vermogen om verschillende zorg- en vaktafen te spreken (en vertalen) en in verschillende werelden te communiceren.¹⁵

Waarneming en functioneel taalgebruik. Van Anne Vandenhoeck is het proefschrift *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. Resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief-hermeneutisch model van C.V. Gerkin*, 2007 (naar aanleiding van

het Amerikaanse model van 'The Discipline'. Daarin besteedt zij aandacht aan de legitimering van meertaligheid in relatie tot andere zorgdisciplines, maar ook in relatie tot 'de postmoderne mens' die niet de levensbeschouwelijke taal van de geestelijk verzorger spreekt of verstaat.¹⁶ Een geestelijk verzorger moet aldus van vele talen thuis zijn. De ene cliënt is de andere niet. De ene professional is de andere niet.

Belangrijk voor multidisciplinaire communicatie is een concreet (van oorsprong Amerikaans¹⁷) model van meertaligheid in wat Vandenhoeck 'resultaatgerichte' geestelijke verzorging noemt.¹⁸ De resultaatgerichtheid slaat niet op vooropgezette doelen maar op het signaleren en registreren van de feitelijke effecten van geestelijke verzorging. Daar is functionele taal voor nodig. En die feitelijke effecten worden in het werkmodel ook gerapporteerd. Daarbij gaat het om resultaten die zintuiglijk waarneembaar en mededeelbaar zijn.

"Een goed resultaat kan gezien, gehoord of gevoeld worden. Het is niet abstract of onduidelijk. De zintuigen van de pastor geven informatie over het resultaat. Eerder dan te veronderstellen of te vermoeden dat de patiënt minder droevig is als gevolg van ons bezoek, merken we op dat de toon van zijn stem is veranderd, hij ons kan aankijken en meer interesse vertonen voor de omgeving. Een goed resultaat is niet alleen merkbaar maar ook zegbaar. De pastor kan het communiceren met de patiënt of met andere zorgverleners in termen die duidelijk zijn. Een praktische richtlijn is dat als je meer dan één zin nodig hebt om te zeggen waarover een resultaat gaat, het niet echt communiceerbaar is en het meer verduidelijkt moet worden."¹⁹

Kenmerkend is dat er niet over de achterliggende inhoud (gespreksonderwerpen) van die effecten (resultaten) met anderen wordt gecommuniceerd. Dat maakt, volgens Vandenhoeck, dat men over het contact met een cliënt met andere professionals kan communiceren (of zelfs rapporteren) zonder dat de vertrouwelijkheid of het beroepsgeheim in het geding komt.²⁰

Vandenhoeck benadert de kwestie van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim dus niet zo zeer in

principiële ethische zin als wel met behulp van verschillende taalvelden, ofwel taalfuncties. De functionele taal van communicatie over waarneembare effecten is anders dan de inhoudelijke taal van het gesprek tussen cliënt en geestelijk verzorger en hoeft de vertrouwelijkheid niet te schaden. Daarmee wijst zij een concrete weg in multidisciplinaire communicatie gebaseerd op waarnemingen en functioneel taalgebruik, een weg die goed past bij de werkwijze van andere zorgprofessionals. Tegelijk is het een weg die oefening en training vraagt, zowel in de waarneming van effecten als in de functionele verwoording ervan.

Alledaags taalgebruik. Nog dichter bij de cliënt wellicht is de mogelijkheid voor geestelijk verzorgers om in multidisciplinair overleg alledaagse taal te bezigen, die dicht bij de beleving van cliënten blijft. In patiëntenbesprekingen kunnen gewone vragen iets teweeg brengen: 'Wat zou hem (patiënt) bewegen?', 'Voelt zij zich hier thuis?', 'Wat is er aan de hand dat meneer zo weinig sympathie bij ons wekt, terwijl zijn buurman dat wel doet?', 'Kennen wij haar eigenlijk?'. Daarbij kan het gaan om wat ik 'identiteitsvragen' zou willen noemen, vragen rondom lichaamsbeleving, ontheemding, persoonlijke waarden en overtuigingen, vragen die dicht op of onder de huid van cliënten liggen en tegelijk al te vaak onvoldoende aandacht krijgen. Tussen discussies over medische uitslagen en coping-gedrag kunnen zulke vragen verhelderend en humaniserend werken. Daarbij zij opgemerkt dat woorden met levensbeschouwelijke connotaties zoals 'hoop' of 'zelf' voor andere disciplines goed verstaanbaar kunnen zijn.

3.4. Faciliteren

Een tot nu toe niet geëxpliciteerde veronderstelling is dat betere multidisciplinaire samenwerking betere zorg oplevert. Patiënten komen beter in beeld. Verschillende vormen van zorg voor een patiënt of cliënt worden beter op elkaar afgestemd. Verwijzen gaat soepeler en met meer kennis van zaken. De verschillende deskundigheden komen ook afzonderlijk beter tot hun recht. Niet alleen met het oog op efficiëntie maar ook met het oog op tevredenheid van cliënten en medewerkers heeft samenwerken effect.²¹ Over (meetbare) effecten van multidisciplinair samenwerken

door geestelijk verzorgers is mij weinig bekend. Een dergelijke meting, hoezeer wenselijk, ligt ook niet binnen de reikwijdte van dit artikel. Hier gaat het eerder over de aard van de samenwerking en de mogelijkheid van een geestelijk verzorger om de samenwerking te *faciliteren*. Het woord 'faciliteren' wordt hier gebruikt om het dienstbaar zijn aan zorgprocessen te thematiseren zonder de connotaties van ondergeschiktheid die aan het woord 'dienstbaar' kunnen kleven. Door samenwerking te faciliteren, faciliteert een geestelijke verzorger goede zorg.

4. Strategieën

Er zijn verschillende vormen van samenwerking. Dat betekent dat er niet maar één strategie is om samenwerking te bevorderen. Naast de meertaligheid voegt zich een meervoudigheid van strategieën. Een paar mogelijkheden:

- Formuleer in overleg de doelstellingen van geestelijke verzorging voor een locatie en/of afdeling. Wat wordt verwacht van de geestelijk verzorger met betrekking tot werkwijze (presentie, begeleiding, activiteiten) en communicatie (overleg, verwijzing, informatie)? Wat kan de geestelijk verzorger verwachten met betrekking tot signalering, verwijzing en ondersteuning?
- Bespreek de randvoorwaarden voor het delen van informatie. Hoe? Wat? Waarom? Omgang met vertrouwelijkheid? Omgang met ongelijkheid in informatie?
- Maak afspraken over vormen van overleg, structureel of incidenteel, casusgericht of in teamverband, met het team als geheel, met de teamleider of met een ander teamlid die affiniteit met spiritualiteit heeft.
- Omschrijf het domein van geestelijke zorgverlening in een paar basistermen zoals zingeving en spiritualiteit (beroepsdefinitie VGVZ), of levensbeschouwing en ethiek, of in termen van spiritualiteit, humaniteit en identiteit. Definieer de termen in voor ieder toegankelijke woorden.
- Bied aan om in teams te komen spreken over het signaleren van levensbeschouwelijke vragen en behoeften, over moreel beraad of over een inhoudelijk thema als rouwverwerking.
- Leg de afspraken vast in een convenant of zorgverleningsovereenkomst. Spreek evaluatiemomenten af en criteria op basis waarvan geëva-

lueerd kan worden. Benoem de verwachtingen en verantwoordelijkheden. Als groepswork met een andere begeleider samen wordt begeleid, spreek af wat de rollen zijn.

- Stel prioriteiten. Werk projectmatig. Faseer de stappen. Evalueer en zet vervolgstappen. Als er aarzelingen zijn bij de participatie van een geestelijk verzorger bij besprekingen, stel een proeftermijn voor met duidelijke punten waarop geëvalueerd kan worden.
- Wees voortdurend alert op de verschillende taalvelden. Zoek in het eigen taalgebruik een balans tussen vaktaal en gewone taal, tussen zakelijkheid en existentiële en spirituele uitdrukkingsvormen, tussen de technisch-instrumentele rationaliteit van een zorgbedrijf en de narratieve, poëtische rationaliteit van een geestelijk verzorger.

Ten slotte

Multidisciplinaire samenwerking biedt de geestelijk verzorger verschillende kansen. Ten eerste om een breder draagvlak te scheppen voor aandacht voor zingeving en spiritualiteit, ethiek en identiteitsvragen bij patiënten. Ten tweede om levensbeschouwelijke en ethische vragen in de zorg als geheel onder de aandacht te brengen. In de derde plaats kan de geestelijk verzorger aan andere medewerkers ondersteuning bieden. Ten vierde kan een geestelijk verzorger faciliterend optreden ten aanzien van zorgprocessen. Ten vijfde kan de geestelijk verzorger veel leren en wellicht zijn of haar werkplezier vergroten. Ten zesde is het mogelijk dat andere zorgprofessionals eerder de zin van een verwijzing naar geestelijke verzorging zullen signaleren. Bij alle kansen gaat het om de positionering van geestelijke verzorging, maar is die positionering een middel tot andere doelen.

Begonnen is met de opmerking dat onder geestelijk verzorgers veel ervaring met multidisciplinaire samenwerking in de zorg aanwezig is, maar dat de ervaringen even divers zijn als de structuren waarin die ervaringen worden opgedaan. Ook de houdingen van geestelijk verzorgers ten aanzien van multidisciplinair werken zijn divers en, naar mijn indruk, vaak gekenmerkt door ambivalentie.

Daarom is de belangrijkste strategie wellicht het aannemen van een zelfbewuste houding als zorg-

professional op het gebied van levensbeschouwing en ethiek, als een deskundige die iets te brengen en iets te leren heeft. De geestelijk verzorger dient te staan voor levensbeschouwelijke en ethische aspecten van zorg en voor de zinning en spiritualiteit van patiënten en cliënten als integraal deel van het zorgaanbod. Dat vraagt om samenwerking. Dat vraagt om talenkennis. Dat vraagt om het scheppen van structuren. Dat vraagt om communicatie.

Dr. M. Walton is universitair docent geestelijke verzorging aan de Protestantse Theologische Universiteit.
mwalton@pthu.nl

Noten

- 1 In mei 2010 werd in het kader van het Werkgezelschap Geestelijke Verzorging (Protestantse Theologische Universiteit, Kampen) met 16 geestelijk verzorgers en studenten geestelijke verzorging nagedacht over multidisciplinaire samenwerking. Als basis voor reflectie dienden de voorbeelden van samenwerking die Bert de Haar, geestelijk verzorger in Isalaklinieken in Zwolle, schetste.
- 2 Vgl. R. Van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingelo 2007, die in contrast met behandel- en zorgrelaties de ondersteuningsrelatie van geestelijke verzorging benadrukt en de narratieve, ethische en hermeneutische dimensies ervan uitwerkt. J. Nussbaum, 'Interdisciplinary teamwork. The role of the chaplain' in: L.D. Bueckert en D.S. Schipani, *Spiritual Caregiving in the Hospital: Windows to Chaplaincy*, Kitchener 2006, bespreekt verschillende rollen van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire samenwerking. Een themanummer van het tijdschrift *Psyche & Geloof* (jaargang 21 nr. 3) uit 2010 werd gewijd aan de inhoudelijke afstemming tussen geestelijk verzorger en psycholoog.
- 3 W. de Haas, 'Altijd gedoe in dat team!', *Groepen*, 2006, pp. 50-59.
- 4 Zie C. Menken-Bekius, 'Ik denk dat mensen iets zoeken...', *Praktische Theologie* 2000 (4), themanummer 'Pastoraat als geestelijke verzorging in het algemeen ziekenhuis', pp. 408-419.
- 5 Zie A. Vandenhoek, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. Resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief-hermeneutisch model van C.V. Gerkin*, diss. Leuven 2007, [https://lirias.kuleuven.be/bitstream/1979/877/5/ Volledige%2Bversie.pdf](https://lirias.kuleuven.be/bitstream/1979/877/5/Volledige%2Bversie.pdf)
- 6 'Wat goede zorg is, is niet op voorhand gegeven, maar het resultaat van een proces van beraadslaging en onderhandeling tussen de verschillende betrokkenen, die allemaal onderscheiden (machts)posities in de praktijk innemen.' M. Verkerk, 'Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden', in H. Manschot & H. van Dartel, *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Amsterdam 2003, p. 187.
- 7 M. Verkerk, p. 180. Over het begrip 'afstemming' zie: M. Timmermann, *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*, Amsterdam 2010.
- 8 Zie A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen 2005, p. 41.
- 9 Zie eerste noot bij dit artikel.
- 10 Zie A. Vyt & J. De Maeseneer, 'Interdisciplinair overleg in de gezondheidszorg', in: M. De Power, Ph. Roosen en A. Vyt (red.), *Multidisciplinaire aanpak van diabetes mellitus*, Antwerpen 2004, als onderdeel van een hoofdstuk 'Interdisciplinair samenwerken bij diabetesproblematiek', pp. 195-215.
- 11 In de Isalaklinieken te Zwolle werkt een van de geestelijk verzorgers als evaluator binnen het traject van collegiale evaluatie (Individueel Functioneren Medisch Specialist) van en door medisch specialisten. Hij is tevens een van de opleiders van collega-evaluatoren binnen dat traject.
- 12 A. Liégeois, 'Interdisciplinair samenwerken in een team van zorgverstrekkers', *Psychiatrie en Verpleging* 74 (2), pp. 113-121. L.L. Ellingson, 'Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals', *Communication Research Trends* 21 (2002) Nr. 3, p. 9, wijst met de term 'pandisciplinair' naar een 'unitary discipline' zoals geriatrie. Palliatieve zorg zou ook een voorbeeld kunnen zijn.
- 13 J. van der Wal, 'Geïntegreerd werken. Over de waarde van de vrijplaatsfunctie van de geestelijk verzorger', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12 (2009) 52, pp. 8-22. Zie ook G. van Gerwen, 'Geestelijke verzorging in instellingen voor gezondheidszorg', in: *Praktische Theologie* 19 (1992), pp. 467-482.
- 14 Zie M. Walton, 'Grensverkenningen in registratieland.' De vrijplaats heeft een historische waarde die bewaard kan blijven, maar dat vraagt mijns inziens (1) dat tussen verschillende betekenissen en doelen van vrijplaats onderscheiden wordt, (2) dat de vrijplaats als één functie naast andere functies van geestelijke verzorging wordt gezien en niet als een omvattend kader, en (3) dat de verschillende betekenissen in andere termen worden vertaald. Zie ook J. van der Wal, 'Geïntegreerd werken'.
- 15 S. Gärtner, *Zeit, Macht und Sprache. Pastoraltheologische Studien zu Grunddimensionen der Seelsorge*, Freiburg 2009, p. 251.
- 16 Anne Vandenhoek, p. 166.

- 17 L. Vandecreek en A.M. Lucas (ed.), 'The Discipline for Pastoral Care Giving: Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy', *Journal of Health Care Chaplaincy*, 10/2 en 11/1 (2001), pp. 1-174. Onder dezelfde titel ook uitgegeven als een *Monographic Separate* van dit tijdschrift, New York: Haworth Press, 2001.
- 18 Vandenhoeck, *De meertaligheid*. Voor de legitimering zie pp. 256-258 en 269-272.
- 19 Vandenhoeck, p. 19.
- 20 Vandenhoeck, p. 14.
- 21 Zie Vyt en De Maeseneer, p. 195.