

De zorg om het verhaal

Spreeken over de dood in het algemene ziekenhuis

‘Ik weet niet wat de dood is, wat het voor mij betekent, behalve dat ik er heel bang voor ben’, zo liet een jonge vrouw de arts weten bij opname op de afdeling medische oncologie van het Radboud universitair medisch centrum. In overleg met de arts besloot ze om hierover in gesprek te gaan met een geestelijk verzorger. De vraag is of (zieke) mensen nog wel over een taal beschikken om zich te uiten binnen de spirituele dimensie van hun mens zijn.

Lang niet altijd verwoorden patiënten hun behoefte om te spreken over hun worsteling met de dood zo direct als deze jonge vrouw; veel vaker ligt het opgesloten of verborgen in andere uitingen, zoals het aangeven van ondraaglijke pijn of onvrede over de zorg. Deels heeft dit te maken met de intimiteit van of de onbekendheid met spreken over levensvragen en dus ook over de dood, maar we hebben hier ook te maken met een gevolg van de verregaande secularisatie van onze samenleving. Een van de gevolgen is, volgens filosofe en ethica Marian Verkerk, dat er geen gemeenschappelijke taal is rond het sterven.

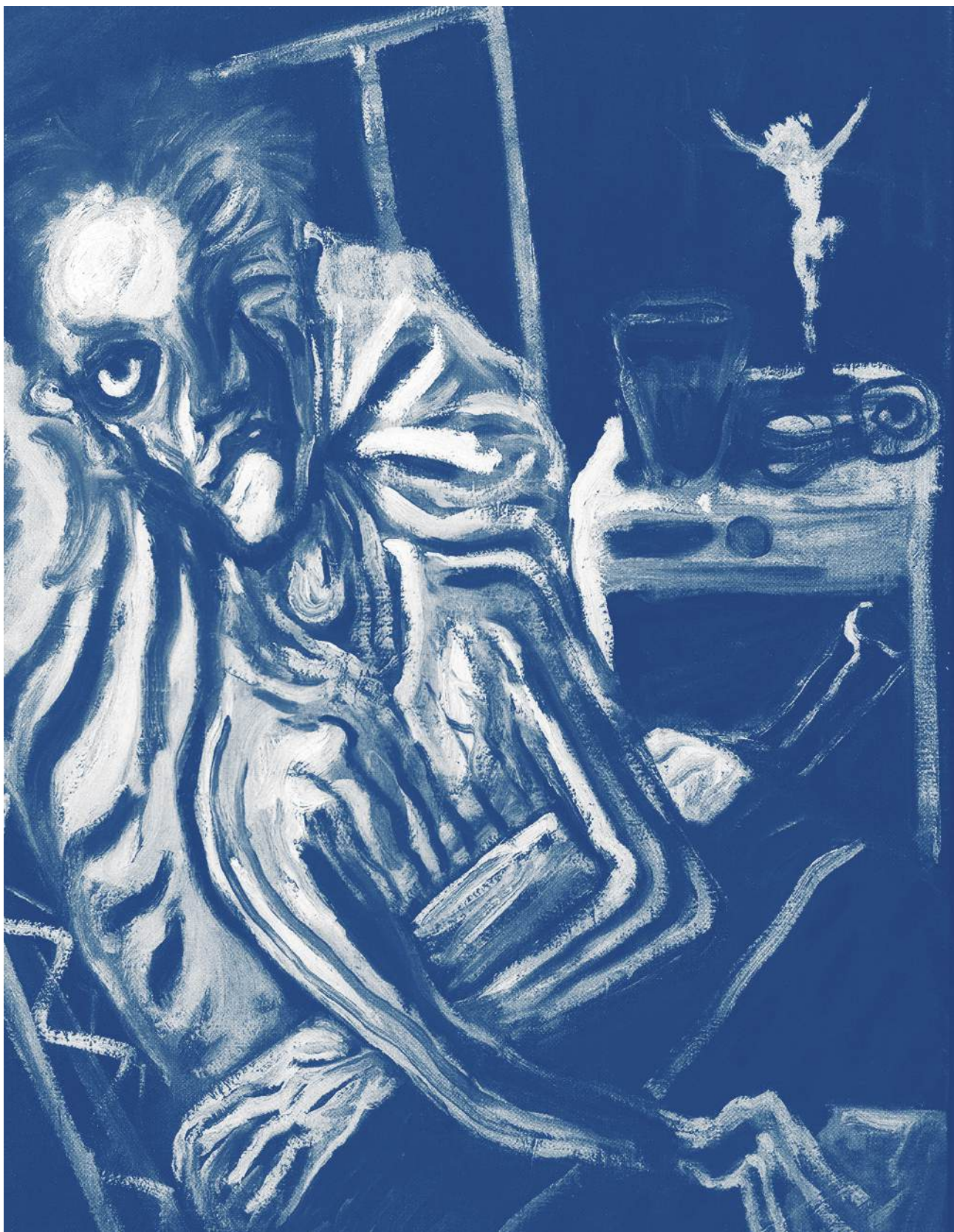
In dit artikel bezien we wat dit betekent voor de zorg aan patiënten die aan hun ziekte komen te overlijden. Allereerst verkennen we de taal waarin zorgverleners en patiënten in het alge-

mene ziekenhuis spreken over de dood. Vervolgens laten we zien hoe, door middel van diagnostiek binnen de spirituele dimensie, het spreken over de betekenis van de dood weer ruimte krijgt binnen de zorg. Aan geestelijk verzorgers is het vervolgens de uitdaging het spreken over zingeving in de zorg interdisciplinair verder mee vorm te geven vanuit hun hermeneutische expertise.

Waar spreken we over?

In ziekenhuizen wordt gesproken over de dood. Patiënten sterven hier en weten zich, met de mensen om hen heen, geconfronteerd met de grens van behandelen, met de grens van de geneeskunde, met de grens van het leven. Uit onderzoek blijkt dat de diagnose kanker, ongeacht de mogelijkheden van behandeling die hierop





volgen, vrijwel altijd wordt ervaren als een confrontatie met de eigen sterfelijkheid (Hanrath & Veltkamp 2002). Met name op oncologische afdelingen en wanneer het patiënten betreft in de palliatieve fase van hun ziek zijn, wordt gesproken over de dood. Maar waar wordt dan over gesproken?

Het is goed om te beseffen dat het dan om één, of meer, van de volgende situaties gaat: 'het stervensproces', 'het feitelijke sterven' en 'het dood zijn' (Dekkers 2002, 111): *'the process of dying'*, *'the event of death'* en *'the state of death'*. Het feitelijke sterven is dan de overgang van het stervensproces naar het dood zijn. Waar de zorg in ziekenhuizen met de *'state of death'* wordt beëindigd, kan het voor patiënten en/of hun naasten het begin zijn van iets nieuws of van een continuïteit. Hierbij kan gedacht worden aan woorden als 'hemel', 'paradijs', 'het grote niets', 'uiteindelijke rust' en dergelijke.

Wanneer zorgverleners in een algemeen ziekenhuis spreken over de dood (met patiënten of onder elkaar), betreft dit vrijwel altijd het stervensproces en het feitelijke sterven. In ziekenhuizen wordt met name op de somatische, en vervolgens ook op de psychosociale dimensie gesproken over wat patiënten en hun naasten verwachten, hopen en waar ze bang voor zijn, ook wanneer het de dood betreft. De spirituele dimensie lijkt in de zorg voor de meeste verlegenheid te zorgen (Leget 2007). Deels heeft dit te maken met de verlegenheid in onze samenleving ten aanzien van sterven en de dood, maar ook met de aandacht van verpleegkundigen en artsen, die nu eenmaal primair gericht is op de

somatische dimensie van de zorg. Het 'behandelen' staat immers centraal in het hedendaagse ziekenhuis, dat ook wel getypeerd kan worden als een 'behandelcentrum' (Van Meurs 2011).

Waar de meeste professionals in de zorg medisch taalgebruik hanteren, dat *'outcome oriented'* is, biedt de geestelijk verzorger de ruimte voor ander taalgebruik, dat aansluit bij de leefwereld van de patiënt. De hermeneutische competentie waar de beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen naar verwijst, geldt ook wat betreft de vertaalslag die moet worden gemaakt van het medisch taalgebruik naar de taal van betekenisverlening en zingeving. De geestelijk verzorger is niet gericht op probleemoplossing, zoals de disciplines in behandeling en zorg, maar op het luisteren naar het levensverhaal en de levensbronnen daarin (Van Schrojenstein Lantman 2007, 31-32). De dood hoort bij het leven en in het levensverhaal heeft het spreken over de dood haar plaats. De geestelijk verzorger kan hierbij ondersteunend van betekenis zijn, niet alleen voor de patiënt en diens naasten maar ook voor collega's in het ziekenhuis die primair een behandelrelatie hebben met de patiënt.

Is er een taal ter beschikking?

Spreken over de dood in een Nederlands ziekenhuis betekent: spreken over de dood in een gesecculariseerde samenleving. Nederlanders zijn in toenemende mate een eigen weg gaan zoeken wat betreft religie en zingeving en putten daarbij uit bronnen van verschillende tradities. In Nederland is sprake van een overgang van een grote groep bij kerken aangesloten gelovigen naar een (meer) individuele spiritua-

< Aad de Haas, 'Portret van een zieke', 1954

liteit (Bernts 2006). Deze trend is ook zichtbaar bij betekenisverlening aan het leven en de dood.

Voor een steeds groter wordende groep mensen betekent dit dat zij geen of nauwelijks verhalen aangereikt hebben gekregen om het transcendente te duiden. Voor een andere groep Nederlanders is er geen zoeken naar wat hen overstijgt en krijgt de dood geen andere duiding dan wat een man van middelbare leeftijd aangaf met: 'Dood is dood. Er is niks meer.' Of wat een oudere man aan de geestelijk verzorger liet weten: 'Dood zijn is "wegwezen", "foetsjie"'. Soms is er geen ruimte meer of behoefte om verder te denken. Een jonge vrouw met een lang ziekbed liet weten: 'Ik draag de ziekte al zo lang. Deze opname is zwaar. Soms is de pijn ondraaglijk en roep ik ook dat ik dood wil. Dat doet verdriet als ik er weer door ben, want ik houd van het leven. Maar de dood is rust en verlossing van alles.'

Over de mensen die zich losgemaakt hebben maar ooit tot een geloofsgemeenschap behoord hebben, stelt de theoloog Körver: 'Het narratief dat zij in hun socialisatie hebben ontwikkeld, vormt in belangrijke mate het kader waarin latere spirituele ervaringen onder woorden worden gebracht.' Samenvattend stellen we dat een steeds groter wordende groep mensen geen of nauwelijks verhalen aangereikt heeft gekregen om het transcendente te duiden, terwijl, in woorden van Körver, 'er ook onder hen in tijden van nood gezocht wordt naar (het verbinden met) wat hen overstijgt' (Körver 2013, 122-123). De filosoof en ethica Marian Verkerk merkt op dat er ook rond het sterven geen sprake is van een gemeenschappelijke taal. 'De dood heeft zich geprivatiseerd en is uit het publieke

leven vertrokken. (...) Het is teruggebracht naar het individu die de betekenis zelf dient te bepalen.' Maar, zo vraagt zij zich af: 'Heeft dat individu wel een taal ter beschikking? Zijn er nog talen van zingeving en zinverving ter beschikking waarmee dat individu betekenis kan geven aan zijn proces van sterven en dood?' Zij komt dan tot de volgende conclusie: 'De zorg voor het sterven vraagt zowel van de zorgvrager als van de zorggever dat woorden gevonden gaan worden voor wat het betekent dood te gaan' (Verkerk 2003).

Spreken over de dood in het ziekenhuis is daarbij ook altijd een spreken in een setting waar met name een heel andere taal dominant is. De taal van artsen en verpleegkundigen is zoals gezegd medisch, 'outcome oriented'. De 'state of death' is de definitieve 'outcome' bij chronisch zieke mensen en markeert dan ook de grens van de zorg: behandeling is niet meer nodig. Ook het medische taalgebruik gaat tot aan deze grens. Spreken over de grens van de fysieke dood heen is een spreken over de grenzen van alles wat 'evidence based' is of kan zijn. Spreken over de betekenis van de eigen dood of over wat het leven en de dood overstijgt of transcendeert, is hier vreemd. Spiritualiteit, en dus ook de spiritualiteit van het sterven en de dood, is in onze zorginstellingen naar de marge gedrukt.

Toch wordt spiritualiteit via een heel specifieke ontwikkeling nu onmiskenbaar weer binnengehaald in de zorg, en wel via de palliatieve zorg. In 2002 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) deze zorg gedefinieerd als zorg waarin naast aandacht voor de lichamelijke en de psychosociale dimensie van de mens, ook intrinsiek aandacht moet zijn voor de spirituele

dimensie van die mens. Maar hiermee heeft spiritualiteit nog geen concrete plek in die zelfde zorg. Hoe moet dit vorm krijgen? Al jaren ervaren geestelijk verzorgers, en wel in toenemende mate, dat mensen niet of niet meer over een taal beschikken, of niet actief gebruik kunnen maken van een referentiekader, zoals een religieuze traditie, om zich uit te drukken binnen de spirituele dimensie van hun mens zijn (De Jong-van Campen 2009).

Wanneer nu ook zorgverleners, zoals Verkerk signaleert, zelf de taal van het spreken over de dood niet gewoon zijn, dan zal aandacht en begeleiding en een eventuele doorverwijzing naar een professional die met name op dit gebied ondersteuning kan bieden, zoals de geestelijk verzorger, onvoldoende of niet plaatsvinden. Een eerste stap die genomen moet worden is de primaire zorgverleners, zoals artsen en verpleegkundigen, te ondersteunen bij het vaststellen dat een patiënt worstelt met de existentiële dimensie van ziekte, sterven en de dood. De term in de zorg hiervoor is diagnosticeren. Hoewel weinig gebruikt is het ook binnen de geestelijke verzorging geen onbekende term (zie bijvoorbeeld onder 'kerntaken en kwaliteitseisen' in de Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen: VGVZ 2002, 14-19).

Diagnosticatie binnen de palliatieve zorg

In Nederland is enkele jaren later (2010) een Richtlijn spirituele zorg opgenomen in *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk* (De Graeff et al. 2010). Dit is een op consensus gebaseerde richtlijn, geschreven voor zorgverleners zoals artsen en verpleegkundigen, want 'voor het

bepalen van de juiste zorg en behandeling is het belangrijk om te weten wat voor mensen van betekenis is en wat voor hen het leven zin geeft' (De Graeff et al. 2010, 639). De richtlijn biedt in de eerste plaats een handreiking om onderscheid te kunnen maken tussen: (a) situaties waarin volstaan kan worden met alledaagse aandacht voor levensvragen in de zorg, (b) situaties waarin patiënten behoefte aan begeleiding hebben op het terrein van levensvragen of een normale worsteling doormaken waarbij begeleiding door een deskundige toegevoegde waarde kan hebben, en (c) situaties waarbij de worsteling met levensvragen tot een existentiële crisis leidt die vraagt om een crisisinterventie door een geestelijk verzorger, medisch maatschappelijk werker of psycholoog. De richtlijn geeft een opsomming van thema's waar patiënten en hun naasten mee bezig kunnen zijn tijdens hun ziekte en het sterven: zinverving, zinverlies, regie en controleverlies, hun veranderde tijdsperspectief, verbondenheid en isolement, (wan)hoop, levensbalans en geloofsovertuiging (De Graeff et al. 2010, 640-641).

Hoewel niet geschreven voor geestelijk verzorgers, wordt op deze beroepsgroep een appèl gedaan zich tot deze richtlijn te verhouden. Deze richtlijn, die zorgverleners uitdaagt zich de taal rondom zingeving eigen te maken, sluit immers aan bij de expertise van hen voor wie zingeving of spiritualiteit het hart van hun werk vormt. Deze richtlijn biedt kansen voor geestelijk verzorgers om, in samenwerking met anderen, een invulling te geven aan diagnostiek van de spirituele dimensie, ofwel het signaleren en bespreekbaar maken van zingeving. In het Radboud universitair medisch centrum is ervaring ►

opgedaan met het verkennen (de Richtlijn geeft aan dat ook 'screening' gebruikt kan worden) van de spirituele dimensie bij patiënten in de palliatieve fase. De directheid van het op deze manier benaderen van patiënten bleek drem-pelverlagend voor het spreken over niet alleen het stervensproces of het feitelijke sterven, maar ook *'the state of death'* ofwel de dood zelf.

Pilot Radboudumc: 'screening'

In het Radboud universitair medisch centrum werd in 2013 gedurende enkele maanden een 'screening', of 'standaard kort verkennen van de spirituele dimensie' uitgevoerd bij patiënten die gezien werden door het palliatief team (De Graeff et al. 2010, 649; Van Meurs & Smeets 2014). Op een systematische wijze werd van zo veel mogelijk patiënten de spirituele dimensie opgetekend om vervolgens in de zorg een plek te krijgen.

De screening behelsde het stellen van drie vragen tijdens een kort gesprek. Deze wijze van screening doet recht aan het inzicht van de psycholoog Kenneth Pargament, dat het uitnodigen van patiënten om hun verhaal te vertellen de beste weg is om meer over hun spiritualiteit te weten te komen. Hij spreekt over *'the unfolding of the client's tale'* en dat dit proces van het zich ontfouten gehinderd wordt door het stellen van *'fixed questions'* (Cobb, Puchalski & Rumbold, 302).

In het Radboudumc heeft elk van de drie vragen meerdere formuleringen gekregen zodat gezocht kan worden naar een formulering die aansluit bij de betreffende patiënt en zorgverlener. De oorspronkelijke vragen zijn van het Mount Vernon Cancer Network en een variant

is opgenomen in de Richtlijn spirituele zorg (De Graeff et al. 2010, 649). Hieronder geven wij de formuleringen zoals gebruikt in het Radboudumc.

Vragen screening Radboudumc

1. • Wat betekent het voor u, dat dit u overkomt?
 - Hoe gaat u om met alles wat er nu met u gebeurt?
 - Vraagt u zich wel eens af wat de zin is van wat u overkomt? Hoe gaat u daar mee om?
2. • Wat of wie geeft u steun of houvast als het leven moeilijk is?
 - Waar vindt u inspiratie? Wat geeft u energie?
 - Wat zegt u (over het algemeen) tegen uzelf als het leven moeilijk is?
3. • Zou het u helpen wanneer u, samen met iemand / hier verder op in kunt gaan / wat langer over kunt spreken?

Tijdens deze pilot is eveneens ervaring opgedaan met een zestal gesloten screeningsvragen, die hier buiten beschouwing blijven. Elders is over beide vragenlijsten gepubliceerd (Van Meurs & Smeets 2014). Volgens de Richtlijn spirituele zorg kan het verkennen of screenen door alle zorgverleners gedaan worden en is hier geen bijzondere scholing voor nodig. Binnen het Radboudumc is er voor gekozen om eerst ervaringen met dit instrument op te doen binnen de discipline van de geestelijke verzorging. De verkenningen zijn uitgevoerd door een gees-

telijk verzorger. Hiervan werd, met medeweten van de patiënt, een optekening gemaakt in het elektronisch patiëntendossier (EPD). We geven enkele voorbeelden van deze optekeningen.

Voorbeeld 1

'Het kan iedereen gebeuren. Het is nu eenmaal zo. Maar ik hoef het niet tot het uiterste te dragen. Ik ben al lang lid van de vereniging voor euthanasie. Mijn huisarts weet dit. Ik wil het mijzelf maar ook mijn naasten niet aandoen er een lange weg naar de dood van te maken.'
'Kracht geeft de gedachte dat het hiernamaals is wat je achterlaat in het leven; kinderen en kleinkinderen; in hen leef ik voort maar ook in de vruchten van mijn werk, in wat ik heb kunnen betekenen. Het leven was goed.'
'Ik heb een goed contact met mijn huisarts en met mijn kinderen.'

Voorbeeld 2

'Ik ben al 18 jaar chronisch ziek. De ziekte is een deel van mijzelf geworden. Dat ben ik ook. Ik heb het altijd "meegenomen", maar heb er niet altijd zo mee bezig hoeven zijn. Nu ben ik aangekomen in de laatste fase van mijn leven. Ik geloof niks. Er is een heelal en wij maken deel uit van een groter geheel. Ik ben niet bang voor de dood. Voor mijn vrouw is dat anders; zij zal mij missen ...'
'Ik heb altijd anderen, familie maar ook vrienden en collega's, de mogelijkheid geboden om deel uit te maken ook van mijn ziek-zijn. Het hoort bij mij.'
'Nee. Ik ben voorbereid. Voor mijn vrouw is dat mogelijk anders ...'

Binnen dit verkennen of screenen kwamen de dood, het sterven, maar vooral ook het dood zijn (*'the state of death'*) regelmatig ter sprake. Vaak leende het gesprekje dat tot stand kwam, vanuit de drie vragen, zich ervoor om heel direct een vierde vraag te stellen: 'Wat betekent de dood voor u?' Maar heel vaak begonnen patiënten spontaan over de dood, of hun eigen dood, te spreken. Steeds vanuit het narratief van het geleefde leven ontvouwde het zich in persoonlijke taal en beelden. Hierin kwamen 'twee zijden' van het dood zijn naar voren: wat het voor de patiënt zelf betekende ('Wat verwacht ik van de dood?' 'Is er een "hierna"?') maar ook: 'Wat of wie laat ik achter?'

De WHO stelt in haar definitie nadrukkelijk dat palliatieve zorg ook zorg voor de naasten inhoudt. Patiënten spraken ook over hun naasten. Wat de dood en het sterven betekent voor hen die achterblijven, ofwel de nabestaanden, is in de pilot echter niet verkend.

Wanneer patiënten in hun socialisatie een religieus narratief hadden ontwikkeld, dan was dit terug te horen.

Voorbeeld 3

'Een klap is dit slechte nieuws! We zijn zo teleurgesteld. We hadden gedacht nog verder te mogen; we reizen veel en graag. En nu moeten we gaan loslaten wat dierbaar is, waar zorg voor is. Ja, het is "we", kanker heb je samen.'
'Reizen. Wij zijn "mensen van de reis". Het bijbelboek Exodus is een bron voor ons. Daar is uit voorgelezen bij ons trouwen. We moeten nog één keer op reis, samen. Wat ook een bron van steun en kracht is, is dat er nog iets is na het leven: een hiernamaals.'



‘Een broer van mijn man is missionaris. Hij is terug uit Indonesië en kan en wil er voor ons zijn.’

Enkele malen liet een arts of een verpleegkundige van het palliatief team weten dat de screening om medische redenen niet plaats kon vinden. Slechts een enkele maal is door een patiënt of familie verzocht de verkenning niet plaats te laten vinden; daarentegen was het voor de betreffende geestelijk verzorger vaak lastig om zich aan de vastgestelde tijd van maximaal 15 minuten te houden. Veel patiënten bleken het horen en beantwoorden van de vragen niet als een screenen, maar als een gesprek te ervaren. De betreffende geestelijk verzorger werd vaak bedankt ‘voor het gesprek’; woorden als ‘fijn’, ‘verhelderend’ en ‘oplichting’ werden gebruikt. Ook gaven patiënten en familie het belang van het gesprek aan met het vasthouden van de hand van de geestelijk verzorger of het langer vasthouden van oogcontact bij het afscheid, ook door tranen, een (glim)lach of door stiltes, zuchten, geagiteerd of juist zacht spreken.

Uit de pilot komt naar voren dat het aanbieden van een verkenning van de spirituele dimensie aan patiënten die bezocht werden door het palliatief team, een grote behoefte blootlegt aan het ontvouwen van het levensverhaal in het licht van het sterven en de dood. Opvallend is dat het spreken over ‘het dood zijn’ (*‘the state of death’*) zo veelvuldig plaatsvond. Naar waarom dit zo veelvuldig gebeurde is verder onderzoek nodig. Mogelijk opent het spreken over de dood zich doordat de persoon in kwestie een geestelijk verzorger is. De komst van een geestelijk verzorger wordt niet alleen in verband gebracht

met het spreken over geloof, maar ook dikwijls met het spreken over de dood. Zoals een patiënt al direct uitriep bij kennismaking met de betreffende geestelijk verzorger dat ze ‘niet bang is voor de dood’.

Het screenen of verkennen kan, volgens de richtlijn, door alle zorgverleners gedaan worden zonder bijzondere scholing. Ervaring zal moeten uitwijzen hoe deze gesprekken verlopen wanneer een andere persoon dan de geestelijk verzorger de screening uitvoert. Wij stelden al eerder dat in onze samenleving zowel zorgvragers als zorgverleners het moeilijk vinden om te spreken over de dood. Zullen zorgverleners tijdens het screenen in staat zijn die vraag te stellen: wat betekent de dood voor u? En in hoeverre zullen zij in staat zijn om de betekenis van de dood te verkennen en, samen met de patiënt, vast te stellen in hoeverre het wenselijk of zelfs urgent is (in geval van een existentiële crisis) om hier (met een professional) verder over te spreken, in de kliniek of na ontslag in de thuissituatie?

Interpreteren en wegen

Volgens de Richtlijn spirituele zorg is het specifieke van de geestelijk verzorger dat hij niet alleen in staat is tot verkennen en het vervolgens in kaart brengen van de spirituele dimensie, maar dat hij ook als professional beroepseigen instrumenten beheerst tot ‘interpreteren en wegen’ (De Graeff et al. 2010, 649). Dit kan niet verwacht worden van andere zorgverleners, zo stelt ook de Richtlijn. Een voorbeeld geeft de volgende casus van een stervende vrouw in gesprek met een geestelijk verzorger.

Voorbeeld 4

Mevrouw K. vertelt bang te zijn dat de slaap over zal gaan in de dood, en ze wil nog niet dood. Maar vooral kan ze nog geen afscheid nemen van haar man en kinderen: ‘Ik ben niet zozeer bang voor de dood, maar ik kan mijn man en de kinderen niet loslaten.’ In het kader van een verkenning of screening zou opgetekend kunnen worden dat het loslaten van het leven, van man en kinderen, mevrouw angstig maakt. De geestelijk verzorger, in dit geval ook door de arts verzocht om met de patiënt in gesprek te gaan, gaat verder in gesprek. De geestelijk verzorger stelt de vraag: ‘Wat is de dood voor u?’ Het blijft lang stil voordat ze zegt: ‘Ik ben zo bang dat het misschien één grote leegte is.’ Door het stellen van deze vraag komt er een meer volledig beeld van wat de vrouw bezighoudt en wat vanuit de zorg hierbij van betekenis zou kunnen zijn.

Binnen het verkennen of screenen (zoals hierboven vanuit de pilot opgetekend) heeft, in gesprek met de patiënt, een ‘interpreteren en wegen’ ook menigmaal plaatsgevonden. Zo liet de man uit het tweede voorbeeld direct weten, nadat hem voorgesteld was de drie vragen te mogen stellen, ‘niks’ te geloven en veel over zijn ziek zijn te spreken met anderen. Meer zou hij er niet op kunnen zeggen, zo meende hij. Ondersteund door de methode van het non-directieve counsellor herhaalde de geestelijk verzorger: ‘U gelooft niks ...’ In de stilte die volgde vertelde meneer toen over zijn visie op het leven en over de zorg voor zijn vrouw. Dit was mogelijk omdat een geestelijk verzorger de verkenning uitvoerde. Zoals de geestelijk verzorger

in bovenstaand voorbeeld ook gebruikgemaakt heeft van het model van de ‘ars moriendi’ van Leget (Leget 2007; De Graeff et al., 650-651) en met de patiënt niet alleen ruimte maakte om te luisteren naar de spanning tussen vasthouden en loslaten (van man en kinderen), maar ook naar het zoeken tussen geloven en weten (is de dood één grote leegte?). Vaak maakte zij tijdens het screenen gebruik van haar kennis van de methode van de geestelijke begeleiding (Van Meurs 2011) door bijvoorbeeld veel ruimte te laten voor stilte. De Richtlijn volgend kunnen we in dergelijke gevallen niet meer spreken van screenen of verkennen; hier ligt de vraag of nader moet worden vastgesteld wat diagnostiek binnen de geestelijke verzorging behelst.

Conclusies en aanbevelingen

In onze geseculariseerde samenleving is geen sprake meer van een gemeenschappelijke taal voor spreken over het sterven en de dood. De taal van artsen en verpleegkundigen is vooral medisch, zo ook in het spreken met patiënten die komen te overlijden aan hun ziekte. Daarbij is spreken over dood in een setting als het hedendaagse ziekenhuis vooral een spreken over ‘het stervensproces’ en ‘het feitelijke sterven’ (*‘the process of dying’*, *‘the event of death’*). Spreken over ‘het dood zijn’ (*‘the state of death’*) gebeurt hier nauwelijks, terwijl dit patiënten wel kan bezighouden.

Hier ligt een uitdaging voor geestelijk verzorgers. Uit de pilot komt naar voren dat patiënten de screening aangrepen om juist ook over ‘het dood zijn’ te spreken. Geestelijk verzorgers kunnen mogelijkheden creëren in zorginstellingen voor patiënten en zorgverleners om ook het



spreeken over de betekenis van ‘het dood zijn’ bij het zorgproces te betrekken. Zij kunnen patiënten ruimte bieden om, in woorden uit hun geleefde leven, ook te spreken over de spirituele dimensie van sterven en de dood. Vervolgens kan met hen gezocht worden naar de wens om hier professionele ondersteuning bij te ontvangen, in de kliniek of bij ontslag uit het ziekenhuis in de thuissituatie.

Behulpzaam bij het op gang brengen hiervan kan het gebruik van een diagnostisch model zijn, zoals weergegeven in de Richtlijn spirituele zorg. Het tijdig diagnosticeren van de beleving van de ziekte, de opname, het (komende) stervensproces en de dood biedt voor patiënten de mogelijkheid om, naast de medisch georiënteerde gesprekken, ook ruimte te krijgen om over de beleving hiervan te spreken. De spirituele dimensie van het sterven en de dood kan zo een meer volwaardige plek krijgen binnen de totale zorg. Het creëren van een, op richtlijnen gefundeerde, plek voor de spirituele dimensie binnen de zorg biedt geestelijk verzorgers de uitdaging op constructieve wijze interdisciplinair en transmuraal samen te werken met andere zorgverleners. ◀

Literatuur

- Bernts, T.G. (2006). Een religieuze atlas van Nederland. In: W. van de Donk, A. Jonkers, G. Kronjee & R. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 89-138.
- Cobb, M., Puchalski, C.M. & Rumbold, B. (2012). *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Dekkers, W., Sandman, L. & Webb, P. (2002). Good

death or good life as a goal of palliative care. In: H.A.M.J. ten Have and D. Clark (red.), *The ethics of palliative care*. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 106-125.

- Graeff, A. de, Hesselmann, G.M., Krol, R.J.A., Kuiper, M.B., Verhagen, E.H., Vollaard, E.J. (2010). *Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC).
- Hanrath, A., Veltkamp, H. (2002). Opvang na de schok. Geestelijke begeleiding van kankerpatiënten in de polikliniek. *Medisch contact*, 57 (2).
- Jong-van Campen, A. de (2009). *Mystagogie in werking. Hoe menswording en gemeenschapsvorming gebeuren in christelijke inwijding*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Körver, S. (2013). *Spirituele coping bij longkankerpatiënten*. Proefschrift. Tilburg: Tilburg University.
- Leget, C. (2007). Retrieving the ars moriendi tradition. *Medicine, Health Care and Philosophy* (september 2007) 10, 313-319.
- Meurs, J. van (2011). *Geestelijke begeleiding in het algemeen ziekenhuis (een verkenning)*. Scriptie Pastorale Studies. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Meurs, J. van & Smeets, W. (2014). Screening en verkenning van de spirituele dimensie. Een Nijmeegs model. In: H. Lammers & W. Smeets (red.), *De spirituele dimensie in de palliatieve zorg: een overzicht*. Almere: Parthenon.
- Schrojenstein Lantman, R. van (2007). *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*. Dwingeloo: Kavanah.
- Verkerk, M. (2003). De plaats en betekenis van de dood in onze cultuur. In: W. Dijk & T. Tromp (red.), *De dood ter sprake. Cursus over stervensbegeleiding voor verpleegkundigen en artsen*. Dordrecht: Reliëf en Albert Schweitzer ziekenhuis.
- VGZ (2002). *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen*.

Jacqueline (drs. J.) van Meurs is geestelijk verzorger en consulent spirituele zorg van het palliatief consult team in het Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen.
jacqueline.vanmeurs@radboudumc.nl