

ABC, vormen van spirituele zorg

Palliatieve zorg is per definitie multidisciplinair van aard. Ook met betrekking tot spirituele zorg is nauwe samenwerking aangewezen, maar hebben verschillende disciplines een eigen rol en taak. Deze richtlijn is in het vervolg opgebouwd volgens een indeling (A, B, C) die een opklimmende schaal vormt naar de ernst van de situatie en waarin de eigen rol van verschillende zorgverleners gesitueerd kan worden. Opgemerkt moet worden dat de lijnen van dit schema in de praktijk niet altijd even scherp te trekken zijn.

		Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, psycholoog	Geestelijk verzorger	
	<i>Primaire focus, ingang en referentiekader</i>	<i>Somatisch</i>	<i>Psychosociaal</i>	<i>Spiritueel</i>	
A	Aandacht (<i>altijd</i>)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, <i>verkennen</i>	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, <i>verkennen</i>	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, <i>verkennen</i> , duiden	Representeren en verbinden
B	Begeleiding (<i>op verzoek van patiënt</i>)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, <i>in kaart brengen</i>	Zoektocht volgen, doorverwijzen, <i>in kaart brengen</i>	Zoektocht volgen, doorverwijzen <i>in kaart brengen, interpreteren en wegen</i>	
C	Crisisinterventie (<i>indien aangewezen</i>)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, behandelen doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, soms: behandelen, doorverwijzen <i>interpreteren en wegen</i>	

Tabel 1: Vormen van spirituele zorg

Aandacht

In deze richtlijn wordt ervan uitgegaan dat *aandacht* voor de spirituele dimensie van de palliatieve zorg altijd aangewezen is. Deze aandacht kan twee vormen aannemen:

1. de vorm van een open luisterende houding
2. de vorm van een korte spirituele verkenning waardoor de spirituele dimensie een plaats in het zorgdossier krijgt en geagendeerd wordt

Open luisterende houding

Aandacht voor spirituele vragen en behoeften vraagt van de zorgverleners een aandachtige houding van aanwezig zijn ('presentie', zie 5.2 Presentie). Patiënten zijn kwetsbaar en hulpbehoevend: zij moeten zich op veel terreinen bloot geven aan zorgverleners. Daarom is het van belang een veilige sfeer te creëren. Natuurlijk steunt goede hulpverlening van artsen en verpleegkundigen primair op medische, respectievelijk verpleegkundige competenties. Maar spirituele zorg vraagt ook de inzet van je mens zijn. Goede zorg vraagt een receptieve, zorgzame houding, die blijk geeft van openheid en gevoeligheid voor de ervaringen van mensen. Evenals de patiënt is ook de zorgverlener een persoon met een eigen verleden en eigenaardigheden.

Door zelfobservatie en zelfreflectie kan de zorgverlener zich bewust worden van de eigen reacties en de gevolgen hiervan op de interactie met de patiënt. Dit kan helpen om verkeerde interpretaties van de signalen van de patiënt te voorkomen. De mate waarin een zorgverlener in staat is de eigen onmacht of angst te voelen en ermee om te gaan, heeft invloed op het aanwezig kunnen zijn bij de onmacht of angst van de patiënt. Voor de zorgverlener is het niet alleen van belang de eigen emoties te onderkennen en te hanteren. Om bij spiritualiteit stil te kunnen staan moet je er zelf voor open kunnen staan. Voordat zorgverleners goed naar anderen kunnen luisteren, moeten ze eerst in staat zijn om te horen wat zich in hun eigen innerlijk afspeelt. Gesprekken over spiritualiteit kunnen diep van binnen raken. Patiënten voelen vaak goed aan met wie ze iets wel of niet kunnen bespreken. Meer dan bij de andere dimensies van zorg is de persoon van de zorgverlener bepalend voor wat de patiënt vertelt. Wanneer een patiënt het gevoel heeft dat een zorgverlener geen antenne heeft voor deze dimensie van zorg, is de kans groot dat de patiënt zich op dit punt niet zal uiten. Maar ook zorgverleners die alles loodzwaar en ernstig nemen kunnen verkeerd afstemmen. Andries Baart (Presentie) spreekt in dit verband van het belang van 'verdunde ernst': de kunst om serieuze zaken tussen neus en lippen, washand en paplepel te bespreken. Door ernstige thema's met alledaagsheid te 'verdunnen' wordt het gemakkelijker om ze ter sprake te brengen. Ook humor kan op een fantastische manier de sfeer verlichten doordat het de intensiteit van het stervensproces doorbreekt. Gebruik humor wel vaardig en zo mild mogelijk!

Algemene aanbevelingen met betrekking tot het verlenen van spirituele zorg

Voorwaarden

- Sta open voor de spirituele dimensie in jezelf.
- Neem nu en dan echt tijd (de patiënt slikt diepere vragen in als de zorgverlener haast lijkt te hebben).
- Zet de doelen en behoeften van de patiënt voorop.
- Respecteer de grenzen van je professie en jezelf.

Sfeer

- Straal rust uit.
- Bied veiligheid en een vertrouwensrelatie (compassie).
- Wees aanwezig in het hier en nu, zonder je op te dringen.
- Maak het noch te licht, noch te zwaar.
- Wees gewoon jezelf en praat van mens tot mens.

Proces

- Stem af op de wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten, in elke fase opnieuw.
- Toon oprechte belangstelling en aandacht voor de beleving van de patiënt, vraag door vanuit echte interesse.
- Luister en kijk aandachtig, stel open vragen.
- Neem een open houding aan, reageer vanuit empathie.
- Schort ieder oordeel op: geef de ander de gelegenheid om de zoektocht of worsteling op eigen wijze vorm te geven.
- Breng eigen adviezen en oplossingen op het juiste moment in; niemand wil gered worden. Het gaat erom dat iemand in contact komt met zijn eigen kracht.
- Vat boosheid en verwijten die gemaakt worden niet persoonlijk op: ze komen vaak voort uit angst en verdriet.
- Blijf beschikbaar voor patiënt en naasten, ook als er niets meer 'gedaan' kan worden of mensen zorg weigeren.

Alledaagse bronnen of levenbeschouwing als interpretatiekader

Wanneer een zorgverlener in contact komt de levensvragen van een patiënt, is het van belang om deze vragen te kunnen plaatsen in een kader. Een kader biedt de zorgverlener steun en maakt de communicatie en overdracht eenvoudiger. Het meest voor de hand liggende kader voor zingeving is opgebouwd uit de rollen die iemand in het dagelijks leven vervult (partner, vader, moeder, kind, professional, lid van een voetbalclub, kerkganger). Met betrekking tot alledaagse bronnen van inspiratie en kracht spreekt men wel van 'alledaagse spiritualiteit'.

Daarnaast bieden religieuze en levensbeschouwelijke tradities van oudsher belangrijke kaders om spirituele vragen te verstaan en te interpreteren. Het is goed te beseffen dat bij iedere levensbeschouwing/religie vele richtingen zijn te onderscheiden. Bovendien is er verschil in de mate waarin de aanhangers 'er wat aan doen': mensen kunnen zeer rechtzinnig of juist volledig gesecculariseerd zijn. Daarbij komt het niet zelden voor dat volledig gesecculariseerde mensen tijdens een ernstige ziekte religieuze waarden die ze van huis uit hebben meegekregen, herontdekken.

Spiritualiteit is een dynamisch begrip en er zijn vele processen mogelijk. Welk proces er ook plaatsvindt, een houding van acceptatie en respect voor iemands levensovertuiging is voor iedereen belangrijk. Dit doet mensen goed en komt nog vóór kennis over rituelen van de betreffende levensbeschouwing.

Het is de kunst om je als zorgverlener op te stellen als een betrokken, geïnteresseerde, maar zeer bescheiden bezoeker. Het is van groot belang nooit een mening over allerlei gebruiken te ventileren maar ondersteuning te bieden. Als de patiënt daarvoor ruimte geeft, hoeft een persoonlijk gesprek echter niet uit de weg gegaan te worden.

Hoewel religieuze tradities nog steeds voor velen de rol van zingevingskader vervullen, is er een toenemende groep patiënten die geen binding met een religie heeft. Ook zijn er steeds meer patiënten die elementen uit verschillende levensbeschouwelijke tradities halen en hier hun eigen levensbeschouwing uit samenstellen.

Begeleiding

De categorieën aandacht en begeleiding lopen in elkaar over. Het grote verschil tussen beide is echter dat aandacht in iedere situatie van belang is voor iedere zorgverlener, terwijl begeleiding een stap verder gaat en alleen plaatsvindt wanneer de patiënt dit op prijs stelt. Anders gezegd: aandacht voor de dimensie van levensvragen en het aanbieden van begeleiding horen gewoon bij goede zorg, maar begeleiding mag nooit opgedrongen worden. Het doorleven van de existentiële worsteling is een belangrijke stap in het vinden van een nieuw psychisch en spiritueel evenwicht dat de patiënt in staat stelt om met het naderende levenseinde om te gaan. Een existentiële worsteling dient dan ook niet vermeden of onderdrukt te worden. Omdat het om een heel persoonlijk en uniek proces van de patiënt gaat, is het belangrijk dat de patiënt zelf kan bepalen wanneer hij er toe in staat is om de confrontatie met de doodsdreiging aan te gaan. Het stellen van goede vragen door de zorgverlener kan helpen om naar dat moment toe te groeien. Tevens is het belangrijk dat de patiënt tijd en ruimte heeft om de worsteling op zijn eigen wijze te verwerken.

Alle zorgverleners, ook artsen en verpleegkundigen, kunnen vanuit hun eigen professie een rol spelen bij de begeleiding van spirituele zorg. Begeleiding in spirituele zorg bestaat uit het in gesprek gaan met de patiënt over de zaken die hem bezig houden, in relatie tot het eigen medische of verpleegkundige handelen. Hierop zijn de onder A. geformuleerde algemene aanbevelingen voor het verlenen van spirituele zorg van toepassing. Daarbij is het in het kader van begeleiding voor artsen en verpleegkundigen van belang kennis te hebben van het spirituele proces waarin patiënten kunnen verkeren of vastlopen. Tegen die achtergrond kan de zoektocht of worsteling van de patiënt gevolgd worden en gesignaleerd worden wat er speelt. Zo nodig kan doorverwezen worden als dit aangewezen is (naar eigen inschatting of die van de patiënt of naasten).

Crisisinterventie

Bij begeleiding is het de patiënt die aangeeft dit wel of niet op prijs te stellen, bij crisisinterventie is het de zorgverlener die het voortouw neemt. Afhankelijk van de ernst en de coping mogelijkheden van de patiënt duurt de existentiële zoektocht of worsteling in het algemeen enkele dagen tot enkele weken. Als het langer duurt, maar vooral wanneer de patiënt bijna niet meer kan functioneren, of wanneer de zorgverlener ernstige nood denkt te bespeuren en niet goed weet hoe hij of zij er zelf mee om moet gaan, moet direct verwezen worden naar een geestelijk verzorger of een psycholoog. Ook een medisch maatschappelijk werker kan hier hulp bieden. Omdat palliatieve zorg anticiperend werkt, zal met deze disciplines idealiter al eerder in het ziekteproces contact gelegd zijn.

Doorverwijzen voor spirituele zorg begint in veel gevallen via onderlinge afstemming met andere zorgverleners die een betekenisvolle relatie opgebouwd hebben met de patiënt. ("Hoor jij hetzelfde (spirituele) thema, herken jij dezelfde zorgvraag?") Die ander kan een geestelijk verzorger zijn, maar ook de behandelend arts, een psycholoog, een gespecialiseerd verpleegkundige of nurse practitioner, of een maatschappelijk werker die al om andere redenen betrokken is. Het kan ook een persoonlijk begeleider of eerstverantwoordelijk verzorgende/verpleegkundige zijn. De geestelijk verzorger is specialist op dit terrein voor wat betreft primaire focus en referentiekader, en kan dat thema of die spirituele zorgvraag met de patiënt en eventueel met diens naasten verkennen. Mensen die actief in een levensbeschouwelijke traditie staan hebben vaak een duidelijke voorkeur voor begeleiding vanuit de eigen traditie. Voor mensen die in hun geschiedenis wel enige relatie hebben gehad tot zo'n traditie is het niet in alle gevallen goed om hen blindelings naar een geestelijk vertegenwoordiger uit die traditie te verwijzen. In sommige gevallen is de relatie met die traditie namelijk versleten of verbroken. Het is dan van belang te weten of dit als een bevrijding of als een verlies wordt ervaren. In geval van een versleten relatie met een religieuze traditie kan het verstandig zijn een geestelijk verzorger in te schakelen die kennis heeft van die traditie, maar niet nadrukkelijk de (geloofs)gemeenschap vertegenwoordigt. In geval van een verbroken relatie met een religieuze traditie kan het herstellen van het contact met de geloofsgemeenschap via een officiële vertegenwoordiger van die gemeenschap een goede mogelijkheid zijn. Teleurstelling is echter niet uitgesloten, omdat men veelal in de vroegere kerk niet meer vindt wat men destijds achterliet: de gemeenschap is veranderd, de persoon in kwestie is veranderd. Soms is de aarzeling van een patiënt (of naasten) echter zo groot dat een geestelijk verzorger nodig is om de brug te slaan. Ook kan het zijn dat de aarzeling zo groot is dat het beter is om geen poging te ondernemen om de relatie met de verbroken traditie te herstellen. De focus dient dan te liggen op het aanspreken van de persoonlijke bronnen van inspiratie van de patiënt. Geestelijk verzorgers hebben spirituele zorg als eerste focus en referentiekader. Daarnaast spelen psychosociale technieken en theorieën een rol in hun werk: spirituele processen hebben immers ook altijd een psychische, emotionele en sociale component. Psychologen en medisch maatschappelijk werkers werken met een primaire focus en referentiekader die gericht is op de psychosociale dimensie van zorg. Dit betekent niet dat spiritualiteit niet een belangrijk thema in hun begeleiding kan zijn. In principe is in beide vakgebieden veel kundigheid en ervaring te vinden. Afhankelijk van de beschikbaarheid, persoonlijke betrokkenheid of thematiek van de crisis kan naar de ene of andere professie verwezen worden.