

GEESTELIJKE VERZORGING: EEN PRAGMATISCH PROCES

Door: Drs. Frits Postema*

In dit artikel beschrijft Frits Postema, werkzaam in de ouderenzorg, zijn concept van geestelijke verzorging en laat hij zien hoe hij dit concept gebruikt heeft bij het ontwikkelen van zijn eigen elektronisch patiënten-dossier (Contact Registratie Geestelijke Zorg (CRGZ)). Postema vindt professionele verantwoording erg belangrijk en ziet die als een middel om zo rechtvaardig mogelijk zijn tijd te verdelen.

Inleiding

Het computerprogramma Contact Registratie Geestelijke Zorg (CRGZ) is niet zomaar uit de lucht komen vallen. Het is in de loop van de jaren ontwikkeld als een instrument ter ondersteuning van mijn werk als geestelijk verzorger. Het bleek noodzakelijk om op een zo verantwoord mogelijke wijze goed onderbouwde en beargumenteerde keuzes te maken en (zorg)adviezen te kunnen verstrekken. De oorsprong van het programma ligt in de manier waarop ik denk over mijn werk ten behoeve van de zorgvragers, het samenwerken met andere disciplines en hoe ik mijn werk van daaruit vormgeef.

Om het proces van standaardisering binnen mijn werk te verhelderen geef ik eerst een globale beschrijving van een paar theoretische uitgangspunten van mijn werk als geestelijk verzorger binnen een geriatrisch (somatisch en psychogeriatrisch) verpleeghuis. Daarbij geef ik allereerst een definitie van enkele begrippen die in dit artikel een rol spelen (1), daarna beschrijf ik de context waarbinnen ik werk (2) waarna ik mijn zorginhoudelijke theoretische uitgangspunten zal expliciteren (3) om tenslotte te beschrijven hoe één en ander organi-

satorisch vorm organisatorisch heeft gekregen binnen het CRGZ (4).

1. Definiëring van begrippen

Onder een *pragmatisch proces* versta ik een methodische benadering vanuit een (op actie gerichte) deskundige opstelling. Met *standaard* bedoel ik een methodiek die als richtinggevende maatstaf voor het handelen kan worden gebruikt. Geen wet van Meden en Perzen maar een mogelijke weg om te gaan; welke standaard ook aan de orde is, hij is altijd een hulpmiddel. Onder het begrip *narratief* versta ik het geheel van verhalen die de context van het leven bepalen. Mensen hebben niet alleen een verhaal, ze zijn ook een verhaal. Meer dan lichaam en hersenen, zijn zij ook biografieën.

1.1 Motivatie

Mijn aanstelling als geestelijk verzorger bedraagt 63% en mijn inzet moet worden verdeeld over 160 patiënten en alle andere bijkomende interne en externe aandachtsvelden. Indertijd heb ik het als mijn professionele verantwoordelijkheid gezien te zoeken naar een model of een strategie van waaruit ik op een zo rechtvaardig mogelijke wijze mijn

inzet kan verdelen en mijn werk zo kan organiseren, beargumenteren en verantwoorden dat het ook voor mijzelf duidelijk is *waarom ik waar, wanneer* en ten behoeve van *wie of wat iets of niets* doe. Als de mens een narratief, een biografisch wezen is – en in mijn optiek is dat zo – heeft de bemoeienis met die mens ook alles te maken met een nauwkeurige exegetische. Willem Barnard (Naastepad, 1990) spreekt over exegetische als een *bitse tucht* die de exegeet zichzelf oplegt. Exegetische is een uiterst gedisciplineerde activiteit. Het zoeken naar een juiste standaard als werkmodel is daarvoor noodzakelijk. Mijn zoekproces heeft geleid tot de ontwikkeling van het hulpmiddel CRGZ waarin een aantal standaarden zijn verwerkt.

2. Context en vooronderstelling

Mijn werk als geestelijk verzorger speelt zich voornamelijk af binnen een geriatrisch verpleeghuis, waarin zowel somatisch geriatrische als psychogeriatrische patiënten worden verpleegd. De vooronderstelling in mijn werk is dat mensen door middel van verhalen hun leven als één geheel van denken, voelen en beleven ervaren. Mensen zijn verhalenvertellers en daardoor ‘principeel verhalend’ (narratief). Een verhaal is een geordende aaneenschakeling van zinnen die met elkaar samenhangen, en zo letterlijk een zinsverband vormen. Als die samenhang echter verdwijnt worden mensen geconfronteerd met de grenzen van hun verhalend bestaan, hun zinsverband, en moet men opnieuw op verhaal komen. Momenten waarop die samenhang verstoord kan raken zijn bijvoorbeeld crises, ofwel ingrijpende gebeurtenissen. Dit opnieuw op verhaal komen kan met behulp van een geestelijke verzorger.

Geestelijke zorg behoort tot het zorgaanbod van de verpleeghuiszorg (Snelders, 1996). Geestelijke zorg kan professioneel, methodisch, bijdragen aan het helen van wat ‘gebroken’ is en daarom aan het welbevinden van alle bij de zorg betrokken mensen. Bij de ontwikkeling van een standaard zal dat

verhaal en de verstoring van dat verhaal (de crisis) eveneens een centrale en functionele plaats moeten krijgen.

2.1 Stelling

Mijn stelling is dat de geestelijk verzorger de pathologie niet als uitgangspunt voor zijn presentie en interventie neemt. Hij voegt zich als geen ander in het ritme en in de verhaalcomponenten van de zorgvrager zelf en kan zich daarin en daarvoor optimaal aanpassen (accommoderen) aan de realiteit van de zorgvrager. Met andere woorden, daarmee biedt de geestelijk verzorger wat andere disciplines binnen de gezondheidszorg *in principe* niet bieden. De invalshoek van de geestelijk verzorger is het gebied van het symbolisch -mythisch / existentieel-antropologisch niveau (Roukema, 2004) en is van daaruit gericht op de oefening van zingende vermogens, bewustwording en toe-eigening van zijnswaarden.

In dit artikel zal het accent vooral liggen op de noodzaak en betekenis van de narratieve (hermeneutische) methodiek als een gestandaardiseerd pragmatisch proces in zijn bijdrage aan de inhoudelijke vormgeving van de geestelijke zorg en hoe een computerprogramma daarbij tot hulp kan zijn. Kort gezegd, de narratieve methodiek is maatwerk waarbij de individuele geestelijk verzorger de mogelijkheden van de individuele zorgvrager als uitgangspunt neemt. Daarmee typeren wij het ‘verval’ van vaardigheden in de ouderdom niet pathologisch maar als inherent aan de ouderdom als ontwikkelingsfase van het bestaan. Dit is kenmerkend voor het biografische model, in tegenstelling tot het biomedisch model. Op dat maatwerk dient het CRGZ aan te sluiten.

3. Theoretische uitgangspunten bij de vormgeving van mijn werk

3.1 Twee begrippenparen

Twee begrippen spelen in mijn werk een belangrijke

rol. Het eerste begrippenpaar is *assimileren versus accommoderen*. In dit kader heeft assimileren betrekking op de vraag in hoeverre de zorgverlener de verhaalcomponenten van de zorgvrager inpast binnen zijn eigen concepten. Tegengesteld aan assimileren is accommoderen. Hierbij zet de zorgverlener zijn eigen concepten aan de kant om zichzelf aan te passen (mee te gaan in) de verhalende werkelijkheid van de zorgvrager en om vanuit die accommoderende relatie het zelfzorg vermogen van de zorgvrager te stimuleren. In feite worden hier twee uitersten genoemd, twee dimensies, ook hiervoor geldt dat tussen die uitersten allerlei tussenvormen denkbaar zijn.

Het tweede begrippenpaar is *homogeen versus heterogeen*. Dit betreft de schaal van de sociogenese. Ook dit zijn uiteraard weer uitersten; ze vormen een continuüm. Het gaat om de context waarbinnen de zorgvrager leeft en dus verhaalt; zijn er veel collectieve verhalen binnen die context (heterogene cultuur), of is er slechts één collectief dominant verhaal (homogene cultuur).

Deze twee begrippenparen zijn in mijn dagelijkse praktijk dienstbaar gebleken bij het ontwikkelen van een standaard en bij het analyseren van de (zorg)vragen (diagnostiek hoort ook deel te zijn van de standaard). Ook bleken zij van belang om de positie van mij en andere zorgverlenende disciplines ten opzichte van elkaar en de bredere (zorg) context te specificeren.

Met behulp van deze begrippenparen, wil ik het unieke van de geestelijk verzorger, de noodzaak van standaardisering als een pragmatische proces van begeleiding en hulpverlening in kaart brengen.

3.2 De opname in een zorginstelling (geriatrisch verpleeghuis)

Een opname in een verpleeghuis heeft een verstoring effect op de samenhang (coherentie) en de duurzaamheid (consistentie) van het narratief en de ondermeer daaruit voortvloeiende rolpatronen, toekomstverwachtingen, identiteitsbeelden en op

de tot dan toe gehanteerde waarden, normen en overige concepten. Niet alleen intrinsiek maar ook extrinsiek. Over het algemeen komen mensen bij een onontkoombare opname in een zorginstelling vanuit hun eigen homogene leefomgeving in een heterogene situatie waarin zij mensen ontmoeten, of geconfronteerd worden met mensen die zij uit zichzelf waarschijnlijk niet/nooit zouden hebben opgezocht. De leefomgeving moet na opname worden gedeeld met anderen, vaak onbekenden, voor wie je 'naakt' bent in jouw verstoordheid. Dat verzwakt de opname tot een diep ingrijpend emotioneel gebeuren voor de zorgvrager en zijn/haar sociaal netwerk.

Daarnaast betekent de opname in een (geriatrisch) verpleeghuis voor veel mensen ook nog eens het begin van een onomkeerbaar proces van onthechting.

Een opname is dus niet alleen een verstoring van de fysieke cohesie maar ook van de psychosociale cohesie, en raakt dus twee componenten van het narratief. Er zullen nieuwe wegen moeten worden gevonden en nieuwe keuzes worden gemaakt. Deze keuzemomenten zijn momenten van discontinuïteit en bij uitstek momenten waarop de zinsverbandvraag en daarmee de herschikking van het zinsverband (het narratief) actueel wordt. In dit verband moet worden opgemerkt dat kan blijken dat de bestaande dominante collectieve narratieven de vorming van een eigen individueel narratief kunnen hebben verstoord, waardoor het individu pas vanuit de crisis aan het eigene en unieke van zichzelf toekomt. Het is geen vaststaand feit dat de oude bestaande narratieven waarop men tot aan de crisis geleefd en gesteund heeft na de crisis dezelfde betekenis zullen hebben.

3.3 Wanneer ouderen worden opgenomen

Ondanks alle mooie zorgvisies doet een zorginstelling geen recht aan de individualiteit en de eigenheid van de zorgvrager. De zorgvrager moet zich invoegen en aanpassen (accommoderen) aan de

dynamiek en structuur van het zorgsysteem. Uit de gerontologie is bekend, dat oudere mensen minder goed worden in accommoderen. Hoewel de geriatrische patiënt zaken nog goed kan begrijpen in termen van wat hij eerder al heeft leren begrijpen, ofwel kan assimileren in al ontwikkelde concepten, kan hij veel minder gemakkelijk dan op jongere leeftijd nieuwe concepten aanmaken, ofwel accommoderen. Dit komt dit tot uiting in de moeilijkheden die deze doelgroep heeft met bijvoorbeeld het wennen aan een nieuw muntenstelsel, het leren omgaan met bankpasjes, betaalautomaten op NS-stations, mobiele telefonie, e-mailen, internetbankieren en noem maar op.

Wanneer oudere mensen worden opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis betreft het dan ook een nog grotere crisis, omdat het niet (of moeilijk) kunnen accommoderen aan de structuur van de zorg en de zorginstelling vanwege het verminderde vermogen tot het ontwikkelen van nieuwe concepten, opnieuw tot verlies aan ervaren van controle leidt. Overigens geldt dat het ervaren van controle buiten crisissituaties minstens ten dele illusoir is, echter juist op deze momenten zal dit illusoire in al zijn scherpte duidelijk worden.

3.4 Wat zijn de effecten van deze crises ten aanzien van het narratief?

Aan de eis van accommodatie aan het (steeds veranderende) zorgsysteem is door de geriatrische patiënt moeilijk te voldoen. Dit leidt ook vaak tot vervreemding van het eigen levensverhaal. Dat levensverhaal vormt het kader waarbinnen mensen vertroosting kunnen vinden, waar ze met de vergankelijkheid van wat hen dierbaar is kunnen omgaan, waar men de eigen tekortkomingen zonder gezichtsverlies onder ogen kan komen en waar mensen kunnen knielen voor wat groter is dan zij zelf zijn. Kortom, het levensverhaal vormt de bron waar intimiteit en integriteit in de omgang met dierbaren vorm kan krijgen.

Het individuele levensverhaal staat in relatie tot

overstijgende verhalen en vormt zo het narratieve kader van waaruit het individu zin en betekenis (zinsverband) ontleent en geeft aan de verschillende aspecten van het leven, kortom waarbinnen hij/zij copingstrategieën ontwikkelt. De drievoudige crisis waarvan sprake is bij een opname in een verpleeghuis, overspoelt dit kader en maakt het daarmee onzichtbaar. Met als gevolg, dat men de controle en het overzicht over het bestaan verliest. Uit onderzoek (Stiegelis, 2003) is gebleken dat, als mensen geen controle kunnen uitoefenen over de door hen als relevant ervaren omstandigheden, depressie een gevolg kan zijn. Mensen voelen zich hulpeloos daar waar het resultaat van hun reactie nihil is. Als dit lang duurt, kan dit leiden tot een patroon van aangeleerde hulpeloosheid. Aangeleerde hulpeloosheid komt in zijn algemeenheid veel bij oudere verpleeghuispatiënten voor. In een verpleeghuis beleven mensen hun bestaan vaak als betekenisloos.

Er is dikwijls een sterk gevoel van verlies van identiteit, als gevolg van een onvermogen tot accommodatie en assimilatie aan en binnen een alles overheersend (zorg)systeem. Dat gevoel van verlies van identiteit kan versterkt worden doordat de belangstelling van buiten het verpleeghuis ook vaak afneemt. De taken die je nog uitvoerde zijn door anderen overgenomen, zelfs je kleinkinderen komen over het algemeen zelden. Kortom, je kunt het gevoel krijgen inwisselbaar te zijn en dat jouw bestaan er niet meer toe doet - voor zover het er al toe gedaan zou hebben.

Ervaringen met onbeheersbare gebeurtenissen hebben twee belangrijke effecten. Het eerste effect is dat de motivatie voor op verandering gericht gedrag wordt ondermijnd. Het tweede effect is dat het hebben van dergelijke ervaringen een negatief effect heeft op het vermogen tot leren; het enige dat geleerd wordt is dat men hulpeloos is. Seligman noemt drie typen van storingen met betrekking tot optimaal (psychisch) functioneren (Seligman, 1979). De motivatie om te reageren wordt

verlamd, het vermogen om succes waar te nemen wordt ondermijnd en de emotionaleiteit wordt verhoogd (dus motivationele storingen, ken-storingen en emotionele storingen).

3.5 Essentie van geestelijke zorg (ten behoeve van ouderen in een crisis).

De actuele situatie waarin iemand zich bevindt wordt voortdurend geïnterpreteerd vanuit het narratief, zowel retro- als prospectief. Het narratief is het domein waarin betekenisgeving en zin ervaring als twee kanten van het zingevingsproces op elkaar reageren. Omgaan met het levensverhaal, een narratief hermeneutische activiteit bij uitstek, hoort thuis bij de geestelijk verzorger als zijnde de specialist op het gebied van verhalen (het narratief) en de hermeneutiek (de interpretatieve exegese).

In crisissituaties verschuift de context van waaruit de verhalen, inclusief de daarin geldende waarden en normen, geldigheid hadden. De context vormt dan geen referentiepunt meer. Dit maakt dat mensen in een situatie terecht komen waarin geen functionele verhalen meer voorhanden zijn. De betekenis 'dat God je altijd vasthoudt' of 'dat mensen goed zijn' doet dan niet meer terzake. De verhalen van hun leven en daarmee een deel van de manier waarop zij dat leven verhaalden is hen letterlijk uit de vingers geglijpt. Dat kan mensen verscheuren, passief maken en deprimeren.

De essentie van geestelijke zorg kan worden omschreven als: *het herstellen van de biografische continuïteit van een zorgvrager bij een (plotselinge) biografische discontinuïteit* (Postema, 2006).

Geestelijke zorg is relevant daar waar de discrepantie tussen de gewenste werkelijkheid en ervaren werkelijkheid onbegrijpelijk is. Geestelijke zorg is daar nodig waar de crisis de grip op de verhalende oriëntatiekaders in het levensverhaal dermate heeft verstoord, dat zonder deskundige hulp en begeleiding het gevoel van controle in de actuele situatie niet hersteld kan worden. Als opnieuw

vanuit het levensverhaal betekenis kan worden gegeven aan de huidige situatie zullen gevoelens van controle toenemen en depressieve klachten afnemen. In de hermeneutisch narratieve benadering worden mensen geholpen om zelfstandig hun verhaal te herontdekken en daarmee op verhaal te komen.

Standaarden zijn daarbij belangrijke methodische hulpmiddelen die vooral gericht zijn op een juiste analyse van de vraag of en hoe iemand in het hier en nu in zijn/haar levensverhaal staat of opnieuw kan gaan staan, zijn/haar leven weer opnieuw kan gaan begrijpen.

4. Toespitsing op het CRGZ

4.1 Hoe vind je nu de standaarden terug in het CRGZ?

Het CRGZ is in de loop van de jaren een digitaal zorgdossier geworden. Het is ontwikkeld voor de administratieve, registratieve, organisatorische, diagnostische en beleidsmatige ondersteuning voor de geestelijke zorg in zorginstellingen. Voor een persoonsfile moeten ten minste zes zakelijke (ANW) gegevens worden ingevoerd. Daarna kan men het programma gebruiken.

Voor een minimaal gebruik kan men het programma inzetten ten behoeve van persoonlijke aantekeningen, maar het CRGZ heeft meer te bieden dan dat. Het heeft een aantal hoofdtaken. Zo is er veel plaats ingeruimd voor het levensverhaal en de grote (overstijgende) verhalen. Hierbij is het door mij ontwikkelde schema leidend geweest (Frits Postema in: Bouwer 2000). In het anamnese-deel van het programma komen ondermeer aan de orde: de periode van de jeugd; levensbeschouwing; opleiding/werk; partner e.a. relaties; sociale integratie; persoonlijkheid; crisis/oorlogstijd; hobby's; ouder worden; et cetera. Voor een aantal gegevens geldt dat één keer invoeren voldoende is; bij het aanklikken van een naam biedt het CRGZ in één oogopslag inzicht in de NAW gegevens, het zorgdoel, zorgprobleem en zorgactie van de zorgvrager;

In de situatiebeschrijving wordt aangegeven wat het primaire thema tijdens het vorige contact is geweest. Het programma vermeldt met welke SIF's (Stress Indicatorende Factoren) rekening moet worden gehouden, bijvoorbeeld als iemand links doof is, is het handig te weten dat je beter aan de rechterkant kunt zitten, of als iemand receptief afatisch is, is dat een belangrijk gegeven in de communicatie. De SIF's zijn gericht op de gebieden van: zingeving, (neuro)psychologie, somatisch/neurologische problematiek en de relationele situatie. Tot op zekere hoogte kan het programma door de gebruiker worden aangepast aan de eigen lokale situatie.

Het CRGZ biedt een aantal aandachtspunten gericht op het sociale netwerk van de zorgvragers, zoals de contacten met het sociale netwerk en/of de eigen levensbeschouwelijke instellingen. Via de IZGZ (Inventarisatie Zorgvraag Geestelijke Zorg) wordt ondermeer de zorgvraag, -doel en -actie geformuleerd. Deze IZGZ kan worden uitgeprint en als inlegvel aan het zorgdossier worden toegevoegd of, als er in de zorginstelling een digitaal patiëntenzorgdossier is, kan het IZGZ ook digitaal worden toegevoegd. In veel zorginstellingen is het van belang om na een bezoek aan de zorgvrager melding van dat bezoek in het zorgdossier te maken, een dergelijk verslag kan ook via het CRGZ digitaal aan het zorgdossier worden toegevoegd. Ten behoeve van het IZGZ noteert het programma een aantal vaste activiteiten, zoals deelname aan een gespreksgroep. Het CRGZ biedt de mogelijkheid tot tijdregistratie van 'zorgvrager – gebonden' en 'zorgvrager – overstijgende' activiteiten. Zo kan een verantwoorde tijdsverdeling worden gewaarborgd. In mijn situatie ga ik er altijd vanuit dat ik ongeveer 70% patiëntgebonden en 30% patiënt overstijgend bezig ben.

Het CRGZ biedt de mogelijkheid tot het uitprinten van diverse samengestelde rapporten op vrijwel alle ingevoerde gegevens. Zo is het bijvoorbeeld heel eenvoudig om gegevens in de vorm van een

'deelzorgplan geestelijke zorg' als bijdrage aan het algemene patiëntendossier uit te printen, of in één oogopslag te zien welke zorgvragers in aanmerking kunnen komen voor de wekelijkse eucharistieviering, of wie er op welke afdeling ondersteuning behoeft van de humanistische raadvrouw. Dit geldt ook voor overzichten van activiteiten over bepaalde perioden, inclusief de daaraan bestede tijd. Het gaat bij de verdeling van de beschikbare tijd vaak om 'tijd en prioriteit'. Het CRGZ programma helpt bij de prioriteitweging. Iemand zonder sociaal netwerk heeft in het programma een hogere bezoekprioriteit dan iemand met een groot, positief en krachtig sociaal netwerk. Zo wordt hoge prioriteit toegekend aan afspraken vanuit het multidisciplinaire overleg. Het gaat hierbij vooral om een rechtvaardige en beargumenteerde verdeling van de beschikbare tijd. Tevens biedt het CRGZ heldere ondersteuning bij levensbeschouwelijke diagnostiek zodat (binnen een multidisciplinair overleg) een goed beargumenteerd en afgewogen zorgadvies kan worden uitgebracht. Binnen de sectie diagnostiek wordt expliciet aandacht gevraagd voor de hoofdgebieden: zingevingstaken, levensverhaal, fysieke constellatie, ondersteuningsbehoeften, (zelf)beelden, stemmingen, et cetera. De vraag naar betekenisgeving is daarbij een centrale vraag. Ook bezoekverslagen kunnen indien gewenst worden geprint. Bij de bezoeken is een aantal aandachtsvelden genoemd, zoals: waaruit de ondersteuning tijdens het bezoek bestond; positieve en/of negatieve effecten; zaken als houding en bewustzijn en een aantal relationele aspecten. Bezoekverslagen worden voorzien van datum, tijd en indien gewenst ook de tijdsduur, opgeslagen.

Er kan een 'inactief' bestand worden aangemaakt. In dit bestand komen de namen van hen die vanwege (tijdelijk) ontslag, of overlijden uit het actieve bestand worden verwijderd; dit bestand is bijvoorbeeld weer opvraagbaar ten behoeve van een herdenkingsbijeenkomst. Uiteraard wordt het programma door uw eigen wachtwoord beveiligd.

Meerdere gebruikers kunnen via een autorisatie met één programma werken; Het programma kan gebruikt worden in samenwerking met elektronische spraakherkenning. Voor meer informatie zie <http://www.rum-automatisering.nl>.

4.3 Tot slot: kwaliteitsverbetering

In de narratieve theorie gaat het over methodiek ten aanzien van een theoretisch construct: het narratief. Het hoeft in die theoretische benadering niet te gaan over levensbeschouwing en hoeft dus niet per definitie een theologisch kader te impliceren. In de uitoefening van mijn vak en dus in het beoefenen van de narratief – hermeneutische methodiek, gaat het over 'de levensbeschouwing als zingevende praxis'. Dit impliceert en noodzaakt een denominatie – overstijgende vorm van geestelijke zorg.

Geestelijke zorg is een professie. De professionaliteit staat altijd voorop en aan die professionaliteit moet een – niet levensbeschouwelijke maar – professionele autorisatie worden verleend door de beroepsvereniging, die weer deel uitmaakt van het gehele zorgsector. Anders gesteld: de autorisatie moet door de wereld van de zorg worden verleend, op grond van professionele eisen die aan geestelijk verzorgers gesteld kunnen worden (ongeacht of ze wel of niet vanuit een ambt opereren). De strikte uitoefening van het ambt vormt in feite een 'kerkelijke of anderszins levensbeschouwelijke beperking' van de professie. Een belangrijke eis die aan geestelijk verzorgers door de beroepsgroep gesteld moet worden – zo dit al niet gebeurt –, is dat door middel van wetenschappelijk gefundeerde standaarden een structuur wordt geboden van waaruit systematisch wordt gekeken naar de zorgvrager. Met het bieden van kijk- en luisterrasters en dus van toetsingscriteria, ben je als zorgvrager minder dan voorheen louter afhankelijk van toevallige eigenschappen, mogelijkheden en ook onmogelijkheden van de zorgverlener. Met andere woorden: het vak van geestelijke zorg is minder

vrijblijvend en meer professioneel. Tevens is het vak hiermee minder afhankelijk geworden van concepten zoals die binnen de levensbeschouwelijke instituten van belang zijn, zoals pastorale of anderszins dogmatische concepten.

In de ontwikkeling van het CRGZ heb ik geprobeerd om vanuit de instrumentele invalshoek een bescheiden bijdrage aan die professionalisering te leveren. Het is jammer dat er vanuit onze beroepsgroep cijfermatig gezien nauwelijks gereageerd is op de onderzoekspogingen van de Rijksuniversiteit Groningen. Kennelijk hoort dit bij onze beroepsgroep, maar het is tegelijkertijd een uitdaging. Ik zou willen dat geestelijk verzorgers hun impliciete standaarden expliciet en daarmee transparant zouden maken. Daardoor kunnen zij laten zien dat de authenticiteit van het vak voornamelijk ligt in een gedegen professionele methodische en dus toetsbare aanpak. Ik begrijp de huiver bij collega's. Ik begrijp de verlegenheid die daar soms achter schuilt; ook de 'Calimero' gevoelens die bij menig collega aanwezig zijn. Het beroep op de vrijplaatsfunctie is wel eens te gemakkelijk want ook de vrijplaats is niet vrijblijvend en hoort professioneel te worden ingevuld. Als je de pretentie hebt professional te zijn dan moet dat ook bij geestelijk verzorgers zichtbaar en toetsbaar zijn voor de zorgvragers en de mede professionals. Pas dan ben je aanspreekbaar en kun je aan een heldere integriteit(!) en identiteit van het vak bouwen.

Met de ontwikkeling van het CRGZ heb ik slechts een kleine bijdrage ten behoeve van die professionalisering willen leveren. Geestelijke zorg is een volop pragmatisch proces! De meeste mensen vermoeden wel dat geestelijke zorg iets goeds is. Door ons werk met behulp van standaarden inzichtelijk te maken kunnen wij aan dat vermoeden voorbijgaan en ons karakter laten zien.

* Drs. F. Postema is theoloog en is als geestelijk verzorger werkzaam bij de Stichting 'de Hoven' locatie Vliethoven, Delfzijl. Hij heeft zich gespecialiseerd in de betekenis van het narratief in de zorg en hulpverlening bij ouderen.

Literatuur:

- Bouwer, prof. dr. J. (2000), *Met meer dan hart en ziel. Levensbeschouwelijke diagnostiek, geestelijke zorgverlening, context*, Gorinchem, Ekklesia.
- De Lange, Frits (2007), *De mythe van het voltooide leven*, Zoetermeer, Meinema.
- Naastepad, Tom (2009), *Leven in zinsverband*, Voorburg, Publivorm.
- Postema, Frits (2006), 'Geestelijke zorg geeft te denken – over levensverhalen van ouderen en geestelijke verzorging', in: Jaap Doolaard (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kok, Kampen, 410-420.

- Roukeman-Koning, dr. B., 'Mensen van betekenis; coping en geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* (7), 2004, nr. 30, pp. 19-30.
- Seligman, dr. Martin E.P., (1979), *Hulpeloosheid*, Bloemendaal, Nelissen.
- Snelders, drs. W.F.M., (1996), 'De geestelijk verzorger, de werkgever en de overheid', in: drs. J.J.A. Doolaard (red), *Handboek Geestelijke Verzorging in zorginstellingen*, Kok Kampen.
- Stiegles, Heidi Elisabeth (2003), *A life less ordinary; cognitive adaption and psychological functioning among cancer patients treated with radiotherapy*, Groningen, University Library –online resource/ Stichting Drukkerij C.Regenboog.

advertenties



Advies over ruimte en liturgie
Inrichten van gebedsruimten



www.pimvandiijkdesigns.nl
T- 0575-528803 M - 06-50268638

RINO Noord-Holland

Nascholing en Opleiding GGZ

Relevante nascholing in de GGZ

Psychoanalyse in ontwikkeling

www.rino.nl/462

Rouw- en verliesverwerking bij kinderen

www.rino.nl/551

Traumatische ervaringen

www.rino.nl/474

ACT en de oudere volwassene

www.rino.nl/115

Gecomplieerde rouw

www.rino.nl/077

Het ontwikkelingsprofiel als referentiekader

www.rino.nl/403

Oplossingsgericht coachen bij werkstress

www.rino.nl/055

www.rino.nl

Leidseplein 5, 1017 PR Amsterdam

Telefoon: 020 625 08 03 E-mail: info@rino.nl