

SPIRITUELE ZORG EN KWALITEIT VAN BESTAAN

Geestelijke verzorging in relatie tot het kwaliteitskader van de VGN

Door: Dr. Ren van Schrojenstein Lantman*

Geestelijk verzorgers hebben vaak grote moeite zich op een positieve wijze tot de zorgorganisatie, waarvan zij deel uit maken, te verhouden. Zeker als het om kwaliteitsbeleid en om kwaliteitskaders gaat. Bezwaren van praktische en principiële aard liggen dan voor het oprapen. Toch ligt daarin ook een grote uitdaging; niet om het eigene van geestelijke verzorging te verliezen, maar juist om de eigen kracht te verbinden met formele kaders, die de organisatie hanteert en die vaak van boven af worden opgelegd of gestimuleerd. Ren Lantman zoekt in dit artikel de dialoog met de organisatie. Ook voor andere sectoren dan de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geldt dezelfde uitdaging.

Directe aanleiding tot dit artikel is de brief, die vanuit het bestuur van de beroepsvereniging VGVZ is gestuurd aan de brancheorganisatie van de gehandicaptenzorg, de VGN.¹ Deze vereniging heeft enige tijd geleden een 'kwaliteitskader gehandicaptenzorg' aangenomen als een beleidsdocument (VGN, 2007).

In kringen van de geestelijke verzorging is geconstateerd, dat in dit beleidskader aandacht voor spirituele zorg ontbreekt. Vanuit deze vaststelling wil men het gesprek met de vereniging aangaan over de vraag hoe spirituele zorg beter in de zorgorganisatie verankerd kan worden. De algemene vraag is, hoe spirituele zorg en het kwaliteitskader, zoals onderschreven door de branchevereniging, zich verhouden. Meer specifiek is de vraag of de voorkeuren, die hieruit voortkomen, verder geoperatio-

naliseerd kunnen worden, en vanuit de VGN ondersteuning kunnen krijgen. Hierbij is ook de positie van de geestelijke verzorger in de organisatie in het geding.

De vraag is niet alleen actueel in het veld van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Zij speelt in alle sectoren van de gezondheidszorg en is voor de toekomst van de geestelijke verzorging als zodanig van belang. Van de geestelijke verzorging wordt immers steeds meer gevraagd zich te verantwoorden op het vlak van de feitelijke werkzaamheden en inbedding in de zorginstelling. De brief aan de VGN en het vervolg daarop kan hierbij vruchtbare wegen openen om de plaats van de discipline te verhelderen met het oog op de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen.

In dit artikel wordt allereerst een korte introductie gegeven in het model kwaliteit van bestaan, zoals door de VGN onderschreven als uitgangspunt van zorg (par.1). Hier komen allereerst het model zelf, het gebruik en het achterliggende paradigma van zorg ter sprake. Vervolgens worden drie posities van spirituele zorg ten opzichte van dit kwaliteitskader uitgewerkt (par.2): een overkoepelende dimensie, een apart uit te werken domein van zorg of een binnen de kaders van het model te integreren spirituele zorg. Tenslotte (par.3) worden vanuit de eigen praktijk enkele voorbeelden gegeven van de toepassing van het model van kwaliteit van bestaan als een aanknopingspunt tot het verder vormgeven van spirituele zorg. Deze en andere aanzetten kunnen dienen voor verder gesprek binnen teams van geestelijk verzorgers zelf, met de zorgorganisatie en met de brancheorganisatie.

1. Het concept kwaliteit van het bestaan

De VGN heeft het concept kwaliteit van bestaan gekozen als leidend ontwerp voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid in eigen kring. Bij de beschrijving van dit model in het kader van dit artikel blijven de voorwaardenscheppende domeinen, die daaraan door de VGN werden toegevoegd, vooralsnog buiten beschouwing² (1.1). Vervolgens wordt ingegaan op het meten van goede zorg; wat wordt er gemeten met de domeinen en indicatoren van dit model (1.2). Daarna wordt ingegaan op het paradigma van zorg en ondersteuning, dat aan het pleidooi voor de kwaliteit van bestaan ten grondslag ligt (1.3). Tenslotte wordt bij wijze van voorbeeld aangeduid, hoe organisaties zelf richting kunnen geven aan de invulling van dit model en hoe dit behulpzaam is bij het richting geven aan zorg en ondersteuning binnen de organisatie.(1.4)

1.1 Kwaliteit van bestaan als een leidend ontwerp.

Het kwaliteitskader van de VGN berust inhoudelijk op een toonaangevend model 'kwaliteit van

bestaan', ontwikkeld door de Amerikaan Robert Schalock en zijn collega's. (Schalock, 2002, 2007, 2008) De VGN heeft dit model als zodanig overgenomen. Voor de strekking van dit betoog verwijzen we hier daarom rechtstreeks naar Schalock.

Het model kwaliteit van bestaan is niets meer of minder dan een 'framework' waarin belangrijke aspecten van het leven zijn geordend. Het is gebaseerd op cross- cultureel empirisch onderzoek. De onderdelen van dit model zijn herkenbaar en operationaliseerbaar in de dagelijkse praktijk.

Het model van Schalock³ (3) bestaat uit 3 brede factoren en 8 dimensies of domeinen, waarbij aan ieder domein een aantal indicatoren zijn gekoppeld. Schematisch ziet dat er aldus uit (tabel 1)

Wat is nu de betekenis van deze indeling voor de zorgpraktijk? Globaal gesproken zijn dat drie zaken: het biedt een overkoepelend kader voor het plannen en meten van zorg en dient als theoretische basis om de behoefte aan zorg na te gaan en te toetsen (1.2). Het model kwaliteit van bestaan biedt een conceptueel kader om over zorg en ondersteuning te reflecteren (1.3.) en het geeft richting aan de keuzes, die afzonderlijke organisaties bij hun zorgverlening kunnen hanteren (1.4). Voor de VGN biedt het model een inhoudelijk uitgangspunt, dat in een aantal fasen verder ontwikkeld en geïmplementeerd wordt (VGN, 5 – 7).

1.2 Meten van de kwaliteit van de kwaliteit van het bestaan: subjectief, objectief, cultureel.

Als je kwaliteit meet, wat meet je dan? Deze vraag is veelvuldig voorwerp van discussie onder kwaliteitsdeskundigen. Afhankelijk van het gekozen model, de invalshoek en het gebruikte onderzoeks-instrument worden bepaalde aspecten van goede zorg in kaart gebracht, en andere blijven onderbelicht. Geplaatst binnen het kader van Schalock c.s. is goede zorg een uitwerking van de domeinen van de kwaliteit van het bestaan. Hierbij bestaat consensus over het feit, dat je drie accenten kunt leg-

kwaliteit van het bestaan		
Factoren	Dimensies	Indicatoren (voorbeelden)
Welzijn	Materieel welzijn	Werk, inkomen, bezittingen, Economische zekerheid
	Fysiek welzijn	Gezondheid Voeding Mobiliteit Recreatie
	Emotioneel welzijn	Geestelijke gezondheid Veiligheid, vrij van stress Tevredenheid met eigen leven
Zelfstandigheid	Persoonlijke ontwikkeling	Persoonlijke competenties Vaardigheden Onderwijs
	Zelfbepaling	Keuze en controle Beslissingen nemen Persoonlijke doelen en waarden
Sociale Participatie	Inter-persoonlijke relaties	Sociaal netwerk Vriendschappen Gezin, intimiteit
	Sociale inclusie	Acceptatie Deelname aan samenleving, Woonomgeving, werkomgeving
	Rechten	Privacy, respect Toegang tot voorzieningen, Belangenbehartiging

Tabel 1. Kwaliteit van het bestaan; factoren, dimensies en indicatoren (Schalock et al., 2008).

gen in de uitwerking van domeinen en indicatoren. Aan de hand daarvan kun je toetsen of bepaalde doelen of streefwaarden gehaald worden.

De nadruk in het meten van de kwaliteit van het bestaan kan liggen op het subjectief welbevinden t.a.v. een bepaalde indicator. Zo kan ten aanzien van voeding worden gevraagd, hoe cliënten de dagelijkse voeding ervaren, of ze prettig wonen, zich tevreden voelen over hun dagelijks bestaan. Maar ook kan de nadruk liggen op de objectieve,

kwantitatief meetbare, aspecten van de kwaliteit van het bestaan: voeding kan gescreend worden op eisen die aan een gezond voedingspakket gesteld kunnen worden; voor een leefbare woning bestaan bepaalde maatstaven (iedere cliënt een natte cel bijvoorbeeld), en tevredenheid kan geobjectiveerd worden en getoetst aan wet- en regelgeving.

Deze subjectieve en objectieve aspecten moet echter aangevuld worden met een derde, te weten de cultureel bepaalde maatstaven voor kwaliteit van

bestaan. Wat in een bepaalde cultuur goed eten, een leefbare woning en tevredenheid is, hoeft dat in een andere culturele context en leefomgeving niet te zijn. Opvattingen verschuiven ook met de tijd; de 'eis' van een natte cel in de privé- sfeer was een tijd geleden niet in de gedachten opgekomen, en – bij alle culturele verworvenheden – soms ook nu nog niet voor ieder individueel te realiseren. Ook de meetlat voor cliënttevredenheid verschuift. Begeleiders (en geestelijk verzorgers) zullen bij deze uitweiding over kwaliteit onmiddellijk opmerken, dat alle domeinen met elkaar samenhangen; goed voedsel is te zien in samenhang met samen eten. Dat is uiteraard het geval, maar het model maakt het mogelijk een aantal levensgebieden vaster te omlijnen en zo op basis van een 'body of knowledge' binnen instellingen systematisch te werken aan de verbetering van kwaliteit van bestaan.

1.3 Paradigma voor zorg en ondersteuning

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperkingen heeft een ontwikkeling doorgemaakt. Hierbij wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen het 'defectparadigma', waarin verstandelijke handicap als een pathologie of afwijking van wat normaal is wordt gezien; het 'ontwikkelingsparadigma', waarin vooral de leermogelijkheden van bewoners van specifieke voorzieningen worden onderzocht, en het 'burgerschapparadigma'. (van Gennep, 2001, 2003) De mens met een verstandelijke beperking wordt in deze laatste benadering gezien als burger met eigen rechten en plichten. Schalock en degenen, die zich door hem laten inspireren laten er nimmer een misverstand over bestaan, dat zij dit laatste paradigma zijn toegedaan. Zorg maakt plaats voor ondersteuning. En het model van kwaliteit van bestaan wil inzichtelijk maken, dat deze ondersteuning is gericht op een volwaardige plaats in de samenleving en rekening houdt met eigen keuzen van de cliënt. Met andere woorden: wij willen dat onze cliënten het-

zelfde kunnen realiseren en ervaren wat wij ons als volwaardige burgers ook gunnen. Hiermee wil niet zeggen, dat de beperkingen worden genegeerd. Op het gebied van de lichamelijke gezondheid (indicator van fysiek welzijn) kennen mensen met verstandelijke beperkingen in het algemeen meer gezondheidsproblemen dan anderen. Als we dat weten, kunnen we er ook alles aan doen om de toegang tot de gezondheidszorg zo optimaal mogelijk te maken om het verschil te verkleinen. Het model kwaliteit van bestaan is dan ook een proportioneel model, niet alleen naar 'objectief' in kaart te brengen elementen zoals gezondheid, maar ook door de subjectieve wensen en dromen van de cliënt af te wegen ten opzichte van de realiseerbare mogelijkheden in de samenleving.

De betekenis van dit paradigma kan kort samen worden gevat in de definitie, die van Gennep daarvan heeft gegeven: De kwaliteit van het bestaan is goed, als de betrokken persoon zelf vorm en inhoud geeft aan het eigen bestaan volgens de gewone (algemeen- menselijke) behoeften en speciale behoeften (voortvloeiend uit de aard van de handicap); onder gewone omstandigheden en volgens gewone patronen; in een zodanige mate dat de betrokken persoon tevreden is met het eigen bestaan (van Gennep, 2001)

Deze optie is niet onomstreden gebleven, sterker nog, zij is direct of indirect voorwerp van strijd binnen en tussen de instellingen, wetenschappelijk en maatschappelijk. Van Gennep, een duidelijke voorstander van het burgerschapparadigma, zet in zijn afscheidsrede als hoogleraar vernieuwing en tegenbeweging tegenover elkaar (van Gennep, 2003). Hij constateert, dat het nog steeds onhelder is, waar het accent ligt in de wetenschappelijke benadering van mensen met verstandelijke beperkingen. Ligt dit in het onderzoeken van de handicap zelf, met daarbij nadruk op individu en etiologie, of gaat het om samenspel tussen individu en omgeving, zodat verstandelijke beperking vooral gezien

Radar (Heerlen/Maastricht)	Brancheorganisatie VGN (Utrecht)	Arduin (Zeeland) (J.van loon, 2005, 123)
Materieel welzijn	Lichamelijk welbevinden	Emotioneel welbevinden
Fysiek welzijn	Psychisch welbevinden	Inter-persoonlijke relaties
Emotioneel welzijn	Inter-persoonlijke relaties	Materieel welbevinden
Sociale inclusie	Deelname aan de samenleving	Persoonlijke ontplooiing
Persoonlijke ontwikkeling	Persoonlijke ontwikkeling	Lichamelijk welbevinden
Zelfbepaling	Materieel welzijn	Zelfbepaling
Inter-persoonlijke relaties	Zelfbepaling	Sociale inclusie
Rechten	Belangen	Rechten

Tabel 2. Volgorde van domeinen in drie verschillende organisatorische settings

wordt als een functionele diagnose. De invalshoek, die men kiest, werkt ook door in maatschappelijke stellingname en inrichting van de zorg. De alom aanwezige trend tot individualisering kan een accent doen leggen op de keuzemogelijkheden om het leven gestalte te geven, of tot het benadrukken van de blijvende afhankelijkheid.⁴ De economisering van zorg kan leiden tot het scheppen van een zorg op afstand, met nadruk op beheersstrategieën op het gebied van de zorg, of men kan menselijke nabijheid en gerichtheid op de ander koesteren. Ten aanzien van de zorgplek kan men een plek beogen in de samenleving of toch een terugtrekkende beweging doen naar grootschalige instellingen. De inschatting van Van Gennep is, dat de vernieuwingsbeweging gezorgd heeft voor een bevredigende plaats in de maatschappij voor ongeveer de helft van de mensen, om wie het hier gaat, voor de andere helft geldt het niet.

1.4 Richting geven aan zorg en ondersteuning binnen de organisatie

Binnen Nederland hebben verschillende zorgorganisaties het model van Schalock genomen als orderingskader voor de eigen zorgverlening. De stichting Arduin in Zeeland is daarin toonaangevend geweest, en heeft zich daarin steeds meer geprofi-

leerd, waarvan talrijke publicaties getuigen (Jos van Loon, 2005; J.van Loon – G. van Hove (red), 2008). Een vergelijking met de eigen organisatie (Radar) in het framework van de kwaliteit van het bestaan maakt duidelijk, dat - met inachtneming van de samenhang van de domeinen – per instelling toch verschillende accenten gelegd kunnen worden. Accenten, die tot stand kwamen na uitvoerige interne discussie en verantwoording. Voor wat betreft Radar was dit een discussie over omvang en inhoud van de zgn. (noodzakelijke) basiszorg. Waar voor Arduin de persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling voorop staat, was dit voor Radar in een bepaalde fase van organisatieontwikkeling de samenhang van materieel, fysiek en emotioneel welzijn, in samenhang met sociale inclusie. Ter vergelijking zetten we de volgorde van de domeinen, zoals die in het VGN-kader wordt aangegeven, in het midden. (tabel 2)

Uit de literatuur, maar ook uit ervaring in eigen instelling is bekend, dat dit model een dynamiek te weeg kan brengen in de ontwikkeling en planning van de zorg. Zo vond er in de eigen organisatie projectontwikkeling plaats op het terrein, waarop dit volgens management en beleidsmedewerkers het meest nodig was: dat van voeding,

hygiëne en dagelijkse activiteiten. Ook kon vanuit de structurering in de domeinen op deze manier de meting van tevredenheid van cliënten overzichtelijk en doeltreffend ter hand worden genomen. In een scholingstraject voor medewerkers werd het model kwaliteit van bestaan besproken; hen werd gevraagd om domeinen en indicatoren te selecteren, waarop vanuit de praktijk aan verbetering van zorg en ondersteuning gewerkt zou kunnen worden (zie ook 3.1). De resultaten zijn een momentopname, maar geven inzicht in de manier, waarop het model kwaliteit van bestaan ingezet kan worden. Inmiddels zijn er plannen om een zgn. Radar-academie in het leven te roepen – naar het voorbeeld van de ‘Academie van de kwaliteit van het bestaan’ van Arduin – waarin leer- en scholingsmogelijkheden voor de verbetering van de kwaliteit van het bestaan worden gebundeld. Zo blijkt het model kwaliteit van bestaan op meerdere niveaus van de organisatie een impuls te kunnen geven aan de zorgontwikkeling. Een ontwikkeling, die door de VGN kan worden gestimuleerd en van instrumenten en werkkaders voorzien kan worden; maar betreft dit ook het terrein van de spirituele zorg?

2. Drie posities van spirituele zorg beschreven en overwogen

Is spirituele zorg op een herkenbare wijze te verbinden met de domeinen van de kwaliteit van het bestaan? Dit is een belangrijke vraag voor de werking van geestelijke verzorging in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Hoewel spirituele zorg geen exclusief eigendom is van de geestelijk verzorger, staat bij deze vraag de professionele bijdrage van de geestelijke verzorging op het spel. Daarin en daarachter gaat het om een ‘hartszaak’: hoe te ‘integreren’ in de zorgorganisatie zonder de eigenheid van geestelijke verzorging te verspelen? Aan de hand van de schets in de vorige paragrafen kunnen we een (voorlopige) positie bepalen door drie mogelijkheden te schetsen, waarop verder doorgedacht kan worden.

Achtereenvolgens wordt aan de orde gesteld: spirituele zorg als een overkoepelend of funderend domein (2.1), als een apart en te operationaliseren negende domein (2.2) of als integraal onderdeel van de acht domeinen (2.3). In tegenstelling tot de vorige paragraaf, waarin een duidelijk omschreven concept het uitgangspunt vormde, wordt hier aangeknoopt bij concepten, ideeën en modellen, die binnen het eigen werkveld ontwikkeld zijn of daarbij aansluiten. Zo wordt geprobeerd recht te doen aan de reflectie op spirituele zorg binnen het eigen vakgebied.

2.1 Spirituele zorg als overkoepelend of funderend domein

Wanneer aan werkers in de zorg voor verstandelijke beperkingen het begrip ‘spirituele zorg’ wordt voorgelegd, blijkt het moeilijk te zijn om tot duidelijk beeld hiervan te komen. Het roept vaak herkenning op, omdat spirituele zorg geassocieerd kan worden met goede zorg; het duidt met name op de grondhouding, van waaruit zorg wordt verleend. Deze verwantschap met goede zorg vormt een eerste aanknopingspunt om spirituele zorg nader te onderzoeken.

Vervolgens zijn er aanzetten tot een interdisciplinair verstaanbare omschrijving van spirituele zorg, die hierbij aansluiten. Aldus uitgewerkt kan spirituele zorg dienen als een overkoepelend of funderend aspect van zorg, dat in de houding van de werkers is geïncorporeerd en inwerkt op het vormgeven van alle domeinen van de kwaliteit van het bestaan.

In het debat over ‘ethiek van de zorg’, aansluitend aan de fundamentele aanzetten door J. Tronto e.a., heeft Hans Reinders school gemaakt door te wijzen op de grenzen van het rechtendiscours, zoals dit ook in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen ingang heeft gevonden en ook een van de domeinen is van de kwaliteit van het bestaan (Reinders, 1994). Hij wijst hier op de vooronderstellingen van het opteren voor en waar-

maken van rechten in onze samenleving, die voor mensen met verstandelijke beperkingen niet vanzelfsprekend zijn en – vanwege hun geestelijke afhankelijkheid – voor een groot deel ook niet waar te maken zijn. In het rechtendiscours worden dimensies als emotionaliteit en verbondenheid met anderen uitgeschakeld, hetgeen nu net een belangrijk kenmerk is in de omgang met en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Rein- ders trekt hieruit de conclusie, dat we in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking niet de nadruk moeten leggen op rechten, maar op het vormgeven van zorg vanuit generositeit.

In de methode ‘ethiek op de werkvloer’ heeft hij deze invalshoek verder uitgewerkt aan de hand van een aantal kernbegrippen: respect, verbondenheid, geborgenheid, verantwoordelijkheid. Dit zijn geen principes die op de werkvloer zomaar toegepast kunnen worden; zij vragen om ethische reflectie, de afweging van verschillende standpunten, waarbij o.a. het persoonlijke en het professioneel tegen elkaar afgewogen dienen te worden. (Rein- ders, 2005)

Spirituele zorg vertoont een verwantschap met een zorg, gebaseerd op deze kernbegrippen, die in het zorgen en ondersteunen zelf moeten worden geïkt en vormgegeven. Tegelijk verwijst spirituele zorg naar spiritualiteit als de bron van deze grondhoudingen. Nu is het niet gemakkelijk om een eenduidige definitie van spiritualiteit te geven. Er zijn in onze levensbeschouwelijk pluralistische wereld vele bronnen, die mensen hiervoor aanboren en die een fundering bieden aan de zingeving van het bestaan. Binnen het kader van de beroepsgroep kan men grofweg twee benaderingen onderscheiden. De ene benadering sluit aan bij een meer algemeen levensbeschouwelijke benadering, die door velen verstaan kan worden. Wij vinden deze terug in de richtlijn palliatieve zorg, waar ‘spirituele zorg’ als een algemeen erkend aspect van zorg verstaan wordt. Spirituele zorg wordt in deze richt-

lijn omschreven als het ‘levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden’. Alle mogelijke bronnen van inspiratie kunnen hier- toe gerekend worden (Richtlijn spirituele zorg, 4). Zo verstaan biedt dit een brede oriëntatie, waarin de actieve betrokkenheid van de zingever cen- traal staat. De andere benadering sluit aan bij een reflectie over spiritualiteit, waarin doorslaggevend is, dat de ‘bron’ (van christelijke aard of niet) ook iets met de persoon doet, hem tot een ander mens maakt; spiritualiteit heeft dan betrekking op een ‘omvormingsproces’, dat aan de mens geschiedt. Deze benadering is in de nieuwe beroepsdefini- tie van de geestelijk verzorger verankerd.⁵ Ook dit geeft mogelijkheid tot een verschillende invulling, afhankelijk van de benoeming van deze bron, maar deze tweede benadering legt wel de nadruk op de *inwerking* van de bron op de zingever.

2.2 Spirituele zorg als een apart te operationaliseren negende domein van de kwaliteit van bestaan

Spirituele zorg kan ook worden opgevat als een negende, apart te operationaliseren domein van de kwaliteit van bestaan. Deze benadering van spi- rituele zorg houdt in, dat zij als een apart domein wordt behandeld naast de erkende acht van de kwaliteit van bestaan. Spirituele zorg verwijst immers naar een van de dimensies van zorg, zoals deze door de WHO in haar definitie van palliatieve zorg is opgenomen; naast lichamelijke, psychische en sociale zorg voor de mens in de palliatieve fase is er ook de spirituele zorg. Deze dimensie is minder goed meetbaar, maar wel in voortdurende relatie te zien met de andere (Richtlijn palliatieve zorg, 1). In het eigen werkveld zijn aanzetten geweest tot een levensbeschouwelijke diagnostiek, waarin ook de eigen spirituele dimensie zichtbaar kan wor- den. Aan de geestelijk verzorgers is een model ter beschikking gesteld, dat uitdrukking geeft aan de levensbeschouwelijke identiteit van de cliënt. Een werkgroep van ervaren geestelijk verzorgers heeft

daartoe alle relevante literatuur en aanzetten bestudeerd, en is gekomen tot een eigen model, dat met de aanwezigen in positieve zin besproken is (Werkgroep Zingevingdiagnostiek, 2009).

Het bevat een viertal centrale aspecten, waarover observatie en beschrijving plaatsvindt, en op basis waarvan een levensbeschouwelijke diagnose wordt gesteld. Deze aspecten zijn; de cliënt en zijn lichaam, de cliënt en zijn omgeving, de cliënt in relatie tot de ander, de cliënt en zijn verhaal. Zij vormen de cirkels, en het verhaal, met inbegrip van het gelovig of levensbeschouwelijk zijn van de cliënt, is de overkoepelende categorie. De kern – getekend als het middelpunt van de cirkel – is het niet te pakken, te respecteren en te omcirkelen geheim, dat de cliënt zelf is en blijft. In de observatie van en het gesprek met de cliënt kunnen deze dragende aspecten beschreven worden met termen die een beleving uitdrukken en aldus een beeld bieden van de cliënt, dat anders is dan het beschrijven van zijn gedrag. Het lichaam kan als veilig, maar ook als onzeker worden beleefd; de eigen plek kan rust bieden, maar ook onrust teweeg brengen; de ander kan betrouwbaar zijn, maar ook een bron van spanning opleveren; het eigen verhaal kan houvast bieden, maar ook onvervuldheid aan het licht brengen. Vanuit de ‘diagnose’ van deze zinbeleving kan de geestelijk verzorger nu richting zoeken en richting bieden aan de cliënt om deze aspecten in positieve zin te helpen ontwikkelen en daarin de cliënt te begeleiden.

Hoewel in dit model spirituele zorg niet als zodanig wordt benoemd is ze in dit model wel op twee wijzen te herkennen; als geïntegreerd in het levensverhaal van de cliënt – in zijn bestaan en handelswijze – en daarin ook te respecteren in zijn eigenheid en uniciteit; en gearticuleerd in een zingevingstaal, die probeert de betekenis van het menselijk bestaan in zijn meerzijdigheid en polariteit tot uitdrukking te brengen; veilig – onveilig; rust – onrust enz. Tegelijk verwijst dit model van

levensbeschouwelijke diagnostiek impliciet naar spiritualiteit als overkoepelende dimensie van de kwaliteit van bestaan, omdat het alle domeinen en indicatoren doordeesemt en doordringt, met name de lichamelijke, relationaliteit en de context van de cliënt. Het kan geen toeval zijn, dat zowel de richtlijn spirituele zorg als het ontwerp zingevingdiagnostiek gebruik maakt van de cirkel als beeld; spirituele zorg (richtlijn) en ‘het geheim’ (model) vormen het middelpunt van deze cirkel.

2.3 Spirituele zorg als onderdeel van de afzonderlijke domeinen van de kwaliteit van bestaan

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt door geestelijk verzorgers terecht veel aandacht besteed aan het communiceren met hen. Wat is in het contact met hen te zien en te horen? Communicatie met cliënten met een verstandelijke beperking, hoewel gefilterd door specifieke bij de persoon horende handicaps, is niet anders dan met andere mensen. Johan Smit heeft vanuit zijn langdurige ervaring als geestelijk verzorger en trainer van geestelijk verzorgers en pastores in ‘levensbeschouwelijk ondersteunen’ een meerlagig model ontwikkeld, waardoor zingeving in de communicatie tussen cliënt en begeleider inzichtelijk wordt en waarmee dan ook het levensbeschouwelijk contact meer gestuurd kan worden (Johan Smit, 2009). Dit model bestaat uit vier lagen, die als schil rond een kern gedacht moeten worden; de laag van de feiten, van de emoties, van de levensbeschouwing en van de spiritualiteit. In de communicatie tussen begeleider en cliënt worden deze lagen aangesproken en ontwikkeld. De eye-opener naar begeleiders hierbij is, dat het in de zorg vaak gaat om het uitwisselen van feiten tussen cliënt (‘heb je je tanden gepoetst?’) en begeleider, soms over de emotionele beleving (‘hoe voel je je vandaag?’), maar zelden diepergaand. Of andersom: de diepere lagen zijn wel degelijk aanwezig, maar worden niet door de begeleider als zodanig herkend. De diepste laag daarin is die

van de spiritualiteit, 'daar waar iemand van gaat stralen', ofwel: waar iemand geraakt wordt in de kern en dit herkend en erkend wordt. Dit model wordt helder uitgewerkt in dagdagelijkse voorbeelden, zodat de begeleiders er een instrument in het omgaan met de cliënten aangereikt krijgen. Het model wordt heel concreet uitgewerkt in vijf levenssferen van de cliënt en zijn begeleider: wonen, werken, vrije tijd, relaties en zorg. Aldus krijgt de begeleider op de werkvloer een instrument in handen om zijn communicatie inzichtelijk te krijgen en daarmee ook te sturen. (Johan Smit, 2005)

Het communicatiemodel, ontwikkeld door Johan Smit, sluit in bepaalde opzichten goed aan bij het model kwaliteit van bestaan. Door als invalshoek consequent te spreken over ondersteuning in plaats van over zorg sluit het model wel aan bij de richting van denken over zorg, zoals uit het model kwaliteit van bestaan blijkt (par.1.3). Ook de 5 levenssferen kunnen in verband gebracht worden met de domeinen van Schalock, waarbij enkele ontbrekende domeinen opvallen, n.l. persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling en rechten. Spirituele zorg vormt de kern van de communicatie, die overigens niet scherp conceptueel wordt benoemd; 'daar waar iemand van gaat stralen'. Dat biedt een overigens geweldige ruimte, waarbij het primaat wordt gelegd bij de interactie tussen begeleider en cliënt; maar tevens is het onbepaald, welke bron hiermee wordt aangeduid; dit komt overeen met wat over definiëring en conceptualisering van spirituele zorg is aangeduid (2.1). De overeenkomst met richtlijn en model (2.2) is, dat opnieuw de cirkel wordt gebruikt als verduidelijkend symbool, en dat de analytisch onderscheiden domeinen van Schalock in deze cirkel worden opgenomen.

3. Het model kwaliteit van bestaan in de eigen praktijk als geestelijk verzorger

Op basis van de positiebepaling van spirituele zorg in relatie tot kwaliteit van bestaan zijn er verschil-

lende wegen mogelijk om de vraag van het werkveld aan de VGN nader in samenwerking met betrokken partijen uit te werken. Alvorens hier enige suggesties te doen, wil ik een paar praktijkvoorbeelden laten zien, hoe het concept kwaliteit van bestaan in de eigen praktijk als geestelijk verzorger stimulerend heeft gewerkt op het vormgeven van de interdisciplinaire dialoog in de instelling en bij het ontwikkelen van geestelijke verzorging binnen de eigen instelling (Radar). Hierbij heeft de uitdrukkelijke explicitering van spirituele zorg geen rol gespeeld, maar kan daar wel mee verbonden worden. Ik onderscheid hier een meer holistische aanpak, waarin de domeinen van de kwaliteit van het bestaan worden verbonden met verbeteringsvoorstellen voor zorg en ondersteuning (3.1.) en een meer analytische benadering, waarbij geestelijke verzorging een eigen, geprofileerde plaats heeft binnen het concept kwaliteit van het bestaan (3.2.)

3.1 Holistische aanpak: cirkelen rond het geheim van de kwaliteit van het bestaan.

Het model kwaliteit van bestaan is immers niet alleen een ordeningsschema, maar (zie par.1) dient ook als ondersteuning op de reflectie over het goede leven voor mensen met een verstandelijke beperking. Zoals eerder gezegd: wij willen dat onze cliënten hetzelfde kunnen realiseren en ervaren wat wij ons als volwaardige burgers ook gunnen. Het model kwaliteit van bestaan geeft ons inzicht in overeenkomsten en discrepanties en kan de creatieve 'vonk' (spiritus!) doen ontvlammen om hiervoor in beweging te komen. De volgende voorbeelden zijn hiervan een illustratie, het eerste ontleend aan een scholingssituatie met medewerkers, het tweede uit de cliëntenparticipatie.

Na de introductie van het model kwaliteit van bestaan aan medewerkers van de eigen organisatie werd in subgroepen gewerkt aan 'verbeteringsvoorstellen', die moesten voldoen aan een aantal criteria. De eerste opdracht was om in een van de acht domeinen een enkele indicator te kiezen

Scores op de domeinen KvB	Scores op de indicatoren KvB
Materieel welzijn (3x)	Economische zekerheid (2x)
Fysiek welzijn (8x)	Recreatie (4x)
Emotioneel welzijn (10x)	Veiligheid (8x)
Persoonlijke ontwikkeling (1x)	
Zelfbepaling (5x)	Keuze en controle (2x) Persoonlijke doelen en waarden (2x)
Inter-persoonlijke relaties (1x)	
Sociale inclusie (10x)	Woonomgeving (8x)
Rechten (1x)	Privacy (1x)

Tabel 3. Voorkeuren van werknemers Radar voor verbeterprojecten van de kwaliteit van het bestaan, verdiepingscursus 2007 – 2008, 22 groepen van gem.15 personen.

voor een verbetertraject. Het moest een voorstel zijn, direct aansluitend bij de eigen zorgpraktijk, waarvoor men zelf gemotiveerd was en geïnspireerd zou worden. In groepjes van drie werd een keuze gemaakt, en uit de volgende tabel (tabel 3) blijkt duidelijk, waar – ten tijde van deze peilingde accenten bij deze medewerkers van deze organisatie de voorkeuren lagen, als een signaal naar de organisatie (zie tabel). In de levendige communicatie over deze voorstellen kwam niet alleen de ‘praktische’ en haalbare kant naar voren, maar ook de motivatie; ‘daar doe ik het voor’. Dat gaf aan de gesprekken de levendigheid en de diepgang, zonder dat uitdrukkelijk doorgevraagd werd op ieders spirituele bronervaring.⁶

Een tweede voorbeeld is afkomstig uit de cliëntenparticipatie. Voor de betreffende medewerker diende het model kwaliteit van bestaan allereerst als een raster, om de beschikbare schriftelijke gegevens over een bepaalde periode te ordenen; wanneer wij onze cliënten inspraak geven, waarover gaat het dan inhoudelijk? Op basis daarvan werd

in elk domein een zwaartepunt aangewezen, dat nader onderzocht zou moeten worden, zoals; hoe ervaren cliënten het wonen in een voorziening, het samen eten enz..Om dit te onderzoeken werd een DVD gemaakt, met het doel deze in verschillende groepen en voorzieningen diepgaander te bespreken. Ook hierin speelde de visie op de kwaliteit van het bestaan als geheel een rol; de DVD werd voorzien van de treffende titel ‘Hier leef ik’!⁷ Als uitdrukking van het zelfbewustzijn, maar ook van gemis, wensen en verlangens van de cliënt en van een aansporing om samen naar ‘verbetertrajecten’ te zoeken.

Hoewel er geen definitie van ‘spirituele zorg’ aan ten grondslag ligt, kan deze langs deze inductieve weg wel aangevoeld, opgedolven en gearticuleerd worden, en verder langs de weg van motivatie en inspiratie verduidelijkt. Het model kwaliteit van bestaan dient dan als ordeningsschema en als visie, die steeds als horizon van het concrete thema zichtbaar wordt.

3.2 Analytische aanpak: een herkenbare plek voor spirituele zorg binnen de kwaliteit van bestaan

In het volgende wil ik aan de hand van de eigen praktijkervaring een bepaalde ‘plek’ voor spirituele zorg binnen de domeinen van de kwaliteit van bestaan zichtbaar maken⁸

Werkend vanuit vraaggestuurde zorg is in de eigen praktijk het model kwaliteit van bestaan van belang geweest als ordeningsprincipe, en heeft daardoor bijgedragen aan de zichtbaarheid en herkenbaarheid van het vak. Daarmee is, hoewel nog niet als zodanig benoemd, een ingang tot spirituele zorg binnen een vraaggestuurde oriëntatie van de organisatie zichtbaar geworden. Wat betreft de directe begeleiding van de cliënt is er sprake van een bipolair model. Aan de ene kant is er sprake van zorg en ondersteuning op het gebied van het emotioneel welzijn van de cliënt, aan de andere

kant wordt gewerkt aan sociale inclusie, vooral door de brug te slaan naar de levensbeschouwelijke groeperingen, die in de eigen Zuid Limburgse context vooral de relatie met de parochies en de kernen van de katholieke kerk betreft. De ene 'pool' is dan onder te brengen bij het domein psychisch of emotioneel welbevinden, de andere bij de pool sociale inclusie⁹.

Als het gaat om het emotionele of psychische domein, waarvoor wordt de geestelijk verzorger dan gevraagd? Uit het bijhouden van de contacten gedurende meerdere jaren wordt duidelijk, dat deze vragen geclusterd zijn rond een drietal onderwerpen: rouwverwerking, levensvragen en presentie.

Als het gaat om rouwverwerking, betreft dit het verlies van vader, moeder, een ander familielid, partner of soms een eigen kind. Dit vraagt om een specifieke ondersteuning en methodiek, waarin de geestelijke verzorging thuis is en ook school heeft gemaakt. Het is voor de 'dagelijkse' begeleiders en ondersteuners vaak een moeilijk toegankelijk en begaanbaar terrein. Voor mensen met verstandelijke beperking is een verlies vaak ingrijpend, omdat zij vaak geen (begrijpende) partner hebben, om het verlies mee te delen, of een te beperkt netwerk zonder personen in wie zij voldoende vertrouwen hebben. Een interventie vanuit de geestelijke verzorging is vaak – niet altijd – zeer behulpzaam om het verlies minstens onder ogen te zien en het een levensvorm te geven.

Voor medewerkers is dit herkenbaar als een bijdrage aan het emotionele welzijn van de cliënt, waarmee hij 'beter in zijn vel' komt te zitten, tevreden is met zijn bestaan en er weer tegen kan. Het is een eigen ingang – een eigen indicator? – tot emotioneel welzijn; een weg, die niet of niet vaak, en zeker niet systematisch door andere disciplines, wordt betreden, en ook in het gesprek met cliënten vaak een verborgen leven blijft leiden¹⁰.

Als het gaat om levensvragen, speelt rouw hier soms een rol, maar meer nog het zoeken naar zin in het eigen leven. Dit overstijgt concrete activiteiten, en de geestelijk verzorger kan behulpzaam zijn bronnen in het bestaan aan te boren, waardoor de cliënt overzicht krijgt en soms handvatten.

Presentiecontacten – hoewel kwantitatief niet groot in getal – betreffen het aanwezig zijn bij bepaalde cliënten 'zonder agenda'. Bij deze cliënten zijn alle defecten al uitgezocht en ontwikkelingsagenda's al uitgeprobeerd, maar ze hebben er uiteindelijk geen baat bij gevonden. Deze cliënten vragen om een aandachtige aanwezigheid, waarbij de wond in het bestaan (omdat men zich ziek voelt, niet begrepen of gehoord) wordt opgelegd en door de goede luisteraar wordt verstaan.

Het bezig zijn met levensvragen, en het 'present' zijn (aandachtig aanwezig zijn) is uiteraard bij alle cliënten van belang, maar wordt in de geschetste situatie door medewerkers heel goed begrepen en gewaardeerd als bijdrage aan het emotionele welzijn van de cliënt¹¹.

De andere polariteit betreft de bijdrage aan de inclusie die vanuit de geestelijke verzorging kan worden gegeven. Hierbij moet bedacht worden, dat de eigen organisatie een semi- murale instelling is, zonder centraal instellingsterrein (inclusief kapel). Op dit vlak kan de geestelijke verzorging een brugfunctie vervullen tussen instelling en levensbeschouwelijke groeperingen. Indicatoren vanuit de kwaliteit van bestaan zijn hier immers o.a. woonomgeving, werkomgeving en acceptatie. Dit vraagt om bewuste aandacht van de organisatie voor hun fysieke, emotionele en sociale plekje in de samenleving. Binnen de organisatie is men daarnaar op zoek; betrokkenheid van cliënten bij buurt- en clubwerk, sportverenigingen, aangepast of betaald werk, maar ook aansluiting bij levensbeschouwelijke groeperingen hoort daarbij. Die belangstelling is er zeker, ook vanuit levensbeschouwingen zelf¹².

Deze bijdrage aan inclusie volgens het model kwaliteit van bestaan sluit uitstekend aan bij de werkzaamheden van het ITSI (Instituut voor Theologie en Sociale Integratie), waarin Herman Meininger een belangrijke voortrekkersrol vervult. (Meininger (red), 2004) Het ITSI benadert sociale inclusie vanuit een positieve invalshoek en reflecteert op de rol van instellingen, kerken en geestelijk verzorgers om deze inclusie te bevorderen en te optimaliseren. Deze reflecties zijn bruikbaar voor de geestelijk verzorger om zijn eigen inspanningen te funderen en vorm te geven. Voor wat betreft de inclusie in de samenleving lijken de publicaties van het ITSI en de daaraan ten grondslag liggende reflecties in overeenstemming te zijn met wat in het model kwaliteit van bestaan wordt beoogd; acceptatie van de cliënt in de samenleving, bevorderen van een goede match met de woonomgeving (Johan Smit, Handreiking I). Ook hier moet de brug door de inspanning van beide zijden expliciet geslagen worden. Zowel vanuit de organisatie als vanuit de levensbeschouwelijke groepering moet daarbij de focus niet zozeer gericht zijn op een inordening in de plaatselijke parochie of gemeente, maar op het scheppen van een plek in de samenleving. Levensbeschouwelijke genootschappen kunnen hierin vanuit hun eigen optiek – gerichtheid op de samenleving, en het welzijn van mensen – een goede rol spelen, en de geestelijk verzorger kan hierbij een goede bemiddelaar zijn (Johan Smit, Handreiking II).¹³

Tenslotte: ontwikkeling van spirituele zorg in relatie tot kwaliteit van bestaan.

Gefilterd door de eigen praktijkervaring zijn er genoeg mogelijkheden om spirituele zorg in relatie tot kwaliteit van bestaan in het gesprek met de VGN verder te onderzoeken en te bevorderen. Wanneer spirituele zorg gezien wordt als een funderend of overkoepelend domein ten aanzien van kwaliteit van bestaan, wordt het ordeningsschema verbonden met een visie op goede zorg; het is dan

zaak deze te verbinden met de bronervaring, van waaruit goede zorg wordt gegeven (medewerkers) of ervaren (cliënten). Zoals uit de voorlopige definities in het vakgebied blijkt (2.1) is er wat betreft deze bronervaring sprake van een meer actieve of een meer latende modus; inhoudelijk kan deze, afhankelijk van de levensbeschouwelijke achtergrond en overtuiging van de deelnemers aan het gesprek over goede zorg, op verschillende wijzen zijn ingevuld (3.1).

Wanneer spirituele zorg gezien wordt als een negende domein (2.2), of een speciale verwantschap vertoont met de afzonderlijke domeinen (2.3), dan is nadere uitwerking en operationalisering nodig.

Bij de keuze voor een negende domein vormen levensverhaal en zingevingstaal in het diagnostiekmodel een eigen aanknopingspunt (2.2); het communicatiemodel van Smit kan verder geëxpliciteerd worden naar de verschillende domeinen (2.3). Uit de eigen praktijkervaring blijkt, dat de geestelijke verzorging een door de organisatie erkende plaats kan krijgen, wanneer ze in de domeinen emotioneel welzijn en sociale inclusie een eigen bijdrage kan leveren (3.2).

* Dr. Ren van Schrojenstein Lantman is als geestelijk verzorger werkzaam bij Radar.

Wij danken in het bijzonder Wil Buntinx en Herman Meininger voor hun verhelderend commentaar op de ontwikkeling en versies van dit artikel.

Literatuur

- A. van Gennep (2001): De kwaliteit van het bestaan, in: S. ten Horn e.a., *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*, Maarsse, VI 3.3, 1 – 20)
- A. van Gennep – G. van Hove – J. van Loon (2003): *Voor & Tegen. Vernieuwingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*, Antwerpen-Apeldoorn, 9 - 36
- J. van Loon (2005): *Arduin. Van zorg naar ondersteuning. Kiezen voor kwaliteit leidt tot ontmanteling van instituut-zorg*, Apeldoorn
- J. van Loon – G. van Hove (red) (2008): *Arduin, Persoonsgerichte ondersteuning en kwaliteit van bestaan*, Apeldoorn

- H. Meininger (red) 2004: *Van en voor allen. Wegwijzers naar een inclusieve geloofsgemeenschap met mensen die een verstandelijke handicap hebben*, Zoetermeer
- R. Schalock – J. Gardner – V. Bradley (2007): *Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities*, Washington, AAIDD
- R.Schalock & M. Verdugo (2002): *Handbook on quality of life for human service practitioners*, Washington, AAMR
- R.Schalock, G. Bonham & M. Verdugo (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities, *Evaluation and Program Planning* 31(2), 181 - 190
- H. Reinders (1994): De grenzen van het rechtendiscours, in: H. Manschot – M. Verkerk (red.), *Ethiek van de zorg. Een discussie*, Meppel, 74 – 96
- H. Reinders (2005): *Ethiek op de werkvloer. Een werkboek. Dagelijkse ondersteuning in de zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking*, 's Heerenloo Zorggroep, Amersfoort
- J. Smit (2005): *Levensbeschouwelijk ondersteunen. Handreiking voor zorgkundigen van de Stichting Philadelphia Zorg om mensen met een verstandelijke beperking levensbeschouwelijk te ondersteunen*, Stichting Philadelphia Zorg (= Handreiking I)
- J. Smit (z.j.): *Zo gewoon mogelijk. Tien theologische tips voor inclusie*, uitgave ITSI.
- J. Smit (2009): *Tot de kern komen. De kunst van het pastorale gesprek*, Kampen
- J. Smit (red) (2009): *Sociale integratie in de geloofsgemeenschap. Zestien praktijkverhalen*, uitgave ITSI (= Handreiking II)
- Richtlijn spirituele zorg (def. Versie 6.6.2010), samengesteld door een brede werkgroep GV – Agora.
- Speling, tijdschrift voor bezinning (2010/2), themanummer over Zorgen
- VGN (2007) (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Visiedocument. Interne uitgave*, publ.nr. 707.164
- Werkgroep Zingevingdiagnostiek (2009), *Zin zien, zoeken en beleven. Zingevingdiagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking*, interne uitgave werkveldraad VG
- 4 Inzetten op 'eigen regie' is een voornaam accent in het kwaliteitsdocument van de VGN (VGN, 12-15). De verdere maatschappelijke context blijft wat onderbelicht.
 - 5 Door de ALV (7 juni 2010) van de VGVZ is de bestaande beroepsdefinitie van de geestelijk verzorger uitgebreid met de notie spiritualiteit en luidt dan als volgt: *GV in en vanuit zorginstellingen is de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.*
 - 6 Het TBI (Titus Brandsma Instituut) te Nijmegen houdt zich sinds enige tijd bezig met de verbinding tussen spiritualiteit en zorg door de motivatie en inspiratie van werkers in de zorg te onderzoeken; zie het themanummer van Speling over Zorgen; daarin met het oog op motivatie de rapporterende artikelen van Frans Maas-Kees Waayman en Wout Huizing.
 - 7 Deze DVD is een Radar-interne productie (2009); op te vragen bij de afdeling P.R., Radar, Maasboulevard 1, 6211 JW MAASTRICHT
 - 8 Binnen de AAIDD is sprake van discussie over de plaats en het belang van spiritualiteit. Voor Schalock als Amerikaans pragmaticus hoort dit vooral bij sociale inclusie; deelnemen aan een levensbeschouwelijk genootschap als onderdeel van de samenleving (aldus W. Buntinx).
 - 9 Voor een nadere beschrijving en ook kwantitatieve uitwerking wordt verwezen naar het jaarverslag van de geestelijk verzorger bij Radar, opvraagbaar via g.groenveld@radar.org. Overigens komen ook andere domeinen in het werk van de geestelijk verzorger aan de orde, zoals bij de advies en consultatiefunctie van de geestelijk verzorger, zoals rechten (bijdrage onderzoek naar wilsbekwaamheid) en interpersoonlijke relaties (advisering over protocol kindermens en ouderschap b.v.). Dit vraagt om een nadere uitwerking.
 - 10 Het is waarschijnlijk niet voor niets, dat bij het maken van de DVD het domein emotioneel welzijn, en daarin specifiek 'omgaan met verlies', aan de geestelijk verzorger werd toebedeeld. De uitkomst van de bespreking van dit onderdeel in groepen cliënten, aan wie de video werd getoond, was overigens heel verschillend. Sommigen juichten het toe, dat hierover gepraat kon en mocht worden; anderen wilden liefst het onderdeel 'rouw' er uit knippen.
 - 11 Dit in aansluiting op de welbekende presentietheorie van A. Baart e.a.
 - 12 Voor een overzicht van deze contacten vanuit Radar, zie jaarverslag (aant.9)
 - 13 Voor een beschrijving van eigen contacten, zie: J.Smit (red.), *Sociale integratie*, 111-120 (Centrum voor ontmoeting en inspiratie Maastricht), 121-128 (St.Andre-asparochie Heerlen)

Noten

- 1 Brief bestuur VGVZ aan VGN, voorjaar 2010. Inmiddels hebben eerste besprekingen plaatsgevonden tussen een delegatie van de besturen.
- 2 Deze betreffen: zorgafspraken en ondersteuningsplan; cliëntveiligheid (fysiek, sociaal en emotioneel), kwaliteit van medewerkers en organisatie; samenhang in zorg en ondersteuning. Hier liggen natuurlijk wel aanknopingspunten om aandacht voor spirituele zorg als zodanig binnen de organisatie te verankeren.
- 3 Schalock is nog steeds bezig zijn model te verfijnen en op basis van nieuwere gegevens aan te scherpen. Voor het doel van dit artikel is het basisschema voldoende uitgangspunt.