





De geestelijk verzorger op de intensive care

Een andere blik op intensieve zorg

Wie een intensive-careafdeling van een ziekenhuis binnenstapt, heeft vaak het gevoel een andere wereld binnen te treden. Meer dan op andere afdelingen van het ziekenhuis beweegt men zich er op de grens van leven en dood. Er heerst een serieuze sfeer, lachen is meer gedempt omdat er voortdurend mensen met ernstige zorgen en verdriet aanwezig zijn. Een ideale context, zou je denken, voor gesprek over zingeving en levensbeschouwing.

En toch voelt een pastor of dominee die in het ziekenhuis op bezoek komt, zich op de intensive care (IC) vaak onwennig. Ook geestelijk verzorgers zijn er vaak niet erg geïntegreerd. De strijd om ziekte te overwinnen wordt gevoerd met hoogtechnologisch-medische middelen; rondom het bed staat continu tal van observatie- en behandelingsapparatuur, andere apparaten worden binnen en buiten gebracht.

< *'De dood en het meisje', Aad de Haas, litho.*

Foto: René Rosmolen

In die strijd heeft de geestelijk verzorger weinig in te brengen. De geestelijk verzorger moet het hebben van aanwezigheid en/of gesprek. Dat vraagt een benadering die in tegenstelling lijkt met de hectiek en het streven naar efficiëntie en effectiviteit, die zo dominant de cultuur op de IC bepaalt. De pastor zit in de marge, met op zich wel interessante anekdotes en verhalen, alleen staan die op de IC niet in het middelpunt van de aandacht (Van Breukelen 2003).

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 3) voorziet in algemene zin in beschikbaarheid van geestelijke verzorging in zorginstellingen. ▷





Beschikbaarheid van geestelijke verzorging in het ziekenhuis – en daarmee ook op de IC – zal doorgaans geen probleem zijn. Echter, een geestelijk verzorger die vast verbonden is met de IC en daar dagelijks urenlang voor de patiëntenzorg ter beschikking staat, is een zeldzaamheid. En door de schaalvergroting in gemeenten en parochies verschijnt de eigen pastor of dominee steeds minder vaak op de IC.

Mogelijke verbreding

De benadering die wij voorstaan, omvat de volgende drie elementen. Ten eerste wensen we een grondige heroriëntering van de bestaande praktijk, waarbij geestelijk verzorgers en pastores door de zorgverleners op de IC voornamelijk ingeschakeld worden voor het uitvoeren van rituelen. Vanuit het principe van integrale zorg horen lichamelijke verzorging, psychosociale verzorging en geestelijke verzorging in hun onderlinge samenhang benaderd te worden. De eigen bijdrage van de geestelijke verzorging op de IC dient volgens ons gerelateerd te worden aan zorginterne parameters als kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Hier willen we vanuit het veld illustreren hoe zo'n verbreding van de bestaande praktijk eruit zou kunnen zien. In de nabije toekomst beogen we vanuit dit vertrekpunt een onderzoek te doen naar de IC-praktijk en de optimalisering ervan; zo willen we een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van context-specifieke geestelijke verzorging (Jordens & Neijns 2012).

Ten tweede komt het weinig voor dat vanuit de geestelijke verzorging en vanuit de medische discipline op de IC gezamenlijk een visie op

geïntegreerde geestelijke verzorging wordt gepresenteerd. Het engagement van artsen op het terrein van zingeving en spiritualiteit is in het algemeen nog een tamelijk onontgonnen terrein (Hijweege & Pieper 2008).

Ten derde worden voor de IC de mogelijkheden van transmuralisering van geestelijke verzorging en pastoraat verkend, zoals dat eerder op het terrein van de palliatieve zorg is gebeurd. Inzake de begeleiding van IC-patiënten op het vlak van zingeving en spiritualiteit is nog veel te winnen door afstemming tussen basis- en instellingspastoraat.

De opbouw van dit artikel is als volgt. We vertrekken vanuit de taakstelling van geestelijke verzorging in het algemeen. Deze geldt in zekere mate ook voor de pastor uit de thuissituatie van de patiënt en in elk geval voor de afstemming tussen geestelijk verzorger en pastor in transmuraal perspectief. Vervolgens passen we deze taakstelling toe op de IC; achtereenvolgens specificeren we voor deze context de aandacht voor zingeving en levensbeschouwing, de kwaliteit van leven en ten slotte de kwaliteit van zorg. Daarmee wordt de titel van dit artikel helder: op de IC dient de betrokkenheid van geestelijke verzorging (en pastoraat) een intensieve betrokkenheid te zijn. Met korte praktijkvoorbeelden willen we deze stelling kracht bij zetten en de status van onze bijdrage als bescheiden praktijkrapportage onderstrepen.

Multidisciplinair

Dagelijks worden er op de IC mensen opgenomen, die zich in een crisissituatie



bevinden. De geestelijk verzorger biedt een luisterend oor en loopt een stukje mee op de weg die de ander moet gaan. De patiënt bepaalt in deze ontmoeting wat ter sprake gebracht wordt, mondeling, schriftelijk of met gebaren. De geestelijk verzorger biedt begeleiding wanneer door middel van aandachtige presentie waarden en (levensbeschouwelijke) overtuigingen worden erkend en bevestigd. De geestelijke verzorger biedt hulpverlening wanneer het zingevingsproces uit zijn evenwicht is geraakt of een belangrijke rol speelt in de beleving van de ziekte of stoornis (zie de Beroepsstandaard voor Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen). Religieus beleven kan een rol spelen, een voorwaarde is dit echter niet.

Voor de pastor uit de thuissituatie ligt dat laatste meestal anders; doorgaans delen patiënt en pastor hetzelfde referentiekader, al ligt dat soms genuanceerd. De meeste pastores houden het bij aandachtige presentie, voor gerichte interventie zijn ze vaak minder toegerust. Geïntegreerd multidisciplinair samenwerken op de IC ligt eerder op de weg van de geestelijk verzorger dan op die van de basispastor. Voor deze laatste is het echter wenselijk om kennis te nemen van het werkkader van de geestelijke verzorging op de IC, zodat de eigen bijdrage daarin zo goed mogelijk een plaats kan krijgen.

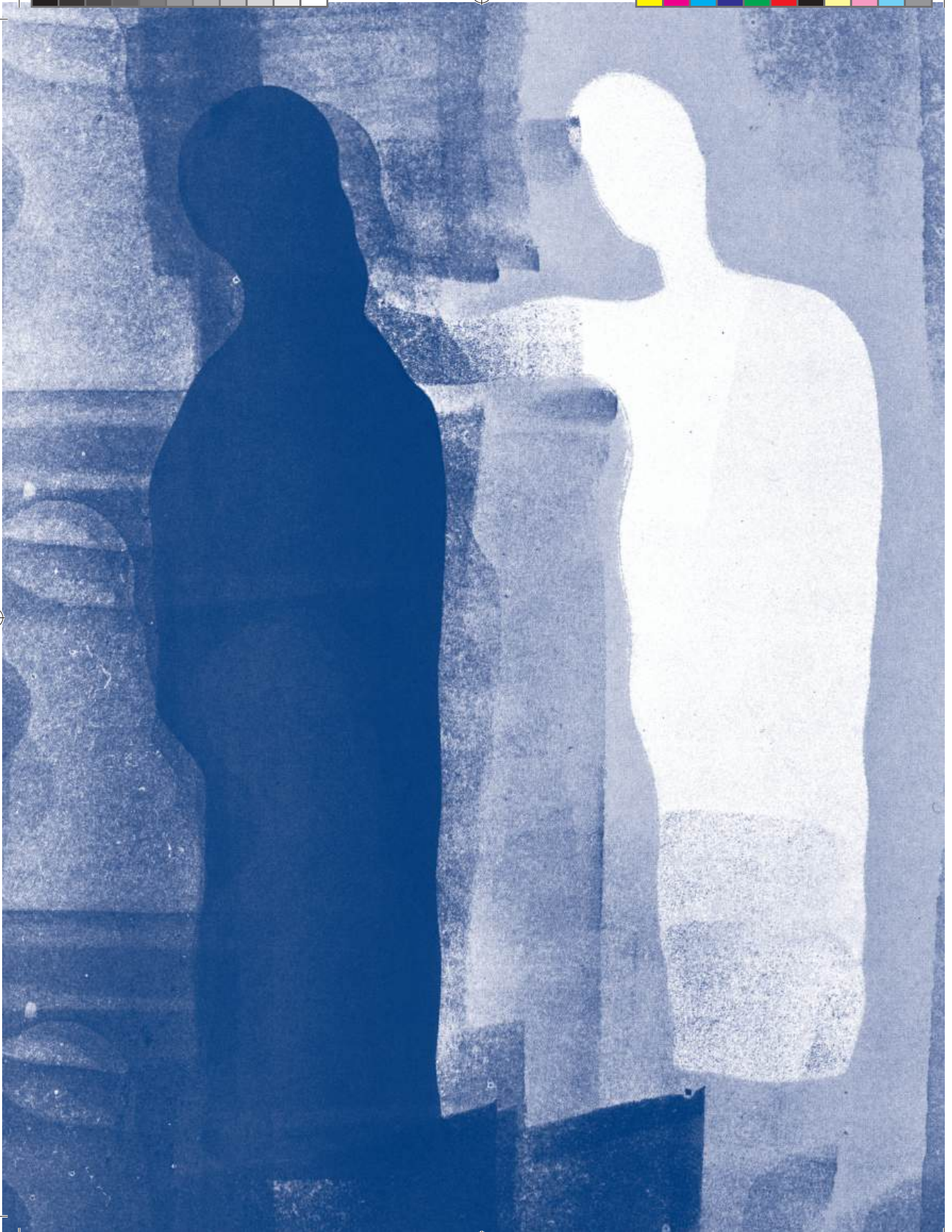
Een van de taken is de multidisciplinaire samenwerking. In dat verband pleiten Hughes e.a. (2007) voor een volwaardige implementatie van de geestelijk verzorger binnen de IC-staf. Uit hun onderzoek blijkt dat het vroegtijdig inschakelen van de geestelijk verzorger in het belang is van patiënt, familie en staf. Het

inschakelen van geestelijke verzorging heeft een positieve invloed op patiënttevredenheidsscores en zelfs op de ligduur op de IC.

Communicatie op de IC

Kenmerkend voor de IC is dat patiënten wegens hun ziekte of behandeling (beademing, sedatie) niet meer in staat zijn op een vertrouwde manier te communiceren. Soms kunnen patiënten wel goed horen, alleen niet meer spreken. Zo'n situatie vraagt van familie en ook van zorgverleners bijzondere vaardigheden, geduld en invoelingsvermogen; schrijven en non-verbale uitingen zijn soms de enige communicatiemiddelen. Als het over levensbeschouwelijke vragen gaat, dreigen nuances verloren te gaan. Maar ook dan kunnen stiltes veelzeggend zijn. Het uithouden in de stilte is een teken van trouw aan de ander. Soms voelen patiënten op de IC zich in de steek gelaten omdat mensen wegblijven vanwege dat ontbreken van wederzijds bevredigende communicatie. Ook de pastor of predikant laat het wel eens afweten. Ter Horst (2007) beschrijft mogelijke beweegredenen om lijdende medemensen in de steek te laten: zelfbescherming, egoïsme, achteloosheid, oppervlakkigheid en schroom.

Na een ernstig verkeersongeval komt een jongeman met een hoge dwarslaesie – volledige verlamming van armen en benen – op de IC. Hij is niet aanspreekbaar. De geestelijk verzorger leert de jongeman 'kennen' uit de verhalen van de vriendin en naaste familie. Wanneer hij weer aanspreekbaar is, staat de jongeman open voor begeleiding, ook door de ▶





geestelijk verzorger. In de contacten die volgen laat de patiënt een diepe indruk na door de positieve wijze waarop hij met zijn ziekzijn omgaat. Ondanks sombere momenten is hij zeer betrokken op zijn omgeving en de omgeving op hem. Daardoor geeft hij zijn omgeving iets terug. Wanneer de geestelijk verzorger hem dit meegeeft bij een naderend afscheid, antwoordt hij dat hij het zo nog niet had gezien.

Communicatie is essentieel

Transparantie over de wijze waarop de geestelijk verzorger met patiënten en hun omgeving communiceert, vormt de basis voor een goede samenwerking en afstemming met de andere disciplines. A fortiori is op de IC communicatie essentieel, met als belangrijke elementen: signaleren, doorverwijzen en terugkoppelen. Ook voor de basispastor voorkomt transparante communicatie geïsoleerd bezig zijn. Vaak wordt aan collega-zorgverleners transparante communicatie over de bijdrage van de pastor of geestelijk verzorger onthouden met een beroep op de vrijplaats en het ambtsgeheim. De vrijplaats is echter allesbehalve een vrijbrief om het eigen handelen niet te hoeven verantwoorden. Ze is een recht van de patiënt op geheimhouding ten aanzien van levensbeschouwelijk-inhoudelijke aangelegenheden. Tegelijk is het welzijn van de patiënt erbij gebaat dat, zo mogelijk in overleg met de patiënt of diens naasten, zorgrelevante aspecten van de levensvisie van de patiënt

< 'Engel van de laatste troost', H.N. Werkman

Foto: René Rosmolen

in het kader van het gedeeld beroepsgeheim uitgewisseld worden.

Wederzijds vertrouwen

Wederzijds vertrouwen is een voorwaarde voor geïntegreerd samenwerken. De geestelijk verzorger zal zich tussen het IC-personeel begeven, concreet door het bijwonen van een koffiepauze tot het gesprek over en actief participeren in de zorg. De geestelijk verzorger is er evenzeer voor de medewerkers. Zijn er problemen bij de uitoefening van hun taak, dan moeten zij een beroep kunnen doen op de geestelijk verzorger.

Rituele communicatie

Een bijzonder element van de communicatie door geestelijk verzorgers met patiënten en hun omgeving vormt de rituele communicatie, die in deze context vaak uitdrukking krijgt via een ziekenzegen of ziekenzalving. Van Meurs (2009) heeft de uitdaging beschreven om in de voltrekking van dit ritueel op de IC tegelijk te communiceren met de patiënt en diens omgeving, met de bredere – vaak niet aanwezige – gemeenschap en met de levensbeschouwelijke traditie. Wanneer een van deze elementen veronachtzaamd wordt, verliest het ritueel een belangrijk deel van haar betekenis en functie. Dat brengt ons bij de aandacht voor zingeving en levensbeschouwing op de IC.

Zingeving op de IC

Opname op een IC ervaart meniggeen als een existentiële crisis. In de beleving van het ziekzijn speelt ook bij de IC-patiënten en hun





naasten het zingevingsproces een belangrijke rol. Dit proces omvat twee elementen: oriëntatie en evaluatie. Het leven moet vooreerst te begrijpen zijn en vervolgens de moeite waard (Van der Lans 2006). De vraag ‘waarom?’ richt zich zowel op de oorzaken als op het doel. Het lijden wordt verergerd wanneer

***Geen vrijbrief om
het eigen handelen niet
te hoeven verantwoorden***

de angst speelt dat iets in het eigen verleden oorzaak zou kunnen zijn van het leed (Van de Beek 1984). De geestelijk verzorger kan deze angst bespreekbaar maken. Een patiënt komt op verhaal door zijn levensgeschiedenis aan de geestelijk verzorger toe te vertrouwen. ‘Een pastor helpt bij het slopen van een barricade door in te gaan op de belemmering; het gesprek zal dan gekenmerkt worden door luisteren, samen ontdekken, bespreken, overleggen’ (Lindijer 1989).

Op verzoek van de intensivist gaat de geestelijk verzorger kennismaken bij mevrouw A. Ze zit in een rolstoel en haar dochter is bij haar. Mevrouw heeft drie jaar geleden een CVA, een beroerte, gehad en is halfzijdig verlamd. Nu is ze twee keer aan de aorta, de grote lichaamsslagader, geopereerd met complicaties als gevolg. Ze is heel verdrietig. Drie jaar geleden is ze bediend, maar ze is haar geloof kwijtgeraakt. Bidden hoeft voor haar niet meer. Ze worstelt met de vragen: ‘Waarom?’, ‘Waar is dit goed voor?’ De vader van mevrouw A. is aan kanker overleden en zei toen: ‘Als het maar ergens goed voor is.’ Zelf ziet ze nu niet waar

dit lijden allemaal goed voor is en uit dit aan de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger vertelt haar dat er ook lijden is waar geen verklaring voor bestaat; dat niet op alle vragen antwoorden te vinden zijn.

Mensen in crisis hebben behoefte aan steun. Continuïteit van aandacht kan in alle verwarring houvast schenken. Ook een basispastor die trouw blijft in begeleiding en steun, biedt de patiënt perspectief in een voor hem of haar beleving uitzichtloze situatie.

Levensbeschouwing

De geestelijke verzorger komt in aanraking met patiënten en naasten met een diverse levensbeschouwelijke achtergrond. Deze levensbeschouwing is medebepalend voor de wijze waarop de patiënt en de naasten omgaan met de crisissituatie. Het gaat hierbij om basale overtuigingen, centrale waarden en een levensgevoel van waaruit de patiënt en/of de naasten indien nodig hun keuzes maken, ook op het ethische vlak (cf. Beroepsstandaard VGVZ). In de crisissituatie van de IC is de geestelijk verzorger de aangewezen professional om de patiënt en zijn naasten de gelegenheid te bieden de eigen levensbeschouwing in vertrouwen te kunnen verwoorden. Daarbij wordt uitgegaan van respect voor ieders levensbeschouwing. Ethische keuzes dienen overeen te stemmen met iemands persoonlijke basisovertuigingen over wat leven betekent, maar ook wat waardig sterven inhoudt. Spirituele nood van patiënten is bij uitstek het domein waarop de geestelijk verzorger deskundig is.



Een patiënt is het houvast in zijn geloof kwijtgeraakt. In de crisissituatie waarin hij zich bevindt, vertrouwt hij de geestelijk verzorger toe hoe hij afgelopen nacht geworsteld heeft met het religieus beleven van zijn ziek-zijn. De geestelijke verzorger probeert vanuit een persoonlijke geloofsovertuiging aan te sluiten bij de hulpvraag van de patiënt. Ontroerd vertelt de patiënt de volgende dag dat hij zijn houvast hervonden heeft. 'Ik heb gisteravond en vanmorgen God gedankt voor ons gesprek.'

Op de IC komt de multiculturele verscheidenheid qua levensbeschouwing in het bijzonder tot uiting wanneer er sprake is van verschil in opvattingen over de mogelijkheden en grenzen van medisch ingrijpen. Desnoods kan de geestelijk verzorger een deskundige uit de eigen cultuur erbij betrekken. Niet zelden kan dat een geestelijke van een bepaalde denominatie zijn. In een aantal zorginstellingen heeft de dienst geestelijke verzorging een lijst beschikbaar van medewerkers uit verschillende culturen die bereid zijn om bij te springen. Sommige zorginstellingen beschikken over een specifieke zorgconsulent voor allochtone patiënten. Een zogenaamde 'cultuurkoffer' of een digitaal informatiesysteem over religie, cultuur en zorg kan ook dienstig zijn. Ten slotte kunnen ook familieleden van patiënten bepaalde zaken uit de eigen cultuur verduidelijken.

Een Surinaamse moeder zit op de IC bij het bed van haar zoon. Haar zoon is niet aanspreekbaar. Ze zingt christelijke liederen voor hem. Ze vraagt de geestelijk verzorger

naar een tekst van een christelijk lied dat haar zoon als kleine jongen altijd zong. Het was zijn lievelingslied, maar ze is de tekst kwijt. Na enig zoekwerk kan de geestelijk verzorger de moeder de tekst overhandigen, waarna ze het voor haar zoon spontaan begint te zingen. Haar zoon is nog niet aanspreekbaar, maar het geeft haar kracht en troost in deze fase. Veel later laat de jongen op de verpleegafdeling de geestelijk verzorger weten hoe blij hij is met de tekst van zijn lievelingslied van vroeger.

Zeker op een IC hoort ruimte voor levensbeschouwing gewoon bij de aandacht voor mensen in hun totaliteit. Het kunnen beleven van levensbeschouwing is een waarde op zichzelf. Tegelijk kan dit bijdragen tot verwerking en genezing. Op die manier wordt de levensbeschouwing van de patiënt relevant voor de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg (Smeets 2007).

Kwaliteit van leven

Een patiënt aan de beademing op de IC schrijft voor de geestelijk verzorger de volgende woorden op papier: 'beslissing nemen – forceren – wachttijd – welk doel dient dit?' Tevens herhaalt ze keer op keer dezelfde handgebaren in dezelfde volgorde: eerst wijst ze naar zichzelf, vervolgens naar de geestelijk verzorger en uiteindelijk gaat haar hand naar haar keel en trekt ze een horizontale lijn. De patiënt wil met de geestelijk verzorger de morele keuze delen waarvoor ze zich geplaatst ziet: is het niet beter de behandeling te staken en misschien zelfs het leven te beëindigen? ▷



Op dit moment verschijnen geestelijk verzorgers meestal op het toneel, voor rituelen en stervensbegeleiding. Hun expertise ten aanzien van crisis, sterven en afscheid komt beter tot haar recht door ze te betrekken op het bredere kader van 'kwaliteit van leven'. Dit is een containerbegrip waaronder meestal het vrij zijn van pijn en ondraaglijk lijden alsook het belang van religie door de patiënt wordt verstaan. Recent is er ook meer aandacht voor spirituele coping als onderdeel van kwaliteit van leven (Schilderman & Van Laarhoven 2008). De geestelijk verzorger maakt kwaliteit van leven bespreekbaar met de patiënt en de naasten, mede in het licht van het levensbeschouwelijk referentiekader. 'Vanuit dat kader kunnen antwoorden oplichten die richting geven, die

Opname op een IC ervaart menig een als een existentiële crisis

troosten, die tot verder nadenken stemmen' (Doolaard 2006).

Inzake kwaliteit van leven gaat het dus om het perspectief van patiënten en hun omgeving. Wat is hun kijk op leven en sterven? Menig patiënt geeft aan dat het voor haar of hem niet meer hoeft. Het is voorstelbaar dat dit soms gemakkelijker te delen is met een geestelijk verzorger. Deels om de familie niet teleur te stellen, deels omdat er moed voor nodig is om dit kenbaar te maken. Het karakter van de patiënt en de opgebouwde relatie met verpleging en artsen spelen hierin een rol. De patiënt wil ook de hulpverleners niet teleurstellen. 'Ze doen zo hun best' is een vaak gehoorde uiting van de patiënten. De geestelijk verzorger kan met de patiënt

zoeken naar een heldere formulering van een persoonlijke visie en hoe deze uit te dragen naar de naasten en naar zorgverleners.

Patiënten kunnen tijdens de opname op de IC toegroeien naar een naderend einde en verlangen om te sterven. Ze durven dit niet altijd te uiten naar hun geliefden, maar wel naar een betrokken 'buitenstaander'.

Zo vertelde een jonge moeder over haar bijna-doodervaring het volgende aan de geestelijk verzorger: 'U zult mij wel een ontaarde moeder vinden, maar ik ben al boven geweest. Ik wilde niet meer terug. Voor mijn kinderen werd wel gezorgd, daar was ik niet bang voor. Het was daar zo mooi. Maar er werd mij gezegd dat mijn taak nog niet af was en nu lig ik hier weer in bed.'

De patiënt bevindt zich in een crisis, maar de naasten lijden in meer of mindere mate mee. Ze worden vaak geplaatst voor voldongen feiten. Dikwijls zijn ze niet eensgezind. Mensen betrekken de situatie op zichzelf en komen dan tot de ontdekking dat voor de een de situatie wel acceptabel is en voor de ander niet. Bijvoorbeeld wanneer de vraag zich aandient om bij complicaties al dan niet meer te reanimeren. Ook de basispastor kan een bemiddelende rol spelen door de naasten met elkaar in gesprek te brengen.

Zo was de geestelijk verzorger aanwezig bij een gesprek tussen een dochter en een zoon, die verschillend dachten over de situatie van hun vader die niet aanspreekbaar was en werd beademd. De zoon zei tegen zijn zus:



‘Als ik zo zou komen te liggen, zou ik dat niet willen.’ Waarop de dochter kort maar duidelijk antwoordde: ‘Maar ik wel.’

Kwaliteit van zorg

Momenteel werken geestelijk verzorgers op de IC vrij geïsoleerd en hebben zij een beperkte inbreng. Naar ons inzicht heeft geestelijke verzorging een complementaire taak binnen multidisciplinaire zorg en dient zij geïntegreerd te worden binnen de kwaliteit van zorg in brede zin. Kwaliteit van zorg vatten we daarbij pragmatisch op als beleidskeuzes, procedures en protocollen die gericht zijn op de optimale afstemming van het zorghandelen op de noden van patiënten (Smeets e.a. 2011). In overheidsdocumenten over kwaliteit van zorg wordt een bedrijfseconomische taal gebruikt. Opvallend genoeg zijn er geen woorden te vinden als ‘zingeving’, ‘afhankelijkheid’, ‘betrokkenheid’ of ‘dood’ (Doolaard 2006).

‘Hoe kostbaar is een kwetsbaar mens?’ Deze uitdrukking komt uit een gedicht van Okke Jager, gemaakt één week voor hij zelf ziek werd. Een gedicht over kostbaarheid van de mens in emotionele en spirituele zin, over kwetsbaarheid: ‘Ik was al kwetsbaar toen ik schreef over ‘de kwetsbaarheid’

Op de IC is de intensivist verantwoordelijk voor het te voeren zorgbeleid. Belangrijk is dat de visie van de intensivist naar alle betrokkenen duidelijk en eenduidig wordt verwoord. Te denken valt aan uniformiteit ten aanzien van bijvoorbeeld beperkingen in het medisch handelen. De verpleegkundigen en andere hulpverleners hebben hun eigen bevindingen. Wanneer een moreel beraad plaatsvindt, is het

belangrijk dat alle overwegingen meegenomen worden met het oog op het beleid. In deze overlegvorm is er ook een rol weggelegd voor de geestelijk verzorger. Het is voor naasten van groot belang dat ze de zorgvisie van de hulpverleners en het daaruit voortvloeiend beleid ook kunnen toetsen aan hun eigen overtuigingen.

Geïntegreerd bijdragen aan kwaliteit van zorg is een wisselwerking, die staat of valt met het signaleren door de IC-zorgverlener, doorverwijzen naar de geestelijk verzorger en terugkoppeling door laatstgenoemde naar de IC-zorgverlener. De geestelijk verzorger participeert in moreel beraad over een patiënt en schoolt andere medewerkers op het terrein van zingeving en spiritualiteit. Wanneer andere zorgverleners kennis hebben van de bijdrage van de geestelijk verzorger, zullen ze deze meer inschakelen. De verzoeken tot begeleiding nemen nog meer toe, wanneer IC-zorgverleners van patiënten en naasten te horen krijgen wat de geestelijke bijstand voor hen betekent.

Op de IC speelt inzake kwaliteit van zorg onder meer de kwestie van al dan niet abstineren (alle behandelingsmodaliteiten worden gestopt met uitzondering van pijnbestrijding en comforttherapie). Wat voor de één een logisch gevolg is van een behandeling die geen heil meer brengt, betekent voor een ander grote moeite. De geestelijk verzorger kan bijdragen aan het relateren van de keuzes in de behandeling aan de morele en andere levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt. Gevraagd en ongevraagd kan de geestelijk verzorger dit in overleg ter sprake brengen.

Uit onderzoek van Gries e.a. (2008) is geble- ►



ken dat familieleden meer tevreden zijn over de besluitvorming en meer steun ervaren bij abstinierend beleid, wanneer er duidelijk wordt gecommuniceerd tijdens de familiegesprekken en de spirituele behoeften van de familie in kaart zijn gebracht. Zo kan protocollisering in deze fase een belangrijke bijdrage leveren aan tevredenheid, maar mogelijk ook aan preventie van stoornissen als depressie, bezorgdheid en PTSD (*posttraumatic stress disorder*).

Afstemmen

Dat brengt ons bij het volgende punt. Vanuit de Verenigde Staten komt er steeds meer wetenschappelijke fundering van de geestelijke verzorging in de kwaliteit van zorg. Een belangrijke parameter van kwaliteit van zorg is bijvoorbeeld satisfactieonderzoek. Zo hebben Wall e.a. (2007) de waardering van de zorg bestudeerd in de laatste 24 uur in het leven van een patiënt. Uit hun onderzoek bleek dat familieleden meer tevreden waren met spirituele zorg wanneer er in de laatste 24 uur van het leven van een geliefde een pastor of spiritueel adviseur betrokken was. Bovendien was er een belangrijke relatie tussen de tevredenheid op het gebied van spirituele zorg en de tevredenheid over de totale IC-ervaring.

Byock e.a. (2006) bepleiten een verbetering van palliatieve zorg op de IC door onderlinge afstemming tussen strategieën en interventies binnen de palliatieve zorg en de intensieve zorg. Geprogrammeerde interventies, waaronder aandacht voor het emotioneel en spiritueel welzijn van de patiënt en familie, zijn succesvol geïmplementeerd en lieten vervolgens een verbetering zien van de kwaliteit van zorg,

efficiënt gebruik van hulpmiddelen, reductie van onenigheid en een verhoging van tevredenheid bij de leiding.

Tot hoever een behandeling wordt voortgezet, is een vraag die vooral bij een patiënt en de naasten meer en meer op de voorgrond treedt zodra er in hun beleving geen zichtbare vooruitgang wordt geboekt in het genezingsproces. De geestelijk verzorger heeft de taak de patiënt bij te staan in dit proces en zo nodig de beleving van de patiënt en naasten terug te koppelen naar artsen en verpleegkundigen.

Een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg is het betrekken van de eerste lijn – mede in het licht van het huidige proces van transmuralisering. Gezien de huidige schaalvergroting in het basispastoraat is het niet meer evident dat de basispastor de patiënt en zijn familie/naasten kent, wat voor de huisarts vaker wel geldt. De crisissituatie van de IC-opname kan echter wel een aanleiding zijn om contact met de basispastor tot stand te brengen, ook met het oog op de nazorg. De afstemming tussen geestelijk verzorger en basispastor vormt daartoe een belangrijke bijdrage. Indien de naasten geen binding met een kerk hebben, kan gekeken worden of een vrijgevestigd geestelijk verzorger beschikbaar is.

Tot slot

De geestelijk verzorger en de basispastor hebben de taak om samen met de patiënten en hun naasten te onderzoeken wat voor hem of haar de beste weg is. Dat geldt in het gewone leven, op elke afdeling van het ziekenhuis en zeker op de IC. Nog meer dan



elders is op de IC onzeker waar die weg op uit zal lopen. Uiteindelijk is de reis belangrijker dan de aankomst, hebben wij betoogd. Op die reis moet er aandacht zijn voor alle aspecten van het mens-zijn. Niemand kan de patiënt voorschrijven tot hoever hij moet gaan, maar omdat de patiënt op de IC zo kwetsbaar en afhankelijk is, is er intensieve aandacht en zorg nodig; en zeker niet uitsluitend de hoogtechnologische medische zorg die het eerst in het oog springt. Dit is in het bijzonder van belang bij abtinerend beleid, om een eventueel naderend einde te kunnen accepteren en om op waardige wijze afscheid te kunnen nemen en het komende rouwproces draaglijker te maken. De geestelijk verzorger en zo mogelijk ook de basispastor is een reisgenoot voor patiënt en familie. In het bijzonder de geestelijk verzorger op de IC staat daarin schouder aan schouder met andere zorgverleners.

We zijn ingegaan op de diverse vormen waarin de betrokkenheid van geestelijke verzorging op de IC gestalte kan krijgen. Voor de hier geschetste rolinvulling is het opbouwen van een vertrouwensband met medezorgverleners, patiënten en hun omgeving essentieel. Het behoeft geen betoog dat zo'n vertrouwensband tijdsinvestering en wederzijds respect en waardering vraagt. Echter, hoe de geestelijk verzorger in de multidisciplinaire samenwerking op de beste wijze de eigen 'diagnostiek' en interventies kan vormgeven is nog een uitgestrekt *terra incognita*. Het is voor de toekomst van het beroep essentieel dat geestelijk verzorgers hierin verdere stappen zetten.

Literatuur

- Beek, A. van de (1984). *Waarom? Over lijden, schuld en God*. Nijkerk: Callenbach, 46.
- Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (2010). Vereniging voor Geestelijk Verzoekers in Zorginstellingen. Zoetermeer: Boekencentrum Uitgevers.
- Breukelen, H. van (2003³). *Pastor op de intensive care*. Nijmegen: KSGV.
- Byock, I., MD (2006). Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. In: *Critical Care Medicine*, 2006, Vol. 34, No. 11 (Suppl.).
- Doolaard, J. (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen: Kok, 493, 497.
- Gries, C.J. e.a. (2008). Family Member Satisfaction With End-of-Life Decision Making in the ICU. In: *Chest*, 2008, 133, 704-712.
- Jordens, K. & Neijnsens, I. (2010). *Oncologie en geestelijke verzorging*. Apeldoorn: Garant.
- Hijweege, N.M. & Pieper, J.Z.T. (2008). Zingeving in het contact tussen arts en patiënt. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11, nr. 48, 28-35.
- Horst, W. ter (2004⁸). *Over troosten en verdriet*. Kampen: Kok, 18-20.
- Hughes, Brian, MDiv, BCC e.a. (2007). *Innovative Solutions: A Plurality of Vision. Integrating the Chaplain into the Critical Care Unit*. In: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2007; 26 (3), 91/95.
- Jager, O. (1992). *Hoe kostbaar is een kwetsbaar mens*. Baarn: Ten Have.
- Kwaliteitswet zorginstellingen, 18 januari 1996; artikel 3.
- Lans, J. van der (2006). *Religie ervaren*. Tilburg: KSGV.
- Lindijer, C.H. (1989). *Leven en dood: zaak van het pastoraat*. 's Gravenhage: Meinema, 85.
- Meurs, J. van (2009). Werken met rituelen in de geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12, nr. 52, 34-39.
- Schilderman, H. & Laarhoven, H. van. Kwaliteit van leven in de zorg rond het levenseinde. In: *Handelingen* 2008/5, 45-52.
- Smeets, W. (2007). Geestelijk verzorger en arts: partners in kwaliteitszorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10, nr.44, 17.
- Smeets, W., Gribnau, F. & Ven, H. van der (2011). Quality Assurance and Spiritual Care. In: *Journal of Empirical Theology* 24, 80-121.
- Wall, Richard J. e.a. (2007). Spiritual care of families in the intensive care unit. In: *Critical Care Medicine*, 2007, Vol. 35, No. 4.