

---

# Verbindende schakel

## De rol van de geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH

Aan de hand van casuïstiek uit de praktijk onderzoeken Bertens, Van der Burg en Leget de rol van de geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH. Voor de veelheid aan rollen en handelingen die ze ontdekken, kiezen ze de term ‘verbindende schakel’. De geestelijk verzorger functioneert als een verbindende schakel tussen het bewaren van menselijkheid en de vervreemdende ervaring van een onverwachte opname op de SEH.

**Ine Bertens, Mart van der Burg, Carlo Leget**

**I**N SOMMIGE ZIEKENHUIZEN spelen geestelijk verzorgers van tijd tot tijd een rol bij de opvang van traumapatiënten en hun naasten op de Spoedeisende Hulp (SEH). In andere ziekenhuizen niet tot nauwelijks. Maar wat doen zij dan precies? Dat blijkt niet zo gemakkelijk onder woorden te brengen. Dit geldt zowel voor de geestelijk verzorgers zelf die hier veelal koersen op ervaring, waardoor zij kunnen improviseren en een veelheid aan rollen kunnen vervullen. Maar het geldt ook voor de andere disciplines die moeilijk vat krijgen op wat geestelijk verzorgers doen. Het doel van dit artikel is de rol van de geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH te verhelderen door te bestuderen wat zij in de praktijk doen. Met de explicitering van het werk worden twee doelen nagestreefd: (1) aan geestelijk verzorgers een referentiekader bieden dat houvast kan geven in het werk en de beoordeling daarvan; (2) aan andere

disciplines duidelijk maken wanneer het zinvol is om een geestelijk verzorger te laten oproepen.

### Stand van zaken

Over de rol van de geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH lijkt betrekkelijk weinig geschreven. Bijna een kwart eeuw geleden noteerde Dykstra al de opmerkelijke afwezigheid van pastoraal-theologische literatuur en reflectie over de rol en betekenis van geestelijke verzorging bij traumaopvang op de SEH, terwijl er in dit verband toch veelvuldig een beroep wordt gedaan op de geestelijk verzorger (Dykstra 1990).

Een blik op de laatste twee decennia leert dat onder het begrip *Notfallseelsorge* wel de nodige literatuur te vinden is als het gaat om een theologische doordenking van de inzet van de geestelijk verzorger in crisissituaties, waaronder ook de opvang



van naasten van traumapatiënten (Breitsameter 2012; Heyes 2012; Müller-Lange 2006; Waterstraat 2008; Zippert 2006). De aandacht richt zich daarbij op acute noodsituaties buiten de muren van het ziekenhuis. Het gaat bij deze 'traumaziëlzorg' in Duitsland om een gecombineerde aanpak van eerste-hulpverlening door hulpdiensten als brandweer, politie en ambulance, waarin nadrukkelijk ook de inzet van geestelijk verzorgers (*Notfallseelsorger*) geïntegreerd en (theologisch) gelegitimeerd is. De zorg van de geestelijk verzorger betreft zowel slachtoffers als zorgverleners.

Over de gevolgen van traumatisering op het terrein van religie en zingeving en de vraag hoe pastorale zorg voor getraumatiseerden zinvol kan worden ingevuld heeft Ganzevoort (2005) behartigenswaardige woorden geschreven. Maar de focus ligt ook hierbij niet zozeer op de specifieke con-

text van de SEH. En om die specifieke spoedeisende zorgpraktijk gaat het in dit artikel.

Van Remmerden heeft onlangs opgemerkt dat de crisisbegeleiding van de geestelijke verzorging binnen de SEH van het Medisch Centrum Leeuwarden niet meer weg te denken is en wijst daarbij op een succesvol werkende procedure rond de opvang en begeleiding, na een traumatische gebeurtenis, van patiënten en hun naasten door de geestelijke verzorging. Daarmee lijkt hij met zijn team geestelijk verzorgers een uitzondering te zijn. Geestelijk verzorgers zijn de aangewezen personen om deze crisisbegeleiding op zich te nemen, omdat zij volgens Van Remmerden bij uitstek deskundig zijn in het betreden van grensgebieden die bij crisissituaties een rol kunnen spelen. Daarbij denkt hij aan grensgebieden als 'leven en dood, macht en machteloosheid, een-

zaamheid en verbondenheid, vrijheid en verantwoordelijkheid, zinvolheid en zinloosheid, dat wat met woorden te zeggen is en waar geen taal meer is' (Van Remmerden 2012, p. 43). Ook rituele ondersteuning en *moral counseling* zijn deskundigheden van de geestelijk verzorger, die van pas kunnen komen in de traumaopvang op de SEH.

Vanuit een andere hoek is er recentelijk aandacht voor de noodzaak en mogelijkheid van *psychosociale* hulpverlening in de traumazorg. Verharen (2010) is in haar proefschrift ingegaan op het belang van psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten door medisch maatschappelijk werk. Deze traumazorg beperkt zij overigens niet tot de SEH. Traumazorg omvat verschillende fasen van zorg van ambulance naar SEH, intensive care, medium care, verpleegafdeling tot revalidatie. Psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten is voor medisch maatschappelijk werkers de kern van hun werk, aldus Verharen. Onder psychosociale hulpverlening verstaat zij 'het oplossen, verlichten of hanterbaar maken van problemen die voorkomen in de interactie tussen de persoon en diens omgeving' (Verharen 2010, p. 5). Deze psychosociale hulpverlening bestaat uit een 'integraal aanbod van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam' (Verharen 2010, p. 185).

De focus lijkt hier vooral te liggen op oplossingsgerichte interventiemogelijkheden door de medisch maatschappelijk werker (vgl. ook Verharen 2009). Aandacht voor contingentie-ervaringen van naasten van traumapatiënten en de behoefte om precies deze ervaringen te kunnen delen met zorgverleners valt buiten de scope van het onderzoek. Hoe begrijpelijk dit ook is, hierdoor kan de indruk worden gewekt dat existentiële contingentievragen niet gesteld worden door de naasten van traumapatiënten. Wie als naaste van een traumaslachtoffer de SEH binnenkomt, betreedt niet zelden ongevraagd en abrupt het grensgebied van leven en dood. Een gebied met zijn eigen dynamiek dat geen vaste grond lijkt te hebben. Een vreemdende context waarin naasten zich plotseling voor ongekende opgaven gesteld zien.

## De context van dit onderzoek

In het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg worden geestelijk verzorgers jaarlijks zo'n twintig keer opgeroepen naar de SEH. Deze betrokkenheid heeft een historische context: de rituele begeleiding van katholieke patiënten in een katholiek ziekenhuis, in een omgeving waar de meeste mensen katholiek waren. Het was vanzelfsprekend dat voor katholieke patiënten in levensgevaar de mogelijkheid bestond te worden 'bediend' (de ziekenzalving ontvangen). Deze traditie heeft eigentijdse vormen gevonden in een diversiteit aan religieuze (en minder expliciet religieuze) rituelen bij ziekte en rondom het levenseinde. Ook op de SEH wordt de geestelijke verzorging regelmatig gevraagd voor rituele begeleiding. Deze is altijd geïntegreerd in gesprek en opvang.

Geestelijk verzorgers worden daarnaast met regelmaat opgeroepen voor de opvang van een familie bij ernstige trauma's, andere levensbedreigende situaties en bij overlijden. In dat geval ligt de focus bij de opvang en zal de geestelijk verzorger er alert op zijn of ook rituele begeleiding een geëigende en gewenste vorm van begeleiding is.

## Methode

Wij hebben ervoor gekozen inductief te werk te gaan en te vertrekken vanuit een viertal beschreven casussen. Bij drie ervan was een van de auteurs betrokken. Een vierde casus was afkomstig van een collega. Alle hier bestudeerde geestelijk verzorgers hebben een rooms-katholieke achtergrond, op dat moment de enige denominatie in de dienst, en werken reeds jarenlang in het ziekenhuis.

De casussen zijn geanalyseerd met behulp van een fenomenologische methode (Dahlberg e.a. 2008). Doel was te komen tot een beschrijving van de essentie van wat een geestelijk verzorger doet. Om te begrijpen hoe en wat er gebeurt in de casussen, zijn ze eerst afzonderlijk door de auteurs geanalyseerd op drie thema's: de opgaven waarvoor de familie zich gesteld ziet, de opgaven waarvoor de geestelijk verzorger zich gesteld ziet, en de handelingen die de geestelijk verzorger feitelijk doet. Vervolgens zijn afzonderlijke analyses besproken en is een zo rijk mogelijke beschrijving van de analyse gemaakt. Daarna zijn de casussen opnieuw afzonderlijk gecodeerd door de drie au-

teurs, maar nu per episode (een min of meer afgerond gebeuren binnen het grotere verhaal) met het doel om per episode tot een enkel label te komen dat de essentie uitdrukt van wat de geestelijk verzorger in die episode doet. Ook deze labels zijn besproken om tot overeenstemming te komen met betrekking tot inhoud en naamgeving van die essentie.

Een volgende stap was het vergelijken van een opeenvolging van de episodes door de tijd, om te zien of hier overeenstemming in inhoud en structuur in te ontdekken is. Ten slotte is geprobeerd de essentie van het gehele handelen van de geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH te karakteriseren met een enkel begrip waarin de essentie van dit handelen tot uitdrukking komt.

## Resultaten

De vier casussen die geanalyseerd zijn hebben alle plaatsgevonden in de afgelopen vier jaar. Ze betreffen: de opvang na een ernstig verkeersongeluk waarbij een partner overleed en kinderen in levensgevaar verkeerden (1); de opvang van slachtoffers en hun naasten na een ernstig verkeersongeluk waarbij een inzittende overleed (2); de opvang van de partner en kinderen van een man die op de SEH is overleden (3); en de opvang van de echtgenoot en kinderen van een vrouw die op de SEH kwam te overlijden (4).

Wanneer we de vier casussen vergelijken op het punt van de structuur in de tijd en de verschillende elementen die een rol spelen, vallen duidelijke overeenkomsten op. In wat nu volgt wordt casus 1 als leidraad genomen aan de hand waarvan de verschillende elementen geïntroduceerd worden. Daarbij is het goed te beseffen dat de elementen weliswaar onderscheiden kunnen worden naar de essentie van wat er gebeurt, maar in de tijd zowel opeenvolgend als gelijktijdig kunnen voorkomen, en sommige elementen op verschillende momenten de boventoon voeren.

### 1. Zich vrijmaken

Traumaopvang op de SEH is per definitie onverwacht. Het breekt plotseling in, en vraagt dan om volledige beschikbaarheid. Het is onbekend waar vraag naar is, hoe lang het duurt en wat nodig is om te kunnen werken. De eerste stap is dan ook

een zich vrij maken van de activiteiten waarmee men bezig was. Vervolgens gaat het om het zich geestelijk openstellen en zich voorbereiden op de confrontatie met groot leed van de mensen die door het trauma getroffen zijn.

*‘Als het kan neem ik eerst wat afstand, ik vertraag, voordat ik “erin duik”. In die korte tijdspanne probeer ik me in te stellen op wat komen gaat. Het is een soort van “me geestelijk schrapzetten” en tegelijk ook van ontvangen worden voor wat er op me toe komt. Ook de leegte kunnen toelaten en het niet weten wat ik hier kan gaan “doen”.’ (casus 1)*

### 2. Zich oriënteren

De eerste oriëntatie vindt doorgaans plaats tijdens het korte telefoongesprek waarmee de geestelijk verzorger geroepen wordt. Op dat moment wordt een eerste inschatting gemaakt van de situatie.

*‘s Middags rond 12.00 uur word ik gebeld door een verpleegkundige van de SEH: ze vertelt dat er die morgen een groot ongeluk is gebeurd en dat ze mijn hulp nodig hebben.’ (casus 1)*

Maar de oriëntatie loopt nog geruime tijd door: bij aankomst op de SEH volgt nieuwe informatie, en tijdens de kennismaking met de slachtoffers van het ongeluk en de familieleden moet voortdurend nieuwe informatie ingepast worden. De puzzel waarvoor de geestelijk verzorger staat is complex. De dimensie van betekenis waar deze voor staat is niet los verkrijgbaar, maar verweven met allerlei biografische, culturele, relationele en situationele factoren die van belang zijn.

*‘Meneer vertelt in korte zinnen, met ruime tussenpozen, wat er is gebeurd. Ze hadden die avond nog gezellig op de bank gezeten en toastjes gegeten. Toen ze naar bed gingen, kreeg ze een steek in haar hoofd en viel.’ (casus 4)*

### 3. Zich legitimeren

In tegenstelling tot andere disciplines op de SEH is er met betrekking tot het werk van de geestelijk verzorger een dubbele openheid. De patiënt weet in veel gevallen niet wat een geestelijk verzorger is of kan betekenen. Ook kunnen vormen van negatieve of positieve overdracht (projectie) een rol spelen die een hindernis vormen voor de commu-

nicatie (Nolan 2012). Voor de geestelijk verzorger geldt dat deze geen protocol of stappenplan volgt en in zekere zin van tevoren nog niet weet wat er te doen is in dit specifieke geval. ‘Zich legitimeren’ heeft dan ook een dubbele betekenis. In de eerste plaats staat het voor kennismaken en zichzelf kenbaar maken als geestelijk verzorger. Maar het betekent tevens een antwoord krijgen op de vraag wat de geestelijk verzorger het recht geeft om hier in deze kwetsbare situatie zich aan te bieden, veelal op verzoek van de verpleging en niet van de familie zelf. Beide betekenissen van ‘zich legitimeren’ zijn in de werkelijkheid moeilijk te scheiden. Tijdens het kennismaken ontstaat al dan niet een bereidheid om de geestelijk verzorger toe te laten en vertrouwen te geven.

*‘Aangezien meneer niet om mij gevraagd heeft, moet ik erachter komen of ik wel welkom ben [...]. Ik weet nog niet welke beelden van een geestelijk verzorger hij heeft en hier een rol kunnen spelen. Ik geef meneer een hand en stel mezelf voor als geestelijk verzorger van het ziekenhuis. Ik kijk hem aan en vertel hem dat ik gehoord heb wat er gebeurd is. “Wat onvoorstelbaar”, zeg ik zachtjes. Hij knikt. Ik pak een kruk en ga bij hem zitten. Ik zeg weinig en hij evenmin. [...] Ik ga er gaandeweg op vertrouwen dat ik er mag zijn van hem, dat ik vertrouwen krijg, – door hetgeen hij mij toevertrouwt.’ (casus 1)*

#### 4. Verbindingen maken

Wat doet de geestelijk verzorger vervolgens in het gesprek dat zich ontspint? Aan de oppervlakte vinden vele activiteiten plaats: luisteren, meeleven, reageren, ruimte geven om te vertellen. Daarvoor is het van belang om verbinding te maken met de gesprekspartner en jezelf. Op basis van deze basale verbindingen die de voorwaarde voor een echt gesprek zijn, gaat het in essentie om het maken van een reeks nieuwe verbindingen. Verbindingen met het gebeurde, de realiteit, de buitenwereld. Daarbij speelt een thema heel sterk door: dat van het niet alleen laten van de gesprekspartner en het verbinden met zoiets als menselijkheid. De geestelijk verzorger is de enige professional die geen andere ‘spoedeisende’ taak heeft dan erbij blijven en ervoor te zorgen dat geen verdere vervreemding plaatsvindt van de vertrouwde werkelijkheid die plotseling doorbroken, verscheurd, verdwenen is.

*‘Hij kan nog precies vertellen wat er gebeurd is bij het ongeluk, hoe die boom er ineens was en hij helemaal niets meer kon. Ik bevestig dat hij in die situatie machteloos was. [...] Hij zegt zachtjes voor zich uit: “Ik kan het niet begrijpen, mijn vrouw en misschien ook mijn zoon... dood”.’ (casus 1)*

Soms kan de rol van de geestelijk verzorger ook zijn om verbinding te maken met de buitenwereld die zich aandient in de vorm van familie die geïnformeerd is en zich meldt, of andere professionals zoals de politie.

*‘Ik heb toen het mortuarium gebeld. De overleden jongen was inderdaad daar binnengebracht en zijn ouders en vriendin waren onderweg. De gewonde vader die op de SEH was kende deze ouders en wilde hen heel graag ontmoeten. Ik heb met de SEH-artsen overlegd over zijn wens; hij mocht even mee naar het mortuarium.’ (casus 2)*

#### 5. Gastheer of gastvrouw zijn

Hoewel de geestelijk verzorger in veel opzichten een aparte plaats inneemt in de organisatie, is deze tegelijkertijd thuis in het ziekenhuis. Geestelijk verzorgers weten de weg, kennen de artsen en verpleegkundigen, hebben vaker meegemaakt hoe dingen lopen op de SEH. Ze kunnen de vreemdheid van de ziekenhuisomgeving helpen weg nemen door kleine praktische handelingen als een glas water halen, een verpleegkundige roepen, een telefoon regelen. Omdat de geestelijk verzorger geen andere spoedeisende taak heeft dan erbij blijven, maken ook deze kleine dingen deel uit van het volgen en begeleiden van het proces.

*‘Ik kreeg fragmenten van het dramatische verhaal te horen. Dat ging tussen alle praktische besognes door: ik wees mensen de weg naar het toilet, haalde thee en koffie, zei waar ze konden bellen, enz.’ (casus 2)*

#### 6. Levensbeschouwelijke dimensie openen

Wanneer men naar de losse handelingen kijkt die een geestelijk verzorger bij crisisopvang doet, lijkt veel ook door vrijwilligers of andere professionals gedaan te kunnen worden. Het verschil is echter dat het niet door verschillende personen gedaan wordt maar door een enkele persoon die het gehele proces blijft volgen en geen ander doel heeft dan dit volgen en begeleiden. Bovendien brengt

deze persoon een dimensie mee die in grenssituaties betekenisvol is: openheid om de grote levensvragen te bespreken of vorm te geven. Dat is echter maatwerk en vraagt om goed aanvoelen en timing.

*'De volgende dag sprak ik de gewonde vader en zijn vrouw weer, voordat hij naar huis mocht. Hij vertelde dat hij en zijn vrouw in God geloofden. De vraag die hem nu pijn deed was waarom die jongen dood was gegaan en niet hij die er klaar voor was om God te ontmoeten. Een paar keer in ons gesprek gaf hij lucht aan deze geladen schuldvraag. Waarom niet hij, waarom wel die jongen? Vragen die bleken ingekaderd in een soort van predestinatiegeloof, waarmee hij was grootgebracht. [...] Omdat ze er uitdrukkelijk naar vroegen heb ik ook iets losgelaten van het Godsbeeld dat ik zelf koester [...]' (casus 2)*

## 7. Waken

Een groot deel van de tijd doet de geestelijk verzorger niets anders dan beschikbaar aanwezig zijn en zich afstemmen op wat de patiënt/familie nodig heeft. Wie met een camera zou registreren wat er gebeurt, zou weinig beweging en weinig tekst te zien krijgen. Tegelijkertijd heeft de menselijke nabijheid van de geestelijk verzorger die de patiënt – zolang deze daar niet om vraagt – niet alleen laat, een betekenis. De niet functionele aanwezigheid is een uitdrukking van menselijkheid in de cleane en onpersoonlijke omgeving van het ziekenhuis.

*'Ik vraag hem aarzelend of hij misschien even alleen wil zijn, of ik even weg zal gaan. Hij antwoordt: "Ik weet het eigenlijk niet." En ik beslis "Nou ik vind het eigenlijk niet goed om u alleen te laten" en ik blijf. [...] Het is een soort van waken bij een kwetsbaar mens.'*

*[Enkele uren later] 'Een zwager vraagt zich bezorgd af of meneer al die tijd alleen is geweest. Als ik hem zeg dat ik steeds bij hem ben geweest, verzucht hij: Gelukkig!' (casus 1)*

## 8. Deelgenoot zijn

Door het proces mee te beleven is de geestelijk verzorger ook deelgenoot van het verdriet en de interacties die plaatsvinden. Een crisismoment begeleiden is een crisismoment mee beleven en deelgenoot zijn van wat zich op dat moment aan betekenisvolle gebeurtenissen afspeelt. De geeste-

lijk verzorger wordt daarmee ongevraagd een van degenen die erbij waren, die het meebeleefd hebben: als mens, maar ook als vertegenwoordiger van het ziekenhuis en de menselijkheid die daar hoog gehouden wordt.

*'Een hele processie gaat naar de kamer waar de overleden vrouw ligt: meneer in een rolstoel, zijn zwager, neef en nicht en een verpleegkundige, twee politieagenten en ik. Meneer staat even naast haar bed. [...] Verpleegkundige en ik blijven op de achtergrond. Als meneer aanstalten maakt om weer weg te gaan, vraag ik hem of hij niet even alleen bij zijn vrouw wil zijn.'* (casus 1)

## 9. Ruimte scheppen

Het ziekenhuis is een hoogtechnische omgeving. Tijd en ruimte zijn schaars en duur. Dat betekent dat er op veel momenten wrijving kan ontstaan tussen de behandelingstijd die functioneel van karakter is en een doelrationaliteit volgt enerzijds, en de belevings- en ervaringstijd, die van een andere orde is.

*'De verpleegkundige vraagt de familie of ze erbij willen blijven als de beademingsslang eruit gehaald wordt. Ze knikken. [...] Als de beademing gestopt is, schokt mevrouw en hapt naar adem. Haar man zegt "ze laten haar stikken." Ik zoek de verpleegkundige op en vraag haar uitleg te geven. Ze legt rustig uit dat dit normaal is en bij het sterven hoort. De sfeer is weer rustig.'* (casus 4)

Soms is er fysiek geen ruimte om bij elkaar te kunnen zijn en de belevings- en betekenisdimensies tot hun recht te laten komen. Wanneer de geestelijk verzorger het belang hiervan bij de familie signaleert moet hij letterlijk ruimte scheppen door te zorgen voor een familiekamer en privacy. Andere disciplines denken hier vaak niet aan door hun eigen focus en de drukte op de SEH.

*'Ik overleg met de verpleging om de familiekamer open te maken en de overledene in de kamer daarnaast te leggen. [...] Ik verzamel de familie op de SEH en wijs hen de familiekamer'. (casus 1)*

## 10. Vangnet zijn

Omdat de geestelijk verzorger een vreemde is kan deze boven de partijen staan wanneer moeilijke familiesituaties ontstaan. Op die manier functioneert de geestelijk verzorger als een vangnet,

waardoor ook mensen een plaats krijgen die anders mogelijk buitengesloten zouden worden of op afstand blijven.

*'Een zoon is in de loop van de middag naar zijn moeder toegegaan om haar het nieuws te vertellen. Ze zal misschien nog komen, samen met haar dochter. De zoon die dit vertelt verwacht een hele emotionele reactie en "toestanden".'* (casus 1)

*'Een van de vrienden van de jongens raakte hevig geëmotioneerd en wilde aanvankelijk niet meegaan naar de overleden jongen (confrontatie in het mortuarium). Bij hem kwam het verhaal los over de dood van zijn eigen moeder. Uiteindelijk ging hij toch kijken.'* (casus 2)

11. In contact brengen met hier en nu (ritueel)  
Bij het eenmalige en onherhaalbare van een trauma-gebeurtenis is een markering in de tijd om meerdere redenen van belang. Vanuit psychosociaal perspectief is er het anticiperend handelen met het oog op de latere verwerking van verdriet en rouw. Vanuit het specifieke van de geestelijke verzorging is er de aandacht voor de betekenisverdriching die optreedt op dit unieke en onherhaalbare moment die uitdrukking kan vinden in een symboolhandeling of een ritueel. Het functionele en het expressieve kunnen samenvallen, maar dat hoeft niet.

*'We bidden om een goede laatste reis voor mevrouw. Ieder legt haar om de beurt de handen op met de intentie haar met hun liefde en levenskracht te steunen bij het loslaten van het leven en het sterven. Dit brengt de familieleden die op de achtergrond zijn gebleven in beweging. Ze praten tegen haar, huilen, en verschillende mensen houden elkaar vast. Ze zoeken steun bij elkaar. Man en kinderen blijven tegen haar spreken en strelen haar.'* (casus 4)

## 12. Afronden

Het afronden is een belangrijke handeling voor alle partijen. De geestelijk verzorger maakt zich los uit het netwerk waarin voor korte tijd een verbindende rol gespeeld is. Daarmee kan de overgang gemaakt worden naar de bijdrage van anderen. De geestelijk verzorger heeft een belangrijk proces gedeeld en er is een basis ontstaan voor mogelijke nazorg. Daarmee wordt opnieuw verbinding gelegd, maar nu met het leven na de traumaop-

vang. Het is dan belangrijk goed over te dragen wat gesignaleerd is aan aanknopingspunten, zowel aan collega's als aan andere zorgverleners.

*'Ik ga afronden. Op de IC neem ik afscheid van de familie. Ik wens meneer sterkte en geef aan dat hij de komende dagen kan rekenen op ondersteuning door mijn collega's en ook zelf een beroep kan doen. [...] De zus van de heer en een zwager bedanken me nadrukkelijk voor alle steun. [...] Ik ga nog naar de SEH om daar af te ronden. [...] Ten slotte zeg ik de verpleegkundigen gedag; ze bedanken me voor de ondersteuning. Daarna ga ik de overdracht schrijven.'* (casus 1)

## 13. Zelfzorg

Traumaopvang op de SEH is intensieve arbeid in meerdere opzichten. De geestelijk verzorger wordt onvoorbereid uit het gewone leven gehaald en is dan getuige en deelgenoot van diepmenselijk verdriet en ontredde. De eigen positie en mogelijke bijdrage staan niet bij voorbaat vast. Deze worden ter plaatse duidelijk door aansluiten en afstemmen bij de getroffen. Daarvoor is veel improvisatie en creativiteit nodig. Dit alles vraagt om een voortdurende aandacht voor wat zich in en tussen de betrokkenen afspeelt. Traumaopvang op de SEH is dus inspannend en vraagt om goede zelfzorg nadien.

*'... en afscheid genomen. De mensen bedankten mij voor de ondersteuning. Daarna ben ik naar de SEH-artsen gegaan, heb kort verslag gedaan van de confrontatie in het mortuarium en nog wat nagepraat over het verloop van deze bijzondere avond en nacht.'* (casus 2)

Is dit alles nu samen te vatten in een enkel beeld dat de essentie vormt van de veelheid aan rollen en handelingen? Wat opvalt is dat de geestelijk verzorger in vele opzichten een verbindende rol heeft: tussen patiënt en ziekenhuis, patiënt en andere zorgverleners, patiënt en familie; maar ook tussen wat gebeurd is en het heden, tussen het heden en de toekomst, tussen vervreemding en vertrouwen, tussen doelrationaliteit en betekenisgeving, tussen de gewone werkelijkheid en het huiveringwekkende grijze gebied tussen leven en dood, tussen hemel en aarde.

Om die vele ongelijksoortige verbindingen te kunnen leggen moet de geestelijk verzorger als geen

ander kunnen *schakelen*. Schakelen tussen tijdbelevingen van familieleden en professionals, tussen het professionele taalspel van de zorgverleners en politie en de belevingstaal van de familie, tussen familieleden die soms niet op een lijn zitten, tussen logica's die botsen zoals het uitsluiten van een misdrijf en het afscheid kunnen nemen. Om beide vaardigheden – verbinden en schakelen – samen te vatten in een enkele uitdrukking zou de essentie van de geestelijk verzorger op de SEH uitgedrukt kunnen worden in de term 'verbindende schakel'. Daarmee wordt tevens duidelijk hoezeer de rol van de geestelijk verzorger is gebouwd op de vaardigheid van improviseren, want wat er verbonden kan worden en hoe er geschakeld kan worden, wordt alleen duidelijk in de praktijk op dat unieke en onherhaalbare moment.

## Discussie

Wanneer we onze bevindingen naast de reeds gepubliceerde literatuur leggen valt het volgende op.

Zich vrijmaken, zich oriënteren, zich legitimeren, verbindingen maken, gastheer of gastvrouw zijn, levensbeschouwelijke dimensie openen, waken, deelgenoot zijn, ruimte scheppen, vangnet zijn, in contact brengen met hier en nu (ritueel) en afronden zijn labels waarmee wij essenties proberen uit te drukken van wat de geestelijk verzorger in een bepaalde episode doet. Het bovenstaande is niet bedoeld als een uitputtend overzicht van alle handelingselementen van de geestelijk verzorger op de SEH bij traumaopvang. Wel biedt de opsomming inzicht in de eigen aard van geestelijke verzorging in deze specifieke zorgpraktijk. De activiteiten die we hier gelabeld hebben, worden wel beschreven in de literatuur, maar eerder als afzonderlijke thema's dan in hun structurele samenhang.

*Ad 1, zich vrijmaken.* – Zo maakt de volledige beschikbaarheid van de geestelijk verzorger onderdeel uit van de discussie over de 24-uurs bereikbaarheidsdienst van de geestelijke verzorging. Discussiepunt is hierbij niet de vraag of een dergelijke continue bereikbaarheid überhaupt wel wenselijk is. Veeleer gaat het om de vraag naar de praktische realisering ervan en de financiële investering die daarvoor gedaan moet worden (Van

Remmerden 2012; De Gruijter 2009). Een goed functionerende 24-uurs bereikbaarheidsdienst is een noodzakelijke voorwaarde voor een effectieve traumaopvang door de geestelijk verzorger. De inconvenient 'bereikbaarheidsdienst' stelt daarmee ziekenhuisbestuurders en management voor de ongemakkelijke opgave deze continue inzetbaarheid te borgen en faciliteren. Dat betekent voor een deel ook kleur bekennen door de noodzaak te onderstrepen van een holistische respons op trauma's (Landry 1996). En dat laatste is weer afhankelijk van de zorgvisie en kernwaarden van de zorginstelling die aan het beleidsplan ten grondslag liggen. Bovendien heeft dit gevolgen voor het aanbod van geestelijke verzorging in het primaire zorgproces.

Het leeg worden voor wat zich aandient is geen *sinsecure*. Dykstra (1990, p. 150) beschrijft treffend – en openhartig – zijn eigen ervaringen wanneer hij naar de SEH geroepen wordt: fysieke spanningen, een veranderend tijdsbesef, opkomende schuldgevoelens als gevolg van innerlijke deliberaties die een reden moeten opleveren om je vooral maar niet in de traumatische situatie te moeten begeven, irritaties naar anderen en ook naar naasten, een ongedurigheid die voortkomt uit het besef dat het leven kort is en daarom zo intens mogelijk geleefd moet worden.

Woorden worden  
vergeten, maar de wijze  
van presentie niet

Jezelf vrijmaken is kortom een hele klus. Daarbij wordt ook het oriënterend vermogen van de geestelijk verzorger danig beproefd. Oriënteren heeft te maken met feiten verzamelen, beeldvorming, registreren van belevingen, peilen van verwachtingen, letten op lichaamstaal van getroffenen, familierelaties helder krijgen, attent zijn op welbevinden van mensen, betekenisvelden ontginnen. Traumaopvang op de SEH betekent vaak de ontmoeting met mensen die ontredderd zijn. Er is sprake van 'existentiële verwarring' of vervreemding van familieleden en naasten van het slachtoffer. Voortbestaan is niet meer vanzelfsprekend. Evers (2006) tematiseert deze existentiële ver-





warring bij patiënten en naaststaanden tijdens een langdurig verblijf op de intensive care. Ook bij acute opname met een dramatisch karakter is deze existentiële verwarring waarneembaar door de geestelijk verzorger. Deze moet zich oriënteren op zijn professionele mogelijkheden en zijn ondersteuning en begeleiding zien af te stemmen op de noden en behoeften van de naasten die plotseling aan zijn zorg worden toevertrouwd.

*Ad 3, zich legitimeren.* – De vraag naar de legitimiteit (wie ben je en wat geeft jou het recht hier op te treden?) is een vraag die bij elke inzet van de geestelijk verzorger lijkt terug te keren. Uitzonderingen zijn er ook. Van Remmerden (2012) beschrijft een ideale situatie waarin de crisisbegeleiding door de geestelijk verzorger binnen de SEH formeel is vastgelegd in een procedure. De geestelijk verzorger als een teamspeler op de SEH met een eigen specifieke rol (Landry 1996, p. 212). Met deze formele rechtvaardiging is de eerste hobbel genomen. Er is erkenning van de inzet van de geestelijke verzorging op de SEH. Dit neemt niet weg dat de legitimatie van het handelen pas in het proces van begeleiding en opvang zelf kan ontstaan. Beslissend daarin is de mate van openheid van de naasten voor de geestelijk verzorger. Deze openheid rechtvaardigt (doet recht aan) diens aanwezigheid en zorgt ervoor dat collega zorgverleners op de SEH het belang van de functie van de geestelijk verzorger onderkennen (Dykstra 1990, p. 150).

*Ad 5, gastheer of gastvrouw zijn.* – We noemden de geestelijk verzorger iemand die vele ongelijksoortige verbindingen moet kunnen leggen met mensen in uiterst kwetsbare omstandigheden. Hij of zij moet goed kunnen verstaan wat de ander bedoelt te zeggen en in staat zijn verzwegen taal te duiden. Niet als hermeneutisch wonderkind in de hectische wereld van de SEH, wel als iemand die verbinding weet te maken met het levensverhaal van de betrokkenen; iemand ook die de naasten helpt te ontdekken hoe zij met behulp van de door hen vertelde fragmenten van het verhaal zelf – op hun eigen wijze en met elkaar – betekenissen genereren in de crisissituatie. Er wordt in dit ‘verbindend handelen’ een beroep gedaan op het (moreel) onderscheidingsvermogen van de geestelijk verzorger (Landes 2010). Narratieve brokstukken worden verzameld met het oog op hun be-

tekenisgevende mogelijkheden. Bij dit alles is de geestelijk verzorger in het contact met naasten en slachtoffers representant van een buitenwereld die vreemd geworden is, waaruit elke menselijkheid verdwenen lijkt. 'Iets' van menselijkheid vasthouden in de totale ontredde waarin mensen plots komen te verkeren is dan ook een van de kerntaken in de traumaopvang en -zielzorg. Dat doe je niet zozeer met woorden. Waar het de geestelijk verzorger in eerste instantie om moet gaan, is de ander nabij zijn, aanwezig zijn, erbij blijven. 'One's words might be forgotten, but one's caring, supportive presence will not be,' aldus Landry (1996, p. 213).

De rol van gastheer of gastvrouw sluit hier naadloos bij aan. Nabijheid, aandacht en betrokkenheid impliceren oog hebben voor allerlei praktische en fysieke behoeften van zorgvragers. Tijdelijk geestelijk onderdak bieden in de spoedeisende hulppraktijk aan mensen die ontderd zijn, betekent allereerst leniging van noden, wegwijzer zijn, letterlijk ondersteunen en vasthouden, stoelen aanschuiven, tussenschuiven. Vervolgens gaat het om een verdieping van de betrekkingen. In deze acute zorgpraktijk kan de metafoer van de gastvrijheid opgevat worden als een moreel antwoord op de tragische situatie van zorgvragers. Walton beschrijft met deze metafoer het werk van geestelijk verzorgers in algemene zin. Ook in het specifieke kader van traumaopvang en traumazielzorg op de SEH brengt de metafoer van de gastvrijheid een belangrijk onderdeel van het werk van de geestelijk verzorger in beeld. 'Het is [...] inherent aan gastvrijheid dat zij een morele positie inneemt ten aanzien van de kwetsbaarheid en tragiek van het leven' (Walton 2012, p.38). De gastheer of gastvrouw ziet wat de ander behoeft en probeert noden te lenigen. Vervolgens geeft hij of zij de gast de ruimte om zijn of haar verhaal te vertellen, waarin de tragische realiteit in haar volle breedte centraal staat.

De hermeneutische competentie die hierbij in het geding is omvat meer dan alleen het aandachtig luisteren naar het verhaal van de betrokkenen. Aan de ene kant is de geestelijk verzorger gastvrij tegenover de wereld die de ander hem ontsluit. Anderzijds is ook de geestelijk verzorger zelf een gast en vreemdeling voor de naasten die hij op de

SEH ontmoet. Ook hij treedt binnen in de wereld van de ander en is afhankelijk van de ruimte die de ander hem geeft (Dykstra 1990). In deze omkering van rollen ligt de kans om in het begeleidingscontact ook werkelijk contact met de binnenwereld van de betrokkene te krijgen. Deze kans is overigens eenmalig. Dat geldt niet alleen wanneer de traumaopvang stopt op de SEH. Ook eventuele vervolcontacten hangen af van de vraag in welke mate de geestelijk verzorger erin geslaagd is een zorgbetrekking op te bouwen, waarbij het accent ligt op de kwaliteit van de ontmoeting. Een geestelijk verzorger die afwisselend gastheer/-vrouw en gast is, vergroot de kans om in de context van traumaopvang en -zielzorg het vertrouwen te winnen van mensen die kwetsbaarheid aan den lijve moeten ervaren. Rolwisseling leidt tot perspectiefwisseling, die de basis vormt voor vertrouwen en wederkerigheid.

## De geestelijk verzorger is geen crisismanager

*Ad 6, levensbeschouwelijke dimensie openen.* – De geestelijk verzorger is geen crisismanager. Hij of zij pleegt geen interventies, is niet 'oplossingsgericht' aan het werk. Hij stelt zich open voor een traumatische realiteit die het leven van de betrokkenen ontwricht. Hij durft zich open te stellen voor een tragedie die niet beheersbaar is. De geestelijk verzorger heeft oog en oor voor de 'trage vragen' zonder een pasklaar antwoord te kunnen geven. Tegelijkertijd representeert de geestelijk verzorger ook een andere dimensie in de zorgverlening. In het grensgebied van lijden, ziekte en dood is hij in beeld als het gaat om ondersteuning bij de levensbeschouwelijke en religieuze positiebepaling van de getroffensten. Hierbij is hermeneutische tact van groot belang. Mensen kunnen moeite hebben om levensbeschouwelijk gekleurde vragen en worstelingen prijs te geven. Vragen rond schuld en verantwoordelijkheid, ervaringen rond zin en onzin, twijfels omtrent de betekenisvolheid van overgeleverde religieuze taalspelen kunnen het gemoed extra bezwaren. De geestelijk verzorger ontsluit zowel in zijn persoonlijke aanwezigheid als in zijn symbolische rol een toelichtsoord voor de ziel van de getroffensten en

biedt ruimte voor ongearticuleerde en wisselende gemoedsstemmingen. Desgewenst geeft hij rituele ondersteuning en helpt hij de getroffen en in gebed en gebaar (Beyer 2012).

*Ad 7, waken.* – Waken is een element van het handelen van de geestelijk verzorger dat wij hier verstaan als het niet alleen laten van een mens die kwetsbaarheid en afhankelijkheid indringend moet ervaren. Je blijft bij de ander zolang dat gewenst is. Als plaatsvervanger van familie die nog onderweg is, als troostvolle nabijheid. Mee wachten, waken bij mensen die kwetsbaar zijn, is uitdrukking geven aan zorg en bekommernis om het welbevinden van de ander. Dit verstilde aanwezig blijven bij de ander, deze *active silence* (Dykstra), is soms de enige mogelijkheid om de getroffen te ondersteunen. Tragië en machteloosheid verdragen zich slecht met de doelrationaliteit en complexiteit van de zorgprocessen in de spoedeisende hulppraktijk. De taalspelen matchen niet. Waar de dokter het heeft over het repareren van een kapot lichaamsdeel of het stabiliseren van functies, zitten familieleden van een slachtoffer met een gebroken levensverhaal waar weinig aan te fixen valt. Er gaapt een enorm gat tussen de hoogcomplexe zorg die acuut geboden is, het snelle handelen door zorgverleners, en het lange wachten en afwachten als opgave waarvoor naasten zich gesteld zien. Het waken als onderdeel van het ‘handelen’ van de geestelijk verzorger vraagt telkens weer om inlevingsvermogen en gevoeligheid voor wat de getroffen op dat moment in die specifieke context nodig hebben. Daarvoor bestaat geen recept. Ook routine volstaat hier niet, omdat elk trauma uniek is en elke familie op haar eigen unieke manier erdoor getroffen wordt (Landry 1996).

*Ad 8, deelgenoot zijn.* – Door het begeleidingscontact wordt de geestelijk verzorger deelgenoot van de crisis waarin mensen plots komen te verkeren. Door deelgenoot te zijn kan de geestelijk verzorger continuïteit en medemenselijkheid personifiëren in de storm van heftige emoties die de traumatische gebeurtenis oproept bij de getroffen. Door haar aanwezigheid verbindt zij als het ware hun onbegrepen en onverklaarbare leed met het leven van de ‘buitenwereld’ waaruit elke menselijkheid verdwenen lijkt te zijn. Deelgenoot zijn is

ook meebeleven van de emoties en reacties van anderen. Door de geestelijk verzorger toe te laten in hun eigen belevingswereld en deelgenoot te maken van hun emoties en intimiteit kunnen mensen ervaren dat zij gehoord en gezien worden op een moment dat hun vertrouwen in het leven ernstig beschadigd is. In het contact krijgen en houden met wat zich afspeelt in de binnenwereld van de getroffen ligt de belangrijke uitdaging een minimale rest aan vertrouwen en trouw over te houden (vgl. Manschot 2009).

## De geestelijk verzorger stelt zich open voor een onbeheersbare tragedie

*Ad 9, ruimte scheppen.* – Ruimte maken voor emoties door deelgenoot te zijn van de tragedie waarin mensen ongewild een hoofdrol spelen en door te waken bij kwetsbaarheid en verlatenheid, gaat gepaard met het letterlijk openen van ruimten waar mensen zich kunnen terugtrekken en op verhaal komen. Op een steenworp afstand van de traumakamer ligt de familie kamer. De geestelijk verzorger moet deze ruimte ontsluiten en respecteren als plek waar hij zowel gastheer als gast mag zijn. In deze context is de spanning tussen nabijheid en afstand voelbaar aanwezig. De geestelijk verzorger faciliteert en helpt mensen op weg elkaar tot steun te zijn (Walton 2012; Van Remmerden 2012).

*Ad 10, vangnet zijn.* – De geestelijk verzorger functioneert als een soort vangnet door boven de partijen te staan en oog te hebben voor de belangen en rechten van hen die buitengesloten dreigen te worden. Dan kan het gaan om naasten met wie een marginaal contact is, maar die evengoed diep geraakt zijn door de crisissituatie. Ook zij willen in hun verbijstering en verdriet gezien worden en emoties kunnen delen. Ook kan de geestelijk verzorger in ruimere zin helpen om rechten en belangen van getroffen te beschermen in een voor hen onbekende wereld. Als medewerker van het ziekenhuis kan hij of zij pendelen tussen het behandelteam en de wachtende familie en beide partijen over en weer informeren. Belangenbe-

hartiging betekent praktische ondersteuning van naasten, maar ook ervoor zorgen dat artsen en verpleegkundigen bijvoorbeeld instemmen met het verzoek van de familie om het slachtoffer te zien (Dykstra 1990, p. 149; Van Remmerden 2012, p. 42). De geestelijk verzorger wordt hier zowel *the patient's advocate* als *the family's advocate* en cirkelt om de kern van de zorg (Vosman 2012), hier gelocaliseerd in de specifieke context van de traumaopvang en -zorg op de SEH.

*Ad 11, ritueel.* – De confrontatie met het slachtoffer, met diens lijden, sterven en dood, evoceert diepe emoties bij naasten. De behoefte kan ontstaan om het zwijgen te doorbreken en door middel van een ritueel een religieus kader te bieden, waarbinnen contingentie-ervaringen verwoord worden en mensen in gebed en gebaar uitdrukking kunnen geven aan wat hen benauwt en troost. Deze rituele inkadering kan voor de naaststaanden een psycho-hygiënisch effect hebben door de tragische realiteit gezamenlijk mee te beleven en te benoemen. Het ritueel brengt ordening in emoties en gevoelens door behoedzaam aan te sluiten bij een theologisch perspectief waarin aan de ervaren onmacht niet het laatste woord wordt gegund. We denken hierbij dan met name aan een christelijk geïntendeerde zielzorg zonder daarmee overigens andere levensbeschouwelijke of theologische perspectieven uit te sluiten. Graag onderschrijven we de opmerking van Jans dat zielzorg een inclusief element van goede zorg is, en niet zoiets als een religieus surplus. Inclusieve (trauma)zielzorg is aandacht voor de contingentie die ervaren wordt in situaties van ziekte, lijden, sterven en dood (Jans 2012, p. 282). De geestelijk verzorger houdt rekening met de mogelijkheid dat mensen die in de crisissituatie aan zijn zorg worden toevertrouwd het christelijk geloofsperspectief op de contingentie-ervaring die samengaat met ziekte, lijden, sterven en dood verwoord en symbolisch verbeeld willen zien. Maar dit vraagt wel om een voorzichtig en respectvol aftasten van de levensbeschouwelijke en religieuze draagkracht van de getroffen (Dykstra 1990). Het is al moeilijk genoeg iets van menselijkheid vasthouden in een medisch-technische praktijk die een menselijke persoon bijna noodgedwongen dehumaniseert en *verdinglecht* door enkel in te zoomen op de somatische componenten van de menselijke

conditie. In zo'n context kan het prematuur spreken over een op menselijkheid bedachte God ongepast en contraproductief zijn.

## Een theologisch perspectief waarin de onmacht niet het laatste woord wordt gegund.

*Ad 12, afronden.* – Een afscheidsritueel vormt een markering in de tijd die de naasten in het ziekenhuis doorbrengen. Het betekent vaak de afronding van een samenkomst die door een traumagebeurtenis veroorzaakt is. In het afsluiten van het begeleidingscontact verwijst de geestelijk verzorger de familie en naasten weer naar elkaar en hun sociaal netwerk. Dit contact kan eenmalig zijn, maar het is ook denkbaar dat de geestelijk verzorger de mogelijkheid aanbiedt tot vervolfbegeleiding. Het is belangrijk dat hij of zij met artsen en verpleegkundigen hierover helder communiceert, zodat zij weten wat zij kunnen verwachten in een mogelijk vervolgtraject. Wat kan de geestelijk verzorger voor patiënten en hun naasten na de acute traumaopvang verder nog betekenen? Welk aanbod kan zij eventueel extramuraal doen? Kan zij een rol spelen bijvoorbeeld bij de begeleiding rond de uitvaart? Of in de ondersteuning bij rouw en verliesverwerking? Interdisciplinaire samenwerking kan gewenst zijn in de nazorg of overdracht aan een andere perimedische discipline. Waar een structurele bijdrage van de geestelijke verzorging op de SEH niet geregeld is, hangt de inzet van de geestelijk verzorger bij traumaopvang nog te zeer af van de welwillendheid en persoonlijke voorkeur van verpleegkundigen en artsen. Dat kan ten koste gaan van de kwaliteit van de traumaopvang op de SEH. Een procedure voor opvang en begeleiding op de SEH na een traumatische gebeurtenis, van patiënten, familie en begeleiders door de geestelijke verzorging, zoals in het Medisch Centrum Leeuwarden, kan hier uitkomst bieden.

*Ad 13, zelfzorg.* – In de literatuur is veel aandacht voor de noodzaak van zelfzorg (vgl. Böntert 2012; Zippert 2006). Traumaopvang en -zorg is zwaar

werk, zowel fysiek als emotioneel. Dykstra (1990) noemt geestelijke verzorging op de SEH 'loopgravenzielzorg' ('... far removed from the traditional "sanctuary" of the churches', p. 145). De kunst is het broze evenwicht te bewaren tussen de eigen fysieke, psychische en geestelijke reserves. Daar heb je collega-geestelijk verzorgers bij nodig die meehelpen om emotionele stabiliteit te hervinden en op verhaal te komen. Gevraagd is ook flexibiliteit van het team wanneer de draaglast voor een collega te groot dreigt te worden. Verder zijn evaluatiebijeenkomsten met SEH-verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners relevant als het gaat om feedback en verbetermogelijkheden van het eigen functioneren (Van Remmerden 2012). Dykstra (1990) wijst in dit verband nog op het risico dat de geestelijk verzorger als het ware van zijn geloof afvalt. De veelvuldige confrontatie met lijden, kwetsbaarheid en ontijdige dood van anderen kan er volgens hem toe lei-

## Loopgravenzielzorg

den dat de geestelijk verzorger een antipathie gaat ontwikkelen tegen mensen die aan zijn zorg worden toevertrouwd. Deze afkeer kan gepaard gaan met een antipathie tegen God, die dan als vreemdeling of tiran ervaren wordt. Deze antipathie kan ook tegen zichzelf gericht zijn en resulteren in zelfvervreemding. Anderzijds ligt hier ook een kans voor de geestelijk verzorger die deelgenoot wordt van de tragiek en de machteloosheid van anderen: de kans namelijk om als hulpverlener het eigen vermogen tot empathie en sympathie te vergroten. En daardoor een rijker mens te worden (Manschot 2009).

### Besluit

In deze bijdrage is een poging gedaan om de essentie van de veelzijdigheid van geestelijke verzorging bij traumaopvang op de SEH te vatten door middel van een fenomenologische analyse van vier casussen. Enkele beperkingen van het onderzoek kunnen als vertrekpunt van verder onderzoek gezien worden. In de eerste plaats is dit onderzoek gebaseerd op slechts een viertal casussen. Hoewel er grote overeenkomsten zijn tussen de structuur die ontdekt is in de casussen en datgene wat tot nu toe in de literatuur beschreven is, zou

het de moeite waard zijn het onderzoek ook vanuit andere en meer casuïstiek uit te breiden.

In de tweede plaats is dit onderzoek gedaan door geestelijk verzorgers die reflecteren op hun eigen professionele activiteit. Maar intenties kunnen misverstaan worden en de enige manier om daar achter te komen is ook andere betrokkenen te interviewen. Het zou van belang zijn te onderzoeken of patiënten en collega's van andere disciplines deze essenties herkennen. Omdat de geestelijk verzorger als verbindende schakel zoveel dimensies gelijktijdig met elkaar verbindt, zou scholing van de andere zorgverleners nodig kunnen zijn om dit inzicht over te brengen. Ook hier zou nader onderzoek naar gedaan kunnen worden, zodat de functie van geestelijk verzorger een betere inbedding krijgt in het ziekenhuis.

Ine Bertens en drs. Mart van der Burg zijn werkzaam als geestelijk verzorger in het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg

Prof. dr. Carlo Leget is hoogleraar zorghetiek en geestelijke begeleidingswetenschappen aan de Universiteit voor Humanistiek en bijzonder hoogleraar ethische en spirituele vragen in de palliatieve zorg aan de Universiteit voor Humanistiek

### Literatuur

- Beyer, F.-H. (2012). 'Notfallseelsorge: Seelsorgerliche und liturgische Begleitung von Betroffenen', in: Breitsameter, *Notfallseelsorge*, 34-41.
- Böntert, St. (2012). 'Rituale, Zeichen und Gebet im Dienst der Notfallseelsorge', in: Breitsameter, *Notfallseelsorge*, 42-55.
- Breitsameter, Chr. (Hrsg.) (2012). *Notfallseelsorge. Ein Handbuch*, Münster: Aschendorff Verlag.
- Dahlberg, K., H. Dalhberg, en M. Nystrom (2008). *Reflective Lifeworld Research*, 2nd edition, Lund: Studentlitteratur.
- Dykstra, R.C. (1990). 'Intimate Strangers: The role of the hospital chaplain in situations of sudden traumatic loss', *The Journal of Pastoral Care* 44/2, 139-152.
- Evers, H. (2006). 'Als voortbestaan niet meer vanzelfsprekend is. Pleidooi voor systematische ondersteuning en begeleiding van de existentiële ontwikkeling bij patiënten en naaststaanden tijdens een langdurig intensive care verblijf', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 9 (nr. 41), 51-61.

- Ganzevoort, R. R. (2005). 'Als de grondslagen vernield zijn. Over trauma, religie en pastoraat', *Praktische Theologie* 32/3, 344-261.
- Gruijter, A.W.I.M. de (2009). 'Bereikbaarheidsdienst', in: J. Doolaard (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 2e herz. dr., Kampen: Kok, 243-249.
- Heyes, Z. (2012). *Save Our Souls. Was ist Notfallseelsorge?* Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Jans, J. (2012). 'Typisch und Eigenartig. Krankenhäuser auf der Suche nach ihrer christlich-katholische Identität', in: K. Hilpert (Hrsg.), *Theologische Ethik im Pluralismus*, Fribourg i.Ü.: Academic Press Fribourg/Freiburg im Br.: Herder, 285-290.
- Landes, S.D. (2010). 'Practicing Discernment: Pastoral care in crisis situations', *The Journal of Pastoral Care & Counseling* 64/1, 1-8.
- Manschot, H. (2009). 'De betekenis van het tragische voor de ethiek van de zorg- en hulpverlening', in: H. Manschot en H. van Dartel (red.), *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, 4e dr., Amsterdam: Boom, 225-241.
- Landry, V.L. (1996). 'Pastoral Care in a Trauma Center', *Journal of Religion and Health* 35/3, 211-214.
- Müller-Lange, J. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Notfallseelsorge*, 2. Auflage, Edewecht: Strumpf & Kossendey Verlag.
- Nolan, S. (2012). *Spiritual Care at the End of Life. The Chaplain as a 'Hopeful Presence'*. London: Jessica Kingsley.
- Remmerden, B. van (2012). 'Niet meer weg te denken', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15 (nr. 67), 40-45.
- Slatosch, U. (2012). 'Notfallseelsorge: Entwicklungen - Gegenwart - offene Zukunft', in: Breitsameter, *Notfallseelsorge*, 11-25.
- Verharen, L. (2009). 'Psychosociale hulp in de traumazorg', *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 3, 42-43.
- Verharen, L. (2010). *Psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten. Doorbreken van de cirkel van verdriet* (Proefschrift Universiteit van Humanistiek Utrecht) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vosman, F. (2012). 'Geestelijke verzorging in transitie', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15 (nr. 68), 15-22.
- Walton, M. (2012). 'Geestelijke verzorging als gastvrijheid. Een alternatief voor de metafoor van professionele vrijheid', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15 (nr. 67), 32-39.
- Waterstraat, F. (2008). *Wenn plötzlich alles anders ist: Notfallseelsorge im Einsatz. Ein Leitfaden für die Praxis*, 2. Auflage, Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Zippert, Th. (2006) *Notfallseelsorge. Grundlegungen, Orientierungen, Erfahrungen*, Heidelberg: Universitätsverlag Winter.