



Life-review in de palliatieve fase in het verpleeghuis

Een literatuuronderzoek naar de functie van life-review in het werk van de geestelijk verzorger.

Klaas Oosterhuis

Studentennummer: 1713655

Masterscriptie ter afsluiting van de master Geestelijke Verzorging

Begeleider: Prof. Dr. T.H. Zock

Meelezer: Dr. J.K. Muthert

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap

Oktober 2011

“Wij moeten ons eerder op de dood dan op het leven voorbereiden. Het leven is voldoende uitgerust, maar wij zijn te gulzig met het oog op alles wat daarvoor nodig is. In onze ogen ontbreekt daar nog iets aan en zal er altijd iets aan blijven ontbreken. Niet jaren en dagen bewerken dat wij genoeg geleefd hebben, maar de geest. Ik heb geleefd, mijn beste Lucilius, zoveel als genoeg was. Voldaan zie ik de dood tegemoet” (Seneca, geciteerd in Dohmen 2010, p. 87).

Inhoudsopgave

Inleiding		4	
<hr/>			
Hoofdstuk 1	Kenmerken van en zorg in de laatste levensfase	10	
<hr/>			
	1.1	Het verouderingsproces van de mens	11
	1.2	Verpleeghuiszorg	13
	1.3	Palliatieve zorg	15
	1.4	Professionele begeleiding in de palliatieve fase	19
	1.4.1	Lichamelijke verzorging	20
	1.4.2	Psychosociale begeleiding	21
	1.4.3	Spirituele aspecten	22
	1.5	Samenvatting	25
<hr/>			
Hoofdstuk 2	Life-review	28	
<hr/>			
	2.1	Robert Butler	28
	2.2	Barbara Haight	29
	2.2.1	Structured life-review	30
	2.2.2	Begeleiding bij life-review: interviewtechnieken en vaardigheden	33
	2.2.3	Cliënten (Reviewers)	35
	2.2.4	Life-review bij stervenden	36
	2.2.5	Onderzoek naar het effect van life-review	37
	2.3	Ernst Bohlmeijer	39
	2.4	Samenvatting	41

Hoofdstuk 3	Life-review en geestelijke verzorging op de palliatieve afdeling	43
	3.1 Geestelijke verzorging en ultieme zingeving	43
	3.2 Spiritualiteit	47
	3.3 Competenties van de geestelijk verzorger	49
	3.4 Het opmaken van de levensbalans	51
	3.5 Bevrijding – de casus van mevrouw P.	53
	3.6 Samenvatting	56
Hoofdstuk 4	Slotbeschouwing en Aanbevelingen	59
	Geraadpleegde literatuur	64
	Geraadpleegde internetbronnen	67
	Bijlagen	68

Inleiding

Aanleiding

Werkend als geestelijk verzorger in een zorginstelling (verpleeg en verzorgingshuis) ontmoet ik regelmatig ouderen die graag hun levensverhaal willen vertellen. In de loop van de jaren heb ik ervaren dat het delen van het levensverhaal van groot belang is bij oudere mensen die verblijven op de palliatieve afdeling in een verpleeghuis. Wat mij daarbij vooral intrigeert is dat mensen, nadat zij hun levensverhaal hebben verteld, een opgeluchte indruk maken. Hieronder geef ik kort het gesprek weer dat de aanleiding vormt tot het schrijven van deze scriptie.

Op de palliatieve afdeling van het verpleeghuis ontmoette ik een vrouw van 93 jaar. Deze mevrouw was heel onrustig en wilde graag een geestelijk verzorger spreken. Zij heeft me verteld over haar leven. Enkele gebeurtenissen in haar leven hebben haar hevig geschokt. Eén van haar zoons van 41 jaar pleegde zelfmoord en ook haar dochter van 53 jaar pleegde tien jaar later zelfmoord. Mevrouw heeft deze gebeurtenissen haar verdere leven met zich meegedragen als een zware last. Een last, in die zin, dat zij voortdurend het gevoel heeft gehad dat haar zoon en dochter niet in de hemel zouden komen vanwege de beslissing uit het leven te stappen; God zou haar beide kinderen wel gestraft hebben vanwege dat besluit. Terugkijkend op haar leven bleek dat mevrouw een gelukkig leven heeft gehad; ze had een gelukkig huwelijk met haar man en ze was een gewaardeerd moeder voor haar vijf kinderen. Kortom: een leven waarop je met een goed gevoel op terug zou kunnen kijken. Wel drukte het overlijden van haar kinderen door zelfmoord als een grote last op haar schouders. In de gesprekken die ik met haar had besproken we de gebeurtenissen in haar leven. Voordat ze zou gaan sterven wilde ze met name de zelfmoord van haar kinderen met mij bespreken. Beide kinderen waren zeer depressief en dus ziek. Het heeft haar opgelucht door er over te spreken met elkaar. Ze had het voortdurend uitgesteld want het beangstigde haar soms. Samen hebben we een kaarsenritueel gedaan, een gedicht gelezen en een gebed gedeeld en konden we afscheid nemen op een manier die voor mevrouw aanvaardbaar was. Mevrouw kon uiteindelijk op een rustige manier het leven loslaten.

Blijkbaar is het vertellen van het levensverhaal heel belangrijk voor het rustig afscheid kunnen nemen van het leven, vooral wanneer een mens worstelt met zijn/haar levensgeschiedenis waarin ingrijpende dingen zijn gebeurd. Deze casus staat niet op zichzelf, en ik heb meerdere voorbeelden gezien van mensen die in de laatste fase van het leven graag het verhaal over hun leven willen vertellen. Deze mensen willen hun verhaal kwijt ten einde een opgelucht gevoel te hebben zodat ze hun leven kunnen afsluiten. Met die laatste levensfase bedoel ik de fase waarin mensen weten dat zij binnenkort gaan sterven.

Met eigen ogen heb ik kunnen en mogen zien dat mensen zeer opgelucht zijn wanneer vragen zijn gesteld of bepaalde kwesties in hun leven zijn uitgesproken. Het doet mij soms wel denken aan een vorm van biecht waarna iemand zich bevrijd kan voelen van de last of anders kan omgaan met schuld.

Levensverhalen

In de wetenschappelijke literatuur is er steeds meer aandacht voor het vertellen van levensverhalen (Huizinga en Tromp 2005, Bohlmeijer 2007a, Ganzevoort 2007). Verondersteld wordt dat de huidige tijd gekenmerkt wordt door het verdwijnen van tradities en globalisering (Bohlmeijer 2007b, 29-33). Door deze ontwikkelingen moet men steeds opnieuw inspelen op elke nieuwe situatie, zich aanpassen en een andere positie innemen. Voortdurende veranderingen en ontwikkelingen kunnen een gevoel van vrijheid geven, maar er kan ook angst en twijfel en existentiële onzekerheid ontstaan. Wanneer men een samenhangend levensverhaal heeft, kan dat helpen deze veranderingen en ontwikkelingen op te vangen.

Bohlmeijer meent dat: 'Het vertellen van verhalen kan bijdragen aan sociale verbinding en kwaliteit van leven' (Bohlmeijer 2007b, pag. 8) en: 'Wanneer we onze persoonlijke verhalen niet meer kunnen vertellen, verdwijnt een belangrijke bron van zingeving. Want met onze verhalen geven we betekenis aan ons leven' (Bohlmeijer 2007b, pag. 12). Als individu streeft men naar een betekenisvolle invulling van het leven. Men realiseert zich de gebeurtenissen in zijn leven met de daarbij behorende hoogte- en dieptepunten. Deze gebeurtenissen markeren het leven, en laten iets van de mens zien. 'Zonder levensverhaal geen identiteit' (Bohlmeijer 2007b, pag. 30). Verhalen hebben daarnaast een communicatieve, ordenende en motiverende functie (Bohlmeijer 2007b, pag. 46). Verhalen kunnen tot slot zelfs een genezende functie hebben.

Als we onszelf toestaan om naar binnen te trekken en ons licht doelgericht in die richting laten schijnen, gebeurt er iets opmerkelijks. Ons verleden vloeit dan samen met het heden, en geeft ons de gelegenheid om verborgen terrein te herwinnen en te re-creëren. Maar het ingaan tegen het getijde van het heden vergt een bewust voornemen en de wil om te herinneren. Dit lijkt een kleinigheid om te doen, maar dit herwinnen van het verleden is een zeer heilige daad (Stone 1997, pag. 39).

Psychologen, hulpverleners en bij uitstek geestelijk verzorgers zijn bezig met levensverhalen. Het gehoor geven aan het levensverhaal is volgens Bouwer (Bohlmeijer 2007a, pag. 107) de taak van de geestelijk verzorger: 'Het is de taak van de geestelijk zorgverlener om door middel van de taal, dan wel de stilte ruimte te maken voor de gesprekspartner om de pen waarmee het eigen levensverhaal geschreven wordt, weer op te nemen.' Postema (Postema 2006, pag. 418) noemt het levensverhaal het domein van de geestelijke zorg. Hij zegt onder andere dat de geestelijke zorg het gevoel van regie herstelt door de crisissituatie van iemand

terug te plaatsen in het levensverhaal en samen met diegene een reconstructie van het levensverhaal te maken.

Daarmee wordt de ervaring opgedaan van controle over de eigen situatie met als mogelijk gevolg een afname van klachten van depressiviteit, angst en initiatiefloosheid, voor zover deze symptomen gerelateerd zijn aan de crisis. Kortom, als opnieuw vanuit het levensverhaal betekenis kan worden gegeven aan de huidige situatie zullen gevoelens van controle toenemen en klachten van depressiviteit afnemen (Postema 2006, pag. 419).

Life-review en zingeving

In de zestiger jaren van de vorige eeuw introduceerde de Amerikaanse psychiater Robert Butler het begrip *life-review* als een mogelijke vorm van therapie (Butler 1963). Hij merkte in de praktijk een toename in de vraag van ouderen om te spreken over hun levensverhaal. Butler was van mening dat life-review een natuurlijk innerlijk proces is dat deel uit maakt van het proces van ouder worden. Life-review zou verband houden met het feit dat mensen zich realiseren dat ze op korte termijn komen te sterven. Voor een goede afsluiting van het leven zou life-review noodzakelijk zijn. 'Hij spreekt van life-review als een reorganisatieproces, waarbij alle belangrijke ervaringen nog eens de revue passeren en geherwaardeerd worden binnen het perspectief van de hele levensloop' (Bohlmeijer 2007c, pag. 352). Bepaalde gebeurtenissen in het leven die niet opgelost zijn kunnen alsnog worden verwerkt en een plaats krijgen in het leven.

In 1974 positioneert Butler life-reviewtherapie (Butler 1974) als een methode die kan worden toegepast in psychiatrische instellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen in de vorm van preventie en psychotherapeutische behandeling. Bohlmeijer (2007b) omschrijft life-review als volgt:

Life-review is een psychologische behandeling die om diverse redenen aantrekkelijk kan zijn voor sommige ouderen. Allereerst sluit het aan bij het natuurlijke en herkenbare proces van het terugdenken aan het verleden. Cliënten hoeven geen nieuwe therapeutische 'taal' aan te leren om deel te kunnen nemen aan life-review. Ten tweede is het een zingevende benadering. Dit is vooral relevant voor ouderen, die relatief meer verlies te verwerken hebben gekregen dan andere leeftijdsgroepen. Als de ervaring van betekenisloosheid inderdaad een belangrijke component is van depressie, dan is het vertellen van het levensverhaal en het zich herinneren van belangrijke innerlijke ervaringen (doelen, waarden) een goed startpunt om een nieuwe betekenis aan het leven te geven. Ten derde kunnen andere therapeutische benaderingen eenvoudig geïntegreerd worden in de therapie (Bohlmeijer 2007b, pag. 124).

Uit het voorgaande blijkt het belang van levensverhalen voor ouderen. In dit onderzoek wil ik me richten op de relevantie van het toepassen van life-review bij ouderen die verblijven

op de palliatieve afdeling van een verpleeghuis, in het bijzonder vanuit het perspectief van de geestelijke verzorging.

Allewijn (2006) beschrijft de mogelijke effecten van life-review: klachtenvermindering bij depressie, positiever zelfbeeld, gevoelens van eenzaamheid verminderen, meer tevreden met het leven en het cognitieve functioneren verandert in positieve zin. Hieruit blijkt dat er sprake is van zingeving en dat behoort tot de core-business van de geestelijk verzorger. De professionele geestelijk verzorger is zoals Ter Borg het zegt, 'een zingevingdeskundige' (2000, pag. 68). Het vertellen of het opnieuw vertellen van het levensverhaal is zoeken naar zin. De Beroepsvereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen omschrijft zingeving als volgt:

Met zingeving wordt bedoeld het continue proces waarin ieder mens, in interactie met de eigen omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven. Bij het individuele proces van zingeving en zinervaring kunnen godsdiensten en levensbeschouwingen een wezenlijke rol spelen (Beroepsstandaard VGVZ 2002, pag. 9).

De geestelijk verzorger werkt veelvuldig met narratieve methoden en richt zich op zingevingprocessen die in het leven hebben plaatsgevonden en probeert deze te duiden en zo mogelijk betekenis te verlenen.

Laatste levensfase en palliatieve zorg

In mijn scriptie richt ik mij op mensen die zich bevinden in de laatste levensfase. Ik versta onder de laatste levensfase in deze scriptie de fase waarin mensen weten dat zij binnen afzienbare tijd zullen gaan sterven. Vaak gaan mensen in deze fase nadenken over de eindigheid van het leven. Men gaat het leven overzien en probeert een samenhangend beeld te krijgen op de eigen biografie (Schroots 2002, pag. 308). De overgang van het werkzame leven naar het pensioen kan bij veel ouderen ingrijpende gevolgen hebben.

Het ouder worden wordt door elk individu anders ervaren. Sommigen ervaren bijvoorbeeld de pensioengerechtigde leeftijd als een bevrijding van het verplichte werkzame leven, terwijl de ander het dramatisch vindt om met het werk te stoppen. Wanneer iemand bijvoorbeeld chronisch ziek wordt in de ouderdom kan dat veel consequenties hebben voor de laatste levensfase, waardoor ouderen in een sociaal isolement kunnen raken. Veel ouderen worden geconfronteerd met relatief veel verlieservaringen zoals het overlijden van geliefden, het verlies van lichamelijke krachten en functies en het verlies van zelfstandigheid.

Door ziekte en/of ouderdom kunnen mensen terecht komen in een verpleeg- of verzorgingshuis waar ze de laatste jaren van hun leven doorbrengen. Wanneer mensen geen zicht meer hebben op genezing en binnen afzienbare tijd gaan sterven kunnen zij worden verzorgd op de palliatieve afdeling binnen het verpleeghuis. Binnen de laatste levensfase, waarin mensen weten dat zij binnenkort zullen sterven, wil ik mij in deze scriptie richten op de mensen die verblijven op de palliatieve afdeling.

Palliatieve zorg is een breed begrip en kan op allerlei niveaus en locaties plaatsvinden. In deze scriptie wil ik me beperken tot de palliatieve afdeling in het verpleeghuis. Hierbij zal ik geen onderscheid in ziekten aanbrengen, want vaak is er sprake van verschillende ziekten tegelijkertijd (co-morbiditeit). In dit verband wordt het verschijnsel 'final common pathway' beschreven, dat wil zeggen dat in de palliatieve fase de verschijnselen van patiënten zeer op elkaar lijken. In de palliatieve zorg gaat het om de zorg aan patiënten in het laatste stadium van hun leven.

Palliatieve zorg is actieve, integrale zorg voor patiënten wier ziekte niet meer reageert op curatieve behandeling. Behandeling van pijn en andere symptomen, bestrijding van psychologische en sociale problemen en aandacht voor zingevingaspecten zijn van cruciaal belang. Het doel van palliatieve zorg is het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven, zowel voor de patiënt, als voor diens gezin. In de palliatieve zorg wordt het sterven als een proces inherent aan het leven beschouwd (Spreeuwenberg 2005, pag. 10).

Als geestelijk verzorger in een verpleeghuis is het voor mijn eigen ontwikkeling een goede zaak me in deze context verder te ontwikkelen en te verdiepen. Het intrigeert me bijzonder hoe de mens in de eindfase van het leven omgaat met de naderende dood én op welke manier professionals in de zorg een bijdrage kunnen leveren aan een waardig afscheid van het leven.

Teunissen en Willems (Teunissen en Willems 2005, pag. 59) spreken van de kerndriehoek van het palliatieve zorgsysteem. Deze kerndriehoek bestaat uit de mantelzorg, de arts en de verpleegkundige. Buiten de bovengenoemde betrokkenen is er paramedische zorg die onder meer kan bestaan uit een psycholoog, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, fysio- en ergotherapeut en een diëtist. Een paramedicus kan door zijn betrokkenheid van grote betekenis zijn voor artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Hij kan vanuit zijn eigen domein, en vanuit zijn eigen optiek, soms een nieuwe visie op de situatie geven. Vissers (2007, oratie) beschouwt palliatieve zorg als een 'multidisciplinair specialisme'. Zo dient de afstemming tussen de onderlinge samenwerkende disciplines zorgvuldig en duidelijk te zijn, zodat er sprake is van optimale zorg voor de patiënt in de palliatieve fase.

Vraagstelling

De hoofdvraag van mijn onderzoek is: Welke functie heeft life-review in de laatste levensfase van ouderen en in hoeverre is life-review in te zetten als instrument van de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling in een verpleeghuis? Mijn doelstelling is het in kaart brengen van wat er in de literatuur geschreven is over life-review en aan te geven wat de relevantie is van life-review bij ouderen in de laatste levensfase op een palliatieve afdeling in het verpleeghuis en wat de rol van de geestelijk verzorger daarbij kan zijn.

Deelvragen zijn:

- Wat is kenmerkend voor de laatste levensfase en wie begeleidt mensen in deze fase (in het verpleeghuis) op psychosociaal en geestelijk gebied? (hoofdstuk 1)
- Wat is life-review en welke functie heeft dat bij mensen in de laatste levensfase? (hoofdstuk 2)
- Waaruit bestaat het werk van de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling van een verpleeghuis, en in hoeverre past het toepassen van life-review daarbij? (hoofdstuk 3)

Ten slotte wil ik hoofdstuk vier besteden aan de conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 1

Kenmerken van en zorg in de laatste levensfase

Voor mijn onderzoek is het allereerst van belang te weten wat er specifiek wordt verstaan onder de laatste levensfase. Er zijn verschillende interpretaties van de laatste levensfase. In het algemeen wordt vaak gesproken over de laatste levensfase wanneer iemand stervende is. Belangrijk is hier onderscheid aan te brengen tussen de laatste levensfase als stervensfase en de laatste levensfase als fase in het leven na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, waarin men het werkzame leven heeft afgesloten en volop kan genieten van de ruimte en rust. Mijn onderzoek richt zich specifiek op ouderen die weten dat zij binnen een afzienbare periode zullen gaan sterven. Deze mensen komen terecht op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis. Omdat het in deze scriptie om ouderen gaat wil ik beschrijven hoe het proces van het ouder worden verloopt.

‘Oud worden is mooi, maar oud zijn is niet altijd gemakkelijk’ is een uitspraak die vaak wordt gehoord. Hier wordt eigenlijk een verschil aangegeven tussen een gezonde en prettige manier van oud worden en een met gezondheidsklachten of ziekte gepaard gaande oude dag. Robert S. Feldman, hoogleraar aan de University of Massachusetts, zegt in zijn boek dat de groep ouderen nog steeds groeiende is waardoor er sprake is van een zogenaamde ‘dubbele vergrijzing’ (Feldman 2007, pag. 146): ‘ouderen worden gemiddeld ouder, en daarnaast worden er ook meer mensen ouder’. Kenmerkend voor de ouderdom is dat deze fase steeds langer wordt: ‘Er is een uniek kenmerk waarin de ouderdom zich van alle andere levensfasen onderscheidt: omdat mensen steeds langer leven, duurt deze levensfase ook steeds langer’ (Feldman 2007, pag. 145). Volgens demografen zijn ouderen in drie groepen te verdelen ‘jonge ouderen in de leeftijd van 65 tot 74 jaar, oude ouderen in de leeftijd van 75 tot 84 jaar en oudste ouderen in de leeftijd van 85 jaar en ouder’ (Feldman 2007, pag. 145).

Volgens een persbericht van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 2010) zal er in de komende periode van 2011-2015 een toename te zien zijn van een half miljoen vijfenzestigplussers. De versnelde toename is het gevolg van de babyboomgeneratie die de komende jaren vijfenzestig jaar worden (CBS 2010, pag. 1). In de periode 2016 tot 2040 groeit het aantal vijfenzestigplussers met 1,5 miljoen tot 4,6 miljoen ouderen. Op dit moment zijn er 2,6 miljoen ouderen. De prognose is dat na 2040 het aantal ouderen zal dalen. De stijging tot het jaar 2040 heeft tot gevolg dat er gemiddeld meer mensen in een verpleeghuis zullen verblijven. De toenemende vergrijzing heeft gevolgen voor de toekomst en specifiek voor de verpleeghuiszorg en zeker voor de oudere in kwestie.

Voor de meeste mensen is de verhuizing naar een verpleeghuis een zeer ingrijpende gebeurtenis. Daarom is het van belang te kijken naar wat voor instelling het verpleeghuis en op welke manier de palliatieve afdeling is gevestigd. Daarom kijken we in het bijzonder naar de ouderen die verblijven op de palliatieve afdeling. Daarbij wordt aangegeven wat palliatieve

zorg inhoudt en hoe dat is ontstaan. Binnen de palliatieve zorg zullen de volgende aspecten aan de orde komen: de lichamelijke aspecten, psychosociale aspecten en spirituele aspecten.

In paragraaf 1.1 ga ik in op het verouderingsproces van de mens. Vervolgens komt in paragraaf 1.2 de verpleeghuiszorg ter sprake. In paragraaf 1.3. wordt de palliatieve zorg besproken en in paragraaf 1.4. de professionele begeleiding in de palliatieve fase. Ten slotte komen achtereenvolgens in paragraaf 1.5, 1.6, 1.7 respectievelijk de lichamelijke verzorging, de psychosociale begeleiding en de spirituele aspecten in de palliatieve fase aan de orde.

1.1 Het verouderingsproces van de mens

Onderscheid maakt Feldman tussen 'primaire veroudering' en 'secundaire veroudering' (Feldman 2007, 149). Primaire veroudering wordt omschreven als 'veroudering die te maken heeft met genetische bepaalde, universele en onomkeerbare veranderingen die plaatsvinden naarmate mensen ouder worden' en secundaire veroudering als 'veranderingen in lichamelijk en cognitief functioneren die het gevolg zijn van ziekte, levensstijl of andere individuele verschillen, maar niet van de hogere leeftijd op zichzelf en die niet onontkoombaar zijn' (Feldman 2007, pag. 149). De veranderingen op het fysieke en cognitieve gebied (secundaire veroudering) komen steeds frequenter voor naar gelang de mensen ouder worden. Soms echter, zijn die veranderingen te voorkomen en soms te herstellen. Smalbrugge, verpleeghuisarts en onderzoeker aan de Vrije Universiteit, maakt onderscheid tussen een normaal verouderingsproces en een pathologisch verouderingsproces. Hij zegt dan:

Onderscheid aanbrengen tussen een 'normaal' verouderingsproces en een 'pathologisch' verouderingsproces is derhalve arbitrair en gebaseerd op de gevolgen voor het functioneren. Vallen de gevolgen binnen de bandbreedte van wat wij als normaal voor de leeftijd ervaren, dan spreken we van normale verouderingsprocessen. Vallen de gevolgen buiten deze bandbreedte, dan spreken we van pathologische verouderingsprocessen, ofwel aandoeningen of ziekten (Smalbrugge 2007, pag. 67).

Vanuit biologisch oogpunt is het gehele verouderingsproces pathologisch vanwege het ontstaan van een definitieve schade aan cellen, weefsels en organen (Smalbrugge 2007, pag. 67). Dit leidt dan tot het verlies van functies van organen en zintuigen. Voor het personeel in de verpleeghuiszorg heeft dat consequenties in de uitvoering van de zorg. Het impliceert dat de zorg complexer wordt, en dat die ingewikkelder zorg afgestemd wordt op de behoefte en wensen van de bewoner. Er kunnen allerlei functies worden aangetast zoals het hart, longen, nieren, zintuigen etc. Smalbrugge stelt dat in de literatuur van de geriatrie en de gerontologie onder biologische veroudering wordt verstaan: 'een proces gekenmerkt door een toenemende kans op overlijden naarmate de kalenderleeftijd stijgt' (Smalbrugge 2007, pag. 66).

In het proces van ouder worden kunnen ook in het psychisch functioneren problemen ontstaan door bijvoorbeeld verlieservaringen. Allewijn (2007), gezondheidspsycholoog, spreekt over ervaringen van verlies. Deze verlieservaringen kunnen zijn: verlies van gezondheid, het overlijden van een partner of vrienden, het verliezen van een baan door de pensionering of het verhuizen naar een verzorgings- of verpleeghuis. Deze verlieservaringen kunnen op hun beurt leiden tot somberheid, depressies of angst (Allewijn, pag. 486-490).

Wanneer mensen in een situatie verkeren dat zelfstandig wonen niet meer kan en voor het grootste deel zijn aangewezen op de zorg van anderen is het verhuizen naar een verzorgings- of verpleeghuis onvermijdelijk. Dit wordt door ouderen zolang mogelijk uitgesteld. Pas wanneer men voor de fysieke of geestelijke problemen geen oplossing meer ziet komt een verhuizing naar een zorginstelling dichterbij. Allewijn zegt dat de uiteindelijke overgang naar een zorginstelling voor de meeste ouderen zeer ingrijpend is (Allewijn 2007, pag. 486). 'Meestal is het een negatieve keuze. De instelling wordt veelal gezien als een treurig eindstation, dat beter gemeden kan worden' (pag. 486). In versterkte mate geldt dit voor de verhuizing naar een verpleeghuis. De ouderen worden hier nog meer bepaald bij de eindigheid van het leven, waardoor men de hoop in de toekomst kan verliezen (Allewijn 2007, pag. 487).

Uit longitudinaal onderzoek (Pot 2005, pag. 359-369) blijkt dat een verandering in de situatie in de zorg voor ouderen kan leiden tot depressieve klachten. Verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ouderen zich minder gemakkelijk kunnen aanpassen aan de nieuwe situatie waardoor de kwetsbaarheid toeneemt en daardoor ook de kans op depressie wordt vergroot. Ook wanneer de afstemming van de verpleging of verzorging op de wensen en behoeften van de oudere te wensen over laat kan dat leiden tot stresssituaties. Wanneer ouderen de verhuizing naar een zorginstelling steeds maar uitstellen en op die manier steeds kwetsbaarder worden, zowel in fysiek als geestelijk opzicht, bestaat er een grote kans dat men zich niet meer goed kan aanpassen op de andere woonplek met nieuwe leefomstandigheden (Allewijn 2007, pag. 487).

In de dagelijkse praktijk komen dergelijke situaties veelvuldig voor. De ouderen zijn te broos geworden waardoor mensen geen energie meer hebben om zich aan te passen aan hun nieuwe omgeving. Het leggen van nieuwe contacten blijft uit waardoor de oudere geïsoleerd raakt en zich meer en meer eenzaam gaat voelen. Doordat het bekostigingssysteem van de verpleeghuiszorg in 2010 ingrijpend veranderd is wordt de druk op het verplegend en verzorgend personeel steeds groter; vaak complexere zorg in minder tijd. Hierdoor verschaalt de aandacht voor de oudere, waardoor contacten met medewerkers vervagen. Al met al een zorgelijke ontwikkeling, waarin steeds meer een beroep wordt gedaan op familieleden c.q. mantelzorgers.

We hebben kunnen zien dat het verouderingsproces van de mens gepaard gaat met fysieke en cognitieve achteruitgang. Problemen van psychische aard kunnen ontstaan door bijvoorbeeld de verhuizing naar een verpleeghuis. Vaak betekent het voor de oudere een verlieservaring. Met het oog op mijn onderzoeksvraag is van belang dat de geestelijk

verzorgers op deze verlieservaringen kan inspelen. Hij of zij kan een luisterend oor zijn voor de oudere in kwestie en hem of haar bijstaan en begeleiden in die overgangsfase van het zelfstandig wonen naar een verpleeghuiszetting. In de volgende paragraaf zal ik uitvoerig aandacht besteden aan de verpleeghuiszorg.

1.2 Verpleeghuiszorg

In dit onderzoek richt ik me zoals gezegd op ouderen die in het verpleeghuis verblijven. De thuiswonende ouderen of de in het verzorgingshuis wonende ouderen worden buiten beschouwing laten. Joost Naafs, directeur van ViaZorg omschrijft een verpleeghuis als volgt:

Verpleeghuizen zijn bedoeld voor mensen met een zeer complexe zorgproblematiek. Ze hebben niet echte medisch-specialistische behandeling nodig, maar wel verpleging of een behandeling die ze thuis in ieder geval niet kunnen krijgen. In een verpleeghuis probeert men vooral het erger worden van een ziekte te voorkomen en ongemakken en pijn te verlichten (Naafs 2010, pag. 157).

Joke de Jonge, docente gezondheidskunde, geeft in mijn optiek een completer beeld van een verpleeghuis:

Het verpleeghuis is een voorziening waar multidisciplinaire zorg geboden wordt aan zorgvragers, die als gevolg van een of meer stoornissen niet meer zelfstandig kunnen functioneren. De zorg is hoofdzakelijk gericht op ouderen met stoornissen ten gevolge van somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen, waarvoor de zorgvrager afhankelijk is van professionele behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding. Naarmate de aandoening verergert, kan de behoefte aan verpleeghuiszorg toenemen. Verpleeghuizen leveren semimurale, transmurale en intramurale zorg om aan deze zorgbehoeften tegemoet te komen. Er zijn in Nederland drie soorten verpleeghuizen:

- verpleeghuizen voor somatische zorgvragers
- verpleeghuizen voor psychogeriatrische zorgvragers
- gecombineerde verpleeghuizen die voor beide groepen van zorgvragers een aparte afdeling hebben (De Jonge 1997, pag. 68).

Ouderen die niet langer zelfstandig kunnen wonen hebben vaak beperkingen op verschillende gebieden. Mensen in een dergelijke situatie hebben professionele begeleiding en zorg nodig. 'Verhoogde kwetsbaarheid' is een term die helemaal past bij ouderen in een zorginstelling. 'Een indicatie voor verhuizing naar een instelling wordt anno 2006 slechts afgegeven als dagelijkse, langdurige en intensieve zorg nodig is die niet door mantelzorgers en thuiszorg geboden kan worden' (Allewijn 2007, pag. 480).

Sinds 1963 bestaat de 'Wet op de bejaardenoorden' die het mogelijk heeft gemaakt dat mensen zelf de keuze konden maken om in een tehuis gaan wonen. Inmiddels spreekt

men niet meer van bejaardenoorden, maar van een verzorgingshuis of een woonzorgcentrum voor ouderen. In eerste instantie hoefden bewoners alleen maar aan een leeftijdscriterium te voldoen, maar sinds 1976 is een indicatie noodzakelijk. Aanvankelijk was het verpleeghuis vooral bedoeld voor mensen die na het verblijf in een ziekenhuis moesten herstellen en waar een intensieve revalidatie nodig was. In de loop van de tijd is het verpleeghuis meer en meer een plek van langdurig verblijf van ouderen geworden, dat vooral gericht is op chronische somatische als psychogeriatrische klachten. Verpleeghuiszorg kan zich met name richten op 'het beperken van de gevolgen van voortschrijdende achteruitgang tot het levenseinde' (De Jonge 1997, pag. 68).

De overgang van een zelfstandige situatie naar het wonen in een instelling betekent voor de oudere een grote impact op het leven. Het kan allerlei rouw- en veranderingsprocessen op gang brengen zoals het loslaten van zelfstandigheid, het opgeven van de eigen woning, afhankelijk worden, gebrek aan privacy, verlies van het sociale netwerk etc. Naafs zegt dat mensen in een verpleeghuis vaak niet tevreden zijn omdat er een aantal zaken ontbreken die ze van groot belang achten, namelijk:

Kunnen handhaven van de eigen gewoonten, voldoende goede zorg aangeboden krijgen, hygiëne, rekening houden met maaltijdwensen, hulp bij de maaltijd, genoeg mogelijkheden bieden voor contact met familie, informatie over de behandeling en verzorging (Naafs 2010, pag. 178-179).

Behalve het aanbieden van goede zorg in een verpleeghuis, zal er ook gezorgd moeten worden voor een prettig woon- en leefklimaat waarin volop de gelegenheid wordt geboden voor de eigen manier van leven van de bewoner. Voor veel mensen is de autonomie heel belangrijk waardoor hij of zij invulling kan geven aan zijn of haar eigen behoeften en wensen. Wanneer er, door welke omstandigheden dan ook, geen zinvolle invulling van het leven meer is of geboden kan worden kunnen er psychosociale- en spirituele problemen ontstaan.

In de verpleeghuiszorg is een multidisciplinair team aanwezig dat ouderen kan begeleiden en hulp kan bieden in het overgangsproces. Geertsema, klinisch psycholoog, zegt: 'Ouderenzorg wordt doorgaans getypeerd als multidisciplinaire zorg: zorg waarbij verschillende hulpverleners, met uiteenlopende wetenschappelijke of professionele competenties, samenwerken ten behoeve van de cliënt' (Geertsema 2007, pag. 536). Voorts zegt Geertsema over multidisciplinaire zorg: 'Multidisciplinaire zorg is niet een willekeurig ontstane werkwijze, maar vindt zijn oorsprong en rechtvaardiging in de veelal complexe problemen van de oudere cliënt' (Geertsema 2007, pag. 536). Hij noemt het voorbeeld van een oudere die een herseninfarct heeft gehad en die naast lichamelijke problemen ook neuropsychologische problemen ondervindt. De zorg rond deze patiënt is complex en het perspectief kan negatief zijn, waardoor er allerlei problemen kunnen ontstaan. Om aan deze mensen goede zorg te bieden is het noodzakelijk dat er professionele hulpverleners van diverse disciplines aanwezig zijn om de beste zorg te bieden. Deze disciplines (arts, psycholoog, geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ergotherapeut,

logopedist etc.) moeten goed op elkaar zijn afgestemd, zodat de patiënt er de grootst mogelijke baat bij heeft (Geertsema, pag. 536).

In de praktijk van de zorg wordt er veel aan gedaan om het multidisciplinaire samenwerken te bevorderen. Het beeld dat geschetst wordt is een ideaal beeld. In de praktijk gaan er nog regelmatig dingen mis in de communicatie. Ook in de bejegening naar de bewoner toe gaat vaak het één en ander fout, doordat er soms – over het hoofd van de bewoner heen – een behandeling wordt ingezet. Vaak is een bewoner niet bij machte om daar zelf iets over te vinden. Daarom is het voor de bewoner van cruciaal belang dat de naasten en eventueel mantelzorgers hem of haar kunnen bijstaan om hem of haar te ondersteunen en te begeleiden. Naarmate de zorg complexer wordt is er een grotere rol voor het multidisciplinaire team, zeker wanneer het om palliatieve zorg gaat.

Uit deze paragraaf blijkt dat de zorg voor ouderen in het verpleeghuis complex is. In het verpleeghuis wonen ouderen die heel kwetsbaar zijn en veel zorg nodig hebben. Vanwege de complexiteit is er een multidisciplinair team beschikbaar om deze zorg op te vangen. Voorts is het belangrijk dat de zorg zo goed mogelijk wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de bewoners, zodat ze zoveel mogelijk op hun eigen manier kunnen blijven leven zoals ze gewend waren. In de volgende paragraaf gaan we kijken naar de palliatieve zorg in het verpleeghuis met eigen karakteristieke elementen.

1.3 Palliatieve zorg

Binnen een verpleeghuis wordt ook vaak een sectie ingericht als palliatieve unit. Door een andere manier van bekostiging van de verpleeghuiszorg door de overheid staat het aanbieden van palliatieve zorg onder druk. Op de afdeling waar ik werkzaam ben is er een palliatieve unit die bestaat uit vier eenpersoons kamers. Hier verblijven mensen die geen uitzicht meer hebben op genezing. Dit wil niet altijd zeggen dat mensen snel zullen gaan sterven (terminale fase). De zorg betreft hier de kwaliteit van leven te waarborgen door het verlichten en behandelen van pijn.

Gedurende die periode van verblijf kunnen patiënten verschillende pijnklachten krijgen met allerlei complicaties. In deze setting is er een team van deskundigen aanwezig die aandacht kunnen geven op lichamelijk, psychosociaal en geestelijk gebied. Hierbij staat de patiënt centraal, maar ook naasten kunnen een beroep doen op de deskundigheid van het team. Relevant voor de vraag van deze scriptie is welk effect het proces van life-review heeft op mensen die verblijven op de palliatieve afdeling. Een andere vraag die zich opdringt is of het überhaupt bij deze doelgroep past.

Wanneer mensen op een palliatieve afdeling komen is dat vanwege de naderende dood. Daarom kijken we welke betekenis ‘de dood’ heeft gehad in de geschiedenis en wat de dood vandaag de dag betekent. ‘De grootste zekerheid die er in het leven is, is dat we eens allemaal zullen sterven’, is een veel gehoorde uitspraak. De voorbereiding op het sterven is voor ieder mens anders. In de loop der eeuwen is er veel geschreven over wat een goede dood zou moeten zijn. Dit leidde volgens Carlo Leget (2008) tot ‘een eigen literair genre: de ars moriendi of stervenskunst’ (Leget 2008, pag. 75). In het begin van de

negentiende eeuw speelde de arts een steeds grotere rol in het proces van sterven. Pas rond 1960 kwam de palliatieve zorg op. Deze ontwikkeling resulteerde in een hernieuwde aandacht voor het lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspect van de stervensfase (Leget 2008, pag. 75).

Vóór 1980 was de dood voor heel veel mensen in de westerse cultuur taboe. Philippe Aries gebruikte in zijn grote werk *Het uur van onze dood* de term 'getemde dood' (Aries, 1977 pag. 37). In de vroege middeleeuwen leefden mensen rustig naar de dood toe en de stervensfase werd bewust voorbereid met rituelen, meestal van religieuze aard. De mens in de stervensfase had zelf de regie over het stervensproces en de priester was aanwezig voor het sacrament der stervenden. Kenmerkend was dat de stervende niet alleen was, maar omringd werd door mensen uit zijn vertrouwde sociale omgeving. Aries heeft de opeenvolgende fasen in de geschiedenis in de houding ten opzichte van de dood besproken. Door de eeuwen heen veranderde steeds weer de houding ten opzichte van de dood. In het begin van de twintigste eeuw is de dood verworpen tot een gebeurtenis die niet in het zicht gebracht moest worden, op een zo groot mogelijke afstand van het publiek: de dood was 'wild' geworden.

De kentering kwam vanuit Engeland waar een arts, Dame Cicely Saunders (1918-2005) een hospice in Londen oprichtte (Leget 2008, pag. 27). Hier werd zorg aan stervenden geboden die een gekenmerkt werd door een holistische benadering van de mens. Het ging haar om de zorg voor de mens als geheel: de lichamelijke, de psychische, de sociale en spirituele aspecten. In verband met de holistische benadering kan palliatieve zorg beschouwd worden als een 'totaalzorg' vanuit een holistische kader als kunst van het geheel: 'heelkunst' (Vissers oratie, 2007).

Met behulp van het werk van Carlo Leget, katholiek theoloog en universitair hoofddocent zorgethiek aan de Universiteit van Tilburg, beschrijf ik de palliatieve zorg. Wat is palliatieve zorg? Het woord 'palliatief' is afkomstig van het Latijnse woord 'pallium', dat mantel betekent. Die mantel is een metafoor voor de zorg die hulpverleners bieden aan patiënten die niet meer zullen genezen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van 2002 formuleert palliatieve zorg als volgt:

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (Leget 2008, pag. 28).

Deze definitie werkt Leget vervolgens uit om helder te krijgen wat palliatieve zorg inhoudt:

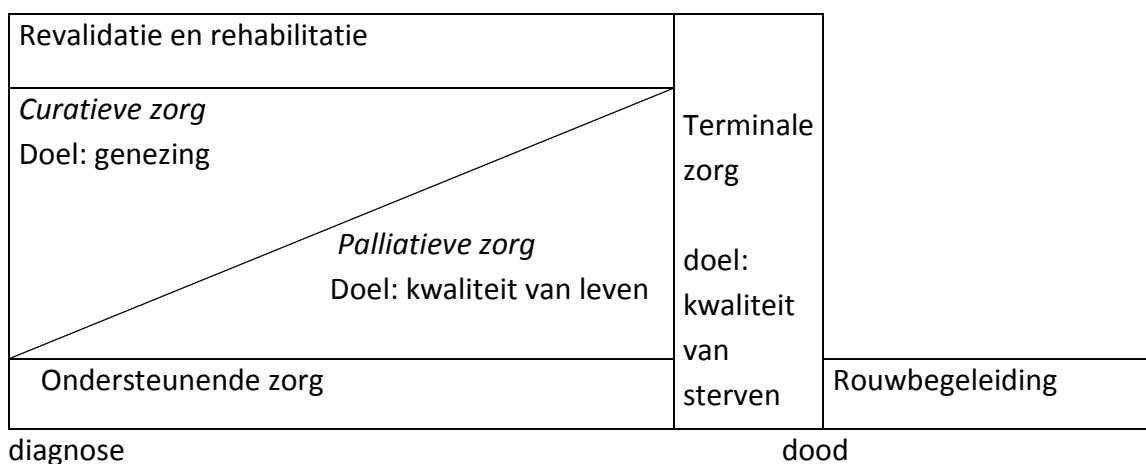
Palliatieve zorg:

- geeft verlichting van pijn en andere pijnlijke symptomen;

- bevestigt het leven en beschouwt sterven als een normaal proces;
- beoogt de dood niet te versnellen of te vertragen;
- integreert de psychologische en spirituele aspecten van patiëntenzorg;
- biedt een systeem van ondersteuning om de patiënt te helpen zo actief mogelijk te leven tot aan de dood;
- biedt een systeem van ondersteuning aan de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met de eigen rouw;
- werkt vanuit een teambenadering om tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten en hun naasten, inclusief rouwbegeleiding als dat aangewezen is; verbetert de kwaliteit van leven en kan ook een positieve invloed hebben op het ziekteverloop;
- kan vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn, zoals chemotherapie en radiotherapie, en omvat ook de onderzoeken die nodig zijn om pijnlijke klinische complicaties beter te begrijpen en te behandelen (Leget 2008, pag. 28).

Naast het werk van Leget heb ik voor de verheldering en beschrijving van het begrip palliatieve zorg gebruik gemaakt van het *Handboek palliatieve zorg* (2005) onder eindredactie van Cor Spreeuwenberg, hoogleraar Zorgwetenschappen verbonden aan de universiteit van Maastricht. Inmiddels is Spreeuwenberg met emeritaat. Het handboek besteedt integraal aandacht aan de palliatieve zorg en is geschreven door deskundige hulpverleners op het gebied van palliatieve zorg. Dit boek is met name bedoeld voor alle betrokkenen rondom de palliatieve zorg.

De zorg voor mensen met een levensbedreigende ziekte en de positie van revalidatie en ondersteunende zorg is in figuur 1 in een schema weergegeven. Het revalideren kan gedurende en na de curatieve behandeling in de palliatieve fase toegepast worden om de kwaliteit van leven te waarborgen en zo mogelijk nog te verbeteren. De duur van de palliatieve fase kan variëren van enkele weken tot soms wel enkele jaren. Het laatste deel van de palliatieve fase is de terminale fase, waarin duidelijk wordt dat het sterven onafwendbaar is (Teunissen en Willems 2005, pag. 31).



Figuur 1 Continuüm van zorg bij levensbedreigende ziekte Bron: Aangepast WHO-model. Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg Utrecht (1998).

In Nederland heeft de werkgroep 'Palliatieve Zorg in de Terminale Fase' van Zorg Onderzoek Nederland een kortere werkdefinitie geformuleerd: *'Palliatieve zorg is alle zorg die gericht is op het verlichten van het lijden van mensen in hun laatste levensfase'* (Teunissen en Willems 2005, pag. 32). Teunissen is werkzaam als oncologieverpleegkundige en gezondheidswetenschapper en Willems is universitair hoofddocent aan het Instituut voor Huisartsengeneeskunde. Beide specialisten zijn van mening dat in de palliatieve zorg het aspect van het verbeteren van de kwaliteit van leven voorop staat. Bij het nemen van ingrijpende beslissingen worden zowel patiënt als naasten ondersteund. Palliatieve zorg wordt verleend vanuit het perspectief dat gebeurtenissen aan de ene kant voorspelbaar zijn en aan de andere kant onverwacht. Plotselinge veranderingen kunnen een crisissituatie veroorzaken waarbij zich allerlei problemen van verschillende aard kunnen voordoen, die goed begeleid moeten worden. Op dat moment moet de zorg goed aansluiten bij de hectiek, complexiteit, beleving en zorgen van het moment (Teunissen en Willems, pag. 33-35).

De achteruitgang van de patiënt en de naderende dood zijn kenmerken die een groot verschil maken met andere zieken. Het is evident dat er voor de patiënt in de palliatieve fase andere dingen belangrijk zijn dan voor mensen die kans hebben op herstel. De zorg die moet worden geboden luistert zeer nauw vanwege de steeds veranderende situatie met nieuwe symptomen in het ziekteproces. Daardoor verandert ook steeds de zorgvraag en zodoende ook het aanbod. Steeds weer moet de zorg alert zijn en opnieuw een evenwicht vinden tussen een patiëntgeoriënteerde benadering en het symptoomgeoriënteerde perspectief (Teunissen en Willems 2005, pag. 36).

Patiënten die in de palliatieve fase verkeren kunnen symptomen ofwel als zinloos ervaren ofwel als een signaal dat het afgelopen is. 'Iedere klacht die voortkomt uit de ziekte, of deze nu somatisch, functioneel, emotioneel, cognitief of sociaal van aard is, wordt door de patiënt ervaren als vermindering van de kwaliteit van leven' (Teunissen en Willems 2005, pag. 37). Symptomen komen op verschillende manieren tot uiting: het zich werkelijk voordoen van het symptoom, de beleving van het symptoom door de patiënt en het ervaren leed (invloed op de kwaliteit van leven) (Teunissen en Willems 2005, pag. 37). Het is noodzakelijk steeds alert te zijn op bovengenoemde symptomen en daarom is een voortdurende analyse zeer belangrijk. Het doel van palliatieve zorg zou als volgt kunnen worden samengevat als 'het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven, zowel door de patiënt als door diens naasten' (Teunissen en Willems 2005, pag. 32). Op de palliatieve afdeling vindt intensieve zorg plaats voor de patiënt. Diverse professionals houden zich bezig met die specifieke palliatieve zorg. In de volgende paragraaf wordt beschreven welke professionals een rol spelen op de palliatieve afdeling en op welke zorg verlenen.

In deze paragraaf is beschreven wat palliatieve zorg inhoudt. Vaak is er een aparte afdeling ingericht voor palliatieve zorg. Op de palliatieve afdeling verblijven mensen die geen uitzicht meer hebben op genezing. Gedurende de periode van verblijf kunnen er zich in het

ziekteproces allerlei complicaties voordoen, waardoor er steeds opnieuw ingespeeld moet worden op elke nieuwe situatie in het ziekteproces. De naderende dood is een kenmerk dat een groot verschil maakt met de patiënt op somatische verpleeghuisafdeling. Een team van deskundigen is aanwezig om hulp en aandacht te bieden op lichamelijk, psychosociaal en geestelijk gebied. In de volgende paragraaf besteed ik aandacht aan de professionals die werkzaam zijn op een palliatieve afdeling.

1.4 Professionele begeleiding in de palliatieve fase

Teunissen en Willems (Teunissen en Willems 2005, pag. 59) spreken van de kerndriehoek van het palliatieve zorgsysteem. Deze kerndriehoek bestaat uit de mantelzorg, de arts en de verpleegkundige. Buiten de bovengenoemde betrokkenen is er paramedische zorg die onder meer kan bestaan uit een psycholoog, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, fysio- en ergotherapeut en een diëtist. Een paramedicus kan door zijn betrokkenheid van grote betekenis zijn voor artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Hij kan vanuit zijn eigen domein, en vanuit zijn eigen optiek, soms een nieuwe visie op de situatie geven. Vissers (2007, oratie), hoogleraar Palliatieve Zorg aan de Radboud Universiteit te Nijmegen, beschouwt palliatieve zorg als een 'multidisciplinair specialisme'. Zo dient de afstemming tussen de onderlinge samenwerkende disciplines zorgvuldig en duidelijk te zijn, zodat er sprake is van optimale zorg voor de patiënt in de palliatieve fase. Kenmerkend voor interdisciplinaire samenwerking is dat de identiteit van het team van behandelaars groter is dan die van de individuele behandelaar. Een tweede kenmerk is dat het behandelend team altijd met elkaar in overleg gaat over nieuwe ontwikkelingen. Als derde kenmerk wordt een teamdoelstelling geformuleerd voor de benodigde zorg. Kenmerk vier is dat één persoon aanspreekpunt is voor het coördineren van de zorg rondom de patiënt en als vijfde kenmerk is een goede wisselwerking in de groep behandelaars nodig voor de kwaliteit van de zorg (Ajemian, 1993). Op mijn werkplek ervaar ik dat de behandelaars elkaar blindelings moeten kunnen vinden en ook vertrouwen. Er is iedere week een multidisciplinair overleg – vaak in het bijzijn van familie – waarin nauwlettend wordt gekeken naar de situatie van de patiënt en of er al dan niet actie moet worden ondernomen ten aanzien van de patiënt of zijn of haar naasten. Belangrijk is hierbij dat er goed geluisterd wordt naar de behoeften en wensen van de patiënt. De zorg moet niet worden opgedrongen, want kwaliteit van leven is niet alleen maar kwalitatief heel goede zorg bieden. Wanneer die kwalitatief hoogwaardige zorg wél geleverd moet worden dan zal deze ook beschikbaar moeten zijn in de aanwezigheid van de medisch en paramedische dienst.

Bovendien benadrukt Vissers (2007, oratie) dat alle leden van de paramedische dienst gespecialiseerd zijn en er experts moeten zijn die psychologische begeleiding kunnen bieden en iemand – en ik noem hier zelf maar even de geestelijk verzorger – die in kan gaan op spirituele en existentiële vraagstellingen.

In het 'National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1995' worden algemene uitgangspunten geformuleerd ten aanzien van de kwaliteit van kennis en kunde van hulpverleners in de palliatieve zorg.

Deze uitgangspunten zijn:

- respect hebben voor de autonomie van patiënt en naaste(n);
- een luisterende houding naar de patiënt en naasten aannemen;
- rekening houden met de visie op kwaliteit van leven van de patiënt;
- de dood niet onnodig willen uitstellen of bespoedigen;
- onzekerheden en kwetsbaarheden durven uiten (Teunissen en Willems 2005, pag. 70-71).

Verder stelt het 'National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1995' dat van ieder teamlid een aantal basisvaardigheden wordt verwacht. Hij of zij dient een brede visie op de zorg te hebben waarin de eigen specifieke professionaliteit kan worden getoond op het gebied van palliatieve zorg. Voor elk afzonderlijk vakgebied wordt verondersteld dat men in zijn of haar eigen domein specialist is. Men moet in staat zijn tot het maken van analyses en het zoeken naar nieuwe mogelijkheden en oplossingen ten aanzien van het lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspect. Verder moet men op een adequate manier informatie verstrekken over de behandeling en prognose, waarbij de patiënt en zijn of haar naasten worden ondersteund. Daarnaast is de samenwerking met collega's van essentieel belang. Met name is hier van belang dat de professionals elkaar bijpraten, coachen en ondersteunen (Teunissen en Willems 2005, pag. 70-71).

We hebben gezien dat professionals hun deskundigheid inzetten om het de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken in deze laatste fase. De vraag is of deze professionaliteit niet teveel wordt voor de patiënt. Zo iets persoonlijks als het sterven luistert voor de patiënt heel nauw. Wil hij of zij al die aandacht die er geboden wordt en mag hij of zij ook gewoon doodgaan? Aspecten die zeer belangrijk zijn bij het verzorgen van patiënten op de palliatieve afdeling zijn de lichamelijke verzorging, de psychosociale begeleiding en de spirituele aspecten.

1.4.1 Lichamelijke verzorging

In de palliatieve fase is de zorg voor het lichaam van wezenlijk belang. Dat betekent dat er volop aandacht is voor de verlichting van lichamelijke klachten zoals pijn, misselijkheid en benauwdheid. Primair is de lichamelijke verzorging gericht op de verhoging van het comfort van de patiënt en is tevens van belang voor de bestrijding van symptomen (Teunissen en Willems, pag. 56). In het verzorgen van het lichaam is de patiënt leidend in de communicatie. In overleg met de verzorging en behandelaars wordt met de patiënt gesproken over zijn of haar voorkeuren, de mogelijkheden en de onmogelijkheden. De lichaamsverzorging verdient alle tijd en aandacht. Juist die tijd en aandacht voor en de afstemming op de wensen en behoeften van de patiënt dragen bij aan de eigen waardigheid. Hier dient de verzorgende vooral ook aandacht te besteden aan de lichamelijke intimiteit van de patiënt (Teunissen en Willems, pag. 55-56). Veel mensen hebben altijd zichzelf gewassen en op het moment dat men op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis komt wordt dat plotseling door een vreemd iemand gedaan. Ooit vertelde een mevrouw dat ze

minutenlang met een ontbloot bovenlijf moest wachten op een verzorgende die 'even' weg moest. De mevrouw vond het zo mensonterend en voelde zich zo klein en afhankelijk.

Ook kunnen culturele waarden, in verband met rituelen, een grote rol van betekenis spelen. Tijdens het wassen kan het prettig zijn voor de patiënten om gemasseerd te worden waardoor hij of zij kan ontspannen (Teunissen en Willems, pag. 56). Van heel groot belang is dat er echt geluisterd wordt naar de patiënt, want er wordt in de praktijk nog wel eens over hem of haar heen gepraat. Soms willen patiënten niet anders dan gewoon met rust gelaten te worden. Naarmate de pijnklachten toenemen wordt de omgang met het lichaam steeds belangrijker en wordt er nog meer zorgvuldigheid gevraagd van de verzorgende. Voor de patiënt die niet meer kan spreken zijn de non-verbale signalen heel belangrijk. De zorg voor het lichaam is in eerste instantie gericht op het bieden van het hoogst mogelijke comfort en is ook belangrijk voor het bestrijden van pijnklachten (Teunissen en Willems 2005, pag. 56). De ondersteuning van professionals heeft tot doel de lichamelijke integriteit te waarborgen. Wijzigingen in het lichaamsbeeld van de patiënt zijn vaak moeilijk te hanteren door de patiënt en hun naasten. Ook kunnen er nare geuren ontstaan door allerlei oorzaken. Daarom is het van groot belang dat er een open communicatie is tussen de professionals en de patiënt en hun naasten, zodat alle problemen die zich voordoen bespreekbaar zijn.

1.4.2 Psychosociale begeleiding

Wanneer genezing uitgesloten is, wordt alles in de zorg gericht op een zo goed mogelijke levenskwaliteit van de patiënt. Het is belangrijk om alles in het werk te stellen het de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken met als doel het lijden te verzachten. Wanneer de patiënt en zijn familie geconfronteerd worden met een ernstige ziekte kan de balans behoorlijk worden verstoord (Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 207). Van de Wiel, psycholoog in het Universitair Medisch Centrum in Groningen, en Wouda, voorlichtingsdeskundige van Stichting Ahmas in Groningen menen dat: 'Overlevingsstrategieën worden langzaam maar zeker vervangen door overlijdensstrategieën, zoals het beperken van de leefwereld in ruimte en tijd' (Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 209). Dit proces van inleveren bestaat uit verlieservaringen en rouw. 'In termen van verlies kan men zeggen dat de patiënt in de palliatieve fase en met name de terminale fase naar de dood toe moet krimpen' (Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 210). Een bijzondere uitspraak want in welke zin *moet* de patiënt hier iets? Er zijn veel patiënten die niet willen toegeven aan de ophanden zijnde dood. Verlieservaringen zijn bij elk mens verschillend en worden als zodanig ook verschillend geïnterpreteerd en ervaren. Globaal kan men spreken over een aantal verlieservaringen; het verlies van: 'maatschappelijke positie; sociale contacten; zelfwaardering, autonomie, emotioneel welbevinden, lichamelijk integriteit, fysiek welbevinden' (Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 210).

Deze fase wordt gekenmerkt door vele emoties. Er kunnen emoties zijn van angst, verdriet, boosheid of depressie. 'Emotionele reacties op een ingrijpende gebeurtenis zijn namelijk een noodzakelijke voorwaarde om tot aanpassing aan de nieuwe situatie te kunnen komen. Geen aanpassing zonder emoties, geen emoties als er niet iets wezenlijk verandert'

(Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 210). Het verwerken van deze emoties kosten veel kracht. Hier spreekt men wel van ‘verwerkingstaken’ voor de patiënt. Deze verwerkingstaken zijn:

- 1 het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau;
- 2 het accepteren van de realiteit van het verlies op kennis- of cognitief niveau;
- 3 het aanpassen aan de nieuwe situatie en het oppakken van de nieuwe taken die daar weer bij horen (Van de Wiel en Wouda pag. 211).

De verwerkingstaken staan in chronologische volgorde en kunnen gepaard gaan met afwisselende emotionele reacties. ‘Hoewel het krimpproces in principe volgens een glijdende schaal verloopt, kent ook dit proces groei, of beter gezegd, krimpstuipen’ (Van de Wiel en Wouda 2005, pag. 211). Er blijken veel rouwprocessen door elkaar te lopen zodat goede en minder goede perioden fluctueren. Hier ligt, in verband met mijn onderzoeksvraag, een belangrijke rol voor de geestelijk verzorger. Hij is deskundig op het gebied van spirituele zorg ofwel zingeving. Hierbij zou ook life-review wellicht een hulpmiddel kunnen zijn om gebeurtenissen uit het verleden te bespreken, te duiden en te verwerken.

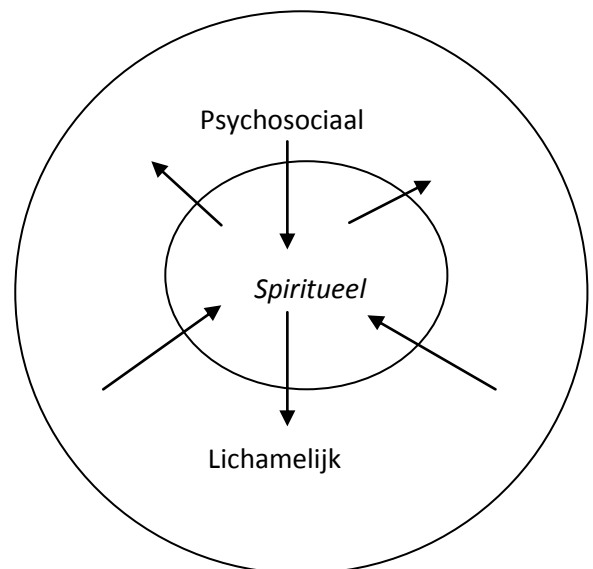
1.4.3 Spirituele aspecten

Bij een levensbedreigende ziekte kunnen mensen zichzelf afvragen waar ze die ziekte aan verdient hebben: Waarom overkomt mij dit? Wat is de zin van dit alles? Deze vragen worden zingevingsvragen of existentiële vragen genoemd. Mensen gaan op zoek naar een antwoord binnen hun levensbeschouwing of religie. In Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk (De Graeff 2010), wordt spiritualiteit als volgt omschreven:

Spiritualiteit is het levensbeschouwelijke functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden. Het gaat bij spiritualiteit om alle mogelijke – van godsdienstige tot alledaagse – bronnen van inspiratie. Voor sommige mensen ligt het accent hierbij op het gevoelsleven (bijv. bidden, genieten van de natuur, literatuur, muziek, kunst) of activiteiten (mediteren, rituelen voltrekken of zich inzetten voor een goede zaak), anderen beleven het meer intellectueel (contemplatie, studie). Spiritualiteit heeft invloed op het hele bestaan, is dynamisch, en heeft meer te maken met de bron van een levenshouding dan met een af te bakenen levensgebied (Leget e.a. 2010, pag. 640).

De landelijke werkgroep *Agora*, een platform voor palliatieve zorg, heeft gekozen voor de definitie van spiritualiteit van het Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut: ‘het levensbeschouwelijk en eventueel godsdienstig functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden’ (Leget 2008, pag. 52). Leget is van mening dat spiritualiteit meer is dan zingeving: ‘Het gaat ook niet alleen om betekenissen van dingen in het leven. Het gaat ook niet alleen om de betekenis van het leven als geheel.

Spiritualiteit gaat uiteindelijk om wat mensen ten diepste beweegt. Wat hen gaande houdt' (pag. 55). Spiritualiteit is dynamisch en volop in beweging.



Figuur 2 Dimensies van zorg (Leget 2008, pag. 55)

In de buitenste schil staat de psychosociale zorg en somatische zorg en in de binnenste schil de spirituele zorg. De lichamelijke zorg is de basale zorg die de mens ontvangt wanneer hij ernstig ziek is. Voordat men überhaupt aan de spirituele zorg toekomt, moet zowel de lichamelijke als de psychosociale zorg goed zijn. De binnenste schil, de kern is moeilijker bereikbaar, want iemand zal niet zomaar de grote vragen omtrent het leven willen delen (Leget 2008, pag. 55-56).

De palliatieve zorg staat voor een holistische benadering, want 'het is de hele mens die in het centrum staat. En zoals een mens niet in compartimenten op te delen is, zo is er ook invloed van de ene dimensie naar de andere' (Leget 2008, pag. 57). De spirituele dimensie kan een positieve uitstraling hebben op de lichamelijke, zodat mensen beter met pijnklachten kunnen omgaan (zie de pijlen van binnen naar buiten). Leget legt uit dat er gelaagdheid bestaat tussen de verschillende dimensies. Er is dus een samenhang tussen de vier verschillende dimensies (Leget 2008, pag. 57).

Dit betekent voor de professionele zorg dat men goed luistert naar de mens in kwestie en dat men luistert naar 'de vraag achter de vraag en de betekenis onder de woorden' (pag. 58). 'Op die diepste lagen spelen zich ook de levensvragen en de spirituele processen af' (pag. 59). Hierin ligt volgens Leget een belangrijke taak voor de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger kan zijn professionaliteit inzetten om de diepere lagen aan te raken. In dit verband noemt Leget Erhard Weiher. Hij geeft in eigen woorden weer wat Weiher beschrijft omtrent het aantal stappen om die diepere lagen te bereiken:

1. 'Voelen'
 - a. Ontmoeting: de 'geestelijk verzorger' opent zich voor de patiënt met onvoorwaardelijke aandacht en respect.
 - b. Waarneming: de 'geestelijk verzorger' gebruikt zijn empathisch vermogen om de situatie van de patiënt te verstaan.
2. 'Denken'
 - a. Analyse: de 'geestelijk verzorger' analyseert de verschillende betekenislagen in het gesprek (zoals de vier dimensies van palliatieve zorg).
 - b. Verstaan: de 'geestelijke verzorger' vormt zich een beeld van hoe de samenhang (het 'geheim') is van zin, identiteit en spiritualiteit van de patiënt.
3. 'Doen'
 - a. Houding: op grond van zijn rol en functie is de 'geestelijk verzorger' representant van een andere dimensie en heeft hij eigen rituele en symbolische mogelijkheden.
 - b. Handeling: de 'geestelijk verzorger' benoemt en bevestigt het 'geheim' (2b) van de patiënt door middel van woorden, rituelen of symbolen. Op die manier probeert hij de krachtbronnen aan te boren waardoor mensen zelf weer verder kunnen (Leget 2008, pag. 60).

De zorg in de palliatieve fase is altijd een multidisciplinaire aangelegenheid. Dat geldt ook voor de spirituele zorg. Zoals in paragraaf 1.4 aangegeven is het samenwerken in multidisciplinair verband van grote waarde voor de patiënt. Elke discipline heeft hierin zijn eigen rol en taak. In de onderlinge samenwerking kan men de interventies goed op elkaar afstemmen met als doel een optimale behandeling van de patiënt. In Tabel 1 (De Graeff 2010, pag. 652) wordt per discipline inzichtelijk welk aandachtsgebied zij heeft. In de praktijk komt veel overlap voor in de verschillende taken van de verschillende disciplines. Deze tabel heeft tot doel om inzicht te geven in de verschillende domeinen. Dat betekent niet dat ze strikt van elkaar zijn gescheiden. Elke discipline heeft haar eigen verantwoordelijkheid en expertise en daarbij verdient het de voorkeur interdisciplinair te werken. Daarbij roept elke discipline een eigen werkelijkheid op bij de patiënt en zal iedere discipline een eigen wijze begeleiding geven (Leget 2010, pag. 652). In dit schema wordt niet gesproken over de rol van de naaste familie en van vrijwilligers. Zij kunnen natuurlijk ook een eigen rol spelen in de begeleiding van de patiënt.

Bij het verzorgen van patiënten op de palliatieve afdeling zijn de lichamelijke verzorging, de psychosociale begeleiding en de spirituele begeleiding zeer belangrijk. Met betrekking tot mijn onderzoek is de geestelijk verzorger niet weg te denken ten aanzien van de palliatieve zorg. Het gaat hier om existentiële vragen, de grote vragen van het leven. En juist de geestelijk verzorger is degene die de professionaliteit heeft om door te dringen tot de diepere lagen van de patiënt in kwestie.

	Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, Psycholoog	Geestelijk verzorger
Primaire focus, ingang referentiekader	Somatisch	Psychosociaal	Spiritueel
Aandacht (altijd)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, Verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen, duiden
Begeleiding (op verzoek van patiënt)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen, doorverwijzen (↔) in kaart brengen	Zoektocht volgen, (←) doorverwijzen, in kaart brengen, interpreteren en wegen
Crisisinterventie (indien aangewezen)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden doorverwijzen(→)	Onderkennen, Begeleiden, Soms: behandelen, (←) doorverwijzen, Interpreteren en wegen

Tabel 1 Vormen van spirituele zorg (Publicatie LKNG, Kun je uit de hemel vallen, december 2001)

1.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we gezien dat het begrip ‘de laatste levensfase’ van mensen meerdere betekenissen heeft. Het begrip roept verwarring op doordat men het kan interpreteren als het sterven of het typeert de laatste levensfase na het vijftenzestigste levensjaar. De groep mensen boven de vijftenzestig jaar zal de komende jaren groter worden waardoor de vergrijzing toeneemt. De verwachting is dat er een stijging te zien zal zijn in de opnames in het verpleeg- en verzorgingshuis. Ouderen komen hier terecht vanwege het feit dat de omstandigheden hen dwingen hier naar toe te verhuizen. Het verhuizen naar een verpleeghuis wordt door ouderen zolang mogelijk uitgesteld. Pas wanneer men voor de fysieke of geestelijke problemen geen oplossing meer ziet komt een verhuizing naar een zorginstelling dichterbij. Men wacht vaak zo lang totdat men geen keuze meer heeft.

Een verpleeghuis is bedoeld voor mensen met een zeer complexe zorgproblematiek. Door de intensieve zorgvraag is de verhuizing voor de oudere naar een verpleeghuis onvermijdelijk. Veel ouderen hebben moeite met de verhuizing van het zelfstandig wonen naar een zorginstelling. Hierdoor ontstaan vaak verlieservaringen die soms kunnen leiden tot een depressie. Wanneer mensen in dergelijke situaties hulp nodig hebben is er een multidisciplinair team van deskundigen aanwezig om iemand te kunnen begeleiden en bij te

staan. Daarnaast kunnen de naasten of vrijwilligers een rol spelen in de begeleiding van de patiënt. Problemen van psychische aard kunnen ontstaan door bijvoorbeeld de verhuizing naar een verpleeghuis. Vaak betekent het voor de oudere een verlieservaring. Met het oog op mijn onderzoeksvraag is het van belang dat de geestelijk verzorger op deze verlieservaringen kan inspelen. Hij kan een luisterend oor zijn voor de oudere in kwestie en hem of haar bijstaan en begeleiden in die overgangsfase van het zelfstandig wonen naar een verpleeghuiszorgsetting. Binnen de verpleeghuizen is vaak een palliatieve afdeling gevestigd waar ouderen verblijven die binnen afzienbare tijd zullen sterven.

In dit hoofdstuk is verder beschreven wat palliatieve zorg inhoudt. De Wereld gezondheidsorganisatie WHO omschrijft palliatieve als volgt:

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Om palliatieve zorg adequaat te verlenen is op de palliatieve afdeling een multidisciplinair team aanwezig die ter beschikking staat van de patiënt en zijn of haar naasten. Gedurende de periode van verblijf kunnen er zich in het ziekteproces allerlei complicaties voordoen, waardoor er steeds opnieuw ingespeeld moet worden op elke nieuwe situatie in het ziekteproces. De naderende dood is een kenmerk van palliatieve zorg dat een groot verschil maakt met de patiënt op de somatische verpleeghuisafdeling. In de palliatieve zorg is zoals eerder beschreven sprake van de aanwezigheid van een multidisciplinair team. Dit zijn professionals die aandacht hebben voor de hele mens: aandacht voor lichamelijke verzorging, psychosociale begeleiding en spirituele begeleiding. Deze aspecten zijn van essentieel belang voor de patiënt. De professionals zetten hun deskundigheid in om de kwaliteit van leven te waarborgen. Naast de aandacht voor de patiënten is de professional ook beschikbaar voor de naasten om hen waar nodig te begeleiden en te ondersteunen. Bedacht moet worden dat in de beschrijving gesuggereerd wordt dat het een vanzelfsprekendheid is dat een dergelijke professionele zorg niet de vraag is van iedere patiënt. Er wordt vanuit gegaan dat de patiënt zelf kiest voor de zorg die bij hem of haar past.

Voorts kijk ik in deze scriptie naar welke functie de geestelijk verzorger in de palliatieve zorg heeft. De geestelijk verzorger is expert op het gebied van de spirituele dimensie en in de definitie van de WHO hebben we gezien dat de spirituele dimensie tot het wezenlijke van de palliatieve zorg behoort. Patiënten die een levensbedreigende ziekte hebben kunnen zichzelf afvragen waaraan ze die ziekte verdiend hebben. Vragen die naar boven komen worden existentiële vragen of zingeingsvragen genoemd. Patiënten gaan op zoek naar antwoorden op deze vragen. Hierbij kan de geestelijk verzorger zijn professionaliteit inzetten om door te dringen tot de diepere lagen van de patiënt (zie schema Weiher, pag. 23). Door

goed te luisteren naar de patiënt en zijn verhaal en de vraag achter de vraag kan begrijpen. De spirituele dimensie kan een positieve uitstraling hebben op de lichamelijke, zodat mensen beter met pijnklachten kunnen omgaan.

We hebben gezien dat de geestelijk verzorger de deskundige is op het gebied van zingeving. In het volgende hoofdstuk kijken we naar welke bijdrage life-review kan leveren in de palliatieve fase en hoe dat zich verhoudt tot het werk van de geestelijk verzorger.

Hoofdstuk 2 Life-review

In mijn werk als geestelijk verzorger in een verpleeg- en verzorgingshuis blijkt dat het vertellen van het levensverhaal voor veel mensen van groot belang is. Blijkbaar bestaat de behoefte om specifieke dingen die zich hebben afgespeeld in het verleden nog eens te bespreken. De aanleiding om mijn scriptie te wijden aan 'life-review' was mijn interesse in het werk van Barbara Haight. Zij heeft een life-review methode ontwikkeld die gebruikt kan worden om het geleefde leven nog eens gestructureerd langs te gaan. Daarbij kan het helpend zijn onopgeloste problemen of gebeurtenissen in het leven op een goede manier een plek te geven zodat mensen tot een aanvaarding van het leven te komen zoals dat is geleefd. We zagen al dat dit raakt aan de focus van geestelijke verzorging. In dit hoofdstuk wil ik laten zien wat life-review inhoudt en wie het heeft ontwikkeld. Daarnaast wil ik onderzoeken welke effecten life-review kan hebben voor mensen in de palliatieve fase.

In paragraaf 2.1. zal ik de theorie van de grondlegger Robert Butler bespreken, waarna in paragraaf 2.2. het werk van Barbara Haight, dat richtinggevend is voor de praktische uitvoering van life-review, volgt.

2.1 Robert Butler

De Amerikaanse psychiater Robert Butler introduceerde als eerste het begrip life-review. Hij heeft dit ter sprake gebracht in het artikel 'The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged' (1963). In dat artikel stelde hij dat het ophalen en vertellen van herinneringen een normaal ouderdomsverschijnsel is. Hij beschouwde life-review 'als een natuurlijk innerlijk proces in de ouderdom, dat verbonden is met het zich bewust zijn van de naderende dood' (Butler 1963, pag. 66). Voor het goed afsluiten van het leven is life-review essentieel, meende hij. In de alledaagse werkelijkheid blijkt dat er ook heel veel ouderen zijn die het leven probleemloos kunnen afsluiten zonder een life-review proces.

Volgens Butler speelt het life-review proces in de laatste fase van het leven. De oudere mens moet het leven met zijn hoogte en dieptepunten accepteren. Wanneer mensen het leven hebben aanvaard en de zin daarvan kunnen ontdekken, dan pas kunnen mensen ook terugblikken op hun leven. Een life-review kan zorgen voor nieuwe inzichten die leiden tot het oplossen van oude problemen.

Butlers gedachten sluiten aan bij de levenscyclustheorie van Erikson (1950). Het leven van elk mens doorloopt een aantal fasen, stelt Erikson. Elke fase heeft een ontwikkelingstaak die kenmerkend is voor die fase (Tabel 2). Tegenover een positieve ontwikkelingstaak staat ook een negatieve. Erikson noemt het begrip 'integriteit' en daarmee bedoelt hij dat een mens zijn leven als betekenisvol kan ervaren. Volgens Erikson staat in de fase van de ouderdom – de laatste levensfase – 'ego-integriteit versus wanhoop' centraal. In deze fase maakt de mens de balans op van zijn leven. Wanneer blijkt dat het leven goed is geweest is er sprake van acceptatie. Dat kan rust en ruimte creëren, het kan wijsheid en sereniteit brengen en acceptatie van de eindigheid van het leven. Indien dat leven niet goed is geweest

kan er wanhoop ontstaan, want het leven nadert het einde en er is weinig tijd en perspectief meer om het leven nog een andere wending te geven.

Age	Conflict	Resolution or "Virtue"
Infancy (0-1 year)	Basic trust vs. mistrust	Hope
Early childhood (1-3 years)	Autonomy vs. shame	Will
Play age (3-6 years)	Initiative vs. guilt	Purpose
School age (6-12 years)	Industry vs. inferiority	Competence
Adolescence (12-19 years)	Identity vs. confusion	Fidelity
Early adulthood (20-25 years)	Intimacy vs. isolation	Love
Adulthood (26-64 years)	Generativity vs. stagnation	Care
Old age (65-death)	Integrity vs. despair	Wisdom

Tabel 2 Erikson (bron: infoNu.nl)

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat Butler zich volledig concentreert op de oudere mens. Butler geeft toe dat er in iedere levensfase sprake kan zijn van een terugblik op het verleden en dat elke crisis in een mensenleven aanleiding kan geven tot life-review. Toch meent hij dat life-review frequenter en meer intensief aanwezig is in de (vroege) ouderdom.

Samenvattend kan worden gezegd dat Butler life-review beschouwt als een natuurlijk innerlijk proces in de ouderdom dat verbonden is met het zich bewust zijn van de naderende dood. Butler is van mening dat life-review essentieel is om het leven goed te kunnen afsluiten. Hij gebruikt de levenscyclustheorie van Erikson om aan de hand van de verschillende fasen in het leven het geleefde leven te overzien.

In zijn werk legt Butler geen directe verbinding met palliatieve zorg. Hij spreekt slechts over ouderen in zijn algemeenheid. Die koppeling is ook niet zichtbaar in het werk van Barbara Haight. Zij heeft vervolgens in Butler's werk aanleiding gezien om life-review verder uit te werken en te ontwikkelen. Haight heeft onder andere een gestructureerde life-review methode ontwikkeld. In paragraaf 2.2 bespreek ik haar werk.

2.2 Barbara Haight

De Amerikaanse psychologe Barbara Haight heeft veel onderzoek gedaan op het gebied van life-review. Volgens Haight is het hoofddoel van life-review het bereiken van 'integriteit': 'The main goal of the Life Review is to help the Reviewer reach Integrity' (Haight 2007, pag. 18). En hiermee sluit ze, net als Butler, aan bij de levenscyclustheorie van Erikson. De therapeut probeert de cliënt te begeleiden door de hele levensgeschiedenis te bespreken zodat ze hij of zij het leven kan accepteren zoals dat is geleefd.

Het begeleiden van cliënten om zich met hun leven te kunnen verzoenen en daardoor integriteit kunnen bereiken wordt als het hoogste doel gezien. Daarnaast levert life-review belangrijke resultaten: minder depressies, een grotere tevredenheid met het leven, herstel van relaties, zelfacceptatie, loutering, verbetering in andere relaties, vrede etc. In overeenstemming met Butler gebruikt Haight de levenscyclustheorie van Erikson. De methode van Structured Life Review proces is gebaseerd op die theorie (Haight 2007, pag. 9).

Essentially, Erikson described the stages of man, which he described as Integrity vs. Despair. He stated that man must accept his life as it was lived in order to gain integrity, wisdom, and happiness. He went on to say that if man cannot accept his life as it was lived, he would end up in despair and hopelessness (Haight 2007, pag. 9).

Hoewel het bereiken van integriteit het ultieme doel is, zullen sommige cliënten dat doel nooit bereiken. Er zijn namelijk vele factoren die invloed hebben op een mensenleven zodat life-review niet altijd effectief is. 'While Life Review can help people approach Integrity by allowing them to reconcile the way they lived their lives, it can 't treat pathologies or change personalities' (Haight 2007, pag. 18).

In de volgende subparagrafen ga ik in op: de toepassing van 'Structured life-review' (2.2.1), de begeleiding bij life-review (2.2.2), de cliënten die aan het life-review proces deelnemen (2.2.3), de toepassing van life-review bij stervenden (2.2.4) en de effecten van life-review en wetenschappelijk onderzoek (2.2.5).

2.2.1. Structured life-review

Haight heeft een gestructureerde life-review methode ontwikkeld, toegepast en ook getoetst. Deze methode kan in elke leeftijdsfase worden toegepast. In *The Handbook of Structured Life Review* (Haight 2007) omschrijft zij heel beknopt en helder het proces van gestructureerde life-review en de tools en interviewmethoden die men nodig heeft in het 'Structured Life Review' proces. Hoewel de methode eenvoudig lijkt, waarschuwt Haight voor onderschatting.

Do not be deceived by the seeming simplicity of the approach and the uncomplicated guidelines in the practical "how to do it" book. A wide range of professionals and laypersons alike will appreciate this comprehensive guide to an evidence-based, effective, and rewarding tool for engaging people in talking about and evaluating their lives (Haight 2007, pag. xii).

Haight heeft gedurende dertig jaar onderzoek gedaan naar de effecten van life-review en heeft aangetoond dat een gestructureerde life-review – in het bijzonder voor ouderen – heel nuttig en therapeutisch is (Haight 2007, pag. 1). Haight geeft aan dat iedereen in principe een Structured Life Review kan afnemen, mits zij een goede opleiding hebben gehad, en voldoende intelligent zijn om de instructies van de praktijk te kunnen begrijpen. Wanneer de vaardigheden en de technieken goed worden uitgevoerd zoals in het handboek wordt aangegeven én bovendien een goed luisteraar is, kan iedereen de life-review uitvoeren. Haight stelt dat life-review in concept eenvoudig is. Echter, in de praktijk is het toch ingewikkeld. 'You, as the Therapeutic Listener, must learn and practice good listening habits, good counseling skills and techniques, and good Life Review practices. You must identify and deal with a variety of "Life Reviewers" to guide each one through a successful Structured Life Review process' (pag. 3). Hierin is Haight heel vaag. Bovendien

geeft zij niet aan welke opleiding er nodig is en in welke mate iemand geschikt is voor het uitvoeren van een life-review.

Het proces van Structured Life Review neemt ongeveer zes tot acht weken in beslag en dat betekent dat er acht ontmoetingen (visits) worden gepland. Haight heeft voor de life-review speciale formulieren (LRF formulieren; Bijlage I) ontwikkeld om een gestructureerd life-review proces te laten plaatsvinden. In bijlage I wordt getoond met welk format in de praktijk gewerkt wordt. De vragen geven structuur en richting aan de Structured Life Review en zijn ook bedoeld ter stimulering van de cliënt, om belangrijke gebeurtenissen in zijn leven op te roepen. De begeleider moet het formulier gebruiken als leidraad, niet als een vorm van overhoring of test (Haight 2007, pag. 19). Haight merkt op dat een begeleider actief moet luisteren:

...the person conducting the Life Review is supposed to be an active Therapeutic Listener. The Listener must continuously keep this identity in mind. The questions that make up the LRF are only there to help explore a life and need not be covered and answered in their entirety. Note, however, that the LRF questions do provide structure for the process, so we recommend using most of them in most cases (Haight 2007, pag. 19).

Haight noemt mogelijke voordelen van Structured Life Review: verzoening met het verleden, vergeving ontvangen, verminderen van depressie, herstel van familiebanden, herstel van vriendschap, het vergroten van eigenwaarde etc. Natuurlijk kan Structured Life Review ook anderen helpen met bijvoorbeeld traumatische ervaringen (nazorg bij overlijden, scheiding, ziekte etc.).

Tabel 3 laat de verbinding zien tussen de stadia van Erikson en de Structured Life Review.

Adaption of Erikson's Life Stages Model to the Life Review Process

Stage	Age	Visit
1. Trust vs. Mistrust	Early Childhood	2
2. Autonomy vs. Shame and Doubt	Childhood	2
3. Initiative vs. Guilt	Childhood	3
4. Industry vs. Inferiority	Young Adolescence	3
5. Identity vs. Role Confusion	Adolescence	4
6. Intimacy vs. Isolation	Young Adulthood	4
7. Generative vs. Stagnation	Older Adulthood	5
8. Integrity vs. Despair	Oldest Adulthood	6 & 7

Tabel 3 (Haight 2007, pag. 21)

De eerste ontmoeting (Visit 1) in de Structured Life Review is bedoeld om kennis te maken met de cliënt. In dat gesprek beoordeelt men de situatie van de cliënt op dat moment en

hoe het gesteld is met de fysieke en mentale toestand. Belangrijk is hierbij een *'Life Review Agreement'* (bijlage II) te maken waarin het doel, de procedure en de risico's zijn vermeld.

De laatste ontmoeting is bestemd voor het beëindigen van het proces (Visit 8). Deze ontmoeting staat in het teken van het afscheid nemen van de cliënt, het life-review proces af te ronden en de uitkomsten te bespreken. In die laatste ontmoeting kan de begeleider de cliënt de mogelijkheid bieden om doorverwezen te worden naar professionele zorgverleners (Haight 2007, pag. 171-172). De tussenliggende ontmoetingen zijn gesprekken aan de hand van de LRF formulieren. In principe wordt het aantal van acht ontmoetingen gehanteerd. Hier kan echter van afgeweken worden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een slechte gezondheidstoestand of de hoge leeftijd van iemand. Er kan in die omstandigheden een beperkt aantal ontmoetingen plaatsvinden of dat de ontmoetingen in plaats van een uur een half uur duren. Het schema kan flexibel gehanteerd worden en afgestemd worden op de persoonlijke wensen van een cliënt. Haight noemt hierbij als voorbeeld een onderzoek met kankerpatiënten die beenmergtransplantaties ontvingen. Doordat zij ernstig ziek waren konden de ontmoetingen niet langer duren dan een half uur (Haight 2007, pag. 21).

Eén ontmoeting per week heeft de beste uitwerking, meent Haight. Veel mensen hebben tijd voor zichzelf nodig om na te denken over het vertelde en hun gedachten te ordenen. *'This private processing is important to the success of the Life Review and often consists of the Life Reviewers "editing and evaluating" their memories by themselves'* (Haight 2007, pag. 22). Ook begeleiders hebben tijd nodig om te overdenken wat de ontmoeting met hen heeft gedaan.

De eerste ontmoeting in de life-review is van cruciaal belang voor het proces. De begeleider moet zich zorgvuldig voorbereiden en men moet goed georganiseerd zijn, zodat de cliënt een goede indruk krijgt en zich ook veilig kan voelen (Haight 2007, pag. 22). Voorafgaand aan het life-review proces wordt door Haight een checklist aangereikt die essentieel is voor een goed proces. Hierbij geeft ze een advies aan de begeleider: *'You must be friendly, open, observant, and ready to practice good (therapeutic!) listening techniques. You must start at the beginning to build a bond of trust with your Life Reviewer'* (Haight 2007, pag. 22). De volgende vijf ontmoetingen lopen door alle ontwikkelingsstadia van Erikson heen. Haight tekent hierbij aan dat de begeleider op zijn hoede moet zijn in de vierde ontmoeting: *'Note that the fourth visit is often a turning point for Reviewers. They can either really get into the process or perhaps feel regret at having shared so many previously undisclosed facts'* (Haight 2007, pag. 22). In de laatste ontmoeting worden de resultaten van het proces besproken en kan een afronding van het proces plaatsvinden. Het meten van resultaten zou het beste zes maanden na afloop van het life-review proces kunnen plaatsvinden, meent Haight (pag. 23).

In het life-review proces is de structuur een belangrijk element. Doordat men systematisch door alle ontwikkelingsfasen van het leven heen gaat is er een geringe kans dat men gebeurtenissen overslaat. Het model van Erikson dient als basis voor deze structuur (pag. 24). Uit de ervaring van Haight blijkt dat een proces van zes weken – iedere week één ontmoeting – een goede basis biedt om een vertrouwensrelatie op te bouwen. *'It actually is*

remarkable that all the benefits gained from the Life Review can occur in 6 weeks!’ (pag. 25). De één-op-één situatie is een ander kenmerk en volgens Haight leidt dat tot het beste resultaat (Haight 2007, pag. 26). ‘In a Structured Life Review, there is an assurance of privacy and confidentiality, which provides a sense of safety for Reviewers that is so essential to honest, trusting disclosure and self-evaluation of their lives, leading to therapeutic outcomes’ (Haight 2007, pag. 26). In groepsverband zouden mensen zich minder veilig kunnen voelen en zodoende precaire gebeurtenissen in hun leven niet noemen. Een ander voordeel van één-op-één situatie is dat er intimiteit en een vertrouwensband ontstaat tussen twee mensen. “Often Listeners and Reviewers evolve to share a special bond and the one-to-one relationship is a critical and unique component of the Life Review process’ (pag. 27). Tot slot noemt Haight evaluatie als het meest belangrijke element van life-review. De cliënt kan in de evaluatie nog eens overzien hoe het proces is verlopen. Daarbij kan hij de besproken gebeurtenissen in het leven nog eens de revue laten passeren en beoordelen wat de impact is geweest op zijn leven en welke invloed dat heeft op het heden.

The process of reconciling difficult events, making meaning of others, and accepting all of them contributes to understanding. Understanding why the past life was lived the way it was is the key to acceptance. Understanding generates new meaning and contributes to the goal of the Life Review: Integrity, that is, accepting one’s life as it was lived (Haight 2007, pag. 27).

2.2.2 Begeleiding bij life-review: interviewtechnieken en vaardigheden

Zoals we hebben kunnen zien is het van groot belang dat mensen goed worden begeleid in het life-review proces. Begeleiding is vooral nodig om de gebeurtenissen in het verleden te duiden en te kijken welke invloed die gebeurtenissen hebben op het leven van nu. Haight geeft een voorbeeld hoe de begeleider de cliënt kan helpen te gaan spreken. Zij doet dit door vragen of opmerkingen te maken in de trant van: “*How did that make you feel?*” of “*Tell me more about what that means to you.*” (Haight 2007, pag. 27). De begeleider is en blijft verantwoordelijk voor het proces van evaluatie. Ten slotte geeft Haight een opsomming uit welke onderdelen evaluatie bestaat :

- Listening to what is being said and picking up on the nuances of the statement and the accompanying emotions.
- Responding appropriately and asking for clarification, which directs the Reviewer to appraise the situation.
- Inquiring about the Reviewer’s thought and feelings, which initiates evaluation.
- Giving the Reviewer time to do all that work and then to use you, the Listener, as a sounding board to get feedback.
- Integrating the reappraised thinking into the Reviewer’s own life story (Haight 2007, pag. 27).

De therapeutisch begeleider van het life-review proces geeft leiding en sturing aan het proces. Een ieder die zich verdiept in de theorie van life-review in het handboek van Haight zou in staat moeten zijn om een goede begeleider te zijn, meent Haight (Haight 2007, pag. 39).

The main requirements of the Listener include asking probing questions from the LRF, then listening attentively and responding appropriately to the stories told by Reviewers. The word “therapeutic” indicates a conscious effort by the Listener to be responsive and helpful during the process, building a bond and sense of trust with the Reviewer, so that the Reviewer will benefit from the Life Review (Haight 2007, pag. 39).

Haight noemt vervolgens een aantal interviewtechnieken voor een goed therapeutisch begeleider (Haight 2007, pag. 40): aandacht hebben en belangstelling tonen voor iemands verhaal, inspelen op iemands gedachten en daar betekenis aan geven, reflecteren op de gevoelens van iemand, parafraseren en samenvatten van de hoofdzaken in het life-review proces.

Naast interviewtechnieken zijn er counseling vaardigheden noodzakelijk, want een goede begeleider moet bekwaam zijn het life-review proces te kunnen begeleiden zodat het ook effectief is voor de cliënt. Haight presenteert vijf counseling vaardigheden: ‘Acceptance, Caring, Unconditional Positive Regard, Empathy, and Congruence (Haight 2007, pag. 49). Deze counseling vaardigheden zal de begeleider zich eigen moeten maken. Een goede begeleider integreert deze vaardigheden, meent Haight.

Acceptatie staat voor het volledige accepteren van de cliënt gedurende het hele life-review proces. Wanneer men iemand accepteert, moet men de cliënt volledig in zijn waarde laten en zich kunnen aanpassen aan hun tekortkomingen. ‘To be accepting, Listeners must be aware of their own prejudices’ (Haight 2007, pag. 50). Haight verduidelijkt dat met een voorbeeld: Stel dat een begeleider in zijn vroege jeugd een vader en moeder had die aan alcohol verslaafd waren. De begeleider zou dan een probleem kunnen hebben met het life-review proces van een man die alcoholist is (pag. 50). Wanneer een begeleider het toch te ingewikkeld vindt, dan moet hij een andere begeleider inschakelen, want het mag niet gebeuren dat een cliënt hiermee wordt geconfronteerd. ‘Therapeutic Listeners need to know themselves first, before trying to help others’ (Haight 2007, pag. 50).

Het *zorgzaam zijn* wordt gekenmerkt door gevoelens van zorg, van medeleven, interesse en gevoel voor de gesprekspartner, de cliënt. Hierdoor kan warmte en openheid ontstaan in de gesprekken. ‘The Therapeutic Listener must genuinely care about the Life Reviewer as to what the Reviewer is saying, feeling, and doing; how comfortable the Reviewer is; and how the life story is progressing’ (Haight 2007, pag. 50).

Een *onvoorwaardelijk positief respect* tonen voor de cliënt en zijn verhaal zonder enig voorbehoud. De cliënt moet het gevoel hebben dat zijn verhaal er mag zijn. ‘Therefore, if the Listener projects unconditional positive regard, there are no limitations on the Listener’s

positive respect for the Reviewer. The reviewer must be made to feel free to say whatever comes to the mind; the Listener will always respond in a receptive, encouraging manner' (Haight 2007, pag. 51).

Empathie is het begrijpen en het delen van gevoelens, gedachten of ervaringen van een ander. 'The Listener must feel and project the same feelings as the reviewer during the ebb and flow of the Life Review' (Haight 2007, pag. 51). Voor een capabele begeleider is empathie een natuurlijke eigenschap en kan daardoor adequaat reageren op een emotionele gebeurtenis in het leven van de cliënt. Veel mensen verwarren sympathie met empathie, en Haight vergelijkt beide begrippen met elkaar:

Empathy is understanding *and* internalizing the losses from the Reviewer's viewpoint – not the Listener's viewpoint – and conveying this understanding to the Reviewer. Sympathy is more objective, whereas empathy is more subjective. In the Life Review, empathy requires appropriate listening and timely responses to reflect the Listener's feelings while sharing the Reviewer's emotions (Haight 2007, pag. 51).

Congruentie betekent echte harmonie en overeenstemming. Om congruent te zijn moet iemand *echt* (zichzelf) en eerlijk zijn, en zonder voorbehoud kunnen reageren op de gevoelens van de cliënt in het proces van life-review. 'Listeners must be "one" with the Reviewers. They match, they fit, and they are compatible in their thoughts' (Haight 2007, pag. 52). Congruentie betekent dat men luistert naar het verhaal van de cliënt terwijl men dezelfde emoties voelt. 'Congruence occurs when Reviewers and Listeners are emotionally and intellectually engaged at many levels during the Life Review' (Haight 2007, pag. 52).

Haight beroept zich hier boven op het werk van Carl Rogers (1961). Counseling is oorspronkelijk gebaseerd op de humanistische psychologische stroming waarin Rogers de centrale figuur was. Deze counseling vaardigheden sluiten opvallend goed aan bij de attitude van de geestelijk verzorger. In hoofdstuk drie, waar de rol van de geestelijk verzorger aan de orde komt, wil ik me gaan focussen op deze vaardigheden.

2.2.3 Cliënten (Reviewers)

Life-review is in de visie van Butler vooral geschikt voor oudere mensen. Haight is een andere mening toegedaan, zij is van mening dat life-review ook helpend en helend is voor jongere mensen die te maken hebben gehad met traumatische gebeurtenissen of een significant verlies hebben ervaren (Haight 2007, pag. 53). In haar onderzoeken heeft Haight (2000) zich echter voor het grootste deel gericht op ouderen die boven de vijftig zijn. Veel ouderen genieten van het vertellen van verhalen, met name wanneer ze boven de pensioengerechtigde leeftijd zijn gekomen. De meeste van hen beschouwen life-review als een welkome kans en geloven dat zij jongeren iets te zeggen of te leren hebben en te delen van de verworven wijsheid in het verleden. Zij ervaren life-review niet als therapie: 'They do not consider Life Review as therapy, and it is not meant to be therapy; however, in most instances, recalling a life is, in fact, therapeutic' (Haight 2007, pag. 53).

Vanwege het feit dat life-review een vrij natuurlijk proces is en overal kan plaatsvinden verdient life-review volgens Haight de voorkeur boven het consulteren van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Die stap zou voor de oudere net een stap teveel kunnen zijn waardoor hij of zij de begeleiding afwijst (Haight 2007, pag. 53). Wanneer een oudere geconfronteerd wordt met de verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis kan verlies worden ervaren. Hierin kan life-review helpend zijn om op een goede manier om te gaan met veranderingen. Haight vindt het aanbevelingswaardig dat verpleeg- of verzorgingshuizen iemand in dienst zouden moeten hebben die luistert naar de behoeften die zij hebben (Haight 2007, pag. 53).

Haight onderscheidt verschillende typen cliënten, en is van mening dat een goede begeleider deze verschillende typen moet kunnen herkennen: 'The good Therapeutic Listener should be able to recognize the many types of Life Reviewers so as to know what skills and techniques would be most helpful in conducting a particular Life Review' (pag. 54). Een aantal typen reviewers zijn onder andere (Haight 2007, pag. 55):

- De verhalen vertellende reviewer: Reviewer die geniet van het praten over het even en die gebruik maakt van tal van voorbeelden te illustreren gebeurtenissen.
- De terughoudende reviewer: Reviewer die communiceert met kernachtig geformuleerd commentaar, en is niet gewend om te spreken over het verleden.
- De externe reviewer: Reviewer die vrij spreekt over gebeurtenissen uit het verleden, maar niet over persoonlijke gebeurtenissen in het verleden.
- De creative reviewer: Reviewer wiens identiteit en het geheugen is beïnvloed door wat hij of zij wenste dat waar zou zijn en zich niet bewust van een discrepantie in het verhaal.
- De ontkenkende reviewer: Reviewer die een traumatische gebeurtenis in het verleden te blokken, door te weigeren het bestaan ervan te erkennen.
- De bloedende reviewer: Reviewer die gelooft dat zijn of haar leven extreem moeilijk is zwelgt in zelfmedelijden.

Haight geeft aan dat het zeer belangrijk is te weten hoe er met de verschillende typen cliënten moet worden omgegaan. In het handboek geeft zij bij ieder type een manier om te handelen aan. Het vergt van de begeleider een goede voorbereiding en het luistert nauw om zo goed mogelijk aan te sluiten bij het type cliënt. De vraag die zich hier opdringt is: wat wordt verstaan onder een goede begeleider? Haight geeft op deze vraag niet een duidelijk antwoord en dat hebben we al eerder geconstateerd in paragraaf 1.2.1.

2.2.4 Life-review bij stervenden

In deze scriptie richt ik mij op mensen die verblijven op de palliatieve afdeling van een verpleeghuis. In haar theorie spreekt Haight nergens over de palliatieve zorg. Wél besteedt Haight aandacht voor life-review in de stervensfase. Er is echter een duidelijk onderscheid tussen de palliatieve fase en de stervensfase. Desalniettemin denk ik toch in deze context aandacht te moeten besteden aan life-review bij stervenden. Overigens besteedt Haight hier

summier aandacht aan. Zij meent dat Structured Life Review heel effectief kan zijn wanneer het gaat om stervende mensen. Op het moment dat mensen hebben aanvaard dat de dood onvermijdelijk is, verlangen zij er naar om hun leven op orde te brengen (Haight 2007, pag. 186). Voorafgaand aan het sterven moet er vaak van alles geregeld worden. De stervende wil bijvoorbeeld zijn testament regelen, de uitvaart moet gepland worden met misschien bepaalde wensen, of dat er nog een afscheidsmoment moet plaatsvinden rondom het sterfbed.

Wanneer deze taken afgerond zijn komt er vaak een moment van bezinning waarin soms dingen naar voren kunnen komen uit het leven die nog niet zijn uitgesproken of zaken die onafgemaakt zijn. In het geval dat een stervende wil praten, gebeurt het vaak dat ze allereerst over hun eigen dood willen spreken. 'Those who are dying feel new urgency to resolve old issues and then to die peacefully' (Haight 2007, pag. 186). Het toepassen van life-review kan helpen enig houvast te geven. Door het delen van levensgebeurtenissen kan de stervende zich gesterkt voelen vanwege het feit dat hij daarvoor alle tijd en aandacht krijgt. Zij verlangen er naar om hun verhaal te delen met anderen. 'People who are dying are very eager to review the lives that they are leaving behind and to finalize their legacy, regardless of age' (Haight 2007, pag. 186).

Haight noemt ter illustratie een voorbeeld van een vrouw die stervende is. Gedurende het proces van life-review – in de fase van de kindertijd – kwam naar voren dat zij seksueel misbruikt is door haar broer. Buiten het proces van life-review om is zij de confrontatie met haar broer aangegaan. Het proces van life-review heeft deze ervaring uitsluitend weer tevoorschijn gehaald. In gesprek met haar broer sprak ze haar verdriet en boosheid uit en welke impact dat op haar leven heeft gehad. Haar broer had ook zijn hele leven met een groot schuldgevoel rondgelopen. Deze ontmoeting tussen broer en zus is goed geweest. Hij heeft haar zijn excuses kunnen aanbieden en vergeving gevraagd voor zijn daad. Hierdoor kon de relatie tussen beiden hersteld worden waardoor er een goede afsluiting van haar leven kon plaatshebben (Haight 2007, pag. 186).

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat life-review een positief effect heeft. Hierbij moet wel aangetekend worden dat gesprekken heel vermoeiend kunnen zijn voor de patiënt. De aandacht en concentratie voor het gesprek neemt veel energie van de patiënt. Vanwege de fysieke en geestelijke gesteldheid van de patiënt luistert het nauw dat een gesprek niet te lang moet duren. Voor iedere situatie geldt een goede afstemming met de patiënt.

2.2.5 Onderzoek naar het effect van life-review

In de loop der jaren hebben Haight en anderen veel ervaringen opgedaan en baseren deze effecten op wetenschappelijk onderzoek. Hoewel deze onderzoeken niet specifiek betrekking hebben op patiënten in de palliatieve fase wil ik laten zien dat er positieve effecten te melden zijn uit onderzoek. Allereerst zal ik een kort overzicht geven van onderzoek van de afgelopen jaren van het effect van life-review bij ouderen. Daarnaast zal ik

het effect beschrijven van een individueel toegepast life-review proces volgens de methode van gestructureerde life-review zoals is beschreven in het handboek van Haight.

In 1992 deed Haight bijvoorbeeld onderzoek (Haight 1992, 312-315) naar de lange termijn effecten van life-review bij een groep ouderen. De methode van onderzoek was empirisch en een follow up onderzoek. De ouderen werden verdeeld in drie groepen: een groep gezonde ouderen, een groep mannelijke verpleeghuisbewoners en een aantal aan huis gebonden ouderen. Zij werden drie keer getest op vier variabelen (Life Satisfaction Index, Affect Balance Scale, Depression Scale Raw Score, Activities of Daily Living). Na afloop bleek het toegepaste life-review proces een significant positief effect te hebben: er was een grotere tevredenheid met het leven en het psychologische welzijn was verbeterd. Een voorzichtige conclusie is dat er effecten van life-review als therapeutische interventie zijn op de tevredenheid met het leven.

In samenwerking met Hendrix en Michel heeft Haight (2000, pag. 151-168) gedurende drie jaar onderzoek gedaan bij 52 mensen van in totaal 256 bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. De participanten van dat onderzoek deden een life-review en namen deel aan vier herhaalde metingen om de effecten van life-review te kunnen meten. Metingen van integriteit (de tevredenheid met het leven, psychosociaal welzijn) en wanhoop (depressie, hopeloosheid) werden gebruikt in het onderzoek. De resultaten van het onderzoek lieten een opwaartse trend zien in het derde jaar en een significante verbetering bij degenen die de life-review hadden gedaan. Haight onderzocht geen patiënten in de palliatieve fase, maar vermeldt wel dat er onderzoek gedaan zou moeten worden naar het effect van life-review in de voorbereidingsfase van de dood: 'And in fact, death preparation might be a very good use of the life review intervention for people in nursing homes' (Haight 2000, pag. 165).

In een andere studie door Haight en collegae (Haight, Michel, & Hendrix, 2000) zijn korte en lange termijn effecten gemeten van het toepassen van life-review. Uit deze studie blijkt dat er positieve effecten op depressie zijn, en een grotere tevredenheid met het geleefde leven. Er dient echter te worden opgemerkt dat door de hoge sterftecijfers in verpleeghuizen, de follow-up analyses werden uitgevoerd op slechts een klein percentage van het oorspronkelijke aantal. Haight en anderen zijn van mening dat een aantal vooronderstellingen van Butler met betrekking tot life-review niet zijn bewezen (Kovach, 1990), bijvoorbeeld de hypothese dat life-review met name voor ouderen geschikt is, en voortvloeit uit het besef van een naderend levenseinde. In het bovenstaande blijkt dat life-review positieve effecten geeft. In paragraaf 2.2.1 heb ik de gestructureerde life-review methode van Haight beschreven (LRF formulieren; Bijlage I). Met de gegevens die voortvloeien uit deze methode kan men meten welke effecten life-review heeft.

De effecten van gestructureerde life-review zoals beschreven in haar boek wordt het effect door Haight als volgt gemeten: Bij aanvang van het life-review proces heeft de cliënt het formulier (zie Bijlage III) ontvangen en ingevuld. Op dit formulier geeft de cliënt aan hoe het met hem of haar is gesteld op het moment voor de aanvang van het life-review proces. Na het afsluiten van het life-review proces wordt dat opnieuw vastgelegd. Door beide

metingen met elkaar te vergelijken komt men tot het resultaat. Haight: “The tests we have recommended are short and easy to understand. They have shown change in Reviewers in our completed Life Review research projects. They measure outcomes such as mood, mental function, and general well-being’ (Haight 2007, pag. 174).

Observatie is een belangrijk instrument om effecten te meten. Juist bij observaties kan de begeleider vrij snel emoties, het niveau van activiteit, gelaatsuitdrukkingen etc. waarnemen (Bijlage III). De voordelen in kwaliteit of kwantiteit van het life-review proces zullen per individu verschillen. ‘However, there are common outcomes from the Life Review process that can have positive effects on all Reviewers’ (Haight 2007, pag. 175). Deze positieve effecten zijn (Haight 2007, pag. 175-180):

- Zelf acceptatie
- Het ervaren van nieuwe betekenis van het leven
- Het opnieuw in verbinding staan met jezelf en anderen
- Gelouterd zijn: zich bevrijd voelen van een ‘zware last’
- Nieuwe oriëntatie op de toekomst ervaren: verwachtingsvol vooruitzien
- Een gevoel van tevredenheid hebben
- Hernieuwde kracht/energie en enthousiasme hebben gevonden
- Acceptatie dat het leven als voltooid wordt beschouwd en de aanvaarding van de dood

Na ieder gesprek vindt de evaluatie plaats. Ook moet er tussen de gesprekspartner een duidelijk en helder doel en termijn worden afgesproken. Van de cliënt wordt verondersteld dat hij of zij gemotiveerd is en capabel. Het life-review proces moet plaatsvinden in een sfeer van empathie, vertrouwen en respect.

In zijn algemeenheid vraagt life-review van de cliënt een grote inzet waardoor het gevoel ontstaat dat hij mede verantwoordelijkheid draagt voor een goed lopend proces. Door die verantwoordelijkheid en betrokkenheid ontstaat vaak een goede band tussen de begeleider en cliënt, zodat de cliënt veiligheid kan ervaren. Die situatie creëert bij de cliënt openheid in het gesprek, waardoor de cliënt het levensverhaal kan vertellen en de begeleider op die manier verbanden kan leggen tussen het verleden en de huidige situatie. Die informatie kan wellicht goed van pas komen wanneer er na het life-review proces nog een traject volgt van therapie.

2.3 Ernst Bohlmeijer

Naast Haight heeft ook Ernst Bohlmeijer onderzoek gedaan naar de effecten van life-review. Bohlmeijer (2007), psycholoog en universitair hoofddocent voor de opleiding Psychologie bij de Faculteit Gedragswetenschappen aan de Universiteit van Twente, promoveerde in 2007 op een onderzoek naar de effecten van life-review op depressieve klachten van ouderen.

Bohlmeijer (2007b) is net als Butler en Haight van mening, dat bij veel ouderen die impactvolle gebeurtenissen in hun leven hebben meegemaakt, life-review een natuurlijke manier is om na te denken over de zin van het leven en de betekenis die zij daar aan geven in hun leven. Dat geldt natuurlijk niet voor iedereen. In een aantal voorkomende gevallen

kan dat leiden tot depressieve klachten en angstverschijnselen. Voor deze mensen kan het helpend zijn om door middel van life-review duiding te geven aan de zin van het leven (Bohlmeijer 2007b, pag. 125). Bohlmeijer meent dat life-review om een aantal redenen van belang is voor ouderen:

Allereerst sluit het aan bij het natuurlijke en herkenbare proces van het terugdenken aan het verleden. Cliënten hoeven geen nieuwe therapeutische 'taal' aan te leren om deel te kunnen nemen aan life-review. Ten tweede is het een zingevende benadering. Dit is vooral relevant voor ouderen, die relatief meer verlies te verwerken hebben gekregen dan andere leeftijdsgroepen. Als de ervaring van betekenisloosheid inderdaad een belangrijke component is van depressie, dan is het vertellen van het levensverhaal en het zich herinneren van belangrijke innerlijke ervaringen (doelen, waarden) een goed startpunt om een nieuwe betekenis aan het leven te geven. Ten derde kunnen andere therapeutische benaderingen eenvoudig geïntegreerd worden in de therapie (Bohlmeijer 2007b, pag.124).

Hieruit blijkt de relevantie voor de psychosociale en spirituele dimensie van zorg. Het toepassen van life-review is een zinvol proces, en de gestructureerde aanpak verdient de voorkeur. Life-review kan aanleiding geven tot een andere manier van coping zodat de mens zich kan leren aanpassen aan de gegeven of veranderde omstandigheden. In het life-review proces staat de cliënt centraal en kan daardoor het besef krijgen zich uniek en gewaardeerd te voelen. Dit kan leiden tot meer zelfrespect en zelfbewustzijn waardoor de cliënt zich beter zal gaan voelen (Bohlmeijer 2007b, pag. 124-125). Bohlmeijer noemt in dit verband overigens niet één keer de geestelijk verzorger. Dat vind ik opmerkelijk vanwege het zingevende karakter dat hij toekent aan het life-review proces. De geestelijk verzorger is toch bij uitstek dé professional op het gebied van zingeving? Hij of zij is toch bij uitstek degene die kan begeleiden in verlies- en rouwfasen. In hoofdstuk drie zal ik hier verder op in gaan.

Naast de positieve effecten van life-review proces zijn er ook een aantal kanttekeningen te plaatsen. Volgens Bohlmeijer is er heel weinig onderzoek gedaan waarom life-review bij de ene mens betere resultaten heeft dan bij de andere. Vervolgens kunnen veel ouderen heel goed functioneren zonder een life-review proces. En heeft life-review ook effect bij mensen die bij voortdoring tegenspoed hebben ervaren in hun leven? Bohlmeijer is tevens van mening dat er meer gerichte aandacht moet komen in de processen die zich afspelen in life-review. Hier is nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. 'Vragen die nog nader onderzocht moeten worden,' zegt Bohlmeijer (Bohlmeijer 2007b, pag. 123). Een vraag die belangrijk is voor mijn onderzoek: Op welke manier kan life-review in de palliatieve fase verbonden worden met het werk van de geestelijk verzorger?

Life-review in de palliatieve fase verschilt in een aantal opzichten van andere situaties. Patiënten in deze fase worden geconfronteerd met de eindigheid van het leven. Die confrontatie kan veel emoties met zich meebrengen. Daaraan gekoppeld is de vraag op

welke manier de geestelijk verzorger een bijdrage kan leveren. En willen 'deze' mensen überhaupt nadenken over hun leven? Niet iedereen kan en wil dat.

2.4 Samenvatting

Robert Butler introduceerde de term life-review voor een natuurlijk innerlijk proces in de ouderdom. Butler maakt in zijn werk gebruik van de levenscyclustheorie van Erikson. Het life-review proces houdt verband met het feit dat de mens zich bewust is van de naderende dood. In deze fase maakt de mens de balans van zijn leven op. Het geleefde leven kan geaccepteerd worden of juist niet. Wanneer het leven niet kan worden geaccepteerd zou life-review een manier kunnen zijn om de dingen een plek te geven in het leven, en dat is volgens Butler essentieel. Butlers werk heeft Barbara Haight geïnspireerd om de toepassing van life-review verder te ontwikkelen.

Haight is toonaangevend geweest op het gebied van life-review en heeft een systematisch instrument voor life-review ontworpen en onderzoek gedaan. Zij stelt dat integriteit het hoofddoel is van life-review. Haight maakt net als Butler gebruik van de levenscyclustheorie van Erikson. Haight stelt – in tegenstelling tot Butler – dat life-review ook gebruikt kan worden bij jongere mensen. Zij heeft een therapeutisch programma ontwikkeld voor het life-review proces dat bestaat uit acht ontmoetingen waarin de cliënt en zijn begeleider een gestructureerd vragenprogramma afwerkt. Dit proces gaat door alle fasen van het leven en het is belangrijk dat life-review een goede structuur heeft. Naast de goede structuur is de evaluatie van het proces van grote waarde. Het bewaken van de structuur ligt in handen van de begeleider. De begeleider geeft leiding en sturing aan het life-review proces en moet beschikken over counseling vaardigheden en interviewtechnieken. Zowel bij Butler als Haight moet er sprake zijn van een getrainde begeleider, die over creativiteit en realisme moet beschikken. Tevens moet de begeleider zich uitermate goed voorbereiden op het gesprek en het verloop van het proces bewaken. Opmerkelijk is, dat de auteurs vaag blijven over wie die begeleider is. Hij of zij moet aan allerlei competenties voldoen, maar er wordt vervolgens geen functie aan gekoppeld.

Bohlmeijer bevestigt de visie van Haight dat het life-review proces gestructureerd moet plaatsvinden en sluit zich aan bij het feit dat het goed is dat mensen nadenken over de zin van het leven en daar ook betekenis aan kunnen geven. Bohlmeijer concludeert dat life-review een zingevende benadering is. Vooral bij depressie blijkt het vertellen van belangrijke ervaringen in het leven een goede basis voor het opnieuw betekenis geven aan het leven. In onderzoek is er een grotere tevredenheid op het leven gemeten. Life-review is in het bijzonder geschikt voor ouderen die in het algemeen meer verlieservaringen te verwerken hebben. In het life-review proces staat de cliënt centraal en kan deze daardoor het besef krijgen zich uniek en gewaardeerd te voelen. We hebben gezien dat er nog vragen zijn ten aanzien van het life-review proces. Er wordt bijvoorbeeld door Bohlmeijer gezegd dat life-review een zingevende benadering is. Hierbij kan de vraag gesteld worden waarom de geestelijk verzorger niet in verband wordt gebracht met life-review? Op welke manier kan life-review in de palliatieve fase verbonden worden met het werk van de geestelijk

verzorgers? Andere vragen zijn: waarom life-review bij de ene mens betere resultaten geeft dan bij de andere. En heeft life-review ook effect bij mensen die bij voortduring tegenspoed hebben ervaren in hun leven? Volgens Bohlmeijer zal er in de komende jaren meer onderzoek gedaan moeten worden om deze vragen te kunnen beantwoorden.

We hebben gezien dat verpleeghuisbewoners in de palliatieve fase veel moeten doormaken. In deze fase komen vaak verlieservaringen en zingevingsvragen aan de orde. Het life-review proces levert een bijdrage aan de verwerking van de gebeurtenissen in het leven. In het verwerken van verlieservaringen kan het van groot belang zijn de geestelijk verzorger in te schakelen. Zijn of haar professionele inbreng legt de focus op zingeving en kan helend en helpend zijn voor de patiënt op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis.

In hoofdstuk drie richt ik de aandacht op de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis. Hier beschrijf ik het werkterrein van de geestelijk verzorger: wat is het doel van de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling, wat zijn de competenties en hoe sluit life-review aan op het werk van de geestelijk verzorger?

Hoofdstuk 3 Life-review en geestelijke verzorging op de palliatieve afdeling

In dit hoofdstuk ga ik me specifiek richten op het werkkterrein en het doel van de geestelijk verzorger en op welke manier het werk van de geestelijk verzorger aansluiting vindt bij life-review.

We hebben gezien dat de patiënt in de palliatieve fase veel te verwerken krijgt. Elk mens neemt op zijn eigen manier afscheid van het leven en elk stervensproces is weer anders, en ieder verwerkt dat op een eigen manier; elk mens is immers uniek. De ene mens kan het goed bespreken met familie en vrienden en de andere mens heeft professionele ondersteuning nodig. Het proces van afscheid nemen raakt de mens in heel zijn existentie. Vaak bestaat er de behoefte om nog eens het leven te overzien en te bekijken wat er zich afgespeeld heeft in het leven. Welke dingen zijn goed gegaan en welke niet? Op welke dingen kan ik trots zijn of juist niet? Zijn er pijnlijke gebeurtenissen in het leven geweest die nog altijd gevoelig zijn? Met deze vragen komen patiënten vaak bij de geestelijk verzorger terecht. Deze, en andere vragen kunnen aan de hand van life-review naar voren komen.

Eerst beschrijf ik in paragraaf 3.1 het eigen domein van geestelijke verzorging als ultieme zingeving en ga ik in op de vraag op welke manier het doel van het life-review proces zich verhoudt tot het doel van de geestelijk verzorging. In 3.2 beschrijf ik het begrip spiritualiteit. Spiritualiteit is een dimensie van zingeving waar andere disciplines zich niet op richten. Vervolgens bespreek ik in paragraaf 3.3. de competenties van de geestelijk verzorger. In 3.4 schenk ik aandacht aan het opmaken van de levensbalans waarbij ik in 3.5 ter illustratie een casus inbreng van een mevrouw die de balans van haar leven opmaakt met behulp van life-review met de geestelijk verzorger. Ten slotte kijken we in paragraaf 3.6 op welke wijze life-review kan worden toegepast bij een patiënt op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis.

3.1 Geestelijke verzorging en ultieme zingeving

Wanneer mensen weten dat zij binnen een bepaalde periode zullen sterven kunnen er allerlei vragen boven komen. ‘Waarom moet mij deze ziekte overkomen?’ , ‘Wat is de zin van dit alles?’ Deze zingevingsvragen of existentiële vragen komen aan de orde in de palliatieve fase. Naast deze vragen is er sprake van verlieservaringen. Zowel zingeving als verliesverwerking behoren tot het belangrijkste aandachtsgebied van de geestelijk verzorger. In deze paragraaf ga ik dieper in op zingeving- en existentiële vragen die bij uitstek bovenkomen bij mensen op de palliatieve afdeling in een verpleeghuis. In de inleiding van deze scriptie heb ik al betoogd dat zingeving de ‘core business’ is van de geestelijk verzorger. ‘Zingeving is kort samengevat het continue proces waarin ieder mens, in interactie met de eigen omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven’ (Beroepsstandaard VGVZ 2002, pag. 9). Volgens Bohlmeijer is zingeving een belangrijk aspect van life-review (paragraaf 2.3). Dit aspect is in het bijzonder relevant voor ouderen die gemiddeld meer

verlieservaringen te verwerken hebben dan mensen in andere leeftijdscategorieën. Hier bevinden we ons dus bij uitstek op het terrein van de geestelijk verzorger. Voorts kijken we naar de bijdrage van de geestelijk verzorger aan het zingevingproces met behulp van de visie van Johan Bouwer, voormalig hoogleraar Geestelijke Verzorging aan de Protestantse Theologische Universiteit in Kampen. Uitgangspunt van Bouwer is de definitie van de VGVZ en de indeling in niveaus waarop zingeving zich afspeelt, namelijk:

- 1 – Op cognitief niveau gaat het om het zich eigen maken van waarden, het steeds opnieuw verwoorden van een levensvisie, het vertellen van het levensverhaal of het stellen van zinvragen.
- 2 – Op emotioneel niveau kan men denken aan het uiten en verwerken van existentiële emoties, zoals angst, vreugde of verdriet.
- 3 – Op gedragsniveau komen spiritualiteit en zingeving tot uitdrukking in o.a. de keuzen die men maakt bij het hanteren van normen waardoor bepaalde waarden worden verwerkelijkt of bij het uiting geven aan religieuze overtuigingen.
- 4 – Op symbolisch niveau gaat het om inspiratiebronnen, beelden, symbolen, poëzie, muziek, gebed en ritueel (VGVZ Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen 2002, pag. 9).

In aansluiting op de hierboven genoemde niveaus zegt Johan Bouwer (2005) het volgende: 'Het beroep van geestelijk zorgverlener houdt zich immers bezig met de geestelijke zorg aan mensen die geconfronteerd worden met ziekte, lijden, invaliditeit en dood' (Bouwer 2005, pag. 70). Sterker nog, hij meent dat het zelfs tot de 'specifieke deskundigheid' behoort van de geestelijk verzorger (Bouwer 2005, pag. 70). Wel zegt hij dat er een ontwikkeling gaande is omtrent de plaats van spiritualiteit in de zorg, en dat ook een verpleegkundige, een arts, een maatschappelijk werker en een psycholoog moeten kunnen omgaan met zingeving. De vraag die Bouwer hier, mijns inziens terecht stelt, is: 'Waarin ligt dan het onderscheid tussen deze beroepen en de geestelijk zorgverlener?' (Bouwer 2005, pag. 70). Om dit te verduidelijken noemt Bouwer hier ten eerste de definitie van geestelijk verzorging die door de Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (VGVZ) is vastgesteld:

Geestelijke verzorging in en vanuit zorginstellingen is: de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloof- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming (Beroepsstandaard, 2002; pag. 8).

Bouwer noemt ter vergelijking met geestelijke verzorging de psychologie (Bouwer 2005, pag. 74). Door deze vergelijking komt hij tot de conclusie dat die niveaus – met uitzondering van spiritualiteit – heel dichtbij de niveaus komen die de psychologie tot haar specifieke domein rekent. 'Zingeving is', volgens Bouwer, 'een voortdurende beweging tussen zin- en

verlieservaring en waarbij betekenis wordt toegekend aan relaties, contexten, verleden en toekomst. Daarbij heeft zingeving vooral een emotionele lading en functie' (Bouwer 2005, pag. 74). Hier gaat het om de context waarin de mens zijn hele existentie plaatst en waarin de grote vragen van het leven aan de orde komen.

De antwoorden op deze levensvragen komen al eeuwenlang van de kant van de religie of levensbeschouwing en behoren tot een domein dat we als 'heilig' beschouwen omdat ze verbondenheid veronderstellen met een externe realiteit, een ideaal, een betekenisgeheel, een levenskader, iets dat het individu overstijgt (Bouwer 2005, pag. 74).

Hier heeft – volgens Bouwer – de geestelijk verzorger mee van doen. Hij is dan ook van mening dat de psychotherapie hier tegen grenzen aan loopt (Bouwer 2005, pag. 74). Volgens hem kan de psychotherapie de mens wel de helpende hand bieden om de subjectieve zin *in* het leven te ontdekken: 'zoeken naar de waarheid achter ziekten, symptomen en problemen en daarmee mee te werken aan herstel van de levenswereld hier en nu met de daarin aanwezige betrekkingen en gedragingen' (Bouwer 2005, pag. 74). Maar als het gaat om ultieme zingeving en existentiële vragen (over sterven, ziekte, schuld etc.) zou de psychotherapie niet geloofwaardig meer zijn, want, zegt Bouwer: 'Over de zin *van* het leven kan zij niets zeggen' (Bouwer 2005, pag. 74).

Wanneer het gaat om zingeving kan de psychotherapie hulp bieden om psychologische obstakels te verminderen. Bouwer zegt hierover: 'het gaat hier over zaken die binnen het bereik en de macht van het individu liggen' (Bouwer 2005, pag. 74). Het tegenovergestelde geldt voor de ultieme zingeving: 'Ultieme zingeving gaat nu juist altijd over wat niet binnen die macht ligt, maar wel binnen het levensverhaal tot een zinvol geheel gesmeed moet worden. Mensen daarbij helpen is de taak van de geestelijk zorgverlener' (Bouwer 2005, pag. 74-75). Er wordt volgens Bouwer een grens bereikt wanneer 'de cognitief-affectieve controle, doelgerichtheid en het vitaal- of geluksgevoel onder druk komen te staan' (Bouwer 2005, pag. 75) en: 'Daarom zal de geestelijk zorgverlener ook over eigen levensbeschouwelijke diagnostiek moeten beschikken om vast te kunnen stellen wanneer een zingevingscrisis een psychologische crisis is geworden ten einde te kunnen verwijzen naar een psychotherapeut' (Bouwer 2005, pag. 75). Hetzelfde geldt ook voor de psychotherapeut, die een cliënt doorverwijst naar een geestelijk verzorger wanneer er het zingevingproces vastloopt. Het domein van de geestelijk verzorging wordt door Bouwer als volgt samengevat:

Het domein van de geestelijke zorgverlening is gerelateerd aan die dimensie van het menselijk bewustzijn die we geest noemen – spiritus in het Latijn – vandaar ook het begrip spiritualiteit. Geest heeft te maken met zingeving en gericht op het geestelijk welbevinden. De psychische tegenhanger van geestelijk welbevinden is het psychisch welbevinden. Dit is wat anders dan geestelijk welbevinden en is gerelateerd aan het

domein van de psychotherapie – de psyche. De psychotherapie kan een persoon helpen om zin *in* het leven te ontdekken of blokkades die deze zin in de weg staan uit de weg te ruimen, maar dient zich niet te begeven op het terrein waarop gezocht moet worden naar de zin *van* het leven (Bouwer 2005, pag. 75).

Buiten de geestelijk verzorger en de psycholoog om zijn er andere hulpverleners binnen de gezondheidszorg die aandacht hebben voor de zorg voor zingeving, zoals medewerkers in de verzorging, verpleegkundigen, artsen etc. Bouwer geeft nadrukkelijk aan dat zij niet gelijk zijn of worden aan een geestelijk verzorger. Natuurlijk hebben zij kwaliteiten en vaardigheden, maar wanneer het gaat om ultieme zingeving zegt Bouwer: ‘Deze, laatste, ultieme en existentiële vragen horen niet tot hun domein omdat zij voor het professionele omgaan ermee niet zijn opgeleid’ (pag. 76). Bouwer scherpt dit laatste aan door te zeggen dat de wetgeving hierover geen misverstand laat bestaan: ‘niet competent maakt onbevoegd’ (Bouwer 2005, pag. 76). En vervolgens poneert hij de volgende stelling met betrekking tot het omgaan met ultieme zingeving en existentiële vragen:

Als iemand geen professionele opleiding voor de *begeleiding* van mensen bij levens- en *ultieme* zingevingvragen heeft genoten, dan beschikt die niet over de competenties die men ervoor nodig heeft en is daarom onbevoegd. Wel heeft men de plicht om alert te zijn op de aanwezigheid van deze vragen en de randvoorwaarden te creëren voor het bieden van professionele begeleiding erbij (Bouwer 2005, pag. 76).

Wanneer wij het doel van de geestelijke verzorging – namelijk het zich richten op het menselijk welbevinden – op het life-review proces betrekken is te constateren dat het hoofddoel van life-review – het bereiken van integriteit – aan het doel van geestelijke verzorging raakt. Daarbij komt er voor de geestelijke verzorging nog een extra dimensie bij, namelijk het zoeken naar de zin van het leven. Deze zoektocht klinkt ook door in de theorie van life-review, maar er wordt nergens handen en voeten aan gegeven. Hiermee bedoel ik dat life-review het zoeken naar zin veronderstelt, maar dit niet uitwerkt en niet spreekt over deskundige begeleiding op dit gebied. En we hebben zojuist gezien dat volgens Bouwer de geestelijk verzorger op het gebied van zingeving het meest deskundig is.

Mensen willen zin of betekenis geven aan hun leven. Dat geeft hen een gevoel van houvast. Wanneer men onzekerheid in het bestaan ervaart gaat de mens op zoek naar zin. Ook wanneer men in een situatie verkeert van een levensbedreigende ziekte of een naderende dood. Juist op de palliatieve afdeling van het verpleeghuis kan het besef van de eindigheid van het leven mensen in paniek doen raken, wat tot gevolg kan hebben dat de mensen hun houvast verliezen. Het naderende levenseinde kan bij mensen ervaringen van zinloosheid doen ontstaan. De zingeving van vroeger kan op een gegeven moment niet meer toereikend zijn. Het is de taak van de geestelijk verzorger dat een patiënt hem of haar in vertrouwen kan nemen en er over kan spreken. De geestelijk verzorger heeft een

begeleidende rol wanneer het proces van zingeving zijn vanzelfsprekendheid heeft verloren. En wanneer het proces van zingeving uit zijn evenwicht is geraakt of wanneer er sprake is van ziekte spreekt men van hulpverlenende rol van de geestelijk verzorger (Beroepsstandaard VGVZ 2002, pag. 11).

Voor zover life-review het evalueren van het leven betreft, in het bijzonder met het oog op existentiële vragen en de eindigheid van het leven, kan deze een bijdrage leveren aan de doelen en taken van de geestelijk verzorger. In de volgende paragraaf ga ik nader in op 'spiritualiteit' die volgens Bouwer uitwerking is van ultieme zingeving.

3.2 Spiritualiteit

In deze paragraaf volgt een uitwerking van het begrip spiritualiteit waarbij duidelijk wordt dat de geestelijk verzorger zich bij uitstek richt op een dimensie van zingeving waar andere disciplines zich niet op richten. De geestelijk verzorger heeft zijn eigen taak en specifieke competenties om in te zetten binnen het multidisciplinaire team. In de Beroepsstandaard van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen wordt 'spiritualiteit' genoemd: 'Spiritualiteit laat zich omschrijven met termen als bezieling, transcendentie, verbondenheid en verdieping' (Beroepsstandaard 2002, pag. 9). Spiritualiteit is niet specifiek met religie verbonden, maar het gaat 'om alle mogelijke – godsdienstige en andere levensbeschouwelijke – bronnen van inspiratie' (Beroepsstandaard 2002, pag. 9). In 2010 is in de Algemene Leden Vergadering van de VGVZ het besluit genomen het begrip spiritualiteit toe te voegen aan de definitie van geestelijke verzorging. Bij Bouwer hebben we gezien dat het bij spiritualiteit gaat om de manier waarop iemand leeft. Hij zegt verder: 'Het domein van de geestelijke zorgverlening is gerelateerd aan die dimensie van het menselijk bewustzijn die we geest noemen – spiritus in het Latijn – vandaar ook het begrip spiritualiteit. Geest heeft te maken met zingeving en gericht op het geestelijk welbevinden' (Bouwer 2005, pag. 75).

Bij de omschrijving van spiritualiteit maak ik gebruik van het werk van Carlo Leget, katholiek theoloog en universitair hoofddocent zorgethiek aan de Universiteit van Tilburg. In zijn boek 'Van levenskunst tot stervenskunst, over spiritualiteit in de palliatieve zorg' (2008) beschrijft hij op een zorgvuldige en heldere manier wat spiritualiteit betekent. Spiritualiteit is een terrein dat niet altijd gemakkelijk toegankelijk is voor iedereen. Hierin nemen metaforen en symbolen een belangrijke positie in. 'Patiënten brengen dit vaak spontaan zelf in de praktijk' (Leget 2008, pag. 58). Leget noemt hier als voorbeeld het beeld van de haven: 'een belangrijke metafoor dat de haven in zicht was of dat mensen bijna thuis waren' (Leget 2008, pag. 59). Als woorden hun kracht verliezen hebben beelden vaak heel veel zeggingskracht. Door het communiceren met beeldtaal, metaforen of rituelen kan de patiënt ruimte ervaren. 'Die communicatie is kenmerkend voor goede geestelijke verzorging' (Leget 2008, pag. 59). De geestelijk verzorger kan zijn professionaliteit inzetten om de diepere lagen aan te raken (zie Weiher paragraaf 1.4, pag. 23).

Leget (2008) geeft een aantal kenmerken van spiritualiteit en beoogt daarmee een handvat te geven om te herkennen wanneer spiritualiteit aan de orde is. Vanuit het woord

'inspiratie' komt hij tot de vraag: 'Wat inspireert jou in het dagelijks leven?' (Leget 2008, pag. 64). Hieruit vloeit het woord 'bezieling' voort, dat iets weergeeft van enthousiasme.

Het eerste kenmerk dat Leget noemt is dat spiritualiteit over de grote vragen van het leven gaat: 'Waarom is er zoveel leed op de wereld?' 'Wat is zin van mijn leven?' De antwoorden op deze vragen zijn niet te vinden in de literatuur. 'De enige antwoorden die echt werken, zijn doorleefde antwoorden. Daarom worden levensvragen ook wel existentiële vragen genoemd' (Leget 2008, pag. 65). Deze vragen gaan over het hele bestaan en moeten individueel worden beantwoord.

Het tweede kenmerk 'is dat spiritualiteit begint bij iets anders waardoor we geraakt worden. Spiritualiteit heeft te maken met openheid en ontvankelijkheid' (Leget 2008, pag. 65). Die openheid is zo belangrijk, want dat heeft een direct verband met cognities en emoties. Spiritualiteit veronderstelt vertrouwen en ook overgave, want juist in die openheid en kwetsbaarheid kan een mens geraakt worden.

Het derde kenmerk is dat spiritualiteit een dynamisch proces is, dat mensen beweegt. Het houdt mensen steeds gaande, ook wanneer het levenseinde nabij is (Leget 2008, pag. 65). Leget zegt over die beweging (het vierde kenmerk) : 'Die beweging heeft te maken met iets dat ons op de een of andere manier overstijgt. In dit verband wordt vaak het woord transcendentie gebruikt' (Leget 2008, pag. 65). Transcendentie heeft verschillende verschijningsvormen. Leget noemt een voorbeeld van 'de oude vrouw die in bed ligt, is meer dan een zieke oude vrouw. Zij is ook nog steeds die moeder, die echtgenote, die vriendin, dat levendige meisje met wie je vroeger zo kon lachen.' Leget legt uit: 'Er is altijd meer dan je op het eerste gezicht ziet. En dit "meer" is vaak precies datgene waar mensen hun kracht vandaan halen' (Leget 2008, pag. 65). Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie soorten van transcendentie: de kleine transcendentie (zoals in het genoemde voorbeeld); de grote transcendentie, die gaat over dingen die 'heilig' zijn zoals religies en levensbeschouwingen; en tot slot de 'middelste' of wel de bemiddelende transcendentie. 'Dat zijn de films, verhalen, gedichten, sprookjes, schilderijen... die iets laten zien van de alledaagse werkelijkheid waarin die grotere horizon oplicht' (Leget 2008, pag. 65). Het vijfde kenmerk van spiritualiteit is, 'dat ze verbonden is met transformatie' (Leget 2008, pag. 66). Spiritualiteit verandert mensen: 'Ze ontwikkelen en verdiepen zich, groeien, worden ruimer, milder, warmer' (Leget 2008, pag. 66).

Als laatste meent Leget dat spiritualiteit 'onderhouden' moet worden. Hij noemt dat 'in cultuur brengen' en 'Als we ons innerlijk als een tuin beschouwen, zien we dat daarin alles spontaan kan opschieten. Dat kan verrassend zijn, maar ook soms verwarrend of verstikkend' (Leget 2008, pag. 66). Als de spiritualiteit in cultuur wordt gebracht, kan het goede dat opkomt vastgehouden worden en ook de ruimte krijgen om te groeien.

Hierboven is beschreven wat spiritualiteit volgens Leget betekent. In vergelijking met Bouwer gaat Leget dieper in op het begrip spiritualiteit, en zijn theorie is toegankelijker dan die van Bouwer. Bouwer is kernachtig in zijn bewoordingen, terwijl Leget meer uitlegt en meer beelden en voorbeelden gebruikt ter verheldering van het begrip spiritualiteit. In relatie tot life-review kan worden opgemerkt dat spiritualiteit onlosmakelijk verbonden is

met het proces van life-review. Ten diepste gaat het in life-review over alle kenmerken die door Leget zijn beschreven: wat is de zin van het leven, waardoor wordt een mens geraakt in zijn of haar leven, wat beweegt een mens in zijn bestaan, hoe ontwikkelt een mens zich in zijn of haar bestaan en hoe onderhoudt een mens zijn spiritualiteit? Al deze vragen komen expliciet of impliciet terug in het life-review proces. Juist wanneer dergelijke vragen worden gesteld zal volgens Bouwer en Leget de geestelijk verzorger de enige deskundige zijn. Derhalve kijken we in de volgende paragraaf naar de competenties van de geestelijk verzorger.

3.3 Competenties van de geestelijk verzorger

De VGVZ heeft een aantal kerncompetenties geformuleerd in de beroepsstandaard: 'De geestelijk verzorger beschikt over diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie' (Beroepsstandaard 2002, pag. 14). De diagnostische en hermeneutische competentie van de geestelijk verzorger betreft het in staat zijn om de ervaringen omtrent ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van de levensbeschouwelijke context van een patiënt. Hierbij is van essentieel belang aansluiting te vinden bij de levensbeschouwelijke traditie van de patiënt en diens situatie. De therapeutische competentie van de geestelijk verzorger bestaat uit het aanbieden van een ritueel, een gebed, een religieuze en levensbeschouwelijke tekst of een gespreksinhoud op basis van de levensbeschouwelijke context van een patiënt en zodoende te komen tot heling van het zingevingsproces (Beroepsstandaard 2002, pag. 14-15).

De VGVZ geeft een specificatie van de competenties van de geestelijk verzorger (zie Bijlage 6). Hoe verhouden de genoemde competenties van de geestelijk verzorger zich tot de competenties die van belang zijn voor de begeleider in het life-review proces.

Haight stelt dat de begeleider de gebeurtenissen in het verleden moet kunnen *duiden* en kijken welke invloed die gebeurtenissen hebben op het leven van nu. Hij of zij moet: goed kunnen luisteren en de signalen kunnen waarnemen van de cliënt, adequaat kunnen vragen om verduidelijking, als klankbord kunnen fungeren, het verhaal van de cliënt kunnen interpreteren en duiden. Deze competenties komen terug in de hermeneutische competentie die genoemd is als kerncompetentie van de geestelijk verzorger. Deze competentie is vereist om te communiceren over bestaansvragen, zinvragen, religieuze belevingen in aansluiting op het levensbeschouwelijk referentiekader en de levensbeschouwelijke context van de patiënt.

Verder is Haight van mening dat een begeleider zijn of haar cliënt volledig moet accepteren en in zijn of haar waarde laten. De begeleider moet zorgzaam zijn, want door de warmte en interesse kan openheid ontstaan in de gesprekken. Vervolgens veronderstelt Haight dat de begeleider onvoorwaardelijk respect toont voor de cliënt en empathisch moet zijn. Ten slotte moet de begeleider congruent zijn. Om congruent te zijn moet iemand *echt* (zichzelf) en eerlijk zijn, en zonder voorbehoud kunnen reageren op de gevoelens van de cliënt in het proces van life-review. Ook deze genoemde competenties door Haight sluiten aan bij de competenties van de geestelijk verzorger. Volgens de VGVZ dient de geestelijk

verzorger: in staat te zijn een vertrouwensrelatie aan te gaan; open te staan voor personen en hun overtuigingen en eerbied en respect voor hen hebben en vertrouwen kunnen geven en ontvangen vanuit een zeer hoge mate van integriteit; begrip te hebben voor de persoonlijke beleving en een empathisch vermogen te hebben. Naast de al genoemde competenties noemt de VGVZ (Beroepsstandaard 2002, pag. 16-17) nog een aantal andere competenties van de geestelijk verzorger: hij of zij verstaat verbale en non-verbale signalen op emotioneel, rationeel, gedrag en spiritueel niveau, hij of zij heeft diagnostische vaardigheden, heeft hermeneutische vaardigheden, hij/zij kan omgaan met emoties van de ander en weet een goede balans te vinden tussen afstand en nabijheid. Voorts herkent de geestelijk verzorger projectie, overdracht en tegenoverdracht en weet deze te hanteren. Hij of zij bewerkt op cognitief, emotioneel, gedrag- en/of symbolisch niveau verandering in het geestelijk welbevinden van patiënten. De geestelijk verzorger is iemand die kan werken met symbolen en beelden en weet hoe hij/zij daar mee moet communiceren. Er wordt van de geestelijk verzorger verwacht dat hij/zij op een adequate manier de vier eerdergenoemde niveaus van zingeving (paragraaf 3.1, pag. 43) bij mensen kan bewerken en bevorderen. De bovengenoemde competenties brengen een hoge mate van psychische belasting met zich mee voor de geestelijk verzorger. Hiermee wordt duidelijk dat de eisen die gesteld worden aan de geestelijk verzorger vele malen groter zijn dan die van de begeleider waarop Haight doelt.

De competenties van de geestelijk verzorger zijn vooral in de palliatieve fase van groot belang. In de fase waar verdriet, angst, woede, machteloosheid en wanhoop aanwezig zijn, luistert die begeleiding heel nauw. De geestelijk verzorger is aanwezig, begeleidt, biedt hulp (therapeutische competentie) en geeft advies aan zowel de patiënt als de naaste familie. Om aan te geven hoe belangrijk de aanwezigheid van de geestelijk verzorger is in dit proces noem ik tot slot nog Meerten ter Borg, socioloog aan de universiteit van Leiden.

Wanneer mensen op een palliatieve afdeling terecht komen in het verpleeghuis dan is er volgens hem sprake van een dubbele existentiële crisis (Ter Borg 2000, pag. 60). Ten eerste is daar de breuk in het leven van mensen door bijvoorbeeld een ernstige ziekte of een ongeluk, waardoor mensen het perspectief van leven zijn kwijtgeraakt. En ten tweede is voor de mensen daardoor ook de routine van de dagelijkse dingen weggevallen. Kortom: deze dubbele crisis veroorzaakt een aanslag op de identiteit (Ter Borg 2000, pag. 61). Hiermee komen we op het terrein van de geestelijk verzorger. 'De geestelijk verzorger kan werken met verhalen en rituelen en de existentiële motieven daarin. Zij kunnen verhalen interpreteren en verder ontwikkelen' (Ter Borg 2000, pag. 61). Hij benadrukt hier de zingeving op het symbolisch niveau. Verder veronderstelt Ter Borg dat de geestelijk verzorgers de tradities kennen waaruit de verhalen komen. Zij kunnen niet alleen verhalen duiden en de betekenis ervan op een zinnige manier expliciteren. Zij kunnen de verhalen ook nog afmaken' (Ter Borg 2000, pag. 62). Ter Borg zegt dat hier sprake is van de 'dubbele hermeneutiek':

Eenzijds moet men het verhaal duiden. Maar deze duidingspraktijk moet men zelf ook nog weer duiden. Men moet vanaf een metaniveau kunnen zeggen: als ik dit verhaal zus uitleg, heeft mijn cliënt er niets aan, als ik het verhaal op een andere manier uitleg, komt hij er wel verder mee (Ter Borg 2000, pag. 62).

In deze definitie spreekt Ter Borg van duiding waarin de hermeneutische competentie naar voren komt. Ook veronderstelt Ter Borg dat de geestelijk verzorger een grote affiniteit heeft met eindigheidsproblematiek (Ter Borg 2000, pag. 62). Dat wil zeggen dat de geestelijk verzorger de vaardigheden bezit om met de eindigheid om te gaan. Deze vaardigheden zijn volgens hem: 'interpreteren van gebeurtenissen door middel van parallelverhalen, het expliciteren van betekenissen; het vormgeven van problemen door middel van zinnige rituelen, en dit alles met betrekking tot de eindigheidsproblematiek' (Ter Borg, pag. 63). Naast deze vaardigheden noemt Ter Borg nog secundaire vaardigheden. Hiermee doelt hij op het feit dat de geestelijk verzorger in staat moet zijn om een zingevingscrisis van een psychische crisis te onderscheiden. Wanneer er een psychische crisis is moet hij de patiënt doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (Ter Borg, pag. 63). Hierin wordt de diagnostische competentie duidelijk .

Nu de competenties van zowel de geestelijk verzorger als de begeleider van het life-review proces in kaart zijn gebracht (bijlage IV), kan het volgende worden geconcludeerd. De competenties van de begeleider van het life-review proces vallen binnen het competentiekader van de geestelijk verzorger. Daarmee zou heel eenvoudig en gemakkelijk te concluderen zijn dat de geestelijk verzorger, die alle gestelde competenties bezit, zeker in staat moet zijn een life-review te doen. Daarbij komt dat de geestelijk verzorger verondersteld wordt veel meer in huis te hebben. We hebben dat kunnen zien in genoemde andere competenties die de geestelijk verzorger dient te hebben om zijn functie op een adequate wijze uit te voeren. Dat wil zeggen dat hij of zij naast de competenties die life-review vraagt, nog andere competenties heeft. Namelijk dat hij of zij kan werken met symbolen, dat hij of zij hermeneutische en diagnostische vaardigheden heeft. De geestelijk verzorger is deskundig op het gebied van zingeving en is zodoende vaardig op vier niveaus van zingeving.

In theorie zou life-review door een geestelijk verzorger gedaan kunnen worden, maar past het bij het doel, de taak van de geestelijk verzorger? Om op deze vraag een antwoord te vinden volgt in paragraaf 3.5 een casus van een mevrouw op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis met wie ik een life-review heb gedaan. Alvorens dat te doen beschrijf ik eerst nog kort op welke manier patiënten de levensbalans kunnen opmaken en welke effecten dat oplevert.

3.4 Het opmaken van de levensbalans

Als geestelijk verzorger word ik regelmatig benaderd om samen met de patiënt zijn of haar levensbalans op te maken. De wijze waarop men de balans van het leven opmaakt kan volgens Gerritsen (geestelijk verzorger) op diverse manieren (Gerritsen 2006, pag. 426-427).

Ze zegt daarover dat het hier eenvoudigweg gaat om een gesprek van mens tot mens. Niet elk mens wil of kan zijn of haar levensverhaal vertellen en delen met een ander. In de praktijk van alledag kom ik mensen tegen die absoluut niet willen spreken over hun leven. Hierbij denk ik ook wel: wie zijn wij om in het leven van de patiënt in te breken? En wat geeft mij het recht om deze mens in al zijn of haar kwetsbaarheid lastig te vallen? Wanneer mensen wél willen vertellen dan zijn er verschillende vormen voor, bijvoorbeeld een life-review proces. Geestelijk verzorgers helpen vaak bij het opmaken van de levensbalans. Door het opmaken van de levensbalans kunnen allerlei aspecten van zingeving aan de orde komen en daardoor is het een zingevende activiteit. Hierdoor kan de patiënt zijn of haar leven als voltooid beschouwen en afsluiten. De geestelijke verzorger heeft als doel dat het geestelijk welbevinden van de patiënt voorop staat (Beroepsstandaard 2002, pag. 10).

Er zijn verschillende methoden voor het opmaken van de levensbalans. Gerritsen (2006, pag. 425) noemt hier persoonlijke gesprekken en/of non-verbale werkvormen. Er zijn diverse keuzemogelijkheden voor de patiënt om het gesprek vorm te geven en aan te gaan. Dat kan door bijvoorbeeld te schilderen of te tekenen en op die manier het leven in kaart brengen. De één zal van de unieke ervaringen (zowel de positieve als negatieve) in het leven een poster maken, de ander tekent of schildert in een boekje (Gerritsen 2006, pag. 426). Door op deze manier uiting te geven aan de levenservaring kan dit in het bijzonder bijdragen aan de verwerking van en verzoening met levensgebeurtenissen. Hierin zien we zowel een functie van de geestelijke verzorging als van het life-review proces.

De effecten van het opmaken van de levensbalans kunnen helend zijn voor mensen die zich bevinden in de palliatieve fase. Gerritsen noemt uit haar eigen praktijkervaring de effecten van het opmaken van de levensbalans:

- de persoon weet zich gezien als uniek individu;
- eenzaamheid kan verzacht worden;
- oud zeer, al dan niet vergeten of weggestopt, kan boven komen en alsnog een plek krijgen;
- dingen kunnen nog 'goed gemaakt' worden, dankbaarheid nog geuit, een wens misschien nog vervuld;
- het benoemen van de vruchten van het leven kan voldoening geven: vrede met het leven zoals het was;
- het werken aan de levensbalans kan zin geven aan de laatste levensfase;
- het eigen leven kan voltooid en afgerond worden;
- iets essentieels kan worden meegegeven aan de nabestaanden en positief bijdragen aan hun rouwproces (Gerritsen 2006, pag. 427).

Deze effecten zijn vergelijkbaar met de effecten die in onderzoek naar life-review genoemd worden. Toch kan de geestelijk verzorger zich onderscheiden van de begeleider zoals Haight bedoelt. Zoals we gezien hebben is de geestelijk verzorger bekend op het terrein van

zingeving en spiritualiteit dat zich afspeelt op het cognitieve, het emotionele, het gedrags- en symbolische niveau.

Belangrijk is volgens Gerritsen dat de patiënt zélf moet aangeven om de levensbalans te willen opmaken (2006, pag. 427). De geestelijk verzorger biedt hier slechts ondersteuning in het zoeken naar de essentie van het leven en mag de patiënt 'nooit sturen op een weg die de patiënt zelf niet gaat. Het concreet vormgeven van de levensbalans en de eventuele hulp daarbij kan een aanbod zijn, nooit een standaardprocedure' (pag. 427). Hetzelfde geldt voor life-review: de patiënt is en blijft leidend.

Ter inleiding op de casus heb ik hierboven een beeld gegeven van hoe geestelijk verzorgers denken over het opmaken van de levensbalans en welke effecten dat heeft. In de volgende paragraaf geef ik een beknopte weergave van het life-review proces bij mevrouw P. , waarin in feite ook sprake is van het opmaken van de levensbalans.

3.5 'Bevrijding' – de casus van mevrouw P.

Mevrouw P. die verblijft in het verpleeghuis waar ik werk, heeft er in toegestemd een life-review te doen in het kader van mijn afstudeeronderzoek.

Op de palliatieve afdeling heb ik met mevrouw P. (85 jaar) kennism gemaakt. Mevrouw P. heeft een vorm van kanker. Gezien de vele uitzaaiingen zal zij binnen afzienbare tijd komen te overlijden aan de gevolgen van haar ziekte (dat kan variëren van enkele weken tot enkele maanden). Mevrouw P. heeft een zeer bewogen leven gehad. Al op heel jonge leeftijd is zij door haar vader het huis uitgezet. De oorzaak was dat zij het werk in het bedrijf van haar vader niet aan kon. Zij vond onderdak bij een oom en tante. Later is ze opgevangen door een andere oom en tante waar ze een aantal jaren verbleef. Door deze oom, een broer van haar vader, is zij misbruikt. Vanaf dat moment heeft zij een aantal maanden doorgebracht bij vrienden. Hier ontmoette zij een goede vriend waarmee ze een jaar later is getrouwd. Mevrouw P. was toen 22 jaar. Vanaf het begin van hun huwelijk werd zij door haar man zowel fysiek als geestelijk mishandeld. Mevrouw P. heeft vanaf die tijd nooit meer van haar man gehouden. Gedurende het huwelijk werden er vijf kinderen geboren. Eén kind, een dochttertje, stierf er bij de geboorte. Aan deze traumatische gebeurtenis werd op geen enkele manier aandacht aan geschonken. Haar man overleed op zestigjarige leeftijd. Voordat hij overleed heeft mevrouw hem thuis verzorgd. Mevrouw P. heeft die verzorging ervaren als een loodzware opdracht. Het overlijden van haar man betekende veel voor haar. Ze vertelde dat het voor haar toen een *bevrijdingsdag* was en ze heeft dat moment ook echt gevierd. Nu, twintig jaar later, komen al deze herinneringen boven en ze wil er met mij over spreken. Met name wil ze mij in eerste instantie spreken over haar dochttertje dat zo lang geleden is overleden. Ze wil graag weten waar ze is begraven – haar man wilde dat niet zeggen. Destijds heeft mevrouw P. het wel aan hem gevraagd, maar daarop zei hij: 'Wat gebeurd is, is gebeurd, en daar wordt niet meer over gesproken!' En daar mee was de zaak afgedaan. Mevrouw is behoorlijk onrustig en kan er slecht van slapen.

In het eerste gesprek met mevrouw ontdekte ik bij haar het verdriet dat zij had over haar overleden dochttertje en over het feit dat haar man haar toen nooit heeft getroost. Zij

vertelde me meteen dat ze geen goed huwelijk had. Vanwege deze verlieservaringen heb ik haar gevraagd of we een life-review zouden kunnen doen. Ik heb haar verteld van de methode en mevrouw liet merken dat ze hiervoor openstond.

Samen hebben wij het proces van life-review doorlopen volgens de LRF van Haight. Mevrouw P. bleek een verhalen vertellende reviewer. Ze vertelde heel open over haar leven en ze maakte gebruik van talloze voorbeelden om de gebeurtenissen in haar verhaal te illustreren. Haight zegt hierover bijvoorbeeld dat een verhalende reviewer van het eigen verhaal geniet. Zo sterk wil ik het niet uitdrukken, maar mevrouw vertelde zonder enig voorbehoud en met enig plezier. In haar manier van vertellen ontdekte ik dat mevrouw haar verhaal graag wilde vertellen aan iemand die haar volkomen respecteerde en haar verhaal erkenning gaf.

In het life-review proces heb ik mezelf terughoudend opgesteld en mevrouw vooral laten vertellen. Ik was met haar begaan, heb begrip getoond voor haar verdriet en heb mevrouw erkenning gegeven en respect getoond. We hebben binnen het proces van life-review een extra moment van ruimte en tijd gecreëerd voor haar overleden dochtertje. Een herdenkingsmoment met het branden van een kaars, een paar gesproken woorden van mevrouw P. en een gedicht door mijzelf uitgezocht. We hebben het moment van afscheid daadwerkelijk vorm mogen geven. Haar nachtkastje hebben we gebruikt als een soort gedachtenisplek, aangekleed met een paars kleed met een brandende kaars er op. Op de achtergrond klonk het Ave Maria van Franz Schubert (mevrouw was niet gelovig, maar het lied en de melodie vond ze mooi). Na een moment van stilte heb ik het volgende gedicht gelezen (Van den Berg 2000, pag 48-49):

“Een kind duurt eeuwig”

*Een mensenleven duurt soms maar één oogopslag
maar een kind duurt eeuwig.
Een kind is onze dromen, onze wensen
onze toekomstverwachting voor goedheid
voor het beste
dat niet goed genoeg is.
Een kind is onze verwachting én inspanning
dat 't vrede zal vinden, dat 't recht doet en recht ondervindt
dat 't bijdraagt aan wat goed is.
Een kind is ons meer waard dan wijzelf.
Een kind overstijgt onszelf, is onze hoop.
Een kind is onze hoop die niet voorbijgaat.
Een kind, korter dan een oogopslag, is ons geloof
dat 't duur en verblijft in eeuwige goedheid.
En wie 't niet geloven kan,
wenst 't toch voor een kind.
voor jouw kind wens je 't goede bovenmate.*

Mevrouw heeft zelf ook nog een aantal persoonlijke woorden gericht tot haar dochter welke ik niet meer zo kan noemen. Samen hebben we daar nog even over gesproken. Afsluitend heb ik gezegd: "Dit mensenkind mag rusten in de schoot van de aarde. In gedachten mag zij worden herinnerd als een kostbaar geschenk. Hopelijk mag dat u, mevrouw P., rust brengen. De gedachtenis aan uw dochtertje mag u levend houden. De kaars mag daarvan het symbool zijn." In dit ritueel komen de symbolische, therapeutische, de hermeneutische competentie aan de orde. Het ritueel, de aankleding, het aansteken van de kaars, de muziek en de gesproken woorden zijn zowel symbolisch als therapeutisch. De hermeneutische competentie is zichtbaar geworden door mevrouw haar omstandigheden te interpreteren met het oog op haar levensbeschouwelijke context, en vanuit die context verbinding te leggen met haar levensbeschouwelijke traditie.

In de gesprekken heb ik zoveel mogelijk geprobeerd me systematisch aan de vragen van de gestructureerde life-review gehouden. Omdat mevrouw zoveel vertelde waren er talloze vragen al in haar verhaal beantwoord. Dat heb ik zelf soms wel als lastig ervaren, want gedurende het gesprek moet je de vragenlijst in de gaten houden, zonder het contact met je gesprekspartner te verliezen. Hoewel de vragen een goede structuur bieden merk ik toch dat het voortdurend kijken op de vragenlijst storend is voor de voortgang in het gesprek. Door het kijken op mijn vragenlijst stopte mevrouw P. soms met vertellen. Soms was het even lastig om het gesprek weer op gang te brengen. In de situatie van mevrouw P. was het niet echt een groot probleem, want zij kon gemakkelijk vertellen en heel vlot de draad van het gesprek weer oppakken.

Na de life-review heb ik samen met mevrouw P. het proces geëvalueerd. De conclusie was dat het mevrouw goed gedaan heeft haar leven in kaart te brengen en oude ballast op te ruimen door haar verhaal te delen. Mevrouw voelde zich gekend en erkend. Ze voelde zich tevreden en opnieuw bevrijd van een last. De pijnlijke momenten in haar leven kon ze niet vergeten, maar haar leven is wel meer dragelijk geworden. Door het terugkijken op haar leven met behulp van de gestructureerde life-review is ook aandacht besteed aan de mooie gebeurtenissen en herinneringen in haar leven. Er had een grote kans bestaan dat zonder de gestructureerde life-review mevrouw meer in de schokkende gebeurtenissen was blijven hangen dan in de mooie gebeurtenissen. Juist door de structuur van vragen komen automatisch ook de mooie dingen aan de orde.

Door de life-review kon mevrouw P. op een mildere manier kijken naar haar leven, zonder gevoelens van wrok. Uiteindelijk heeft het haar leven in een nieuwe balans gebracht en rust gegeven. De vraag blijft wel of mevrouw P. door life-review het leven aanvaard heeft zoals dat is geleefd. Want op die vraag kon ze geen antwoord geven. Het enige dat ze zei is dat er teveel is gebeurd in haar leven om een bevestigend antwoord te geven. Mevrouw P. maakte op mij wel een tevreden indruk en gaf mij ook te kennen dat ze de gesprekken fijn vond. En wanneer we de doelstelling van life-review in ogenschouw nemen – het leven aanvaard te hebben zoals dat is geleefd – dan kan worden gesteld dat het doel niet is bereikt.

In verband met haar slopende ziekte hebben wij steeds (ongeveer) een half uur genomen voor de gesprekken gedurende acht weken. Sommige gesprekken waren korter, andere langer. Ook heb ik een beperkt aantal vragen per gesprek gesteld. In dit proces heb ik gemerkt dat wanneer mensen stervende zijn er toch een bepaalde druk op de gesprekken komt te liggen. In de zin, dat zowel mevrouw als ik de life-review wilde afronden.

Voor aanvang van het life-review proces heeft mevrouw een vragenlijstje ingevuld en na afloop weer (Bijlage V). Deze bevatte slechts een klein deel van de vragen zoals Haight die oorspronkelijk heeft weergegeven (Bijlage IV). Een aantal vragen daarvan zijn niet bruikbaar voor een palliatieve patiënt, omdat bij de meeste mensen het leven 'gewoon' doorgaat. Overigens blijkt uit de twee vragenlijstjes dat mevrouw P. zich gelukkiger voelt en dat de herinneringen aan het verleden niet overheersend negatief zijn.

In de gesprekken heb ik gewerkt met vragenlijsten (zoals beschreven in paragraaf 2.2.1). Dit is nieuw voor de geestelijk verzorger. Het gebruik van vragenlijsten heb ik als storend ervaren, ten eerste voor mevrouw P. en ten tweede ook voor mijzelf. Een storend element is 'het kijken' op het vragenformulier. Soms was ik daardoor te snel afgeleid en werd het luisteren en het aankijken van mevrouw P. lastiger. Hierdoor werd mevrouw P. ook onrustig. Een ander element is dat de vragen de spontaniteit van het vertellen van het verhaal remt. Ik heb mevrouw soms heel bewust laten doorpraten en zo even de vragen losgelaten. Tevens is voor de palliatieve patiënt de vragenlijst per ontmoeting vaak te uitgebreid en te vermoeiend. Een voordeel van de vragen is wel dat de vragen structuur geven aan het proces.

In het proces van life-review heb ik gemerkt dat het ritueel van het herdenken van haar dochttertje cruciaal is geweest voor mevrouw P. Direct na het ritueel voelde mevrouw zich zeer opgelucht en bevrijd van een last. Mevrouw beleefde en doorleefde het ritueel. Ze vertelde me dat ze haar verdriet een plek heeft kunnen geven. En hiermee komen we op het specifieke terrein van de geestelijk verzorger. Hier is sprake van het begeleiden van het zingevingsproces (zie paragraaf 3.1) op symbolisch, therapeutisch en hermeneutisch niveau. In deze gesprekken heb ik het ritueel als een doorslaggevende factor in het hele proces ervaren. Het proces van life-review is goed geweest voor mevrouw P. en het heeft haar leven meer in evenwicht gebracht. Dat betekent niet dat mevrouw P. het leven heeft aanvaard zoals dat is geleefd (doel life-review). De vraag die hier gesteld kan worden is of het life-review proces zonder dit ritueel ook dezelfde uitwerking zou hebben. Als geestelijk verzorger heb ik ingespeeld op de signalen van mevrouw P. Een 'goede begeleider' zoals Haight die voor ogen heeft zou dergelijke signalen niet zo gauw hebben herkend omdat hij niet deskundig is.

3.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van het werkterrein van de geestelijk verzorger. Ten eerste hebben we gezien dat het bij geestelijke verzorging gaat om ultieme zingeving. Het proces van zingeving speelt zich volgens de VGVZ af op vier niveaus n.l. het cognitieve niveau, het emotionele niveau, het gedragsniveau en symbolisch niveau.

Met behulp van de theorie van Johan Bouwer zijn we dieper ingegaan op het domein van de geestelijke verzorging. Hij zegt dat geestelijke verzorging is gerelateerd aan de dimensie van het menselijk bewustzijn die geest genoemd wordt en geest heeft te maken met zingeving. Bouwer noemt het onderscheid tussen de geestelijke verzorging en de psychotherapie. De psychotherapie kan een persoon helpen om zin *in* het leven te ontdekken of blokkades die deze zin in de weg staan uit de weg te ruimen, maar dient zich niet te begeven op het terrein waarop gezocht moet worden naar de zin *van* het leven. Bouwer is heel duidelijk over de begeleiding van mensen met levens- en zingevingvragen. Wanneer iemand geen professionele opleiding op dat gebied heeft genoten, dan beschikt die niet over de competenties die men ervoor nodig heeft en is daarom ongeschikt.

Van de geestelijk verzorger wordt dus verwacht dat hij deskundig moet zijn op het gebied van zingeving. De geestelijk verzorger zet zijn professionaliteit in om deze mens bij te staan en te begeleiden op geestelijk of spiritueel gebied. Met behulp van Carlo Leget is uitgelegd wat spiritualiteit inhoudt. Metaforen en symbolen spelen een belangrijke rol in de communicatie. De communicatie met beeldtaal kan de patiënt ruimte en structuur bieden. Leget is van mening dat symbolische communicatie kenmerkend is voor goede geestelijke verzorging. De geestelijk verzorger kan zijn professionaliteit gebruiken om aan diepere lagen te raken. Leget zegt van spiritualiteit dat het over de grote vragen van het leven gaat en begint bij iets anders waardoor we geraakt worden. Spiritualiteit is een proces dat in beweging is en het houdt mensen steeds in beweging, ook wanneer mensen gaan sterven. Ten slotte zegt Leget dat spiritualiteit de mensen verandert en ook 'onderhoud' nodig heeft. Spiritualiteit laat zich volgens de VGVZ omschrijven met termen als bezieling, transcendentie, verbondenheid en verdieping.

Duidelijk is geworden dat de geestelijk verzorger een professional is die over vele competenties moet beschikken om het werk goed uit te kunnen voeren. Het algemene doel van de geestelijk verzorger is het zorg dragen voor het geestelijk welbevinden van de patiënt. Dat betekent dat de geestelijk verzorger het proces begeleidt van zingeving en spiritualiteit, op een manier die aansluiting vindt bij de persoonlijke levensbeschouwing van de patiënt. Vooral in de palliatieve fase, waarin verdriet, angst, woede, machteloosheid en wanhoop aanwezig is, luistert die begeleiding heel nauw. De geestelijk verzorger is aanwezig, begeleidt, biedt hulp en geeft advies aan zowel de patiënt als de naaste familie.

Wanneer wij het doel van geestelijke verzorging voor ogen hebben en het op life-review betrekken, is te constateren dat geestelijke verzorging en life-review elkaar raken. We hebben kunnen zien dat het doel van geestelijke verzorging is: het zich richten op het geestelijk welbevinden. Het doel bij life-review is het bereiken van integriteit. De geestelijke verzorging brengt een belangrijke extra dimensie in, namelijk het zoeken naar de zin van het leven en hiervoor zijn hermeneutische competenties nodig. In de theorie van life-review klinkt dat wel door, maar er wordt nergens handen en voeten aan gegeven. Dat betekent dat life-review het zoeken naar zin veronderstelt, maar niet spreekt over deskundige begeleiding. Bij geestelijke verzorging gaat het om ultieme zingeving volgens Bouwer. Hij beschouwt dat als *de* taak van de geestelijk verzorger. Hier sluit Ter Borg in feite op aan als

hij stelt dat de geestelijk verzorger kan werken met rituelen en verhalen en de existentiële motieven daarin. Geestelijk verzorgers kunnen de verhalen duiden en verder ontwikkelen. Hier wordt duidelijk dat de geestelijk verzorger deskundig is op het gebied van zingeving. Samenvattend kunnen we zeggen dat de geestelijk verzorger moet beschikken over een diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie.

Ten slotte is er aandacht besteed aan het opmaken van de levensbalans. De positieve effecten van het opmaken van de levensbalans die worden genoemd zijn: de persoon weet zich gezien als uniek individu, eenzaamheid kan verzacht worden, oud zeer kan boven komen en alsnog een plek krijgen, dingen kunnen nog worden 'goed gemaakt', vrede met het leven zoals het was, het werken aan de levensbalans kan zin geven aan de laatste levensfase, het eigen leven kan voltooid en afgerond worden, iets essentieels kan worden meegegeven aan de nabestaanden en het kan bijdragen aan de verwerking van het rouwproces. Een aantal van deze positieve effecten komen overeen met de effecten van life-review zoals: het accepteren van zichzelf als uniek individu, het ervaren van nieuwe betekenis in het leven, het opnieuw in verbinding staan met jezelf en anderen, zich bevrijd voelen van een zware last, een nieuwe oriëntatie op de toekomst ervaren: verwachtingsvol vooruitzien, een gevoel van tevredenheid hebben, hernieuwde energie en enthousiasme hebben gevonden en het accepteren dat het leven als voltooid is en de aanvaarding van de dood. Ten slotte heb ik ter illustratie en toetsing van het werken met life-review door de geestelijk verzorger mevrouw P. gepresenteerd.

In deze casus 'Bevrijding' wordt life-review toegepast bij mevrouw P. Een aantal traumatische ervaringen in het leven van mevrouw P. laten zien dat er sprake is van rouw. In de gesprekken kwam vooral het verlies van haar dochtertje naar voren. Middenin het proces van life-review hebben we een gedachtenismoment gecreëerd om dat verlies een plek te kunnen geven door een symbolische en therapeutische interventie. Het bleek mevrouw goed te hebben gedaan om op deze manier haar verdriet te kunnen verwerken. Na afloop van de life-review keek mevrouw met tevredenheid terug op het proces.

De competenties die noodzakelijk zijn voor een goede begeleider van het life-review proces vallen binnen het competentiekader van de geestelijk verzorger en komen overeen. Het grote verschil is dat de geestelijk verzorger veel meer competenties in huis heeft. Dat verschil hebben we kunnen zien in de therapeutische, symbolische en hermeneutische competentie.

Hoofdstuk 4 Slotbeschouwing

Gedurende het werken aan deze scriptie beseftte ik me steeds meer dat geestelijke verzorging een uniek vakgebied is. In het bijzonder is dat besef versterkt door het uitvoeren van life-review op de palliatieve afdeling van het verpleeghuis. Bovendien realiseerde ik me dat je als geestelijk verzorger op ‘heilige grond’ komt van de meest diepe en intieme gevoelens van mensen. Dat je als geestelijk verzorger *mee naar binnen mag gaan* in het levensverhaal van mensen en ze vanuit de eigen professie kan begeleiden en ondersteunen. In de afgelopen jaren heb ik gemerkt dat in de veranderende zorg – welke steeds meer verschraalt – mensen meer behoefte hebben aan dit soort aandacht dan ooit tevoren.

De vraag die in deze scriptie centraal staat is: Welke functie heeft life-review in de laatste levensfase van ouderen en in hoeverre is life-review in te zetten als instrument van de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling in een verpleeghuis?

Om antwoord te vinden op mijn vragen heb ik de hoofdvraag in deelvragen gesplitst. In het eerste hoofdstuk ging het om de vraag: Wat is kenmerkend voor de laatste levensfase en wie begeleidt in deze fase mensen in het verpleeghuis op psychosociaal en geestelijk gebied?

Allereerst heb ik het beeld geschetst van de laatste levensfase van ouderen. We hebben gezien dat er een toenemende vergrijzing plaatsvindt tot het jaar 2040. Deze ontwikkeling heeft tot gevolg dat er steeds meer ouderen in een verpleeghuis zullen verblijven. Veel ouderen ondervinden problemen met het verhuizen naar een verpleeghuis. In het verouderingsproces van de mens heeft de oudere te maken met fysieke en cognitieve achteruitgang. Er ontstaan verlieservaringen die kunnen leiden tot depressie. In dergelijke situaties kan er een hulpvraag ontstaan. Hiertoe is er een multidisciplinair team van deskundigen aanwezig die op specifieke hulpvragen in kan spelen. Daarnaast kunnen ook familie, vrienden of vrijwilligers een rol spelen. De geestelijk verzorger heeft in deze situatie de taak op verlieservaringen in te spelen en een luisterend oor te zijn voor de oudere in kwestie. Hij/zij kan hem/haar bijstaan en begeleiden in de overgangsfase van het zelfstandig wonen naar het wonen in een verpleeghuis.

Met het werk van Butler, Haight en Bohlmeijer heb ik in het tweede hoofdstuk het life-review proces beschreven aan de hand van de vraag: Wat is life-review en welke functie heeft dat bij mensen in de laatste levensfase? De grondlegger van life-review, Robert Butler, introduceerde life-review als een natuurlijk innerlijk proces in de ouderdom. Dit proces houdt verband met het feit dat de mens zich bewust is van de naderende dood. Hij maakt de balans van zijn leven op. Het geleefde leven kan worden geaccepteerd of juist niet. Barbara Haight is toonaangevend geweest op het gebied van life-review en concludeert uit onderzoek dat life-review leidt tot onder andere zelfacceptatie, het ervaren van nieuwe betekenis van het leven, het opnieuw in verbinding staan met jezelf en anderen, en gelouterd zijn: het zich bevrijd voelen van een ‘zware last’, een nieuwe oriëntatie op de toekomst ervaren: verwachtingsvol vooruitzien, een gevoel van tevredenheid hebben,

hernieuwde kracht/energie en enthousiasme hebben gevonden, de ervaring dat het leven als voltooid kan worden beschouwd en de aanvaarding van de dood. Vanuit dat gegeven pleit Haight voor het toepassen van Structured Life Review. Haight stelt dat integriteit het hoofddoel is van life-review. Net zoals Butler maakt ook Haight gebruik van de levenscyclustheorie van Erikson. Haight stelt – in tegenstelling tot Butler – dat life-review ook gebruikt kan worden bij jongere mensen. Haight heeft een programma ontwikkeld voor de Structured Life Review, dat bestaat uit acht ontmoetingen waarin de cliënt en zijn begeleider een gestructureerd vragenprogramma afwerken (Bijlage I). Het proces van life-review wordt gekenmerkt door de gestructureerde opbouw van het programma van de acht ontmoetingen en betreft alle fasen van het leven. De eisen die er gesteld worden aan de begeleider zijn dat hij/zij leiding en sturing moet geven aan het proces. De begeleider moet beschikken over counseling vaardigheden als begrip en aandacht hebben voor iemands verhaal, kunnen reflecteren en parafraseren. Verbazingwekkend is de onhelderheid omtrent de kwaliteitseisen en competenties van de begeleider. Haight geeft op geen enkele manier aan wie dat life-review proces moet gaan uitvoeren. Ze spreekt slechts van ‘een goede begeleider’ en op een gegeven moment zegt ze zelfs ergens dat iedereen life-review kan uitvoeren. Verder noemt Haight dat de begeleider noodzakelijk is om life-review te begeleiden, om de gebeurtenissen in het levensverhaal te duiden. Hier wordt nogal wat verwacht van een goede begeleider. In deze onduidelijkheid moet helderheid komen. Er zou onderzoek gedaan moeten worden naar welk specialisme bij life-review past. Voor het duiden van het levensverhaal is dus een hermeneutische competentie noodzakelijk voor de kwaliteit van life-review. Deze competentie heeft de geestelijk verzorger.

Bohlmeijer concludeert dat life-review een zingevende benadering is. Vooral bij depressie blijkt het vertellen van belangrijke ervaringen in het leven een goede basis voor het opnieuw betekenis geven aan het leven. Life-review is in het bijzonder geschikt voor ouderen die in het algemeen meer verlieservaringen te verwerken hebben. In verband met zingeving spreekt Bohlmeijer geen enkele keer van de geestelijk verzorger. Dit is opmerkelijk, omdat het specialisme van de geestelijk verzorger toch zingeving is. Juist de geestelijk verzorger brengt een extra dimensie van zingeving in.

Naast mogelijke positieve effecten die genoemd worden bij life-review zijn er ook kritische punten te noemen. Bijvoorbeeld het feit dat life-review nodig zou zijn om het leven te kunnen accepteren zoals het is geleefd. Er zijn talloze ouderen die geen life-review doen en toch hun leven goed kunnen accepteren. Daarbij kan ik mij voorstellen dat ook niet iedere oudere op een life-review zit te wachten want het is een tijdrovend proces en emotioneel veel vragend.

In haar theorie spreekt Haight niet over palliatieve zorg. Wel heeft zij een paragraaf gewijd aan stervende mensen. Zij meent dat Structured Life Review heel effectief kan zijn wanneer het gaat om stervende mensen. Op het moment dat mensen hebben aanvaard dat de dood onvermijdelijk is, verlangen zij er naar om hun leven op orde te brengen. Bij mevrouw P. heb ik ervaren dat zij juist de meest pijnlijke gebeurtenissen in haar leven wilde bespreken en daarbij wilde stilstaan. Mevrouw verlangde er naar die nare dingen een plek te

geven voordat zij zou sterven. Er is op dit moment nog geen onderzoek gedaan naar life-review in de palliatieve zorg. Onderzoek is noodzakelijk omdat de palliatieve zorg zijn eigen specifieke karakter heeft.

In het derde hoofdstuk stond het werkterrein van de geestelijk verzorger centraal. Hier was de kernvraag: Waaruit bestaat het werk van de geestelijk verzorger op de palliatieve afdeling van een verpleeghuis, en in hoeverre past het toepassen van life-review daarbij? We hebben gezien dat het in de kern bij geestelijke verzorging gaat om ultieme zingeving. Het proces van zingeving speelt zich volgens de VGVZ af op vier niveaus namelijk, het cognitieve niveau, het emotionele niveau, het gedragsniveau en het symbolische niveau. Van de geestelijk verzorger wordt verwacht dat hij professionele begeleiding en hulpverlening kan bieden aan patiënten bij hun zingeving en spiritualiteit (definitie VGVZ). Spiritualiteit gaat volgens Leget over de grote vragen van het leven, over bezieling en het geraakt worden, de beweging en de verandering. De VGVZ omschrijft spiritualiteit als bezieling, transcendentie, verbondenheid en verdieping. Juist in de palliatieve fase, waarin verdriet, angst, woede, machteloosheid en wanhoop vaak sterk zijn, luistert de begeleiding heel nauw. De geestelijk verzorger is aanwezig, begeleidt, biedt hulp en geeft advies aan zowel de patiënt als de naaste familie. De competenties waarover een geestelijk verzorger moet beschikken worden genoemd in de Beroepsstandaard van de VGVZ (Bijlage VI).

Wanneer wij de gestelde competenties voor de begeleiding van life-review en de competenties die worden verwacht van de geestelijk verzorger vergelijken zien we dat de geestelijk verzorger aan alle gestelde competenties voor de begeleiding voldoet. Sterker nog, de geestelijk verzorger heeft meer te bieden. Hij of zij beschikt over een diagnostische, hermeneutische en de therapeutische competentie. De diagnostische en hermeneutische competentie van de geestelijk verzorger betreft het in staat zijn om de ervaringen omtrent ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van de levensbeschouwelijke context van een patiënt. Hierbij is van essentieel belang aansluiting te vinden bij de levensbeschouwelijke traditie van de patiënt en diens situatie. De therapeutische competentie van de geestelijk verzorger bestaat uit het aanbieden van een ritueel, een gebed, een religieuze en levensbeschouwelijke tekst en een gespreksinhoud op basis van de levensbeschouwelijke context van een patiënt en zodoende te komen tot heling van het zingevingproces (Beroepsstandaard 2002, pag. 14-15).

De geestelijk verzorger moet verhalen kunnen duiden, interpreteren en verder ontwikkelen. Het duiden zien we ook terug bij life-review. Het gaat bij geestelijke verzorging ten diepste om ultieme zingeving inclusief de vier niveaus waarop zingeving zich afspeelt. Die vier niveaus zijn: het cognitieve, het emotionele, het gedrags en/of symbolische niveau. En dat is naar mijn mening noodzakelijk voor een goede life-review.

Ten slotte heb ik een life-review gedaan bij mevrouw P. op de palliatieve afdeling in het verpleeghuis waar ik werkzaam ben. Op de palliatieve afdeling verblijven mensen die geen uitzicht meer hebben op genezing. Dit wil overigens niet altijd zeggen dat mensen snel zullen gaan sterven (terminale fase). Het betreft hier de zorg om het verlichten en behandelen van pijn en om het waarborgen van de kwaliteit van leven. Er is een

multidisciplinair team van professionals aanwezig die hun deskundigheid inzet om de kwaliteit van leven te waarborgen. Er dient wel gezegd te worden dat niet iedere patiënt van die hulp gebruikt maakt. Alle goedbedoelde zorg kan de patiënt ook teveel worden. Hier is het van groot belang dat de patiënt centraal staat en hij of zij zelf kan beslissen over het wel of niet inzetten van professionals. Verpleeghuisbewoners in de palliatieve fase moeten veel doormaken. In deze fase komen vaak verlieservaringen aan het licht. Juist met betrekking tot deze verlieservaringen leek het mij zinvol een life-review toe te passen bij mevrouw P., die veel meegemaakt heeft in haar leven. Life-review in de palliatieve fase verschilt in een aantal opzichten van andere situaties. Patiënten in deze fase worden geconfronteerd met de eindigheid van het leven. Die confrontatie kan veel emoties met zich meebrengen. Daaraan gekoppeld is de vraag op welke manier de geestelijk verzorger een bijdrage kan leveren, en of deze mensen überhaupt willen nadenken over hun leven. Niet iedereen kan en wil dat.

In de life-review met mevrouw P. heb ik gewerkt met vragenlijsten, wat nieuw is voor de geestelijk verzorger. Het gebruik van de vragenlijsten heb ik als storend ervaren, ten eerste voor mevrouw P. en ten tweede ook voor mijzelf. Het voortdurend moeten kijken op de vragenlijst hindert het luisteren en het aankijken van de patiënt. Hierdoor heb ik me afgevraagd of deze systematische manier van werken wel past bij de geestelijk verzorger. Een ander punt is dat door het stellen van vragen de spontaniteit verdwijnt. Verder is voor de (kwetsbare) palliatieve patiënt een lange lijst van vragen te intensief en te vermoeiend. Daarom zouden acht ontmoetingen weleens te zwaar kunnen zijn voor de patiënt. Het luistert dan ook heel nauw dat de geestelijk verzorger de situatie van de patiënt goed inschat. Aan de andere kant is het een voordeel dat de vragen per ontmoeting wel een goede structuur bieden en de ontmoetingen daardoor afgebakend zijn.

Het meest essentiële dat ik heb ervaren in het life-review proces was het gedachtenisritueel van haar overleden dochtertje. Hier is de aanwezigheid van de geestelijk verzorger bijzonder gewenst vanwege de symbolische en therapeutische competentie. Wellicht is het ritueel van doorslaggevende betekenis geweest voor het positieve effect van het life-review proces. Hier zou de goede begeleider waarover Haight spreekt tekort schieten en zou deze unieke taak niet kunnen uitvoeren en begeleiden. Daarom is het mijns inziens van cruciaal belang dat de begeleider waar Haight en anderen over spreken niet alleen 'een goede begeleider' moet zijn, maar iemand die kan werken op cognitief, emotioneel, gedrags- en symbolisch niveau en kan inspelen op existentiële- en zingevingsvragen. Niet voor niets zegt Bohlmeijer dat life-review een zingevende benadering is; maar waarom verbindt hij dit niet met het werk van de geestelijk verzorger?

Op basis van de conclusies hierboven kan ik zeggen dat life-review een nuttig instrument kan zijn voor de geestelijk verzorger. Naast de positieve effecten van life-review zijn er ook nadelen genoemd. Op grond daarvan wil ik een aantal aanbevelingen doen die tot doel hebben het onderzoek naar life-review in de palliatieve fase verder in gang te zetten. Allereerst zal er duidelijkheid moeten komen wie een deskundige begeleider bij life-review is en welke competenties hij/zij moet bezitten om het proces te begeleiden. Ten tweede is onderzoek nodig onder geestelijk verzorgers om te testen of life-review een behulpzame

methode is om mee te werken en of deze manier van werken wel bij de geestelijk verzorger past. En hoe zit het met de tijdsinvestering? Ten derde moet onderzocht worden of life-review een geschikt instrument is voor de palliatieve zorg. Ten vierde is het noodzakelijk nieuwe vragenlijsten en testformulieren te ontwikkelen voor de palliatieve patiënten.

Met deze scriptie hoop ik een aanzet te hebben gegeven voor verder onderzoek naar life-review in de palliatieve fase bij patiënten in het verpleeghuis. Hoewel er nog veel onderzoek nodig is kan ik op basis van mijn ervaringen uit zowel de literatuur als de praktijk toch spreken van een nieuwe uitdaging in de dagelijkse praktijk van mijn werk als geestelijk verzorger. Deze nieuwe uitdaging mag hopelijk voor een aantal bewoners van de palliatieve afdeling in het verpleeghuis een goede manier zijn om hun levensverhaal te delen ten einde het leven wat geleefd is te kunnen afsluiten.

Geraadpleegde literatuur

Ajemian, I. (red.), 'The interdisciplinary team', in: E. Doyle, G.W.C. Hanks & N. MacDonald (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, (New York: Oxford University Press, 1993) 18.

Allewijn, Maritza, 'Bewoners van zorginstellingen', in: Marja Vink (red.), *Handboek Ouderenpsychologie* (Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij, 2007) 479-494.

Allewijn, Maritza en Bere Miesen (red.), *Zorg om ouderen. Een leidraad voor mantelzorgers*, (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006).

Aries, Philippe, *Het uur van onze dood: Duizend jaar sterven, begraven, rouwen en gedenken*, vertaald door René de Roo-Raymakers, (Amsterdam: Elsevier, 1987), oorspronkelijk uitgegeven als *L'homme devant la mort* (Parijs: Éditions du Seuil, 1977).

Baart, Andries (red.), *Een theorie van presentie* (Den Haag LEMMA BV, 2001).

Berg, Marinus van den, *Woorden in de stilte, Teksten bij afscheid*, (Kampen: Kok Kampen, 2000).

(a) Bohlmeijer, Ernst, Lausanne Mies, Gerben Westerhof, *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*, (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007).

(b) Bohlmeijer, Ernst, *De verhalen die we leven, narratieve psychologie als methode* (Amsterdam: Boom, 2007).

(c) Bohlmeijer, E. en H. Schuringa, 'Life-review' in: Marja Vink (red.), *Handboek ouderen psychologie* (Utrecht: De Tijdstroom, 2007) 351-362.

Borg, Meerten B. ter, *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij* (Nijmegen: KSGV, 2000).

Bouwer, Johan, *Pastorale diagnostiek: Modellen en mogelijkheden* (Zoetermeer: Boekencentrum 1998).

Bouwer, Johan, 'Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek' in: Doolaard, Jaap (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, (Kampen: Uitgeverij Kok, 2006) 773-797.

Bouwer, Johan, 'Het domein en formele object van de geestelijke verzorging' in: Jochemsen, Henk en Evert van Leeuwen (red.), *Zinervaring in de zorg* (Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2005) 70-76.

Butler, Robert N., *The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged*. *Psychiatry* 26, 65-76, (1963).

Butler, Robert N., *Successful aging and the role of the life-review*. *Journal of the American Geriatrics Society* 22, 529-535, (1974).

Dohmen, Joep en Jan Baars, *De kunst van het ouder worden*, (Amsterdam, Anthos uitgevers, 2010).

- Doolaard, Jaap (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, (Kampen: Uitgeverij Kok, 2006).
- Erikson, E.H., *Childhood and society*, (New York: W.W. Norton, 1950).
- Feldman, Robert S., *Ontwikkelingspsychologie II, levensloop vanaf de jongvolwassenheid* vertaald door Sylvia Birnie, (Baarn: Primatov 2007), oorspronkelijk uitgegeven als *Development across the life span* (New Jersey: Pearson Education, Inc., 2006)
- Ganzevoort, Ruard, Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*, (Zoetermeer: Uitgeverij Meinema, 2007)
- Graeff, A. de (red.), J.M.P van Bommel, R.H.P.D. van Deijck, B.R.L.C. van den Eynden, R.J.A. Krol, W.H. Oldenmenger, E.J. Vollaard, *Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de praktijk* (Utrecht: Jongbloed, 2010).
- Geertsema, Henk, 'Multidisciplinaire samenwerking' in: Marja Vink (red.), *Handboek ouderen psychologie* (Utrecht: De Tijdstroom, 2007).
- Gerritsen, A., 'Het leven loslaten – levensbalans in het licht van de dood', in: Doolaard, Jaap (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, (Kampen: Uitgeverij Kok, 2006) 424-428.
- Haight, Barbara K., Haight, Barrett S., *The Handbook of Structured Life Review* (Baltimore: Health Professions Press, Inc., 2007).
- Haight, Barbara K., Long-term effects of structured life review process. *Journal of Gerontology*, 47, 312-315 (1992).
- Haight, B.K., Y. Michel & S. Hendrix, Preventing despair in newly located nursing home residents: Short-and and long-term effects. *International Journal of Aging & Human Development* 47, 119-142 (1998).
- Haight, B.K., & Y. Michel, S. Hendrix, The extended effects of the life review in nursing home residents. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(2), 151-168 (2000).
- Huizing, Wout & Thijs Tromp, *Open kaart: Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal* (Utrecht: Reliëf 2005).
- Jochemsen, H., M. Klaasse-Carpentier, B.S. Cusveller, A. van de Scheur en J. Bouwer, *Levensvragen in de stervensfase: Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief*, Wetenschappelijk rapport nr. 16 (Ede: Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, 2002).
- Jonge, J. de, *Gezondheidskunde*, (Houten: Bohn Stafleu van Loghum 1997), pag. 66-68.
- Kovach, C.R., Promise and problems in reminiscence research. *Journal of Gerontological Nursing* 16, 10-14. (1990).
- Leget, Carlo, e.a., 'Richtlijn Spirituele zorg', in: De Graeff, A (red.), *Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de praktijk* (Utrecht: Jongbloed, 2010) pag. 637-662).

Leget, Carlo, *Van levenskunst tot stervenskunst, over spiritualiteit in de palliatieve zorg* (Tielt: Lannoo nv, 2008).

Miesen, Bere (red.), Maritza Allewijn, Cees Hertogh, Fokje de Groot, Marijk van Wetten, *Leidraad Psychogeriatric*, (Houten/Mechelen, Bohn Stafleu van Loghum 2003).

Naafs, Joost, *Met zorg wonen*, (Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010).

Pot, Annemarie M., D.J.H. Deeg, J.W.R. Twisk, A.T.F. Beekman, & S.H. Zarit. *The longitudinal relationship between the use of long-term care and depressive symptoms in older adults*. *The Gerontologist*, 45, 359-369, 2005)

Postema, F., 'Geestelijke zorg geeft te denken – over levensverhalen van ouderen en geestelijke verzorging', in: Doolaard, Jaap (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, (Kampen: Uitgeverij Kok, 2006).

Pot, Annemarie M., Yolande Kuin, Marja Vink (red.), *Handboek ouderen psychologie* (Utrecht: De Tijdstroom, 2007).

Smalbrugge, Martin, 'Biologische veroudering en leeftijdsgelateerde aandoeningen' in: Marja Vink (red.), *Handboek ouderen psychologie* (Utrecht: De Tijdstroom, 2007).

Teunissen, S. en D.L. Willems, 'Het eigene van palliatieve zorg' in: Spreewenberg, C. (red.), *Handboek palliatieve zorg* (Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2005).

VGvZ, *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002).

Schroots, Johannes J.F. (red.), *Handboek Psychologie van de Volwassen Ontwikkeling & Veroudering*, (Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2002).

Stone, R. , *Genezende vertelkunst: het vertellen als hulp bij persoonlijke groei*, (Amsterdam: Bres BV, 1997).

Vissers, Kris C.P., *Palliatieve zorg als 'heelkunst': preventie en integratie in de levenscyclus!*, Inaugurale rede, (Nijmegen: Thieme MediaCenter Nijmegen, 2007).

Wiel, H.B.M. van de en J. Wouda, 'Psychosociale begeleiding' in: C. Spreewenberg (red.), *Handboek palliatieve zorg* (Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2005) pag. 207-237.

Geraadpleegde internetbronnen

- infoNu.nl,

http://www.psywww.com/intropsych/ch11_personality/eriksons_psychosocial_stages.html

(geraadpleegd op 10 juli 2011)

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/34088-acht-levensfasen-ontwikkelingsfasen-van-de-mens-erikson.html>

(geraadpleegd op 2 juni 2011)

- Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg

http://seniorenmaastricht.web-log.nl/seniorenmaastricht/2005/12/centrum_ontwikk.html

(geraadpleegd op 20 april 2011)

- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1995'

<http://www.ncpc.org.uk/>

(geraadpleegd op 7 april 2011).

- Butler, Robert N., The legacies of memory: What elders bring to the future

<http://www.asaging.org/at/at-214/legacymem.html>

(geraadpleegd op 7 april 2011).

<https://sites.google.com/a/hannn.eu/homesite-test/nieuws-actueel/tempovergrijzinglooptop>

(geraadpleegd op 20 februari 2011).

BIJLAGE I

Life Review Form (LRF)

Visit 2: Early Childhood

- What is the very First thing you can remember in your life? Go as far back as you can.
- What other things do you remember about when you were very young?
- What was life like for you as a child?
- What were your parents like? What were their weaknesses; strengths?
- Did you have any brothers or sisters? Tell me what each was like.
- Did anyone close to you die when you were growing up?
- Did someone important to you go away?
- Did you feel cared for as a child?
- Do you remember having any accidents or diseases?
- Do you remember being in a very dangerous situation?
- Did you play at any adult roles or games? Were you a leader or a follower as a young child?
- Were you afraid of any adults?
- Was there anything important to you that was lost or destroyed?
- Did you have childhood friends and playmates? A best friend?
- Was church a large part of your life?
- Were you given opportunities to make some decisions for yourself? What independent things did you do for yourself?

Visit 2 & 3: Family and Home

The family and the home questions cover a large portion of one's possible memories as a child. This section on family/home also helps Reviewers explore their childhood relationships. Family and home questions should be used in Visit 2 (Childhood) and Visit 3 (Adolescence) as the recall and assessment of the Life Reviewer's childhood and adolescence continues.

- What was life like for you as an older child?
- Tell me about your family.
- How did your parents get along?
- How did other people in your home get along?
- What was the atmosphere like in your home?
- Was there enough food and necessities for your family?
- Were you punished as a child? For what? Who did the main disciplining in your home? Who was the boss?

- Did you feel loved and cared for as a young child?
- Tell me about projects you started as a child.
- When you wanted something from your parents (or guardian), how did you go about getting it?
- Did you ever feel doubt, shame, or guilt as a young person?
- What kind of person did your parents like the most? The least?
- Who were you closest to in your family?
- Who in your family were you most like? In what way?
- Did you have any unpleasant experiences as a child?
- Tell me about your extended family: aunts, uncles, grandparents, cousins.

Visit 3: Later Childhood-Adolescence

During the third visit, the Listener guides the Reviewer to later childhood and adolescence, making sure the Reviewer has exhausted the memories and stages of early childhood. Remember to insert “feeling questions”, such as “*How did you feel about that?*” or “*What did that mean to you?*”, to initiate close evaluation by the Reviewer of both positive and negative events. Note again that these LRF questions are suggestions only and you do not need to use them all.

- Did you feel well guided growing up?
- When you think about yourself and your life as a teenager, what is the first thing you can remember about that time?
- Did you feel good about yourself as a teenager?
- What other things stand out in your memory about being an adolescent?
- Who were the important people for you? Tell me about them (parents, brothers, sisters, friends, teachers).
- Who were you especially close to? Who did you admire? Who did you most want to be like?
- Were there cliques or special groups in your day?
- Did you attend church and youth groups?
- How far did you go in school? Did you enjoy school?
- Did you have a sense of belonging at school or in groups?
- Did you work during these years?
- Tell me of any hardships you experienced at this time.
- Did you participate in sports and/or in school activities?
- Did you enjoy school activities? Why?
- Do you remember feeling left alone, abandoned, or not having enough love or care as a child or adolescent?
- What were the pleasant memories about your adolescence?
- Did you do well in school studies/academics? Did you work hard at school? Why/why not?
- All things considered, would you say you were happy or unhappy as a teenager?

- Do you remember your first attraction to another person?
- How did you feel about sexual activities and your own sexual identity?

Visit 4: Young Adulthood

Start the fourth visit with: *“Now I’d like to talk to you about your life as an adult, starting when you were in your 20s. What were the most important events in your adult years?”* The Therapeutic Listener should use the adult questions as needed, remembering that your first obligation is to listen and respond.

- As an adult, did you do what you were supposed to do in life?
- What was life like for you in your 20s and 30s?
- Did you think of yourself as responsible?
- What kind of person were you? What did you enjoy?
- Tell me about your work. Did you enjoy your work? Did you earn an adequate living? Did you work hard during those years? Were you appreciated?
- Were you happy with your choices?
- Did you have enough money?
- Did you form significant relationships with other people?
- Did you marry?
 - (yes) What kind of person was your spouse?
 - (no) Why not?
- Do you think marriages get better or worse over time? Were you married more than once?
- Did you have children? Tell me about them.
- What important decisions did you make during this time?
- On the whole, would you say you had a happy or unhappy marriage?
-

Visit 5: Older Adulthood

As you proceed to ask about adulthood, remember to follow the lead of your Reviewer and ask only appropriate questions, encouraging Reviewers to talk about their major interests and to evaluate major life decisions. Use the interviewing techniques and counseling skills: be empathic; praise achievements; reframe disappointments; practice good listening.

- Is there anything you would like to add about your marriage?
- In your entire life, what relationship stands out as most important?
- Tell me (more) about your children? Did you enjoy being a parent?
- Would you call yourself a spiritual person?
- Tell me about your friendships and relationships.
- Was sexual intimacy important to you?
- Did you have hobbies or major interests?
- Do you think you have helped the next generation?

- What were some of the main difficulties you encountered during your adult years?
 - Did someone close to you die? Go away?
 - Were you ever sick? Have an accident?
 - Did you move often? Changed jobs?
 - Did you ever feel alone? Abandoned?
 - Did you ever feel needs?
- Have you remembered anything else you'd like to talk about?
- What piece(s) of wisdom would you like to hand down to the next generation?

Visit 6: Summary and Evaluation

You need to ask every question in this summary/evaluation portion of the LRF over the next 2 weeks, if possible. Questions for Visits 6 and 7 can be used alternatively as long as they are all asked. These questions cause Reviewers to look at their life as a whole and to evaluate their lives. Evaluation is key to reconciliation and acceptance, and acceptance is key to achieving Integrity.

- On the whole, what kind of life do you think you've had?
- If everything were to be the same, would you like your life over again?
- If you were going to live your life over again, what would you change? Leave unchanged?
- We've been talking about your life for quite some time now. Let's discuss your overall feelings and ideas about your life. What would you say the main satisfactions in your life have been? Try for three. Why were they satisfying?
- Everyone has had disappointments. What have been the main disappointments in your life?
- What was the hardest thing you had to face in your life? Please describe it.
- What was the happiest period of your life? What about it made it the happiest period? Why is your life less happy now?
- What was the unhappiest period of your life? Is your life more happy now? Why?
- What was the proudest moment in your life?

Visit 7: Evaluation and Integration

Visit 7 is a continuation of Visit 6. Allowing the Reviewer two weeks for the evaluation and integration process ensures that there is enough time to answer all the questions in this section as well as to also begin to consider the future.

- If you could stay the same age all your life, what age would you choose? Why?
- How do you think you've made out in life? Better or worse than what you hoped for?
- Did you live your life as you had hoped to live it?

- Let's talk a little about you as you are now. What are the best things about the age you are now?
- What are the worst things about being the age you are now?
- What are the most important things to you in your life today?
- What do you hope will happen to you as you grow older?
- What do you fear will happen to you as you grow older?
- Are you happy with your life choices and decisions?
- What do you want for yourself as you look toward the future?
- Have you enjoyed participating in this review of your life?
- Do you have any comments or suggestions?

Visit 8: Closure and Outcomes

Visit 8 is the time set aside for closure and assessing the outcomes of the Life Review in your Reviewer.

Note: The LRF is derived from recent research and two unpublished dissertations:

Gorney, J. (1968). *Experiencing and age: Patterns of reminiscence among the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.

Falk, J. (1969) *The organization of remembering the life experience of older people: Its relation to anticipated stress, to subsequent adaption and to age*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.

Bijlage II

Life Review Agreement

I(Life Reviewer) do hereby consent to participate in an 8-weeks series of visits for the purpose of participating in a Structured Life Review process. The Therapeutic Listenerhas explained orally to me as described below and I fully understand the following:

- A. Purpose: The purpose of this Life Review is to review my past life stages from childhood to the present.
- B. Procedures: I will be visited by the Listener for six to eight 1-hour sessions. The Listener will ask me questions about my life. I will reminisce about only subjects I care to discuss. There may be simple paper-and-pencil tests to determine my situation. The Life Review is a form of reminiscing used therapeutically to help a person reach a better state of well-being. The process is guided by questions that cover childhood, family, home, and adulthood. There is a final evaluation where I will reflect on my life. The questions asked in the Life Review have been shown to me and I approve them.
- C. Risks: There may be some temporary psychological discomfort when remembering sad times while participating in this project. I may withdraw from this process at any time by requesting to do so.
- D. Costs: There are no costs to me for participating in this project and I will receive no monetary income.

.....
Signature of Life Reviewer

.....
Signature of Therapeutic Listener

.....
Witness, if needed/available

.....
Date

Bijlage III

Baseline Assessment of Reviewer

This tool should be used to record your observations of the Reviewer during your first and last sessions. Your observations should be both descriptive (qualitative) and numerical (quantitative). You may assign a number from 1 to 10 to each category, with 10 being the best and 1 being the worst, to measure change between Visit 1 and Visit 8.

Reviewer Baseline	Visit 1	Visit 8
Physical limitations:		
Mental limitations		
-Cognitive:		
-Psychological:		
Social limitations		
-Interactions with others:		
-Family:		
-Friends:		
-Outgoing:		
-Withdrawn:		
Appearance		
-Neat:		
-Groomed and care for:		
-Appropriate dress:		
Nutrition		
-Cooks:		
-Frail:		
-Obese:		
Mood		
-Appears happy:		
-Appears sad:		
Outlook		
-Pessimistic:		
-Optimistic:		
Financial		

-Has enough:

-Needy:

Help

-Groceries:

-Transportation:

-Housework:

-Yard work:

-Other:

Bijlage IV

Test of Psychosocial function

Choose the best answer for how you have felt the last week:

1. Are you basically satisfied with your life? Yes/**No**
2. Have you dropped many of your activities and interests? **Yes**/No
3. Do you feel that your life is empty? **Yes**/No
4. Do you often get bored? **Yes**/No
5. Are you good in spirits most of the time? Yes/**No**
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you? **Yes**/No
7. Do you feel happy most of the time? Yes/**No**
8. Do you often feel helpless? **Yes**/No
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? **Yes**/No
10. Do you feel you have more problems with memory than most? **Yes**/No
11. Do you think it is wonderful to be alive now? Yes/**No**
12. Do you feel pretty worthless the way you are now? **Yes**/No
13. Do you feel full of energy? Yes/**No**
14. Do you feel that your situation is hopeless? **Yes**/No
15. Do you think that most people are better off than you are? **Yes**/No

Answers in bold indicate depression. Give each answer that is bolded 1 point. For clinical purposes, a score >5 points is suggestive of depression. Scores >10 are almost always depression.

Bijlage V

Test of Psychosocial function

Test mevrouw P.

Voor aanvang van het life review proces:

Choose the best answer for how you have felt the last week:

1. Are you basically satisfied with your life? Yes
2. Do you feel that your life is empty? No
3. Do you feel happy most of the time? No
4. Do you often feel helpless? No
5. Do you feel you have more problems with memory than most? Yes
6. Do you feel pretty worthless the way you are now? No

Na afloop van het life-review proces:

Choose the best answer for how you have felt the last week:

1. Are you basically satisfied with your life? Yes
2. Do you feel that your life is empty? No
3. Do you feel happy most of the time? Yes
4. Do you often feel helpless? No
5. Do you feel you have more problems with memory than most? No
6. Do you feel pretty worthless the way you are now? No

Bijlage VI

De competenties van de geestelijk verzorger

Een geestelijk verzorger:

1. Is in staat tot het aangaan van een vertrouwensrelatie; kan vertrouwen geven en ontvangen vanuit een zeer hoge mate van integriteit.
2. Staat open voor personen en hun overtuigingen en heeft eerbied en respect voor hen.
3. Heeft begrip voor de persoonlijke beleving en heeft empathisch vermogen.
4. Verstaat verbale en non-verbale signalen van mensen en groepen, in het bijzonder op rationeel, emotioneel, gedrags- en spiritueel niveau
5. Heeft diagnostische vaardigheid in levens- en zingevingvragen, de levensbeschouwing, het levensverhaal en de beleving van ziekte of handicap en verwerkingsprocessen.
6. Heeft hermeneutische vaardigheid in de bemiddeling tussen actuele beleving en de bronnen van levensbeschouwing.
7. Communiceert over bestaansvragen, zinvragen en religieuze belevingen in aansluiting op het levensbeschouwelijk referentiekader en de levensbeschouwelijke context van de ander.
8. Kan omgaan met eigen emoties en die van anderen.
9. Weet een juiste balans te vinden tussen afstand en nabijheid.
10. Hanteert vakkundig de voor de beroepsuitoefening belangrijke gesprekstechnieken, communicatieve en therapeutische vaardigheden .
11. Herkent projectie, overdracht en tegenoverdracht en weet deze te hanteren ten behoeve van het geestelijk welzijn van de patiënt.
12. Bewerkt op cognitief, emotioneel, gedrags- en/of symbolisch niveau verandering in het geestelijk welbevinden van patiënten in individuele of groepsgewijze hulpverlenende contacten
13. Bevordert op cognitief, emotioneel, gedrags- en/of symbolisch niveau geestelijk welzijn in de diverse werkvormen van geestelijke begeleiding en ondersteuning
14. Communiceert verbaal en non-verbaal in symbolen en beelden over levensbeschouwelijke onderwerpen.
15. Is vaardig in het werken met groepen.
16. Kan omgaan met verschillen en met conflicten.
17. Is in staat om te gaan met crisissituaties.
18. Is in staat in hoge mate te volharden bij het zoeken naar de juiste vormen van begeleiding en hulpverlening en in het verlenen hiervan.
19. Communiceert mondeling en schriftelijk zowel op academisch niveau als op alledaags niveau over complexe onderwerpen.
20. Kan een hoge mate van psychische belasting hanteren.

(Beroepsstandaard 2002, pag. 16-17)