

**CSP OG Ziekenhuis Casus Z1**

Volgens format versie 15 d.d. 05.12.2016

**Fase 2. Beschrijving (Geestelijk verzorger/indiener)****4. Achtergrondvariabelen van persoon in kwestie (per werkveld aan te passen)**

- a. Geslacht: Man
- b. Leeftijd: 71
- c. Leefsituatie: gehuwd, een zoon inwonend
- d. Kinderen: één zoon, één dochter
- e. Hoogste opleiding: onbekend.
- f. Beroep/Werk: afgekeurd voor zijn pensioen, kerkelijk vrijwilliger
- g. Levensbeschouwelijke opvoeding: rooms- katholiek
- h. Levensbeschouwelijke stroming: rooms-katholiek
- i. Diagnose/Probleemstelling: acute operatie, met kans op overlijden
- j. Werkveld/Afdeling: Intensive Care.

**5. Achtergronden & context****a. Selectie: motivatie om deze casus te beschrijven. Wat maakt de casus duidelijk?**

Het gaat in deze casus (bijlage 1) om de analyse van een ziekenzegen van een acuut verslechterende patiënt op verzoek van zijn echtgenote. Het is een handeling die niet zo heel veel meer voorkomt, maar die in de context van het ziekenhuis tot het exclusieve werkterrein van de geestelijk verzorger hoort. Het is dus een paradigmatische casus.

**b. Context: setting, institutionele & fysieke omgeving**

De geestelijk verzorger werkt in een grote zorginstelling. De vakgroep geestelijke verzorging bestaat uit 5 geestelijk verzorgers en heeft een formatie van 164 uur= 4,56 fte. 8 uur = 0,22 fte van deze formatie is bestemd voor een van de leden die benoemd is als coördinator ethiek en moreel beraad. Voor geestelijke verzorging blijft dus een formatie van 156 uur= 4,34fte.

De vakgroep bestaat uit 2 mannen en 3 vrouwen. Twee van hen zijn protestant en drie van hen katholiek. De vakgroep treedt als één geheel naar buiten. Zij maakt in het werk geen onderscheid naar levensbeschouwelijke achtergrond. Alle vijf leden van de vakgroep zijn lid van de vereniging medische staf. De medische staf stelt als voorwaarde voor het lidmaatschap dat de geestelijk verzorgers geaccrediteerd zijn bij de SKGV.

De vakgroep heeft een werkervaringsplaats mogelijk gemaakt voor twee dagen in de week. Daarnaast biedt zij een stageplek.

Organisatorisch is de vakgroep ondergebracht bij de therapiegroep. Van deze therapiegroep maken ook de logopedisten, de fysiotherapeuten, de ergotherapeuten en de diëtisten deel.

De leden van de vakgroep kiezen uit hun midden een voorzitter en een secretaris. De taken van de voorzitter en de secretaris zijn beschreven in een reglement. De voorzitter vertegenwoordigt de vakgroep naar buiten en treedt op als operationeel leidinggevende. Het personeelsbeleid van de vakgroep berust bij de manager van de therapiegroep.

Financieel is de vakgroep geen onderdeel van de therapiegroep. Ze heeft een eigen begroting en kostenplaats. De 8 uur voor ethiek en moreel beraad vallen niet binnen deze begroting maar is ondergebracht bij de onderwijspoot.

Het eerste speerpunt voor de geestelijk verzorgers in dit ziekenhuis zijn de begeleiding van patiënten en hun naasten ongeacht levensbeschouwelijke achtergrond. (Zie voor de organisatie van de aanvragen voor geestelijke verzorging en de aantallen geregistreerde contacten bijlage

3) De geestelijk verzorgers nemen deel aan verschillende vormen van overleg in de directe patiëntenzorg. Zij rapporteren hun contacten in de verpleegkundige en medische dossiers. Ze

rapporteren de contacten ook in een eigen dossier met daarin de mogelijkheid om voor andere hulpverleners niet toegankelijke informatie te beschrijven.

Met het ziekenhuis is afgesproken dat de geestelijke verzorgers 50% van hun werktijd besteden aan directe en indirecte patiëntenzorg. Onder directe patiëntenzorg wordt verstaan het directe contact met patiënten en hun naasten en de kerkdiensten. Onder indirecte patiëntenzorg horen MDO's, andere overlegvormen die betrekking hebben op concrete patiënten, de tijdscompensatie voor bereikbaarheidsdiensten en de voorbereiding van kerkdiensten.

Als tweede speerpunt geldt de advisering en ondersteuning bij ethische vragen, door middel van moreel beraad en morele counseling. Het derde speerpunt is deelname aan werkgroep en commissies die tot doel hebben de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren<sup>1</sup>.

De zorginstelling kent een intensive care afdeling level 3 met 45 bedden.

De geestelijk verzorgers zijn goed bekend op de ICU. Zij nemen één maal per week deel aan het dagelijkse MDO en nemen deel aan het wekelijkse ParaMedisch Overleg (PMO).

Het belang van geestelijke verzorging is ook protocollair vastgelegd. Zo staat in het ICU protocol 'Behandelingsbeperking en abstineren van volwassen patiënten' onder het kopje: 'Abstineren; praktische uitvoering': 'Denk altijd aan wenselijkheid van geestelijke verzorging en afscheidsrituelen.'

c. Aanleiding voor contact: verzoek, verwijzing, registratie, o.i.d., inclusief voorkennis van geestelijk verzorger

Het eerste contact over deze patiënt ontstond via een telefoontje van de verpleegkundige van de verpleegafdeling urologie/gynaecologie. De patiënt was zojuist acuut naar de operatiekamer gebracht. Na de operatie zou hij worden opgenomen op de ICU. Zijn echtgenote had gevraagd of er een priester beschikbaar was om bij opname op de ICU hem de ziekenzalving toe te dienen.

De geestelijk verzorger bood de verpleegkundige aan om zelf contact op te nemen met de echtgenote.

In het contact met de echtgenote viel de vraag om een priester direct weg toen hij zichzelf bekend maakte als geestelijk verzorger en pastoraal werker.

d. Persoon (personen) in kwestie: cliënt, cliëntsysteem, en relevante biografische antecedenten.

Het gaat om een 71 jarige man. Hij woont samen met zijn vrouw en een volwassen zoon in een dorp ongeveer 20 kilometer van het ziekenhuis. Hij heeft ook een getrouwde dochter.

Na afkeuring voor zijn werk is hem gevraagd om koster te worden in de plaatselijke katholieke kerk. Dat heeft hij een aantal jaren gedaan. Daarna is hij actief gebleven voor het onderhoud op het kerkhof. Tot een paar weken geleden heeft hij nog geholpen bij het delven van graven.

In de medische voorgeschiedenis is er sprake van uitgebreide comorbiditeit waaronder: de ziekte van Parkinson, reumatoïde artritis en polyneuropathie. In 2016 is een maligne mesothelioom geconstateerd. Op het moment van het eerste contact werd hij met spoed geopereerd vanwege ganggreen en hemodynamische achteruitgang.

e. Geestelijk verzorger: leeftijd, geslacht, opleiding, (bij)scholing, culturele en levensbeschouwelijke achtergrond, ervaring, profiel, professionele positie, andere relevante antecedenten, voorkeuren in werkwijze.

De geestelijk verzorger is 62 jaar. Hij is rooms-katholiek en is opgeleid aan de toenmalige Katholieke Theologische Hogeschool Amsterdam. Hij is daar afgestudeerd aan de vrije studierichting uitgang pastoraat in 1983. Hij heeft zijn studie in 1976 een jaar onderbroken om

---

<sup>1</sup> Bijv. de werkgroep palliatieve zorg, werkgroep ondersteunende zorg van het oncologisch centrum, verbeterteam van de therapiegroep, commissie kwaliteitszorg van de medische staf, IFMS-commissie medische staf, gespreksleider IFMS medische staf, gespreksleiders moreel beraad. De collega die aangesteld is als coördinator ethiek en moreel beraad is lid van de stuurgroep ethiek van het ziekenhuis.

94 een jaar als vrijwilliger mee te leven en te werken bij de oecumenische broedergemeenschap van  
95 Taizé.

96 Van 1983 tot 1987 heeft hij gewerkt als pastoraal werker in twee parochies. In maart 1988 is hij  
97 parttime gaan werken in een zorginstelling. In 1992 is de geestelijk verzorger begonnen te  
98 werken in het ziekenhuis. De geestelijk verzorger heeft in 1996 de 'Klinisch Pastorale Vorming'  
99 gevolgd in het UMC st Radboud in Nijmegen. In 2011 heeft hij de opleiding 'Ethiek in de zorg'  
100 gevolgd in Nijmegen. Op dit moment is hij consulent van het Palliatief Advies- en  
101 ConsultatieTeam (PACT) en lid van het consultteam van een palliatief netwerk.

102 Als geestelijk verzorger stelt hij zich op als directe collega van de andere zorgverleners. Hij  
103 neemt deel en heeft deelgenomen aan verschillende patiëntenbesprekingen. Op dit moment  
104 zijn dat het MDO van de ICU (vaste deelnemers intensivisten, arts-assistenten, physician  
105 assistants, cardioloog, arts- microbioloog) en het PMO (ParaMedisch Overleg) van de ICU  
106 (deelnemers; ergotherapie, fysiotherapie, revalidatiegeneeskunde, logopedie, IC-  
107 verpleegkundige, intensivist, arts- assistent en geestelijk verzorger). Een MDO bespreking bij de  
108 longoncologie, (Deelnemers longarts, verpleegkundig specialist longziekten,  
109 oncologieverpleegkundigen, maatschappelijk werker en geestelijke verzorger).

110 Hij neemt ook deel aan het wekelijks MDO Palliatieve zorg. (Vaste deelnemers: specialist  
111 ouderengeneeskunde/palliatief arts, anesthesioloog/ pijnspecialist, internisten/oncologen,  
112 palliatief verpleegkundigen, verpleegkundig specialist longziekten, apothekers,  
113 transferverpleegkundige, huisarts/ kaderarts palliatieve zorg, specialistisch verpleegkundige  
114 thuiszorg, geestelijk verzorger)

115 Naast de patiëntenzorg is hij in het ziekenhuis actief als gespreksleider Moreel Beraad. Hij is  
116 trainer in het trainingsprogramma 'Communicatie rond donatie'. Bij de werkgroep palliatieve  
117 zorg is hij voorzitter van de themagroep deskundigheidsbevordering.

118 Hij was van 2007- 2010 bestuurslid van de vereniging medische staf. Van 2007- 2015 was hij lid  
119 van het bestuur van de Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband. (VMSD) Op dit  
120 moment is hij binnen de medische staf intern gespreksleider "IFMS in de vakgroep". (IFMS staat  
121 voor 'Individueel Functioneren Medisch Specialisten') en lid van de IFMS-commissie.

122  
123 f. Andere betrokkenen: wie op welke manier? Afstemming, rapportage

124 Naast de geestelijk verzorger waren een verpleegkundige van afdeling urologie/gynaecologie  
125 (1), twee intensivisten (één in de avonddienst (2) en één in de morgendienst (8), twee ICU  
126 verpleegkundigen (één in de avonddienst (3) en één in de morgendienst (7), een uroloog (5),  
127 een reumatoloog (6) en een medewerker van de familiebegeleiding ICU (2) betrokken.

- 128 1. De verpleegkundige van de verpleegafdeling (1) heeft hij alleen telefonisch gesproken. Hij  
129 is wel naar de afdeling gegaan om haar te zeggen dat hij de echtgenote had gesproken,  
130 maar zij was inmiddels naar huis.
- 131 2. De medewerker van de familiebegeleiding (2) fungeerde als degene die het directe contact  
132 tussen de familie en de geestelijk verzorger tot stand bracht.
- 133 3. De verpleegkundige in de avonddienst (3) van de ICU heeft hij nauwelijks gesproken. Zij zijn  
134 wel drie kwartier in elkaars nabijheid geweest bij het bed van de patiënt. De  
135 verpleegkundige was in die tijd bezig met het aansluiten van infusen en andere medische  
136 apparatuur. De geestelijk verzorger praatte in die tijd met de familie.
- 137 4. Met de intensivist van de avonddienst (2) en de uroloog (5) heeft hij kort contact gehad. De  
138 geestelijk verzorger heeft met hen afgesproken dat hij de patiënt eerst de ziekenzegen zou  
139 geven en dat zij daarna met de familie in gesprek zouden gaan om hen op de hoogte te  
140 stellen van actuele toestand van de patiënt.
- 141 5. De reumatoloog (6) kwam voor de geestelijk verzorger op een onverwacht moment  
142 binnen. Reumatologie is over het algemeen een poliklinisch vak. Er zijn slechts weinig  
143 patiënten die voor de reumatoloog in het ziekenhuis worden opgenomen. Deze  
144 reumatoloog had intensief contact met de patiënt en zijn echtgenote en ze had gehoord

over de plotselinge verslechtering. De geestelijk verzorger kent haar goed, omdat ze samen in het bestuur van de 'Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband' (VMSD) hadden gezeten.

6. De verpleegkundige van de morgendienst (7) heeft hem verteld dat het niet goed ging met de patiënt. De geestelijk verzorger heeft hem gewaarschuwd dat de echtgenote had gezegd: "Ik kan toch niet zeggen, wanneer ik er aan toe ben?" De verpleegkundige is toen naar de familie toegegaan.

7. De intensivist van de morgendienst (8) heeft de geestelijk verzorger vooral gezien op het moment dat hij de beademing aan het beëindigen was. Na het overlijden liet hij de familie even alleen met de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger heeft toen de familie gecondoleerd en samen met hen gebeden. Daarna heeft de geestelijk verzorger hem gezegd dat de familie op hem wachtte voor het gesprek na het overlijden.

## 6. Begeleiding

### a. Eerste contact, introductie, reden voor contact

Het eerste contact over deze patiënt ontstond via een telefoontje van de verpleegkundige van de verpleegafdeling urologie/gynaecologie. De patiënt was zojuist acuut naar de operatiekamer gebracht. Na de operatie zou hij worden opgenomen op de ICU. Zijn echtgenote had gevraagd of er een priester beschikbaar was om bij opname op de ICU hem de ziekenzalving toe te dienen.

### b. Verkenning van de vraag of situatie: anamnese, assessment, gebruikte instrumenten.

De geestelijk verzorger bood de verpleegkundige aan om zelf contact op te nemen met de echtgenote.

In het contact met de echtgenote viel de vraag om een priester direct weg toen hij zichzelf bekend maakte als geestelijk verzorger en pastoraal werker.

### c. Verheldering van de vraag of situatie: analyse, pastorale of levensbeschouwelijke diagnostiek, gebruikte modellen

Het initiatief voor deze begeleiding en deze rituele handeling ging uit van de echtgenote van de patiënt. Zij heeft het initiatief genomen om te vragen naar een priester voor de ziekenzalving. Zij gebruikte daarvoor de verpleegkundige die haar man op de verpleegafdeling als laatste had verzorgd. De verpleegkundige, die niet goed raad wist met deze vraag, nam daarop contact op met de geestelijke verzorging voor advies. De geestelijk verzorger interpreteerde de vraag als een vraag die behoort tot zijn verantwoordelijkheid en nam daarom het contact met de echtgenoot van de verpleegkundige over.

### d. Fysieke waarnemingen (m.n. non-verbale aspecten): mimiek, motoriek, intonatie, uiterlijk, houding, oogcontact, wijze waarop cliënt contact maakt, stemming, emotionele uitdrukkingen

De geestelijk verzorger had in eerste instantie telefonisch contact met de echtgenoot. De echtgenoot was blij dat er adequaat gehoor was gegeven aan haar vraag.

Ze vervulde ook ten opzichte van haar kinderen een leidende rol, in het hele proces van de behandeling op de ICU.

Tijdens alle momenten dat de geestelijke verzorger bij haar was, zocht ze contact met hem. En als er nieuwe mensen kamen stelde zij hem voor aan de andere aanwezigen.

(In hoeverre klopt deze tekst bij dit punt uit het format?)

### e. Interacties, interventies en reacties, inclusief keuzemomenten en overwegingen van de geestelijk verzorger hierbij.

De geestelijk verzorger heeft de ervaring dat achter de vraag naar een specifiek ritueel meestal een andere vraag verborgen ligt. De vraag naar priester en een ziekenzalving kwam voort uit de gewoontes zoals die vanuit de traditie bekend is. zijn. De eigenlijke vraag van de echtgenote

was de vraag naar een religieus ritueel rond het levenseinde dat haar en haar man verbond met hun eigen christelijke en katholieke identiteit.

Toen de geestelijk verzorger zich als zodanig bekend maakte en ter verduidelijking erbij zei dat hij ook pastoraal werker was, viel de vraag naar een priester gelijk weg.

Ook toen de geestelijk verzorger zei dat hij geen ziekenzalving zou doen, maar wel een ziekenzegen, was dat geen probleem. De echtgenote voelde zich erkend door de adequate doorverwijzing van de verpleegkundige. Ze was op de hoogte van de functies van pastoraal werker in de R.K. kerk en had daar een positief beeld van. Ze was ook de hoogte van het bestaan van geestelijk verzorgers. Haar vraag om een ziekenzalving liet ze vallen en ze gaf de geestelijk verzorger de vrijheid om te kiezen voor een andere ritueel: "U weet wel wat goed is." De geestelijk verzorger is voorgegaan in de ziekenzegen volgens het ritueel dat hij meestal gebruikt. (Bijlage 2). Tijdens het ritueel legt hij uit wat er gaat gebeuren en verheldert de achtergrond. Niet alleen omdat de 'zienezegen' een relatief nieuw ritueel is. Ook voor een traditionele ziekenzalving geldt dat de meeste mensen dat slechts een enkele keer in hun leven meemaken. Duiding is daarom belangrijk.

De ziekenzegen is het hart van deze begeleiding geweest, maar kan alleen op een kwalitatief goede manier verricht worden als dat gebeurt in het kader van een communicatief proces.

Na de ziekenzegen beschouwt hij het als zijn verantwoordelijkheid de familie ook verder te begeleiden.

Daarom gaat hij de volgende dag terug. In zijn rol als geestelijk verzorger vervult hij een brugfunctie tussen de familie en vooral de echtgenote en de artsen en de verpleegkundigen. Als de echtgenote vertelt dat zij niet kan zeggen 'wanneer ze er aan toe is', gaat de geestelijk verzorger naar de verpleging om dit door te geven. Daardoor wordt het proces van het stoppen van de beademing in gang gezet.

De echtgenoot gebruikt de geestelijk verzorger ook om het leven van en de relatie met haar man te evalueren.

#### f. Plan en afspraken

-

#### g. Resultaten, uitkomsten, effecten

- zintuiglijke waarnemingen van houding en gedrag;
- rapportage van effecten door cliënt, naasten of andere betrokken hulpverleners;
- mate waarin inhoudelijke doelen (bijv. verwerking, nieuwe perspectieven, verbetering van relaties, enz.) zijn gerealiseerd.

In de korte tijd (uiteindelijk minder dan vierentwintig uur) dat de geestelijk verzorger betrokken was bij de patiënt en zijn familie ontstond mede door zijn functie en rol een vertrouwensband waardoor hij voor de echtgenote een aanspreekpunt en een vertrouwenspersoon was. Zij gebruikte de geestelijk verzorger om haar huwelijk en het leven van haar man te evalueren. De aanleiding voor het contact was de wens van de echtgenote om haar man in de tijdens de stervensfase de religieuze rituelen te verrichten die bij zijn kerkelijke achtergrond pasten. Mede omdat de religie die zich uitte in zijn betrokkenheid bij de plaatselijk kerkgemeenschap belangrijk was voor de zingeving van zijn leven.

### 7. **Communicatie**

#### a. Vormen van rapportage, registratie, (interdisciplinair) overleg en afstemming met andere betrokkenen

Dag 1.

Rapportage verpleegkundige afdeling gynaecologie/ urologie: 'Familie is op de hoogte gesteld. Weten dat dhr. post ok naar de ic gaat. Echtgenote belde nog op of er ook een priester in huis was. Geestelijk verzorger heeft contact opgenomen met mw.'

Rapportage geestelijke verzorger in medisch dossier en verpleegkundige dossier afdeling gynaecologie/urologie: *'Contact gehad met echtgenoot. Afgesproken dat ik hem zal bedienen op de ICU nadat hij terugkomt van o.k.'*

Rapportage geestelijk verzorger in medisch dossier en dossier ICU: *De heer de ziekenzegen gegeven in bijzijn van zijn echtgenoot, dochter en zoon. Familie is doordrongen van ernst situatie.'*

Dag 2

Rapportage geestelijk verzorger in dossier geestelijke verzorging 10.00: *Familie gesproken. Onze vader en Weesgegroet gebeden.*

Rapportage geestelijk verzorger in dossier geestelijke verzorging 11.30: *'Aanwezig bij overlijden. Opnieuw gebeden. Na afloop met echtgenoot, zoon en dochter gesproken.'*

b. Evaluatie(s) met betrokkenen

Reactie reumatoloog oer email vlak na de ziekenzegen.

*Ik heb dhr V. en familie het afgelopen jaar intensief begeleid.*

*Ik wist niet dat het geloof en kerk een belangrijke rol speelde in hun leven, dit is eigenlijk nooit ter sprake gekomen.*

*Het was fijn voor de familie dat jij vorige week donderdag zo snel bij hun kon zijn voor de geestelijke zorg.*

*Ik kwam mogelijk op een wat ongelukkig moment, maar vond het welfijn om de familie nog even te spreken.*

Reactie intensivist vlak na de ziekenzegen:

*In het gesprek dat T. (de uroloog FB) en ik direct na jouw interventie met de familie V. gevoerd hebben, is deze interventie niet ter sprake geweest.*

*Later op de avond heb ik nog met zijn zoon gesproken (om aan te geven dat hij inmiddels zo stabiel was dat het niet strikt noodzakelijk was dat iemand van de familie 's nachts in het ziekenhuis zou moeten blijven), en daar is het ook niet bij ter sprake geweest.*

**8. Reflecties & feedback**

a. Reflecties van de geestelijk verzorger

Het initiatief voor deze begeleiding en deze rituele handeling ging uit van de echtgenote van de patiënt. Zij heeft het initiatief genomen om te vragen naar een priester voor de ziekenzalving. Zij gebruikte daarvoor de verpleegkundige die haar man op de verpleegafdeling als laatste had verzorgd. De verpleegkundige, die niet goed raad wist met deze vraag, nam daarop contact op met de geestelijke verzorging voor advies. De geestelijk verzorger interpreteerde de vraag als een vraag die behoort tot zijn verantwoordelijkheid. Ook omdat hij de ervaring heeft dat achter een vraag naar een specifieke handeling meestal een andere vraag verborgen ligt. Dat bleek ook op zo te zijn. De vraag naar priester en een ziekenzalving kwam voort uit de gewoontes zoals die vanuit de traditie bekend is. zijn. De eigenlijke vraag van de echtgenote was de vraag naar een religieus ritueel rond het levenseinde dat haar en haar man verbond met hun eigen christelijke en katholieke identiteit.

Er was een goede en vanzelfsprekende samenwerking met de andere hulpverleners in het ziekenhuis.

Artsen, verpleegkundigen en de medewerkster van de familiebegeleiding beschouwden het optreden en de handeling van de geestelijk verzorger als een vanzelfsprekend onderdeel van de ziekenhuiszorg. Tegelijk beschouwden ze het als een intiem gebeuren van de geestelijk verzorger en de familie. De verpleegkundige trok zich terug met de woorden: "Ik trek me terug, dan heeft u wat privacy." De intensivist en de uroloog wachtten met hun gesprek met de familie totdat de geestelijk verzorger klaar was. Een paar dagen later vroeg de reumatoloog aan de geestelijk verzorger of ze niet te lang was gebleven en of ze hem niet in de weg had gezeten.

De enige voor wie het niet vanzelfsprekend was dat dit ritueel een onderdeel was van de zorg van het ziekenhuis was de echtgenote. Zij vroeg of er nog kosten verbonden waren aan de ziekenzegen. Dat is een signaal dat ze de ziekenzegen en de geestelijke verzorging niet als vanzelfsprekend onderdeel van de ziekenhuiszorg beschouwt.

Dit zie je ook terug in de contacten die de artsen hebben gehad met de patiënt en zijn familie.

De reumatoloog schrijft: Ik heb dhr V. en familie het afgelopen jaar intensief begeleid.

Ik wist niet dat het geloof en kerk een belangrijke rol speelde in hun leven, dit is eigenlijk nooit ter sprake gekomen.

De intensivist schrijft: "In het gesprek dat T. (de uroloog FB) en ik direct na jouw interventie met de familie V. gevoerd hebben, is deze interventie niet ter sprake geweest.."

Het contact met de geestelijk verzorger werd door de echtgenote ook gebruikt om haar huwelijk en de band met haar man te evalueren. "Het was niet altijd makkelijk, maar we hebben het wel goed gehad." Het 'niet makkelijke' lag in het feit dat hij leed aan meerdere chronische ziektes, wat een extra druk op haar legde als mantelzorger. Daarbij bestempelde ze hem ook als iemand die 'eigenwijs' was."

De geestelijke verzorger had tijdens dit proces drie rollen die elkaar aanvulden.

1. De rol als ritueel begeleider. Deze rol hangt samen met zijn eigen christelijke en katholieke achtergrond. Zijn katholieke achtergrond maakte in dit geval het makkelijker om zijn rol als ritueel begeleider waar te maken. Het is niet essentieel, ook zijn protestantse collegae verzorgen soms een ziekenzegen. Het is de vraag of die rol ook vervuld kan worden door een geestelijk verzorger met een niet-christelijke achtergrond.
2. Hij had een rol als vertrouwenspersoon. In deze situatie lag dat in het verlengde van zijn rol als ritueel begeleider. In andere situaties vervullen ook geestelijk verzorgers met een niet-christelijke achtergrond deze rol.
3. De rol als contactpersoon tussen familie en de andere hulpverleners. Hij overlegt met de intensivist over het tijdstip van de ziekenzegen. Hij zegt tegen de intensivist en de uroloog dat de familie de ernst van de situatie inziet. Hij waarschuwt de verpleegkundige als de echtgenote aangeeft dat ze niet kan zeggen wanneer ze toe is aan het afkoppelen van de beademing.

b. Feedback op de beschrijving van de cliënt of vanuit het cliëntsysteem

-

c. Feedback op de beschrijving van een of meer bij de cliënt betrokken hulpverleners

Reactie reumatoloog op de casusbeschrijving:

*Excuses voor late reactie.*

*Ik heb bijlage 2 gelezen. Ik heb geen opmerkingen.*

*Beschrijving is adequaat.*

**9. Samenvatting**

a. Wat heeft de geestelijk verzorger gedaan,

b. waarom &

c. waartoe?

De geestelijk verzorger heeft op de vraag naar een ziekenzalving binnen de kaders die zijn kerkgemeenschap hem geeft een ritueel aangeboden aan de patiënt en zijn familie om ze op die manier te steunen in het afscheid nemen van hun man en vader.

Zijn echtgenoot en kinderen konden daardoor op een goede manier afscheid nemen. De geestelijk verzorger werd daarin gesteund door het beleid van het ziekenhuis en door de actieve medewerking van de andere hulpverleners.

**Fase 3. Reflectie & Evaluatie (Onderzoeksgemeenschap)****10. Beschrijving**

- a. Verheldering. Informatieve vragen.
- b. Observaties. Wat levert een eerste lezing van de casus op aan (nieuwe) gezichtspunten, vruchtbare perspectieven, uitdagingen, mogelijke critical issues voor discussie?

**11. Existentiële aspecten**

- a. Existentiële vragen. Welke existentiële ervaringen of vragen staan centraal?
- b. Zingeving. Welke noden, verlangens of perspectieven op levensbeschouwelijk gebied – geloof, spiritualiteit, ethiek, levenskunst, enz. – spelen een rol?
- c. Begeleiding. Op welke wijze wordt begeleiding geboden met het oog op de existentiële ervaringen en zinvragen?
- d. Levensbeschouwing. Op welke wijze spelen de levensbeschouwelijke benadering en de levensbeschouwelijke identiteit van de geestelijk verzorger een rol?

**12. Verhouding theorie & praktijk**

- a. Van welke theorieën is (bewust) gebruik gemaakt tijdens de begeleiding?
- b. Welke theoretische gezichtspunten worden achteraf duidelijk?
- c. Hoe hebben de theorieën gefungeerd, c.q. welke reflectie op de theorie is vanuit de praktijk van de begeleiding mogelijk?

**13. Doelen en uitkomsten**

- a. Wat is het resultaat of effect? Waaruit kan dat worden afgeleid?
- b. Wat beoogde de geestelijk verzorger?
- c. Wat is de overeenkomst en discrepantie tussen a en b? Wat is de betekenis ervan?

**14. Evaluatie**

- a. Aandachts- en discussiepunten met het oog op tot de aard en de inhoud van de begeleiding
- b. Aandachts- en discussiepunten met het oog op de verhouding theorie & praktijk
- c. Welke consensus is er in de groep? Waar lopen de meningen uiteen?
- d. Aanbevelingen voor good practices: voorbeelden, criteria, uitdagingen

**15. Korte samenvatting door de onderzoeksgemeenschap**

- a. Wat heeft de geestelijk verzorger gedaan (vgl. 10 & 11);
- b. waarom (vgl. 12) &
- c. waartoe (vgl. 13)?

**Fase 4. Vaststelling case study (Geestelijk verzorger/indiener & onderzoeksgemeenschap)****16. Verslaglegging & vaststelling**

- a. Van de bespreking in de onderzoeksgemeenschap wordt een verslag gemaakt door een ander dan de indiener.
- b. De indiener van de case study schrijft met behulp van dat verslag de bevindingen van de onderzoeksgemeenschap op, naar het voorbeeld van de aandachtspunten 9t/m 13 onder fase 3.
- c. De bespreking kan ertoe leiden dat in de tekst van de beschrijving (fase 2.) wijzigingen ter verheldering of correctie worden aangebracht. Deze wijzigingen dienen in de tekst zichtbaar te blijven.
- d. Op de eerstvolgende bijeenkomst van de onderzoeksgemeenschap legt de indiener het geheel van eigen beschrijving (fase 2.) en schriftelijke verwerking van de gemeenschappelijke bevindingen (fase 3.) aan de onderzoeksgemeenschap voor.
- e. De onderzoeksgemeenschap stelt de tekst van de case study vast.