

Samen spirituele zorg verlenen

Een praktisch-theologisch onderzoek naar de samenwerking van
kerkelijk werkers en gemeentepredikanten met zorgprofessionals in de
thuissituatie

-MA Thesis-

Rachel Wardenaar (1801023)

Praktische theologie

Protestantse Theologische Universiteit

12 augustus 2025

Begeleider: prof. dr. Erik Olsman
Beoordelaar: dr. Erica Meijers

* Vanwege mijn visuele beperking heb ik gebruik gemaakt van naar braille of audio geconverteerde bestanden waardoor het in de meeste gevallen niet lukt om naar de originele paginanummering te verwijzen.

Rachel Wardenaar.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Introductie	1
Probleemstelling.....	1
Onderzoeksvraag en deelvragen.....	2
Verantwoording en doelstelling.....	3
Stand van het onderzoek	3
Methodologie.....	4
Hoofdstuk 2 De theorie rondom samenwerking en spirituele zorg	6
Spirituele Zorg.....	6
Het belang van spirituele zorg.....	6
Integratie van spirituele zorg in de zorg.....	7
Interlevensbeschouwelijke spirituele zorg	8
Samenwerking	9
Hoofdstuk 3: De praktijk rondom samenwerking tussen pastor en eerstelijns zorg.	13
Toelichting op methode.....	13
Kenmerken van de samenwerking	14
Wat vergt de samenwerking?.....	15
Kennis	15
Vindbaarheid.....	16
Intermezzo: Geestelijke verzorging thuis	18
Vertrouwelijkheid.....	19
Meerwaarde van samenwerking.....	20
Voor gemeentepredikanten/kerkelijk werkers.....	20
Voor pastoranten.....	21
Hoofdstuk 4 Goede samenwerking.....	23
Conclusie.....	23
Discussie.....	24
Verbinding resultatenhoofdstuk (H3) en theoretisch hoofdstuk (H2).....	24
Reflecties op empirische resultaten	24
Krachten en beperkingen van het onderzoek	26
Aanbevelingen.....	27
Bibliografie	28
Bijlage 1: CanMEDS rollen.....	30
Bijlage 2 Interviewgide	31
Bijlage 3 Verklaringenblad	32

Hoofdstuk 1 Introductie

Probleemstelling

Gemeentepredikanten en kerkelijk werkers verlenen pastorale zorg aan hun gemeenteleden, zo ook aan gemeenteleden die ziek zijn. De predikant/kerkelijk werker verleent hierbij zingevingzorg, en kan met de pastorant meedenken bij existentiële en spirituele vraagstukken die hun ziekte mogelijk oproept. Maar naast een predikant/kerkelijk werker zijn er ook vaak zorgprofessionals betrokken bij de begeleiding van een ziek gemeentelid. Ik denk hierbij in eerste instantie aan eerstelijns zorgprofessionals, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, en wellicht ook geestelijke verzorgers in de eerste lijn. De eerstgenoemden verlenen voornamelijk praktische zorg aan hun cliënten, maar ze komen wellicht, net als de predikant, ook zingevingsvragen tegen. Een relevante vraag is dan of de beide groepen samenwerken. Hierover lijkt maar weinig bekend, en de eventuele moeilijkheden of goede effecten van zulke samenwerking zijn niet expliciet gedocumenteerd. Is die samenwerking er? En, zo ja, op welke manier vindt deze plaats?

In de geestelijke verzorging is al het een en ander geschreven over samenwerking met andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de psychosociale hulpverlening. In de beroepsstandaard geestelijke verzorging staan hiervoor richtlijnen, en ook in het handboek voor geestelijke verzorging staat het een en ander over de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en anderen binnen organisaties, zoals zorgpersoneel.¹ Geestelijk verzorgers in zorgorganisaties hebben dagelijks te maken met zorgprofessionals, en ook geestelijk verzorgers in de eerste lijn krijgen regelmatig doorverwijzingen van bijvoorbeeld de lokale huisarts in de regio waar ze werkzaam zijn. Voor gemeentepredikanten en kerkelijk werkers in de gemeente lijkt er echter geen structureel contact met de lokale eerstelijns zorg. De pastorale zorg die zij aan zieken bieden is dan niet in overleg met andere professionals, en ze horen het verhaal rondom de ziekte alleen van het gemeentelid zelf. Toch leveren ook zij een vorm van zorg waar het welzijn van hun pastoranten door kan verbeteren. Ook kunnen zij zingevingsvragen en/of geloofsvragen op het spoor komen die wellicht ook in de verdere zorg voor de zieke nog een rol kunnen spelen. In het kader van meer laagdrempelige lokale zorg kan het zinvol zijn om de samenwerking tussen de twee op het oog totaal verschillende beroepsgroepen nader te onderzoeken. Is er (meer) samenwerking nodig tussen de pastor en de lokale zorgprofessional? En hoe zou die samenwerking er idealiter uit moeten zien?

Voordat we dit probleem nader kunnen onderzoeken, is het ook goed om te benoemen wat er onder samenwerking verstaan wordt. Samenwerking kan op veel verschillende manieren in de praktijk plaats vinden. Het kan incidentele samenwerking zijn, overdracht of uitwisseling van informatie over pastoranten, maar ook samenwerking op het niveau van intervisie, of zelfs gezamenlijke begeleiding van een patiënt. De beroepsstandaard geestelijke verzorging uit 2015 van de beroepsvereniging voor geestelijke verzorgers, VGVZ, ziet samenwerking als iets waarvoor de geestelijk verzorger in ieder geval communicatiecompetentie nodig heeft:

*Communicatieve competentie: contact kunnen leggen en uitwisseling bevorderen op veelzijdige wijze met diverse mensen en in verschillende contexten met het oog op optimale begeleiding, samenwerking en informatievoorziening; het aanbod van geestelijke verzorging, zowel in algemene termen als afgestemd op specifieke problematiek, systematisch en helder aan anderen kunnen presenteren.*²

Ook hoort de geestelijk verzorger, in het belang van de cliënt, open te staan voor samenwerking met andere disciplines, met respect voor ieders verantwoordelijkheden (zie paragraaf 3.5 van de

¹ Jaap Doolaard (red), *Nieuw handboek geestelijke verzorging*, (Kok, 2006).

² *Beroepsstandaard Geestelijke Verzorger 2015*, Uitgave van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers, 2016, 14. <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2025/06/VGVZ-Beroepsstandaard-2015-gewijzigd-Klachtenreglement-2025.pdf>

beroepsstandaard). Wellicht is het voor te stellen dat deze paragraaf ook voor pastores in de gemeente kan gelden. Ook in de beroepscode voor predikanten wordt samenwerking genoemd, maar dan alleen met collega's die ook tot het werk van predikant geroepen zijn. Beide beroepsstandaarden geven geen definitie van samenwerking of criteria die voor samenwerking nodig zijn. Wel verschijnt er binnenkort een overzicht van onderzoeken rondom samenwerking van geestelijk verzorgers thuis met andere professionals uit de eerstelijns zorg, waarin duidelijk wordt dat voor samenwerking vertrouwen en kennis van elkaars vakgebied nodig is, even als formeel en informeel regelmatig contact kunnen hebben.³ Het is goed om in het onderzoek naar dit probleem aandacht te besteden aan wat samenwerking betekent en wat hiervoor concreet nodig is.

Verder is het bij dit probleem interessant om te kijken naar hoe de doelen en waarden verschillen tussen zorgprofessionals (in de eerste lijn) en gemeentepredikanten/kerkelijk werkers. Zorgprofessionals kunnen immers verschillende doelen en waarden nastreven. De medische zorgprofessional heeft onder andere tot doel om, waar mogelijk, levens te redden; dit beloven met name artsen aan het begin van hun loopbaan. Als herstel van een patiënt niet meer mogelijk is kan er nog comfort geboden worden. In de CanMEDS rollen, een ontwikkelmethode waarin de competenties van zorgprofessionals worden aangeduid, staan waarden genoemd als medische competentie, respectvol om kunnen gaan met de patiënt, goed luisteren en vragen stellen, maar ook het samenwerken met andere professionals. De meer existentiële waarden die aan de zorgverlening ten grondslag liggen zullen voor iedere arts of andere zorgverlener verschillend zijn, maar levens redden en comfort bieden zijn ongetwijfeld grote drijfveren. Daarnaast kunnen voor psychosociale zorgverleners ook mentaal welzijn en zingeving belangrijke waarden zijn.

Maar hoe zit dit met de waarden en doelen van de gemeentepredikant/kerkelijk werker? Deze beroepsgroep heeft zingeving en algemeen welzijn ongetwijfeld als belangrijke doelen, evenals spirituele en morele begeleiding van het gemeentelid. Maar ook kerygmatische overwegingen kunnen een rol spelen. De gemeentepredikant/kerkelijk werker kan het zielenheil van het gemeentelid actief willen bemiddelen, door God en het evangelie voorop te stellen in pastorale zorg. De zingeving wordt in dat geval ingekaderd, en zingeving wordt heil. Het welzijn van het gemeentelid beperkt zich echter niet alleen tot één specifieke diagnose of ziekteperiode, maar met het hele leven, en zelfs het mogelijke leven na dit leven. Dit kan de visie van de predikant/kerkelijk werker beïnvloeden bij het leveren van begeleiding aan een ziek gemeentelid.

Kortom, er is weinig bekend over hoe gemeentepredikanten / kerkelijk werkers samenwerken met zorgprofessionals in de thuissituatie. Ook weten we niet wanneer die samenwerking volgens hen geslaagd is. Het is zelfs de vraag in hoeverre er überhaupt reeds sprake is van samenwerking.

Onderzoeksvraag en deelvragen

Dat brengt mij bij mijn hoofdvraag: Hoe werken gemeentepredikanten/kerkelijk werkers op een goede manier samen met zorgprofessionals in de eerste lijn, waarbij zij hun eigen expertise en de expertise van de zorgprofessional benutten? Deze vraag valt uiteen in een aantal deelvragen:

- (1) Wat is er bekend over samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals?
- (2) Wat zijn kenmerken van de samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn?
- (3) Wat vergt de samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals?
- (4) Wat levert samenwerking op voor zowel de predikant/kerkelijk werker als de zorgprofessional?

³ Nog niet gepubliceerd onderzoek van Maartje van Veluw, binnenkort beschikbaar op kenniswerkplaats voor Geestelijke Verzorging, ontvangen van de auteur september 2024.

Deze onderzoeksvraag is een open vraag, zonder al te veel vooronderstellingen. Ik vul dus van tevoren niet te veel in wat betreft samenwerking, omdat ik benieuwd ben naar de interpretaties van participanten.

Verantwoording en doelstelling

In de huidige samenleving worden mensen steeds ouder, en blijven ze ook vaak langer in hun eigen huis wonen. In het Integraal Zorgakkoord, (ISA), is afgesproken dat er meer samengewerkt zal worden tussen intramurale zorginstellingen en de eerstelijns zorg. Gemeentepredikanten/kerkelijk werkers kunnen binnen deze samenwerking een belangrijke schakelfunctie vervullen om continuïteit van (geestelijke) zorg te waarborgen. In een tijd, dat er veel bezuinigd wordt in de zorg en er bijvoorbeeld lange wachtlijsten zijn in de GGZ, pleiten verschillende experts ervoor om laagdrempelige zorg aan te bieden. Menig zingevingsvraag komt bij psychologen en psychiaters, en soms ook bij artsen aan de orde, terwijl deze vragen vroeger bij uitstek bij predikanten en pastores in de kerk werden besproken. In zorginstellingen is er bovendien altijd geestelijke verzorging aanwezig, maar niet altijd van de eigen levensbeschouwing. Daarbij komt dat geestelijk verzorging thuis nog niet lang bestaat, en het nog niet in alle situaties wordt vergoed door de overheid. Gemeentepredikanten kunnen dus een rol spelen in laagdrempelige zorg, in zowel de instelling als bij mensen thuis. Het is relevant voor de maatschappij, vooral voor de zorg, om de samenwerking met gemeentepredikanten/kerkelijk werkers te benutten. Omgekeerd is het voor de kerk ook een kans om haar relevantie in de zorg voor kwetsbare mensen te verduidelijken in de samenleving, een rol die zij vanaf haar ontstaan reeds heeft vervuld.

Het onderzoek zal vooral relevant zijn voor de reflectie op de manier waarop theologische professionals efficiënt met lokale professionals communiceren, en hoe deze communicatie individuele cliënten en gemeenteleden, maar ook zorgorganisaties en lokale kerken, ten goede kan komen. Tevens kan het relevant zijn om te kijken naar de baat die pastoranten mogelijk kunnen hebben van een samenwerking tussen hun gemeentepredikant en de zorgprofessionals die hen begeleiden. Dit is in lijn met een trant in het wetenschappelijk onderzoek naar geestelijke verzorging in de zogenaamde *Patient Reported Outcome Measurements* (PROMS) het effect van de geestelijke verzorging op het welzijn en het mogelijke herstel van een patiënt. Deze lijn kan wellicht ook voor gemeentepredikanten/kerkelijk werkers dienstbaar zijn. Zijn er merkbare effecten van samenwerking? Aangezien een dergelijk onderzoek nog niet eerder is gedaan, zal het hoe dan ook waarschijnlijk nieuwe inzichten op kunnen leveren.

De doelstelling voor dit onderzoek is om een beter beeld te krijgen van de samenwerking tussen predikanten in de gemeente en lokale zorgprofessionals. Ook hoop ik aanbevelingen te kunnen geven rondom de inbedding van die samenwerking, en hoop ik uit te kunnen vinden of deze samenwerking structureler zou moeten plaats vinden, en of mijn onderzoekslijn doorgezet zou moeten worden door anderen.

Stand van het onderzoek

Deze sectie is kort, simpelweg omdat er nog geen onderzoekslijnen op dit specifieke gebied bekend zijn en omdat ik in het volgende hoofdstuk uitwerk wat er wel bekend is over samenwerking op dit gebied, of preciezer: over aanpalende gebieden. Er is literatuur voor onderwijs in pastorale zorg. Het meest gebruikte boek in de Protestantse Kerk is bijvoorbeeld *Zorg voor het Verhaal* van Ganzevoort en Visser.⁴ Maar boeken als deze verduidelijken niet hoe gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals elkaar weten te vinden en in welke situaties een mogelijke samenwerking behulpzaam zou kunnen zijn. In *Handelingen*, het tijdschrift voor praktische theologie, is ooit een nummer gewijd aan hoe pastores en andere theologen, net als mensen in het algemeen, klem zitten tussen kerk en zorg.⁵ Dit nummer benoemt een deel van

⁴ Ruurd Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal: achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*, vierde druk (Meinema, 2014)

⁵ Hans Schilderman, "Klem tussen kerk en zorg" *Handelingen* 45, nr. 1 (2018), 3-9.

mijn onderzoeksprobleem, de spanning tussen kerk en zorg, en hoe pastores zich op het snijvlak hiervan lijken te begeven. Maar ook hierin bevinden zich geen directe aanwijzingen om de gestelde vragen te beantwoorden.

Er is slechts één artikel dat op mijn probleemstelling in gaat namelijk *Connections, Collisions, and Complementarity* van Renae Schumann en Tim VanDuivendyk.⁶ Dit artikel geeft door middel van theoretische reflecties aan wat het belang is van interdisciplinaire samenwerking in de zingevingzorg in gemeenschappen, in dit geval de gemeenschap van een dorp of wijk, om die gemeenschap een geheel te laten zijn, in stand te houden. Een dorp of wijk kan een gemeenschap zijn, waarin zowel de kerk als lokale zorgprofessionals een centrale rol kunnen spelen. Niet alleen voor individuele pastores, maar voor de hele lokale gemeenschap kan het goed zijn wanneer beide groepen contact met elkaar hebben, om de verschillende werelden van mensen, de religieuze en de alledaagse en medische, bij elkaar te brengen.

Nog een hoopvolle mogelijkheid voor een onderzoeklijn is een lopend promotieonderzoek aan de PThU, rondom de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en gemeentepredikanten andere disciplines, in de zorg. Het lijkt er qua tijdsspanne echter eerder op dat mijn onderzoek voor dit onderzoek relevant zal worden, in plaats van andersom.

Een lijn die al wel is uitgezet in het onderzoek rondom geestelijke verzorging is de lijn die ik hierboven ook al noemde onder verantwoord: de lijn rondom PROMS. Deze lijn onderzoekt de effecten van de geestelijke verzorging op cliënten. Wat voor baat heeft de cliënt gehad bij samenwerking in de begeleiding? En welke invloed hebben deze ervaringen op algemeen welzijn en herstel?⁷ Deze lijn is voor mijn onderzoek relevant om na te gaan hoe cliënten mogelijke samenwerking tussen hun predikant en de zorgprofessionals die hen begeleiden ervaren en wat de baten hiervan zijn voor de cliënt. Deze onderzoeklijn schrijft hier nog niet over, maar mijn onderzoek kan hierin een aanvulling bieden bij reeds bestaand onderzoek.

Een laatste lijn is het onderzoek naar de noodzaak voor teamwork voor geestelijk verzorgers. Dit teamwork wordt vooral interdisciplinair als waardevol beschouwd. De geestelijk verzorger zou baat hebben bij intensieve(re) samenwerking met andere disciplines in de zorg, om niet alleen de cliënt beter van dienst te kunnen zijn, maar ook om zichzelf te ontwikkelen en te worden verrijkt. Deze onderzoeken worden steeds meer in verschillende contexten uitgevoerd.⁸ Mijn onderzoek kan ook een bijdrage leveren aan deze onderzoeklijn, omdat duidelijk zal worden hoe kerkelijk werkers en gemeentepredikanten de samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals waarderen. Ik zal hierbij ook aandacht houden voor de samenwerking tussen zorgprofessionals onderling en interdisciplinair, gebruikmakend van de CanMEDS rollen.⁹

Methodologie

Mijn methodologische uitgangspunt is het verzamelen van empirisch materiaal. Meer specifiek zal ik predikanten/kerkelijk werkers interviewen en daarbij casussen uit hun praktijk verzamelen. Ik wil deelvraag 1 beantwoorden door zo veel mogelijk een theoretisch kader op te bouwen rondom samenwerking in de zorg, en daarbij wil ik kijken naar welke aspecten van begeleiding/zorg voor zieken de pastor mede bevordert. Ik zal kijken naar welke samenwerking rondom zingeving er al bestaat in de eerstelijns zorg, en wat er bekend is over de samenwerking van predikanten/kerkelijk werkers met andere disciplines. In deelvragen 2, 3 en 4 wil ik voortborduren op de verzamelde theoretische kennis. Literatuurstudie levert echter, zoals hierboven ook vermeld, weinig op.

⁶ Renae Schumann en Tim VanDuivendyk, "Connections, Collisions, and Complementarity" *Journal of Health Care Chaplaincy* 11, nr 2 (2011): 61-68.

⁷ Anja Visser-Nieraeth, "Patient-reported outcome measures (PROMs) in healthcare chaplaincy" *Tidsskrift for Praktisk Theologi* 36, nr 2 (2019): 90-99, <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5358>.

⁸ Liidia Meel and Tõnu Lehtsaar, "Interdisciplinary Team Based Pastoral Care: A Potentially Adaptable Model for Estonian Healthcare," *Occasional Papers on Religion in Eastern Europe* 37 no. 3 (2017).

⁹ Zie bijlage 1.

Daarom zal ik kwalitatief onderzoek verrichten. Aangezien er nog maar weinig bekend is, is deze vorm van onderzoek, vanwege haar exploratieve karakter, het meest geschikt.

Deelvragen 2, 3 en 4 zal ik beantwoorden aan de hand van verzamelde casuïstiek van gemeentepredikanten/kerkelijk werkers die enige ervaring hebben met samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals. Ik wil aan de hand van concrete casussen met hen in gesprek over hoe samenwerking met zorgprofessionals over het algemeen verloopt, en wat voor een dergelijke samenwerking nodig is. Ook zal ik vragen wat de samenwerking voor alle betrokkenen kan opleveren. Het gebruik van empirisch kwalitatief onderzoek wordt in veel praktisch-theologische studies gebruikt als een manier om abstracte onderwerpen te kunnen analyseren, en om individuele verhalen in een groter geheel van theorie en praktijk te kunnen plaatsen. Zoals gezegd, is kwalitatief onderzoek ook passend omdat het exploratief onderzoek is, noodzakelijk omdat er nog weinig bekend is over het onderwerp van mijn scriptie. In mijn onderzoek is het verder van belang om niet alleen te kijken naar hoeveel er nu wordt samen gewerkt tussen beide professionals, maar ook naar de manier waarop deze samenwerking plaatsvindt. Dat verschilt namelijk per cliënt en zorgsituatie. Een kwantitatieve methode zou de diversiteit van de praktijk niet goed in beeld kunnen brengen. Tot slot zal ik details over de methode bij de start van het hoofdstuk met de resultaten beschrijven.

Hoofdstuk 2 De theorie rondom samenwerking en spirituele zorg

In dit hoofdstuk beantwoord ik de eerste deelvraag: wat is er bekend over samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals? Hiervoor zal ik eerst kijken naar het belang van spirituele zorg in het algemeen, en hoe deze in het verleden en nu geïntegreerd is in de gezondheidszorg in het algemeen. Hierbij kijk ik niet alleen naar christelijke, pastorale zorg, maar ook naar interlevensbeschouwelijke spirituele zorg. Ik bespreek wie de experts voor deze zorg zijn, en hoe deze het best geïntegreerd zou kunnen worden volgens meerdere literatuur *review* studies. Vervolgens zal ik kijken hoe samenwerking rondom spirituele zorg tussen de verschillende professionals momenteel vorm krijgt, en wat hierover al bekend is in wetenschappelijke artikelen.

Spirituele Zorg

Het belang van spirituele zorg

Spirituele zorg is een breed palet van zingevende, levensbeschouwelijke en religieuze zorg, dat in verschillende culturen verschillende vormen aan kan nemen. Spirituele zorg is van alle tijden en alle plaatsen. Ik zie spirituele zorg, in lijn met de *Beroepsstandaard Geestelijke Verzorger*, als: “Professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing,”¹⁰ en zingeving en levensbeschouwing kennen vier dimensies:

- a. De existentiële dimensie verwijst naar de ervaring van het bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid én met zijn (contingente) ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen.
- b. De spirituele dimensie verwijst naar transcendente betekenis en ervaring.
- c. De ethische dimensie verwijst naar het veld van waarden, normen en verantwoord handelen.
- d. De esthetische dimensie verwijst naar de vormende betekenis van ervaringen met schoonheid in zowel cultuur als natuur.¹¹

Pastorale zorg is onderdeel van spirituele zorg. Bij pastorale zorg ligt de nadruk echter op de begeleiding vanuit christelijk perspectief, waarbij deze vooral plaatsvindt in christelijke contexten, of als de christelijke zending van de spirituele zorgverlener nadruk krijgt, zoals binnen Defensie of Justitie.

Nu richt ik mij vooral naar het belang van deze zorg. De effecten van spirituele zorg worden steeds duidelijker. Zo geeft een review studie in het *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* interessante uitkomsten rondom spirituele zorg, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor zorgverleners zelf. Zo wordt niet alleen duidelijker dat patiënten zelf beter kunnen omgaan met moeilijke situaties en zich sterker gaan voelen onder (bereflecteerde) spirituele zorg, maar ook dat ze tevredener over de zorg in het algemeen. Daarbij ervaren zorgverleners dat hun zorg rijker wordt wanneer zij aandacht kunnen besteden aan zingeving en spiritualiteit in hun werk.¹² Deze studie gaat echter niet over geestelijk verzorgers, maar juist over de andere zorgprofessionals binnen een zorgteam, met name verpleegkundigen.

Ook als er geen zorgteam van verpleegkundigen en een geestelijk verzorger aanwezig is, zoals in een instelling, krijgt spirituele zorg in de thuissituatie in Nederland steeds meer aandacht.

¹⁰ *Beroepsstandaard Geestelijke Verzorger 2015*, Uitgave van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers, 2016, 7.

¹¹ *Beroepsstandaard Geestelijke Verzorger*, 10.

¹² Barbara B. Vincensi, “Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care,” *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 6, nr 2 (2019), 104-110.

Ook in richtlijnen blijkt dat spirituele zorg in de thuissituatie (steeds meer) in het vizier is van de Nederlandse zorg. Ook pastores of gemeentepredikanten kunnen baat hebben bij het raadplegen van dergelijke richtlijnen. Ze kunnen bovendien naar richtlijnen verwijzen, en deze als hulpmiddelen gebruiken. Een goed voorbeeld is de *Richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase'*, na te lezen op Palliaweb.¹³ Hierin staan aanwijzingen voor zorgprofessionals om op een goede manier aandacht te hebben voor spirituele en zingevingsvragen van patiënten rondom het levenseinde. Deze richtlijn focust zich op aandacht van alle zorgprofessionals voor dergelijke vragen, en ook op doorverwijzing naar specialistische begeleiding. Zowel zorgverleners die werken in de thuissituatie als zorgverleners in instellingen zijn hierbij expliciet in beeld. Opvallend is overigens wel dat de gemeentepredikanten, priesters, imams en andere levensbeschouwelijke leiders in deze richtlijn nauwelijks genoemd worden.

Integratie van spirituele zorg in de zorg

In de westerse wereld is spirituele/pastorale zorg al sinds jaar en dag een onderdeel van de zorg, zeker omdat de gezondheidszorg ook vaak door kerkelijke instellingen werd geregeld. Predikanten en priesters leverden vaak spirituele zorg, zowel in de thuissituatie als in de zorginstelling. Deze zorg was van oudsher vooral bedoeld om vanuit het christelijk geloof heil te brengen aan zieke en kwetsbare mensen. Sinds de tweede helft van de twintigste eeuw wordt spirituele zorg een steeds breder begrip, ook steeds vaker 'zingevingszorg' genoemd, en wordt deze verleend door geestelijk verzorgers van verschillende culturen en levensbeschouwingen. Spirituele zorg was al geïntegreerd in zorg op deze manier, maar krijgt nu ook steeds meer erkenning en verdieping in o.a. academisch onderzoek en in interdisciplinaire zorgteams. Deze ontwikkeling is ook zichtbaar in bijvoorbeeld de (vooral Angelsaksische) wereld van pastorale counseling.¹⁴

Uit een literatuurstudie rondom pastorale zorg in ziekenhuizen van de laatste 20 jaar is gebleken dat pastorale zorg inderdaad geïntegreerd is in de gezondheidszorg, maar dat er nog wel heel wat verbeterpunten zijn. Zo worden in de meeste onderzoeken en reviews – voor zover ik deze kon vinden in elektronische databases zoals MEDLINE – aanwijzingen gevonden dat de integratie in de zorgorganisaties zelf en in de interdisciplinaire zorgteams nogal in gebreke blijft. Ook een wetenschappelijke verantwoording van de doelen van pastorale zorg en een duidelijke definitie van pastorale zorg is lang niet overal geïmplementeerd.¹⁵ Eenzelfde soort uitgebreide literatuurreview studie is uitgevoerd rond pastorale zorg in psychiatrische instellingen. De auteurs concluderen dat er eerste stappen zijn gezet om pastorale zorg in psychiatrie in te bedden, maar dat er ook nog veel stappen nodig zijn. Zo ontbreken bijvoorbeeld (nog) de PROMS voor pastorale zorg.¹⁶

Pastorale zorg is geïntegreerd, maar duidelijke wetenschappelijke meerwaarde of definitie is nog niet overal zichtbaar. Spirituele zorg in de bredere zin van het woord krijgt de laatste decennia wel steeds meer aandacht, en wordt in zorgteams vaak al hoger op de agenda gezet dan enkele decennia geleden. Een geestelijk verzorger is daarbij de expert in spirituele zorg binnen een zorgteam, maar idealiter hebben alle leden van een interdisciplinair zorgteam verantwoordelijkheid voor het verlenen van spirituele zorg. Onder andere in de zorg voor kankerpatiënten wordt deze manier van werken steeds gewoner.¹⁷

Volgens het boek *Spiritual care in a hospital setting*, dat een inkijk geeft in de dynamiek van geestelijk verzorgers binnen Nederlandse zorginstellingen, zijn er verschillende lagen waarop

¹³ <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg>

¹⁴ Glenda A. Dames, Gordon E. Dames, "Pastoral care and counselling in current times: Relevance and context of care" *HTS Theologische Studies/Theological studies* 81, nr. 1 (2025), a10184. <https://doi.org/10.4102/hts.v81i1.10184>

¹⁵ Tullio Proserpio, Claudia Piccinelli en Carlo Alfredo Clerici, "Pastoral care in hospitals: A literature review," *Tumori Journal* 97, nr. 5 (2011): 666-71. doi: 10.1177/030089161109700521.

¹⁶ Steven Pennybaker et al. "Risks, Benefits, and Recommendations for Pastoral Care on Inpatient Psychiatric Units: A Systematic Review," *MDJournal of Psychiatric Practice* 22, nr. 5 (2016): 363-381.

¹⁷ Christina Puchalski et al. "Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients, A Collaborative Model," *MAThe Cancer Journal* 12, nr. 5 (2006): (5) 398-416.

integratie van zorgprofessionals binnen de zorg kan plaatsvinden. Een eerste laag betreft de integratie in de organisatie, vooral gericht op patiënten, waarbij de organisatie voor patiënten gratis en toegankelijk spirituele zorg kan aanbieden. Dan is er een laag van integratie wat betreft het management of het bestuur van de organisatie. Integratie op deze lagen is voor een predikant/kerkelijk werker lastiger, aangezien zij geen deel uitmaken van een zorginstelling. Een derde aspect van integratie is natuurlijk de geestelijk verzorger als onderdeel van een zorgteam.¹⁸

Alle drie deze lagen van integratie zijn ook terug te vinden in een model dat twee Estse onderzoekers hebben ontwikkeld door te kijken naar, onder meer, Engelse ziekenhuizen en de ontwikkeling van meer holistische gezondheidszorg in het seculiere Estland. Het model wil experts in spirituele zorg, zoals geestelijk verzorgers, ondersteunen om hun werk en het belang van spirituele zorg goed te kunnen communiceren met zowel collega's als management. De samenwerking met collega's die dit model voor ogen heeft is voornamelijk samenwerking binnen de psychosociale zorg: psychologen en maatschappelijk werkers.¹⁹ Om goed te kunnen communiceren over wat de geestelijk verzorger doet en waarom hij of zij spirituele zorg op de agenda heeft gezet, is het wel van belang dat de geestelijk verzorger een gewortelde, theologische positie kan innemen, wat inhoudt dat zij weet waar ze theologisch gezien staat, zo stelt een andere publicatie.²⁰ Dit zou ook zeker gelden voor predikanten en kerkelijk werkers in de gemeente die hun inbreng in zorgteams op de agenda willen zetten.

Interlevensbeschouwelijke spirituele zorg

We weten nu dat spirituele zorg (idealiter) geïntegreerd is in de gezondheidszorg, bij voorkeur in interdisciplinaire teams, en dat geestelijk verzorgers, ook die met een christelijke levensbeschouwing, deze zorg vaak op de agenda zetten en zelf de belangrijkste verleners ervan zijn. Maar inmiddels is de Nederlandse bevolking met de jaren steeds diverser geworden. Mensen met verschillende culturen en verschillende levensbeschouwingen leven naast elkaar, en hierdoor wordt ook van de spirituele zorg meer diversiteit gevraagd. Zowel geestelijk verzorgers als andere zorgprofessionals worden meer en meer geacht om zogenaamde interlevensbeschouwelijke spirituele zorg aan te bieden. Dit betekent dus bijvoorbeeld dat een islamitisch geestelijk verzorger een atheïstische patiënt moet kunnen begeleiden, of dat een Joodse geestelijk verzorger een christelijke patiënt zal moeten kunnen ondersteunen. En dit betekent dus ook – al zal het niet de dagelijkse praktijk zijn – dat een christelijke predikant of pastor soms patiënten van andere levensbeschouwingen en religies begeleidt in hun spiritualiteit.

Helaas lijken er in het wetenschappelijk onderzoek naar *interfaith spiritual care* nog wel wat gaten te bestaan, en die lijken ook te wijzen op gaten in de praktijk. Zo lijken er zowel normatieve als contextuele obstakels te zijn voor zorgprofessionals om iemand van een andere levensbeschouwing te begeleiden. De normatieve obstakels zijn vooral gecentreerd om het niet *willen* begeleiden van patiënten met een andere levensbeschouwing, en contextuele belemmeringen bestaan zowel uit een gebrek aan competentie om dit te kunnen doen, als een gebrek aan mogelijkheden in de context waar de professionals werkzaam zijn.²¹

In de review studie waar ik hierboven naar verwijs, wordt onder andere gekeken naar particularistische en universalistische benaderingen in interlevensbeschouwelijke spirituele zorg. Deze twee begrippen zijn ook van belang wanneer deze interlevensbeschouwelijke zorg geïntegreerd wordt in de zorg. Er blijken namelijk vier manieren waarop interlevensbeschouwelijke spirituele zorg momenteel is geïntegreerd. Allereerst het generalistische particularisme, waarbij *alle* zorgprofessionals de taak hebben om spirituele zorg te leveren, waarbij hun eigen spirituele

¹⁸ Wim Smeets, *Spiritual care in a hospital setting: an empirical-theological exploration*, Vertaald door M. Manley, Brill: 2006. Het betreft hier hoofdstuk 5 over "legitimacy and position of spiritual care in health care".

¹⁹ Meel en Lehtsaar, "Interdisciplinary Team Based Pastoral Care."

²⁰ Martha R Jacobs, "Creating a Personal Theology to Do Spiritual/Pastoral Care" in Steven B Robberts (red). *Professional spiritual and pastoral care, a practical clergy and chaplains handbook*. Skylight Paths Publishing, 2012.

²¹ Anke Liefbroer, Erik Olsman et al. "Interfaith spiritual care: a systematic review." *Journal of Religion and Health* 56, nr. 5 (2017): 1776-1793. DOI: 10.1007/s10943-017-0369-1

achtergrond een belangrijke rol speelt. Dan is er het generalistische universalisme in de spirituele zorg, waarbij alle zorgprofessionals, ongeacht welke spirituele achtergrond ze hebben, spirituele zorg leveren aan ieder die dit nodig heeft, waarbij de eigen spiritualiteit van de zorgverlener op de achtergrond staat. Maar ook als spirituele zorg niet interdisciplinair wordt gegeven, zijn er voor experts in de zorg (geestelijk verzorgers en religieuze leiders), nog steeds twee manieren waarop zij hun spirituele zorg leveren. De eerste is het specifieke particularisme. Alleen de geestelijk verzorger of religieuze leider, als expert, levert spirituele zorg vanuit zijn eigen specifieke spirituele achtergrond. En dan wordt nog het specifieke universalisme omschreven, waarbij de expert in spirituele zorg de zorg levert, maar aan en voor alle culturen en levensbeschouwingen.²²

Predikanten/kerkelijk werkers zullen in elk geval in deze derde en waarschijnlijk ook vierde categorie vallen. Maar wellicht is er wel de mogelijkheid tot samenwerking met andere zorgprofessionals die een spirituele, existentiële of ethische vraag in hun zorg tegen komen, waardoor zij ook in de eerste twee groepen kunnen vallen. Over deze mogelijkheid hieronder meer.

Samenwerking

Na deze schets van achtergronden van spirituele zorg in Nederland, ga ik nu nader in op wat er bekend is in onderzoek over samenwerking in spirituele zorg.

Experts in spirituele zorg

Net als de geestelijk verzorger,²³ kan ook de pastor of predikant haar therapeutische competenties benutten, bijvoorbeeld binnen families of in de communicatie met zorgprofessionals. Iedere predikant/kerkelijk werker heeft immers scholing gehad in gespreksvaardigheid en in (godsdienst)psychologie. Gemeentepredikanten/kerkelijk werkers hebben immers dezelfde, of op zijn minst voor een groot deel dezelfde opleiding gehad als geestelijk verzorgers, met daarbij vooral de christelijke religie als basis.

Tegelijk leert de gemeentepredikant/kerkelijk werker ook meer over de kerkelijke structuren en organisatie, en meer over diaconaat, het functioneren in dorpen of wijken als christelijke pastor, en over het heil in het verkondigen van Gods' woord en het bedienen van de sacramenten. Hierdoor zijn predikanten in de kerkelijke gemeente weliswaar goed opgeleid om emotionele en spirituele begeleiding te geven, maar bij hen is spirituele zorg in de kerkelijke gemeente waarschijnlijk voornamelijk pastorale zorg. Een rol spelen in de bemiddeling van heil voor gemeenteleden – die op diverse manieren wordt geïnterpreteerd – en daardoor een begeleiding vanuit hun specifieke christelijke achtergrond, zal een centrale focus zijn.

Hoe dan ook: zowel predikanten als geestelijk verzorgers zijn experts in spirituele zorg, en zullen hiervoor in contact komen met andere zorgprofessionals. In dit onderzoek richt ik mij op de samenwerking van gemeentepredikanten en kerkelijk werkers enerzijds met zorgprofessionals anderzijds.

Interdisciplinaire samenwerking

Zorgprofessionals onderling, of het nu gaat om de eerste lijn/thuissituatie of de zorg in een instelling, werken over het algemeen al vaak samen, de zorg wordt aangeboden in teams. Dit is ook terug te vinden in de CanMEDS rollen, een model dat de verschillende rollen en functies van een zorgprofessional in kaart wil brengen, waarvan samenwerking een centraal onderdeel uitmaakt. Het

²² Anke Liefbroer, Ruud Ganzevoort en Erik Olsman, "Addressing the spiritual domain in a plural society, what is the best way to integrate spiritual care into health care?" *Mental Health, Religion and Culture* 22, nr. 3 (2019), 244-260. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1590806>

²³ Richard Coble and Mychal Springer, "Interpersonal Competence in Contextualizing Power Dynamics in Socially Just Spiritual Care" in Wendy Cadge and Shelly Rambo (Ed.) *Chaplaincy and Spiritual Care in the Twenty-First Century: An Introduction* (University of North Carolina Press, 2022).

volgende is terug te vinden in de tabel van CanMEDS rollen rondom de vijfde rol van de zorgverlener in het model: de samenwerker/teamspeler:

1. Overdracht en afstemming met verantwoordelijke
2. Gezamenlijk beslissen (bij besluitvorming mening van anderen accepteren en overwegen)
3. Kennis en informatie delen
4. Respect voor andere leden zorgteam.²⁴

Al deze factoren binnen een samenwerking zouden ook op de predikant/kerkelijk werker van toepassing kunnen zijn. Alleen het onderdeel rondom overdracht kan voor zowel de predikant als de zorgprofessional een precair onderwerp zijn. Zowel het beroepsgeheim in de zorg als het ambtsgeheim wegen zwaar en wellicht nog zwaarder dan voor zorgprofessionals. En daar waar het zorgteam vaak volgens dezelfde regels opereert, is de predikant/kerkelijk werker bovendien geen onderdeel van het zorgteam. Ze kunnen weliswaar een waardevolle teamspeler zijn, maar ze mogen niet alle informatie die ze hebben overdragen. Hetzelfde geldt voor de zorgprofessionals, zowel in instellingen als in de thuissituatie.

Over samenwerking van gemeentepredikanten met andere disciplines is nagenoeg niets bekend. In de beroepscode voor predikanten/kerkelijk werker staan slechts enkele zinnen over samenwerking in het algemeen. De eerste keer dat samenwerking in dit document wordt genoemd gaat het over de samenwerking tussen de predikant en andere leidinggevenden in de gemeente, namelijk de kerkenraad, en ook met andere collega's in het grotere geheel van de kerk in Nederland, even als met collega's. Over samenwerking met andere disciplines wordt in de gedragsregels voor predikanten/kerkelijk werkers in termen van overleg gesproken en wordt het volgende gezegd:

3.2.2 De predikant/kerkelijk werker als vertrouwenspersoon.

De predikant/kerkelijk werker

B 1 overlegt over de pastorale zorg alleen met iemand met wie hij/zijde zorg voor betrokkene deelt en die eveneens tot geheimhouding verplicht is. Hij/zij brengt zaken die vertrouwelijk zijn meegedeeld uitsluitend in het overleg na zich vergewist te hebben dat betrokkene daar geen bezwaar tegen heeft.

B 2 overlegt met anderen met wie hij/zij niet de pastorale zorg voorbetrokkene deelt als het in het kader van de zorg voor betrokkene wenselijk is en uitsluitend na toestemming van betrokkene.²⁵

Dit betekent dat wanneer een predikant/kerkelijk werker samenwerkt met bijvoorbeeld een collega, of wellicht ook een andere zorgverlener, dat dan inderdaad vertrouwelijkheid van het grootste belang is. Hiernaar moet in het empirisch onderzoek dan ook duidelijk worden gevraagd. Naast deze sub paragraaf wordt er in dit document niet specifiek over (interdisciplinaire) samenwerking gesproken. Ook wordt er niet geschreven over samenwerking tussen predikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals. In mijn onderzoek ben ik echter niet alleen geïnteresseerd in de vertrouwelijkheid van deze samenwerking. Ik ben ook geïnteresseerd in de meerwaarde van deze samenwerking voor predikant, zorgprofessional en bijvoorbeeld het gemeentelid. Ook wil ik kijken welke factoren er mogelijk nog meer invloed hebben op deze samenwerking. Daarom zullen we in aanpalende literatuur verder proberen te kijken naar wat er tot nu toe bekend is.

Mogelijke samenwerking gemeentepredikant

In het *Journal of Healthcare Chaplaincy* is een kort artikel verschenen van Renae Schuman en Tim van Duivendyk (Universiteit van Texas), rondom de heilzame effecten van samenwerking tussen

²⁴ Zie bijlage 1: CanMEDS rollen.

²⁵ *Beroepscode en Gedragsregels voor predikanten en Kerkelijk werkers*, (Protestantse Kerk in Nederland, 2011), 5.

geestelijk verzorgers in het ziekenhuis, ziekenhuispersoneel, wijkverpleegkundigen en gemeentepredikanten. Aan de hand van een aantal concrete casussen wordt de hypothese voorgesteld dat een lokale kerkgemeenschap een helende therapeutische gemeenschap kan worden wanneer predikanten zich beter verdiepen in gezondheidszorg en de helende werking van het geloof hierin op natuurlijke wijze inbrengen. Het artikel presenteert een model waarin ziekenhuispersoneel en geestelijk verzorgers actief onderwijs aanbieden rondom gezondheidszorg aan gemeentepredikanten en vrijwilligers uit de lokale kerk. Op hun beurt worden predikanten gestimuleerd om mensen met gezondheidsproblemen bij te staan, en waar nodig de geestelijk verzorger van het ziekenhuis of de wijkverpleegkundige te contacteren. Het model erkent dat er conflict kan optreden tussen pastores en zorgprofessionals, en dat hun zorgrollen kunnen botsen. Daarom is het van belang dat er regelmatige communicatie is tussen de pastores van verschillende denominaties in een wijk en het personeel van de omliggende ziekenhuizen, en ook tussen de pastores en de wijkverpleegkundigen. Het model suggereert dat er niet alleen meer aandacht voor gezondheidszorg in de wijk wordt verspreid, maar ook dat de helende werking van religie meer bekend kan worden door een structurele samenwerking.²⁶

Tegelijk is de empirische basis gering voor dit model en de suggesties van de auteurs, wat het moeilijk maakt om de vraag te beantwoorden wat er (empirisch) bekend is over samenwerking tussen pastores en zorgprofessionals. Bovendien gaat het model ervan uit dat kerken een grote rol spelen in het gemeenschapsleven in buurten, en dat veel mensen via de kerk informatie en hulp ontvangen. Weliswaar heeft de kerk in Nederland idealiter nog een maatschappelijke rol. De praktijk is echter dat veel mensen hun hulp en advies niet meer in de kerk zoeken. De werelden van geloof en gezondheidszorg zijn hier erg gescheiden en mogelijk is de sociale rol van de kerk in ons land ook veel kleiner dan in het land van de auteurs. Waar honderd jaar geleden al onze zorginstellingen nog vanuit kerken en andere levensbeschouwelijke instituten waren vormgegeven, is de zorg nu volledig gescheiden van de kerk. Ook het idee dat predikanten/pastores, net als wijkverpleegkundigen, een dagelijkse rol spelen in een buurt is lang niet meer overal het geval. Zeker in grote steden is de predikant vaak niet meer het prominente gezicht van een buurt, maar eerder iemand die zijn plek moet zien te vinden in zeer pluriforme buurten, waarin de christelijke levensbeschouwing een (kleine) minderheid is.

Kortom, er is weinig empirisch bekend over de samenwerking van pastores, zoals kerkelijk werkers en gemeentepredikanten met zorgprofessionals. Maar wat is er eigenlijk wel bekend?

Wat is er wél bekend?

Over specifiek de samenwerking tussen geestelijken, waaronder ook predikanten en pastores, met hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, is een oudere literatuur review studie bekend, waarin inderdaad naar voren komt dat samenwerking tussen deze twee groepen waardevol wordt gevonden, zeker omdat *geestelijke* zorg door beide professionals aangeboden wordt, waarbij de geestelijke het persoonlijke/relatieve deel van de zorg op zich kan nemen, en benaderbaar kan zijn voor een grote gemeenschap. Hierbij maakt de studie twee kanttekeningen: allereerst wordt in de meeste data van dit onderzoek duidelijk dat onderwijs over elkaars beroepsgroepen noodzakelijke voorwaarde is voor de samenwerking. Predikanten/kerkelijk werkers moeten enige kennis hebben van psychische stoornissen en ziektebeelden en de psychische zorg voor mensen met deze aandoeningen, en psychologen, maatschappelijk werkers en psychiaters moeten een idee hebben van wat spirituele en pastorale zorg inhoudt en hoe ook zij hieraan een bijdrage kunnen leveren. Daarnaast wordt in deze studie nog vermeld dat er in sommige artikelen ook obstakels voor een vruchtbare samenwerking worden beschreven, hoewel de auteurs niet goed duidelijk maken om welke obstakels het hier precies gaat.²⁷

²⁶ Schumann en VanDuivendyk, "Connections, Collisions, and Complementarity."

²⁷ Andrew J. Weaver et al. "Collaboration Between Clergy and Mental Health Professionals: A Review of Professional Health Care Journals From 1980 Through 1999" *Counseling and Values* 47, nr. 3 (2003). DOI:10.1002/j.2161-007X.2003.tb00263. x.

Een mogelijk obstakel kan de verwarring onderling en richting cliënt / patiënt zijn. Deze wordt beschreven in een beschouwend artikel rond de samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers in ziekenhuizen. Hoewel er soms onduidelijkheid is over wat spirituele zorg inhoudt en hoe deze vorm moet krijgen, is samenwerking tussen beide beroepen nodig. Wel kan de inmenging van de eigen gemeentepredikant van de patiënt in een dergelijke setting ook verwarring geven. Als deze predikant, wat vaak het geval (en logisch) is, ook een deel van de spirituele zorg voor de patiënt op zich neemt, moet de predikant ook samenwerken met zowel de geestelijk verzorger, als met de verpleegkundigen, die dagelijkse zorg leveren en kunnen doorverwijzen naar een van de twee pastorale professionals als zich een crisis voor doet op het mentale of spirituele vlak. Verpleegkundigen moeten niet alleen naar de geestelijk verzorger kunnen doorverwijzen, maar ook naar de gemeentepredikant, wanneer deze in beeld is.²⁸ Wanneer zowel kerkelijk werker/gemeentepredikant als geestelijk verzorger betrokken zijn, kan dit dus mogelijk verwarring in de samenwerking tussen spirituele experts enerzijds en zorgprofessionals anderzijds – en richting zorgontvanger – geven.

Kortom: spirituele zorg heeft een grote meerwaarde voor de zorg in het algemeen, en deze wordt ook meer geïntegreerd in de gezondheidszorg, ook bij de zorgprofessionals die er geen zogenoemde experts in zijn. Van oudsher was deze spirituele of pastorale zorg het terrein van priesters en predikanten, maar met de jaren is interlevensbeschouwelijke spirituele zorg ontstaan, die op verschillende manieren geïntegreerd is in zorgorganisaties. Hoewel deze integratie een samenwerking veronderstelt tussen experts in spirituele zorg en de overige zorgprofessionals, is hierover wat betreft predikanten en kerkelijk werkers in de lokale gemeente empirisch weinig bekend. Hoewel er een meerwaarde wordt verondersteld, zijn er maar weinig studies die de praktijk beschrijven, of die aanbevelingen kunnen geven om een dergelijke samenwerking in te bedden in zowel de gemeente als de eerstelijns zorg. Om antwoord te geven op de deelvraag van het begin: wat is er bekend over samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals is het antwoord dan ook: weinig. Wel is er veel onderzoek naar meerwaarde van de integratie van spirituele zorg in het algemeen, die door verschillende auteurs wordt aangemoedigd, diverse lagen kent en ook enkele obstakels, zoals ik in dit hoofdstuk liet zien. In het volgende hoofdstuk wil ik aan de hand van concrete casussen uit de praktijk een breder licht werpen op wat de meerwaarde van eventuele samenwerking kan zijn, en wil ik helder proberen te krijgen wat er voor een dergelijke samenwerking nodig is.

²⁸ Larry VandeCreek, "Collaboration Between Nurses and Chaplains for Spiritual Caregiving," *Seminars in Oncology Nursing* 13, nr. 4 (1997): 279-80. doi: 10.1016/s0749-2081(97)80026-5.

Hoofdstuk 3: De praktijk rondom samenwerking tussen pastor en eerstelijns zorg.

Waar ik in het vorige hoofdstuk beschreef hoe spirituele zorg in ons land is geïntegreerd voor verschillende levensbeschouwingen, en wat er bekend is over samenwerking tussen spirituele professionals, zoals kerkelijk werkers en gemeentepredikanten, en de zorg, zal ik nu wat meer verdiepen naar de praktijk in ons land van samenwerking tussen predikanten/kerkelijk werkers in de Protestantse Kerk in Nederland (PKN), met zorgprofessionals in de thuissituatie. Omdat empirisch onderzoek naar deze samenwerking grotendeels ontbreekt, heb ik een verkennend empirisch onderzoek uitgevoerd, en daarmee verhalen uit de praktijk verzameld over dergelijke samenwerking. Hiermee hoop ik iets te kunnen beschrijven van de manier waarop die samenwerking momenteel plaatsvindt en hoe deze samenwerking gewaardeerd wordt. In dit hoofdstuk beantwoord ik aan de hand van 8 interviews met ervaren predikanten/kerkelijk werkers mijn overige deelvragen:

Deelvraag 2: Wat zijn kenmerken van de samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn?

Deelvraag 3: Wat vergt de samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals?

Deelvraag 4: Wat levert samenwerking op voor zowel de predikant/kerkelijk werker als de zorgprofessional?

Om deze vragen te beantwoorden zal ik eerst mijn werkwijze en methode, zoals al ingeleid in hoofdstuk 1, nauwgezet toelichten. Vervolgens zal ik de verhalen gedetailleerd analyseren op verschillende thema's. Als eerste thema zal ik in gaan op hoe samenwerking er over het algemeen uit ziet tussen pastores en eerstelijns zorg, of terwijl, de kenmerken van deze samenwerking die uit de verhalen naar voren komen. Vervolgens zal ik in gaan op welke factoren deze samenwerking eventueel helpen of juist bemoeilijken, en wat deze samenwerking vergt van zowel de gemeentepredikant/kerkelijk werkers als de zorgprofessionals. Daarna zal ik als thema de meerwaarde van deze samenwerking aan de orde stellen, specifiek voor de predikanten/kerkelijk werkers zelf, maar ook voor de andere betrokken professionals, en voor de gemeenteleden of andere zorgbehoevenden die het betreft.

Toelichting op methode

In het voorjaar tot het begin van de zomer van 2025 heb ik acht ervaren predikanten en kerkelijk werkers geïnterviewd: vijf mannen en drie vrouwen. Eén van hen is op het moment van het interview een kerkelijk werker, zes van hen zijn gemeentepredikanten, en één is emerituspredikant, die vrij recent met emeritaat is gegaan. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 59 jaar waarvan de oudste 67 jaar is en de jongste 48. De gemiddelde werkervaring van de respondenten is 28 jaar (*range*, 12-42 jaar). Sommige respondenten hebben via sociale media mijn oproep gevonden, maar veelal werd mijn oproep voor verhalen over de samenwerking met eerstelijns zorg via via gedeeld, en op die manier gevonden. Twee respondenten heb ik persoonlijk benaderd. Er kwamen namelijk weinig reacties op mijn oproep en vaak kreeg ik te horen dat er geen ervaring was met dergelijke samenwerking. Vooral wanneer ik jongere predikanten benaderde, gaven zij aan nog niet eerder zulke contacten te hebben gehad. De interviews werden online afgenomen via Microsoft Teams, duurden tussen de dertig en vijfenveertig minuten en werden opgenomen en getranscribeerd in de beveiligde omgeving van Microsoft Teams. Hierbij kreeg ik hulp van een student-assistent. De transcripten heb ik vervolgens uitgewerkt en thematisch geanalyseerd. Vanuit de deelvragen heb ik een aantal thema's vastgesteld en deze verder uitgewerkt en verfijnd, waarvan het resultaat hieronder volgt.

De interviews begon ik met het vragen naar concrete casussen van samenwerking tussen de respondent en een eerstelijns zorgprofessional, die de respondent speciaal waren bijgebleven (zie bijlage 2: interviewguide). Ik vroeg respondenten om te vertellen over de situatie, over hoe de samenwerking eruitzag, wat ze ervan verwacht hadden, en hoe de respondent de samenwerking evalueerde. Vervolgens vroeg ik, vanuit deze casus, door over samenwerking in het algemeen, waarbij ook andere voorbeelden aan bod konden komen. Daarbij vroeg ik hoe zij de samenwerking ervaren hadden, wat de meerwaarde ervan kon zijn en wat samenwerking vergde van de respondent en de (andere) zorgverlener. Hierdoor kon ik een beeld krijgen van samenwerking tussen pastores en eerstelijns zorg in de praktijk. Door de kleine groep respondenten en de geringe omvang van deze studie in het algemeen, is dit beeld ongetwijfeld niet compleet, maar het gaf me een goede inkijk in de verschillende thema's rondom mijn onderzoeksvraag. Ik zal de belangrijkste thema's hieronder verder uitwerken.

Kenmerken van de samenwerking

Over het algemeen bleek de samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals zeer incidenteel. De meeste respondenten hadden slechts een of enkele ervaringen. Een enkele keer was er wel een multidisciplinair overleg in een dorp of wijk met de eerstelijns zorg, of een gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomst, waar ook de kerk en de predikant een woord konden spreken. Maar dit bleek in veel dorpen en in wijken van grote steden niet de standaardpraktijk.

De samenwerking varieerde van een toevallig contact bij een pastorant thuis of zo maar via een hulpvraag op straat, een enkele doorverwijzing van ofwel de kant van de predikant ofwel de kant van de zorgprofessional, regelmatig telefonisch contact over één of meerdere zieken, tot hier en daar een structureel multidisciplinair overleg of bijeenkomst. De samenwerking verliep soms via e-mail of telefoon, maar vaak was er ook wel even persoonlijk, *face-to-face* contact. In sommige gevallen kenden de respondenten de zorgverleners al uit hun privéleven wanneer het bijvoorbeeld om de eigen huisarts ging. In één van de interviews bleek een aantal zorgverleners in de thuiszorg ook lid van de kerkelijke gemeente. In meerdere gevallen was de diaconie van de gemeente waarin de respondent werkzaam was, ook betrokken bij de samenwerking met zorgverleners. Een enkele keer liep een samenwerking wat langer door, maar over het algemeen ging het om incidentele samenwerking, waarbij er slechts enkele keren contact was over de zorgbehoevende.

Voor een deel van de respondenten ging de samenwerking met de eerstelijns zorg niet over gemeenteleden, maar om pastorale contacten die elders waren opgedaan in dezelfde plaats of wijk. Eén van de respondenten zegt hierover:

In de praktijk van het gemeentebestaan, tenminste in de stad, zijn mijn pastorale contacten hooguit voor tweederde met gemeenteleden die ergens in mijn registers voorkomen. En het zijn vaak situaties die zich op straat of in het maatschappelijk verkeer ontwikkelen en waar je als predikant op reageert, ja, gewoon zorg voor de samenleving, zeg maar. (Respondent 02)

Alle respondenten evalueerden de samenwerking positief. Er was enthousiasme en de samenwerking werd tijdens interviews goed, fijn en constructief genoemd. Er waren vaak nauwelijks verwachtingen van tevoren over hoe de samenwerking zou kunnen verlopen, omdat deze zo weinig plaatsvond. Achteraf keken participanten meestal goed terug op de samenwerking, soms meer neutraal, en soms echt met veel enthousiasme. Maar overwegend positief. Eén van de respondenten noemde de samenwerking zelfs leuk:

Ik vond het een heel bijzonder verhaal. Als in bijzonder, het is klein, maar toch wel heel fijn. Ja, ook als ik de professional nog wel eens zie, want ik woon nog steeds in dezelfde stad, dan is er toch vaak nog even zo een blik van, ja van

onderling begrip hè, van ja, we hebben wat leuks samen meegemaakt.
(Respondent 05)

Eén van de respondenten, die samen werkte met de GGD voor een pastoraal contact, had achteraf een minder positieve ervaring, door hemzelf sup-optimaal genoemd, die ik voor de volledigheid toch wil benoemen:

Ik weet dat in de tijd dat zij toen gedwongen opgenomen werd, toen vond ik dat ik wel graag had willen weten hoe het verder gaat, dat ik dus op de hoogte werd gesteld van wat is nou verder het verloop? Voor mijn gevoel verdween ze in een busje zal ik maar zeggen, werd afgevoerd en nooit meer gezien, totdat zij zelf jaren later weer even met mij contact opnam, Maar de GGZ heeft verder mij niet als partij gezien hierin. (Respondent 02)

In beginsel zijn de contacten met de zorg in sommige gevallen wat onwennig, maar in andere gevallen gaat het spontaner en makkelijker. Over de positieve waardering van de samenwerking en de meerwaarde ervan later meer. Kenmerken van de samenwerking zijn dus dat deze vaak incidenteel is, dat deze vaak – althans waar het de (kleine) groep van geïnterviewden betreft – via reeds bestaande contacten lopen en als derde dat participanten vrijwel altijd positieve ervaringen hebben met de samenwerking.

Wat vergt de samenwerking?

Kennis

De eerste benodigde factor binnen samenwerking, die alle respondenten als eerste thema aandroegen, was kennis van elkaars expertise en kunde, en het weten van elkaars bestaan. Respondenten gaven aan dat zorgprofessionals vaak niet leken te weten welke zorg en begeleiding predikanten/kerkelijk werkers in de thuissituatie konden bieden. Ook waren er soms vooroordelen, en een gebrek aan kennis kon ook leiden tot minder goed contact en minder goede samenwerking:

Dat geldt dus ook vanuit de lokale overheid naar de geloofsgemeenschappen, en vanuit de gezondheidszorg naar die geloofsgemeenschappen, dat je soms van doen hebt met mensen die geen idee hebben wie je bent, wat je doet en wat je meerwaarde is. (Respondent 03)

Verschillende keren opperden respondenten dan ook dat predikanten/kerkelijk werkers bij zorgcentra en huisartsen langs zouden moeten gaan om hun expertise kenbaar te maken. Ook werd een aantal keer de vraag gesteld of spirituele zorg in de opleiding van de zorgverleners wel voldoende naar voren komt. Basiskennis hiervan zagen participanten als nuttig, of zelfs cruciaal voor alle zorg. Ook kennis over het ambtsgeheim van gemeentepredikanten/kerkelijk werkers kan bijvoorbeeld behulpzaam zijn wanneer zorgprofessionals huiverig zijn om informatie te delen over personen met de dorpsdominee/pastor (zie onder), zo stelden geïnterviewden.

Ook andersom was dit het geval. Predikanten/kerkelijk werkers gaven zelf ook aan dat ze vaak weinig kennis hebben rondom gezondheidszorg, en dat ze het moeilijk vonden om te weten bij wie ze aan moesten kloppen wanneer er zorgen waren rondom kwetsbare pastoranten, of wanneer samenwerking met de zorg gewenst was. Hierdoor kwam samenwerking ook moeilijker tot stand. Soms had de diaconie van een gemeente hier meer kennis van. Maar ook opperen respondenten dat ze zelf, waar mogelijk, cursussen of voorlichtingen zouden kunnen bijwonen rondom psychische zorg, mentale problemen en beschikbare zorg in een wijk of dorp. Zo zou de predikant niet alleen de zorg en medische of psychische zorgvragen beter leren begrijpen, maar wist de gemeentepredikant/kerkelijk werker ook beter waar hij of zij wel een verantwoordelijkheid

of een rol heeft, en waar hij of zij de verantwoordelijkheid mag overdragen aan andere zorgprofessionals. Eén van de respondenten, die hier ervaring mee had, zei hierover het volgende:

Ik heb dus meegedaan aan een consultatie groep. Dat was verbonden aan de GGZ van het streekziekenhuis, dat is nu gefuseerd, en daar hadden ze een consultatie groep met een klinische psychotherapeut en een psychiatrisch verpleegkundige en een aantal predikanten uit de omgeving. En daar konden we ook wel zeg maar geanonimiseerd bepaalde casuïstiek inbrengen, en dat vond ik erg zinvol. Daar kreeg ik ook heel veel tips en ideeën. Dus dan wissel je niet echt dingen uit van ja, wat doe jij, maar wel voor jezelf ook om, zeg maar een beetje te weten wat dus zinvolle interventies zijn of zinvolle gesprekken die je met mensen moet voeren, en wat je vooral niet moet doen. Dat vind ik altijd een van de belangrijkste dingen. (Respondent 05)

Vindbaarheid

Een andere noodzakelijke factor, die voor een deel ook samenhangt met kennis, is de vindbaarheid. Ook hiervoor geldt dat predikanten zich bijvoorbeeld bij huisartsen kenbaar moeten maken, en het liefst niet eenmalig, zo gaven participanten aan. De samenwerking met eerstelijns zorg verliep vaak soepeler als de zorgprofessionals zelf kerkelijk betrokken waren of religieus, of als ze hier in ieder geval al eerder kennis van hadden genomen. In enkele gevallen kende de zorgverlener de predikant/kerkelijk werker ook persoonlijk, omdat de gemeentepredikant/kerkelijk werker zelf in het zorggebied van deze professional viel, de zorgprofessional bijvoorbeeld de eigen huisarts was, of dat zorgverleners lid waren van de gemeente van de respondent. Dit hielp allemaal, van beide kanten, om elkaar te vinden en om soepel contact te hebben, zoals in het geval dat de predikant de zorgprofessional kende uit de gemeente:

Die mevrouw, die van de Buurtzorg of Thuiszorg was, dat was ook een gemeentelid van mij, dus dan herken je mekaar ook, dus dan is het bijzonder om in die situatie elkaar te ontmoeten. Ja, want mevrouw was stervende, en nou, ik was er omdat de familie dat had gevraagd. En ondertussen had de huisarts dus geregeld dat deze mevrouw een morfinepomp kreeg. En dan wordt de Thuiszorg dan wel Buurtzorg ingeschakeld. En ja, die komen dan niet op het afgesproken tijdstip, maar die komen dan, nou ja, wanneer het in het rooster past. En toen, ja, toen was het eigenlijk toeval dat we elkaar kruisten. Nou omdat er herkenning was, omdat een van hen, zij kwamen met zijn tweeën, omdat een van beide natuurlijk een gemeentelid was, hadden wij even contact van, hé, bijzonder dat we elkaar hier treffen op deze manier. En toen hebben ze even gewacht zodat ik het dan eerst kon afmaken. En toen ben ik weggegaan en de familie ook, want dan kunnen zij hun werk uitvoeren. (Respondent 07)

Factoren die samenwerking bemoeilijkten in dit opzicht bleken uit situaties waarin mensen uit kleine plaatsen aangesloten waren bij meerdere, omliggende zorgcentra, waardoor vindbaarheid van beide kanten lastiger werd. Ook door drukke agenda's van beide professionals, of doordat lang niet alle professionals contacten met kerken of andere religieuze instellingen hadden, konden respondenten en zorgprofessionals elkaar moeilijker vinden.

Verbeteren vindbaarheid en kennis

Bij beide thema's deden respondenten vaak zelf aanbevelingen over hoe kennis en vindbaarheid bereikt of verbeterd kon worden. Het eerste was de mogelijkheid om regelmatig – dat wil zeggen: tenminste een of twee keer per jaar – aan te kunnen schuiven bij een multidisciplinair overleg van zorgaanbieders in een dorp of wijk:

Ja idealiter, zou ik zeggen, zou er bijvoorbeeld in een dorp een soort overleg moeten kunnen zijn van zorgprofessionals en religieuze mensen van kerk en moskee en weet ik wat allemaal. Kijk in dit dorp waar ik werk is alleen maar een kerk. Ik kijk wel eens met enige jaloersheid naar geestelijk verzorgers die in een ziekenhuis of een verpleeghuis onderdeel uitmaken van een heel team met alle soorten professionals. Die worden zelf ook gezien als zorgprofessional. Dat zou denk ik mooi zijn dat je eens in de zoveel tijd een soort netwerk contact hebt met huisartsen die actief zijn in het dorp, en met mensen uit thuiszorg, en nou alle mensen die die zeg maar een zorgfunctie hebben bij dorpsgenoten/bij gemeenteleden. (Respondent 06)

Sommige respondenten hadden deze mogelijkheid, met meer samenwerking en zichtbaarheid tot gevolg:

En daarbij was er ook een het dorp waar ik werkte, daar was een huisartsenpost, dus dat was ook goed overzichtelijk. Daar had ik als voorganger en samen met mijn collega met regelmaat een overleg mee. En ook van nou als er dingen zijn, wisten we elkaar te vinden. Dat was een korte lijn en daar waren we heel dankbaar voor. (Respondent 01)

Maar in veel plaatsen bestond een dergelijk overleg niet. Bovendien gaven respondenten ook aan dat het hen vaak aan tijd ontbrak om zich regelmatig bij dergelijke overleggen aan te sluiten. Eén van hen stelde:

Want ik merkte al gauw hoe arbeidsintensief ook dit soort vragen waren, en dat paste niet helemaal bij de ehm *workload* die vanuit de gemeente ook op mij afkwam. Dus ik heb het ook een beetje afgehouden. Maar in het begin had ik wel contact met een gezondheidscentrum bij mij in de buurt, waar ik ook aanwezig mocht zijn bij het multidisciplinair overleg over de palliatieve patiënten. (Respondent 08)

Een andere aanbeveling was om bewoners van een wijk of dorp voor te lichten over de zorg die een predikant kan bieden, het liefst samen met andere eerstelijns zorg in het gebied. In meerdere interviews kwam dit naar voren, maar in het bijzonder in een verhaal van een respondent die jaarlijks voorlichting geeft aan ouderen rondom de zorg die voor hen beschikbaar is:

De aanleiding was eigenlijk de leeftijdsgroep van nou globaal gesproken, 60 plus, waarbij we door de huisartsen van de praktijk worden uitgenodigd als collega's. Dit wordt door mij ingevuld, maar ook wel eens met de kerkelijk werker gezamenlijk vormgegeven, om toe te lichten wat in de context van de kerk dan voorbijkomt. Maar het aanbod van de huisartsenpraktijk was eigenlijk om mensen het totale plaatje te laten zien van dingen die je tegenkomt op het moment dat je ouder wordt en ziek wordt, afhankelijk wordt, zorgbehoevend wordt, misschien zelfs palliatieve ondersteuning nodig hebt, of begeleiding bij het laatste deel van het leven. (Respondent 03)

Hierdoor wist niet alleen zorgverleners, maar wisten meer bewoners, religieus of niet religieus, pastorale begeleiding in de thuissituatie meer te vinden. Zo werd de gemeentepredikant/kerkelijk werker een bekender gezicht in een gebied, en ook daarmee weer zichtbaarder en vindbaarder. Bovendien leverde dit voor beide professionals ook weer meer kennis op over elkaars expertise.

Ten slotte was een open houding volgens de respondenten cruciaal. Zomaar een huisartsenpost durven binnenlopen, gesprekken met zorgverleners aan durven knopen als je hen, als gemeentepredikant/kerkelijk werker, tegen het lijf loopt, en interesse hebben voor het vakgebied van de ander. Een open houding kon verrassende, toevallige contacten opleveren, met samenwerking tot gevolg, en maakten de gemeentepastor vindbaar. Diezelfde open houding zouden ook de zorgprofessionals te allen tijde moeten hebben, zodat ze zich niet laten leiden door vooroordelen, zo stelde een geïnterviewde:

Dus wat je nodig hebt is gewoon vertrouwen, maar vooral openheid naar ook de spirituele kant, en dat het niet gelijk allemaal vage figuren zijn of zo.
(Respondent 01)

Vooroordelen bemoeilijkten openheid binnen samenwerking en in het leggen van contact. Ook hier speelde tijdsdruk mogelijk een rol, zo opperden enkele geïnterviewden: het hebben van weinig tijd en het werken in vaste systemen kon het moeilijker maken om altijd open te staan voor nieuwe contacten, voor beide professionals.

Intermezzo: Geestelijke verzorging thuis

Zowel kennis als vindbaarheid kwamen samen in een thema dat door de helft van de respondenten spontaan werd aangesneden en dat meerdere keren is benoemd als behulpzaam voor een goede samenwerking met, en doorverwijzing vanuit de eerstelijns zorg: geestelijke verzorging thuis. Deze geestelijk verzorgers werken ook in de thuissituatie, en zijn erkende zorgverleners, die subsidie en erkenning ontvangen vanuit de centra voor levensvragen. Verschillende respondenten vertelden enthousiast over deze nog vrij recente ontwikkeling, maar maakten zich zorgen, omdat er nog maar relatief weinig geestelijk verzorgers in de eerste lijn werkzaam zijn, en omdat er maar een paar gesprekken per cliënt, en dan nog voor een beperkte doelgroep, vergoed mogen worden. Zij stelden echter ook dat de expertise rondom spirituele zorg en pastorale begeleiding door de gemeentepredikant/kerkelijk werkers meer erkenning van overheden verdient. Op die manier werden zij meer zichtbaar, en zou eerstelijns geestelijke verzorging voor een nog grotere groep beschikbaar kunnen komen:

Want het grote voordeel van predikanten is natuurlijk dat ze overal zitten, en iemand anders noemde het wel eens: 'Ja, predikanten hebben landelijke dekking, dus die zitten overal.' Dus waarom zou je die niet inschakelen om, ja, dit soort werk, ook al is het incidenteel, te doen? Terwijl je nu een beperkt aantal geestelijk verzorgers via een Centrum voor Levensvragen inroept. En dan is er ook altijd weer het commentaar van, ja maar, niet iedere dominee is geschikt om dit soort gesprekken te voeren. Nee, dat is waar, maar ook niet iedere geestelijk verzorger die bij een Centrum voor Levensvragen staat aangemeld, is geschikt om dit soort gesprekken te voeren. (Respondent 08)

Deze respondent gaat bovendien nog een stap verder: een vergoeding voor de zorg die de gemeentepredikant/kerkelijk werker biedt zou wellicht een extra beloning en erkenning zijn voor de extra tijd die gemeentepredikanten/kerkelijk werkers vrij maken om ook buiten de eigen gemeente pastorale zorg te leveren. Daarbij dient aangetekend te worden dat van de respondenten die dit onderwerp aandroegen, deze vaak ook ervaring met het werken als geestelijk verzorger in de tweedelijns zorg hadden, waar ze "automatisch onderdeel waren van een interdisciplinair team". Hierdoor was hun expertise meer zichtbaar en werd er meer naar hun begeleiding doorverwezen indien nodig. In de thuissituatie misten zij dergelijke doorverwijzing en de zichtbaarheid van hun expertise.

Vertrouwelijkheid

Samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers vergde naast kennis en vindbaarheid ook een grote mate van vertrouwelijkheid. Wanneer gemeentepredikanten/kerkelijk werkers met een ambtsgeheim samenwerken met zorgprofessionals met eveneens een beroepsgeheim, kan dit invloed hebben op hoe deze samenwerking eruitziet, zo bleek tijdens de interviews. Dit kwam in een aantal van de interviews ter sprake, en in alle interviews heb ik hier vrij uitgebreid op doorgevraagd. Samenwerking werd moeilijk wanneer niet duidelijk was welke vertrouwelijkheid er in acht moest worden genomen, en welke afwegingen beide professionals hierin maakten of moesten maken.

Als ik vroeg naar wat er wederzijds werd gedeeld aan informatie, was het standaardantwoord zoiets als: “Niets of zeer summier.” Als de zorgverleners één van hun patiënten doorverwezen naar de gemeentepredikant/kerkelijk werker, was het meestal slechts een naam, een adres of telefoonnummer, en de vraag om daar eens laagdrempelig langs te gaan. Meer niet. Dit had volgens een respondent met zowel vertrouwelijkheid als met de algemene werkwijze van de zorg te maken:

Ja dus dat is altijd heel kort. Ja, dat heeft natuurlijk ook te maken met dat in de zorg sowieso altijd heel staccato wordt gecommuniceerd. Ook om efficiënt te zijn, denk ik hè. In de kerk zijn we ook wel eens wat uitgebreid met elkaar, Omdat we de tijd hebben of denken te hebben, maar in de zorg is het... Het staat allemaal onder druk. Dus artsen sturen, als ze een mailtje sturen, natuurlijk gewoon alleen het hoogstnodige ook hè. Dus ik krijg van alles ook niet te horen, dus alleen een naam; mevrouw heeft zingevingsvragen. Punt. En daar ben ik eigenlijk ook blij mee, want dan kan ik zo'n gesprek ook een beetje onbevangen in hè. (Respondent 04)

In andere situaties, waarin contact min of meer per toeval ontstond, bijvoorbeeld omdat er samengewerkt moest worden in een acute situatie, werd er soms zowel vooraf als achteraf gesproken over de situatie. Hierin gaven respondenten wel aan dat ze hierbij altijd bepaalde intieme details vertrouwelijk hielden, en dat de samenwerking vooral “zakelijk constructief” en “puur professioneel” was.

Pastoranten waren niet altijd per se op de hoogte van het contact tussen gemeentepredikant/kerkelijk werker en zorgprofessional. In sommige situaties kon dat wantrouwen opleveren, in de trant van: achter zijn/haar rug om besproken worden. Maar een nog vaker genoemde reden was dat het niet spreken over het contact met de zorgontvanger ervoor zorgde dat de rol van de gemeentepredikant/kerkelijk werker laagdrempeliger bleef. Op die manier was er makkelijker een ingang te vinden voor gesprek:

Dat was toen ook wel eens dat je niet altijd expliciet zei dat je via de huisarts kwam. Dat kon dan wel eens wat later in het gesprek helder worden. Maar ja, soms kreeg je dan iets meer ruimte om gewoon een praatje te maken en naar binnen te komen. (Respondent 01)

In andere casussen waren gemeenteleden wel op de hoogte, en vroeg de gemeentepredikant/kerkelijk werker expliciet toestemming om bepaalde informatie te delen. Ook de zorgprofessionals vroegen soms expliciet bij doorverwijzing of de patiënt het delen van informatie goed vond, en of er wel behoefte aan is.

De mensen buiten de kerkelijke gemeente die naar mij verwezen worden, die hebben daar zelf om gevraagd bij Buurtzorg. En die hebben meestal ook heel erg hun hart al gelucht bij Buurtzorg dat deze vragen boven komen, dus de

Buurtzorg heeft dan actief gevraagd van: “Vind je het goed als wij dit delen met een dominee die mogelijk iets voor je kan betekenen?” En dan hebben de mensen meestal “ja” gezegd als ik in beeld kom. (Respondent 08)

In een aantal gesprekken werd duidelijk dat de gemeentepredikant/kerkelijk werker de zorgprofessional kende uit diens privéleven. Dit ging dan om de eigen huisarts. Ook vertelden twee van de respondenten dat ze medewerkers van de buurtzorg of de huisarts in het dorp als gemeenteleden hadden, en hen daarom regelmatig tegenkwamen. Beide situaties hadden volgens de respondenten geen aanwijsbare invloed op de samenwerking: deze bleef professioneel, aldus geïnterviewden. De enige invloed was dat de zorg en de predikant/kerkelijk werker elkaar makkelijker konden vinden, en laagdrempeliger over situaties konden overleggen. Dit bleef dan echter altijd even vertrouwelijk als bij elke andere interdisciplinaire, professionele samenwerking.

Samenvattend kunnen we stellen dat, op basis van de acht interviews, de samenwerking kennis van elkaar en elkaars expertise vergde en dat de vindbaarheid van elkaar daarbij noodzakelijk was. Om de vindbaarheid en kennis van elkaar te bereiken of te vergroten sloten participanten (incidenteel) aan bij multidisciplinaire overleggen in de zorg, gaven zij (met andere zorgverleners) voorlichting over goede zorg en waren zij open richting andere zorgprofessionals, bijvoorbeeld door zich te laten verrassen. Belemmeringen waren het elkaar niet kennen of kunnen vinden, de werklust die het aansluiten bij zorgprofessionals bemoeilijkt en vooroordelen richting kerkelijk werkers / gemeentepredikanten. Een extra thema betrof geestelijke verzorging thuis: participanten waren enthousiast over deze ontwikkeling, maar vroegen zich ook af of deze voldoende beschikbaar was. Ze wezen daarbij op hun eigen beschikbaarheid en zochten naar erkenning van hun eigen expertise bij overheden. Bij kennis en vindbaarheid van elkaar en ook in de samenwerking met geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals speelde tot slot nog de vertrouwelijkheid een rol, waarbij participanten meestal zo min mogelijk deelden met anderen en vaak de cliënt betrokken in het delen van informatie.

Meerwaarde van samenwerking

Het tweede thema dat ik bespreek is de meerwaarde die samenwerking tussen gemeentepredikant/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals heeft voor zowel de gemeentepredikant/kerkelijk werker als de pastoranten die het betreft. Het betreft hier uiteraard het perspectief van de kerkelijk werker of gemeentepredikant zelf, ook diens perspectief op de meerwaarde voor de zorgprofessional en het gemeentelid. De meerwaarde op dit vlak bleek kortgezegd: het bracht meer rust. Bij de meeste respondenten verliepen casussen, naar eigen zeggen, soepeler en rustiger, wanneer zij erbij betrokken waren. Daarnaast konden zij wat emotionele en spirituele geruststelling brengen, waardoor de arts of andere zorgverleners hun eigen taak ook in meer rust konden uitvoeren.

Voor gemeentepredikanten/kerkelijk werkers

Voor de respondenten zelf had de samenwerking met eerstelijns zorg over het algemeen veel meerwaarde. Dit zat hem in verschillende factoren. De respondenten, die ik interviewde, vonden het prettig om via contacten met zorgprofessionals meer te leren over wat de zorg in ons land in de thuissituatie te bieden heeft, en met welke zorgen of vragen rondom pastoranten ze bij de zorg terecht konden. Daarnaast was het ook fijn om te weten “Wat ik niet zelf allemaal hoeft te doen” (Respondent 02). Tijdens samenwerking en contact met zorgprofessionals kregen pastores meer duidelijkheid over wat zij voor iemand konden betekenen, maar ook waar hun eigen verantwoordelijkheid ophield en die met (andere) zorgverleners overlapt of de verantwoordelijkheid van andere zorgverleners begint.

Ook andersom hadden geïnterviewden een verbreding van rol ontdekt: ze konden in meer situaties behulpzaam zijn dan ze zelf soms dachten. Ze benoemden het ook met termen zoals

“verrijking van ons vak”. Mensen met mentale problemen, mensen die lijden hebben meegemaakt en behoefte hebben aan begeleiding, zouden door de huisarts vaak naar psychologen worden doorverwezen, zo stelden participanten. Maar ook een predikant kan gesprekken met mensen aangaan in tijdelijke trajecten, en zo een rol in de mentale zorg voor mensen op zich nemen, in plaats van de GGZ, aldus geïnterviewden. Het verhaal van één van de respondenten illustreert deze stellingname:

Deze huisarts is verder helemaal niet van de kerk of zo, dus het is niet zo van dat het een heel gelovig iemand was, Maar het is gewoon iemand die dacht van: hé, voordat we nou iemand nog weer verder de GGZ insturen, die natuurlijk op zijn gat ligt, dus waar je dan ook pas over acht maanden aan de beurt bent, is hier gewoon een dominee, die gewoon eens even twee keer een gesprek kan hebben. En zo is het ook gebeurd. (Respondent 04)

Voor pastoranten

De meerwaarde voor pastoranten leek niet altijd makkelijk te omschrijven te zijn. Respondenten wisten niet altijd concrete meerwaarde te benoemen van samenwerking. De dingen die wel werden genoemd waren: soms iets rust of (kunnen) loslaten, bijvoorbeeld tijdens een euthanasie waar een kerkelijk werker aanwezig was, en waar de gelovige partner van de patiënt veel moeite mee had:

Ja, afronding is misschien een groot woord. Maar wel een mate van, ja, aanvaarding. Zij moest dat ook loslaten, want zij zag wel dat het lijden van haar man zeer groot was. (Respondent 01)

Ook kwam verschillende keren naar voren dat degene die door de gemeentepredikant/kerkelijk werker begeleid werd, de pastor zag als “niet formeel”. Wanneer er argwaan naar formele instanties was, of in situaties waar een spiritueel probleem niet makkelijk onder woorden te brengen was, was de gemeentepredikant/kerkelijk werker een vertrouwenspersoon om naar toe te gaan, gescheiden van de professionele zorginstanties en protocollen. Dit werd vooral als belangrijke meerwaarde omschreven bij hulp aan mensen zonder verblijfsvergunning, waarmee meerdere respondenten, die voorganger in stadskerken waren, te maken hadden.

Het was iemand die, zoals ik zei, sinds dertig jaar hier in Nederland ondergedoken was, omdat hij in Engeland gezocht werd door de politie. En nou ja, alles wat formeel en officieel was, dat was voor hem gevaarlijk. En de kerk was veilig, want andersoortig. En in die zin, dat was een toegevoegde waarde voor de pastorant. (Respondent 02)

Ook wordt hulp bij mentale hulpvragen als meerwaarde genoemd. Soms konden gesprekken met de gemeentepredikant of kerkelijk werker de pastorant helpen om het leven en de zin ervan beter op een rijtje te krijgen, en beter met lijden te kunnen omgaan, al bleef soms onhelder waar participanten precies op doelden.

Voor zorgprofessionals

Samenwerking tussen zorgprofessionals en kerkelijk werkers/gemeentepredikanten schiep ook duidelijkheid, niet alleen richting gemeenteleden en andere mensen in het dorp of de wijk, maar ook richting zorgprofessionals. Door samen te werken met eerstelijns zorg en samen met hen ieders specifieke aanbod te laten zien, konden zorgprofessionals en geïnterviewden er samen voor zorgen dat mensen beter wisten naar wie ze met welke hulpvragen toe konden gaan. In één van de verzamelde verhalen, hierboven al eens geciteerd, maakte een gemeentepredikant dit mee, een door de huisartsenpost geïnitieerde jaarlijkse voorlichting voor een oudere, zorgbehoevende doelgroep:

Ze proberen eigenlijk het hele netwerk wat er aan eerstelijns zorg is zo totaal mogelijk aan te bieden, zodat mensen door de bomen het bos weer beter zagen.
(Respondent 03)

Over het geheel genomen lijkt er dus wel degelijk meerwaarde te zijn voor zorgverleners.

In dit hoofdstuk hebben we besproken hoe samenwerking met eerstelijns zorg eruit kan zien, wat goede samenwerking vergt van beide professionals, en wat de meerwaarde van de samenwerking is. De tweede deelvraag kunnen we kort beantwoorden met: kenmerken van de samenwerking zijn dat deze vaak niet structureel is, en dat samenwerking tot stand komt via reeds bestaande relaties, en dat participanten overwegend positieve ervaring hebben met samenwerking.

Als we kijken naar de derde deelvraag van dit onderzoek, dan is kennis, inclusief weten van elkaar (inclusief vindbaarheid), het belangrijkste wat nodig is in wederzijdse samenwerking. Kennis van elkaars kunde en vakgebied dus. Daarnaast is qua attitude vooral een open houding van cruciaal belang, even als het vertrouwelijk omgaan met gegevens, zoals de eerstelijns zorgprofessionals dit ook moeten doen.

De vierde deelvraag, “Wat levert samenwerking op?” is moeilijker te beantwoorden. Voor de gemeentepredikant/kerkelijk werker bleek een duidelijke meerwaarde: respondenten leerden van de samenwerking met de zorgprofessionals en werden op zowel professioneel als persoonlijk gebied verrijkt. Het gaf hen bovendien duidelijkheid over hun eigen verantwoordelijkheid, ook ten opzichte van zorgprofessionals. De meerwaarde voor gemeenteleden bleek moeilijker te definiëren. Hier leek vooral een meer laagdrempelige gesprekspartner zonder protocol, die niet hoort bij de (andere) professionals, van belang. De vragen over meerwaarde voor zorgverleners bleken ook moeilijk te beantwoorden. Participanten zagen die vooral gelegen in het samen goede zorg voor mensen bieden, waarbij zorgprofessionals ook de gemeentepredikant / kerkelijk werker konden inzetten in het aanbod van zorg.

Hoofdstuk 4 Goede samenwerking

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden zal ik eerst de antwoorden op de deelvragen nog eens kort langslopen om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden: Hoe werken gemeentepredikanten/kerkelijk werkers op een goede manier samen met eerstelijns zorgprofessionals, waarbij beiden hun eigen expertise benutten? Ook zal ik de beantwoording van de vragen bediscussiëren en beperkingen van het onderzoek weergeven. Ik sluit af met enkele aanbevelingen voor de praktijk.

Conclusie

De eerste deelvraag luidde “Wat is er bekend over samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en zorgprofessionals?” waarop het korte antwoord luidt: weinig. Wetenschappelijk gezien bleek er weinig bekend. Wel noemden diverse onderzoeken het belang van interlevensbeschouwelijke spirituele zorg en bespraken verschillende studies de integratie ervan in de bredere gezondheidszorg en hoe spirituele zorgverleners, zoals geestelijk verzorgers, hieraan kunnen bijdragen. Ook is er veel onderzoek gedaan naar integratie van spirituele zorg binnen de gezondheidszorg, waaraan spirituele zorgverleners kunnen bijdragen, maar die ook obstakels kent.

“Wat zijn kenmerken van de samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn?” was de tweede deelvraag. De interviews lieten zien dat samenwerking vaak incidenteel is, en dat hierin vaak bestaande contacten aangeboord worden. Een laatste kenmerk is ook dat participanten de samenwerking positief beoordelen (een enkele uitzondering daargelaten).

In de beantwoording van de derde deelvraag “Wat vergt de samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals?” bleek het interviewmateriaal het rijkst. Belangrijkste thema's waren kennis van elkaars expertise en elkaar kunnen vinden. Dat vergde van participanten dat ze bijvoorbeeld (af en toe) aansloten bij multidisciplinaire overleggen met zorgprofessionals, dat ze zich met andere zorgprofessionals inzetten om duidelijk te maken welke zorg zij specifiek zouden kunnen bieden binnen het bredere palet van zorg, en dat ondertussen open bleven staan voor wie en wat er op hen afkwam. Samenwerking vergde ook de afzwakking van belemmeringen, zoals het elkaar niet kennen, werklast die aansluiting bij bestaande zorg verhindert, of vooroordelen over gemeente(predikant). Ondertussen zochten participanten tijdens interviews ook naar erkenning van hun expertise ten opzichte van geestelijk verzorgers thuis, die door de overheid erkend en gefinancierd worden. Samenwerking vergde tot slot ook een zorgvuldige omgang met vertrouwelijke gegevens, waarbij participanten meestal weinig deelden met anderen en (toestemming van) het gemeentelid betrokken in het delen van informatie.

Deelvraag 4 was “Wat levert samenwerking op voor zowel de predikant/kerkelijk werker als de zorgprofessional?” Het korte antwoord op deze deelvraag was vooral dat dit rust bracht. Participanten zeiden dat casussen rustiger en soepeler verliepen als ze erbij betrokken waren. Ook adresseerden zij emotionele en spirituele geruststelling, waaraan zij konden bijdragen, en waardoor zorgprofessionals zich rustig konden concentreren op hun (hoofd)taken. De min of meer informele rol van de gemeentepredikant of kerkelijk werker kon een geruststellend effect hebben op cliënten in moeilijke levenssituaties, zoals mensen zonder geldige verblijfsdocumenten of mensen die geestelijke gezondheidszorg ontvangen. Voor respondenten zelf bleek de meerwaarde te schuilen in een verbreding en verrijking van het werk: het bracht hen nieuwe expertise, die ze in hun verdere werk ook konden benutten. Voor eerstelijns zorgprofessionals bleek de meerwaarde lastiger te benoemen, al bracht het hen wel kennis (en vindbaarheid) ten aanzien van de professie en competenties van kerkelijk werkers/ gemeentepredikant, wat hielp om samen de zorg voor kwetsbare mensen vorm te geven.

Dit brengt mij terug bij de onderzoeksvraag waar ik mee begon: “Hoe kunnen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals op een goede manier met

elkaar samenwerken, waarbij beiden hun eigen expertise benutten?” Het antwoord op die vraag luidt: Een goede samenwerking vraagt een erkenning van het belang van spirituele zorg door alle professionals, en een wederzijdse kennis van elkaars expertise en verantwoordelijkheden. Dit betekent niet alleen dat zorgprofessionals weten wat een predikant/kerkelijk werker aan begeleiding te bieden heeft, maar ook dat een predikant/kerkelijk werker weet welke zorg er beschikbaar is in hun buurt, en hoe deze is geregeld. Bovendien moeten beide professionals weten waar ze de ander kunnen vinden, en moet er duidelijkheid zijn rondom vertrouwelijkheid en veiligheid van gegevens en informatie, die bij beide professionals een grote rol speelt. Tot slot is er een open houding nodig om van elkaar te leren en om elkaar te vinden wanneer dit nodig is.

Discussie

Verbinding resultatenhoofdstuk (H3) en theoretisch hoofdstuk (H2)

De respondenten uit dit onderzoek maakten regelmatig de vergelijking tussen de pastorale zorg die zij verlenen in de thuissituatie, en de zorg die collega's in ziekenhuizen leveren. Niet alleen hebben ze zelf soms in de ziekenhuissetting gewerkt, maar ze zien ook voordelen van het onderdeel zijn van zo'n grotere zorginstelling, ten opzichte van hun werk in de thuissituatie. Ook bij de bespreking van de theorie heb ik hieraan aandacht besteed. Dit komt vooral omdat er over integratie en samenwerking rondom spirituele zorg meer bekend is rondom ziekenhuizen en andere grote zorginstellingen. Dit heb ik onder andere besproken rondom het boek *Spiritual Care in a Hospital Setting*.²⁹ Uit de besproken theorie in hoofdstuk 2 blijkt inderdaad dat in de tweede lijn al veel meer aandacht lijkt te zijn voor samenwerking rondom spirituele zorg en de integratie ervan.

In de resultaten kwam niet alleen de tweedelijns zorg vaker naar voren, maar in een aantal gesprekken werd ook duidelijk hoe de kerk en de zorg samen in sociaal kwetsbare situaties één lijn konden trekken, zoals bij hulp aan ongedocumenteerden. Deze beide aspecten, de tweedelijns zorg en de sociale component, kwamen ook al samen in het in hoofdstuk 2 besproken artikel van Schuman en VanDuivendyk,³⁰ dat aanbevelingen deed voor hoe zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, samen kunnen werken met eerstelijns zorg, en ook met kerkelijke pastores, om gemeenschappen en buurten gezonder en socialer te maken.

Zoals we hebben kunnen zien, werd kennis over elkaars expertise door alle respondenten benadrukt als zeer belangrijk voor een goede samenwerking. Dit betekent niet alleen kennis rondom de zorg, maar ook kennis over hoe en waar de ander te vinden is, en wanneer de ander van dienst kan zijn. Ook kennis van de vertrouwelijkheid die bij beide professionals gewaarborgd blijft, en hoe deze vorm kan krijgen, bleek noodzakelijk. Tijdens mijn onderzoek naar de theorie ben ik een aantal bronnen tegengekomen die deze kennis benadrukken, en waar deze kennis te vinden is. Hiervoor ben ik onder andere te rade gegaan bij de beroepscode voor predikanten, en kunnen predikanten/kerkelijk werkers zich op hun beurt meer verdiepen in de CanMEDS rollen en bijvoorbeeld de richtlijn palliatieve zorg. Het verkrijgen van meer kennis tijdens en rondom samenwerking werd door de meerderheid van de respondenten uit dit onderzoek als een grote verrijking gezien, en geeft hiermee een grote meerwaarde voor de pastor. Het belang dat genoemde documenten hechten aan vertrouwelijkheid lijkt dus in de praktijk – voor zover ik dat kan zeggen op basis van acht interviews – ook stevig verankerd.

Reflecties op empirische resultaten

Zoals in de data-analyse en de bovenstaande conclusie al naar voren kwam, zijn er een aantal kernen aan te wijzen rondom samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals. De eerste kern is de kennis van elkaars expertise. Deze kennis gaat niet alleen over kennis over elkaars' huidige werk, maar ook over de kennis rondom spirituele zorg in het algemeen. Het belang van deze kennis, en van kennis van spirituele zorg in verschillende settings

²⁹ Wim Smeets, *Spiritual care in a hospital setting: an empirical-theological exploration*, Vertaald door M. Manley, Brill: 2006.

³⁰ Renae Schumann en Tim VanDuivendyk, "Connections, Collisions, and Complementarity" *Journal of Health Care Chaplaincy* 11, nr 2 (2011): 61-68.

en contexten, wordt ook benadrukt in het boek *Interlevensbeschouwelijke Geestelijke Verzorging* van Anke Liefbroer, Hans Alma en Pieter Coppens.³¹ De eerste twee hoofdstukken van dit boek, met name het tweede hoofdstuk, benadrukken het belang van deze kennis, en leggen uit waarom alle geestelijk verzorgers, en ook alle zorgprofessionals, kennis van interlevensbeschouwelijke zorg nodig hebben en wat hiervan het belang is in onze huidige pluriforme samenleving, waarin de religieuze instituten steeds minder een vaste plek innemen in het leven van mensen.

Niet alleen kennis rondom levensbeschouwing en de spirituele zorg zijn van belang, maar ook het daadwerkelijk leren kennen van de ander en van de persoon van de gemeentepredikant/kerkelijk werker zelf. Dit gebeurt, zoals we in de resultaten zagen, door simpelweg contact te hebben. Maar het gaat ook over (iets) kennen van elkaars drijfveren en kernwaarden hierin. Immers: reflectie op de eigen zingeving is voorwaarde om goede spirituele zorg te kunnen verlenen (dit punt werk ik in de volgende alinea uit). Voor professionals in de gezondheidszorg is in 2015 een uitgebreide literatuurstudie gedaan om een model te schetsen van de belangrijkste waarden en drijfveren van professionals in de zorg.³² Wellicht zou dit model in de praktijk ook helpend kunnen zijn om samenwerking tussen gemeentepredikanten / kerkelijk werkers en zorgprofessionals, met het oog op belangrijke waarden in hun werk, te versterken.

Ook het kennen van de gemeentepredikant/kerkelijk werker kan hierin nuttig zijn. Niet alleen zodat de zorgprofessional weet waar de pastor vandaan komt qua spiritualiteit en waarden, maar ook voor de pastor zelf om te begrijpen wat intensieve situaties in de pastorale zorg met hem/haar doen. Zo laat een uitgebreide empirische studie rondom Amerikaanse geestelijk verzorgers die werken met veteranen het belang zien van het spirituele en emotionele bewustzijn van de pastor tijdens het werk. Het onderzoek laat zien dat het emotionele en spirituele leven van de pastor kan veranderen wanneer hij/zij te maken krijgt met emotioneel kwetsbare en beladen situaties in het werk. Deze lading kan zowel positieve als negatieve invloed op de professionaliteit van de pastor hebben.³³ Een dergelijke studie laat zien hoe belangrijk is dat spirituele experts, inclusief kerkelijk werkers en gemeentepredikanten, zich bewust zijn van hun spirituele ontwikkeling en hoe heftige ervaringen de eigen persoon, professionaliteit en het eigen ambt beïnvloeden. Dat stemt overeen met spirituele zorg in palliatieve zorg, waarin de zelfreflectie van de spirituele zorgverlener – het kennen van en reflecteren op eigen spiritualiteit en de ontwikkeling daarvan – een essentiële component is van het bieden van spirituele zorg in de laatste levensfase.³⁴ Hieronder reflecteer ik op een kern die hiermee samenhangt.

Nog een kern die in de interviews naar voren kwam is de noodzaak voor een betere inbedding van interdisciplinair overleg en samenwerking. Deze kern komt ook overeen met het elkaar kennen. Het elkaar leren kennen betekent namelijk niet alleen zelf reflecteren op de eigen waarden en spiritualiteit en deze kunnen verwoorden, maar betekent ook het elkaar kunnen vinden in interdisciplinaire bestaande structuren. In hoofdstuk 2 refereerde ik bij de inbedding van spirituele zorg in de thuissituatie naar de richtlijnen, zoals die voor palliatieve zorg, waarin deze inbedding op papier al meer gestalte krijgt, en die mogelijk van belang kunnen zijn voor de predikant/kerkelijk werker als eerstelijns professional. Deze richtlijnen bevatten namelijk handvaten om om te gaan met de spirituele component als onderdeel van de algemene zorg. Deze richtlijnen werden niet in de interviews genoemd, dus het is niet duidelijk in hoeverre gemeentepredikanten/kerkelijk werkers hiervan al actief kennisnemen, en in hoeverre hier gebruik

³¹ Pieter Coppens, Anke Liefbroer en Hans Alma, *Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: Theorie en casuïstiek*, (Eburon, 2024), Hoofdstuk 2.

³² Mpatisi Moyo, Felicity A Goodyear-Smith, Jennifer Weller et al, "Healthcare practitioners' personal and professional values," in *Advances in health sciences education: theory and practice* 21, nr. 2 (2015), 257-286. doi: 10.1007/s10459-015-9626-9

³³ Wesley H McCormick, Timothy D. Carroll, Brett A. Slagel et al. "Professional Quality of Life and Changes in Spirituality Among VHA Chaplains: A Mixed Methods Investigation," in *Journal of Health Care Chaplaincy* 23, nr. 3 (2017), 113-129. Doi: 10.1080/08854726.2017.1295675.

³⁴ Marie-José Gijsberts, Anke Liefbroer, René Otten et al. "Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature," *Medical Sciences (Basel)* 25, nr. 2 (2019). <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>.

van wordt gemaakt. Zoals te zien in wetenschappelijke studies vergt de implementatie van deze richtlijnen ook nogal wat in het Nederlandse zorgsysteem. Allereerst is er goede vertegenwoordiging nodig van alle verschillende zorgcontexten, zowel bij de ontwikkeling van de richtlijn als wanneer deze uiteindelijk wordt geautoriseerd. Verder moet de interdisciplinaire natuur van de richtlijnen blijvend worden benadrukt, moet er voldoende educatie rondom de richtlijnen beschikbaar zijn voor alle professionals, specifiek ook voor spirituele professionals, en moet er voldoende aandacht blijven voor wetenschappelijk onderzoek, met name ook gericht op PROMS.³⁵

Een kern die ook nog nadere bespreking verdient is de sociale component van de samenwerking met de zorg in de thuissituatie, zoals ik die in enkele interviews ben tegengekomen. In situaties waarin mensen zorg behoeven, zijn mensen soms op hun kwetsbaarst. Waar de predikant/kerkelijk werker een minder formele rol heeft en deze kwetsbaarheid wil zien en begeleiden, wordt de zorg vaak gezien als een officiële instantie, waartegen soms argwaan is. Met name de respondenten die ik sprak uit grote steden brachten dit in. Dit deed mij denken aan – dit is meer anekdotisch bewijs – een straatarts in Rotterdam. Op een laagdrempelige manier helpt zij daklozen en ongedocumenteerden in het diaconale centrum van de Pauluskerk in Rotterdam en zij schreef een boek over haar ervaringen, waarin een gesprek met de predikant van de Pauluskerk een prominente rol speelt. Dit gesprek over wat de predikant en de arts beiden drijft, heeft me tijdens het analyseren van de data verrast. Dit gesprek, en het boek als geheel, laten zien hoe kwetsbaar de pastorant in de grote stad kan zijn, en hoe de kerk, specifiek ook de pastor, hierin een rol kan spelen, samen met de zorg en andere betrokkenen. Het is een enkel voorbeeld van hoe samenwerking langdurig kan worden ingebed in de thuissituatie, waarbij er speciaal aandacht is voor deze sociale component.³⁶ Wel moet hierbij gezegd worden dat dit geen wetenschappelijke studie is, en dat de beschreven situatie vooral betrekking lijkt te hebben op de grote stad(sproblematiek).

Krachten en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek naar de praktijk van samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorg is, voor zo ver ik kon nagaan, het eerste empirische onderzoek naar dit specifieke onderwerp in Nederland. Hiermee werd het vooral een verkennend onderzoek. Voor het theoretisch kader moest voornamelijk in aanpalende velden gekeken worden, bijvoorbeeld de geestelijke verzorging in zorginstellingen. Daarnaast had ik voor deze masterthesis slechts beperkte tijd. De respondenten die ik heb geïnterviewd hadden allemaal waardevolle verhalen, maar soms was de ervaring met dergelijke samenwerking beperkt tot slechts enkele casussen. Bovendien zijn acht verhalen er niet veel, en het is maar zeer de vraag of er een representatief beeld van samenwerking met de eerstelijns zorg is gecreëerd. Op mijn oproep voor dit onderzoek kreeg ik weinig reacties, en jongere gemeentepredikanten en pastores die ik heb benaderd gaven allemaal aan nog weinig tot geen ervaring met deze samenwerking te hebben. De gemiddelde hoge leeftijd en lange werkervaring van de respondenten, de weinige reacties, en het feit dat er meestal slechts sprake was van een handje vol of een enkele casus, suggereert wellicht dat samenwerking met de eerstelijns zorg niet erg veel plaats vindt in Nederland. Aan het begin van deze thesis gaf ik al aan dat ik over deze samenwerking nog niet eerder had gehoord, terwijl ik wel hoorde hoe spirituele zorg steeds meer geïntegreerd werd in interdisciplinaire zorgteams. Mijn eigen hypothese, dat deze samenwerking wellicht vruchtbaar kon zijn maar nog weinig structureel ingebed was, lijkt hiermee te kloppen.

Wel is er nu een beeld waarmee hopelijk verder onderzoek naar het thema kan worden gedaan. Hoewel ik de interviews niet tot in detail in deze thesis heb kunnen behandelen, en mijn analyse zich beperkt tot de meest genoemde en belangrijkste thema's, is het wellicht de moeite

³⁵ Marie-José Gijsberts en Erik Olsman, "Nation-Wide Guidelines for Multidisciplinary Spiritual Care: Implementation of the Netherlands' *Spiritual Care Guidelines* and *Grief Guidelines*, in *Spiritual Care in Palliative Care*, (Springer, 2024), 665-680. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50864-6_44

³⁶ Michelle van Tongerloo, *Komt een Land bij de Dokter*, (De Correspondent, 2024).

waard om meer verhalen te verzamelen, in verschillende regio's en plaatsen, om een gedetailleerder beeld te ontwikkelen van wat er in ons land in de praktijk aan samenwerking gebeurt. Wellicht is de rol van de diaconie, die door verschillende respondenten wordt genoemd, ook meer onderzoek waard, aangezien ik ook deze niet in detail heb kunnen onderzoeken. Maar dat past ook bij het exploratieve karakter van mijn onderzoek.

Aanbevelingen

Door de gedetailleerde verhalen van de respondenten, en de verbinding met de theorie, komt dit onderzoek tot een aantal aanbevelingen. Allereerst is een wetenschappelijke aanbeveling dat er uitgebreider en meer gedetailleerd onderzoek nodig is naar samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals, en tussen de kerk en de eerstelijns zorg in het algemeen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door participerende observaties (om te observeren wat er daadwerkelijk gebeurt), en aanvullende interviews (om te onderzoeken hoe participanten interpreteren wat er gebeurt), waarbij ook het perspectief van pastoranten / patiënten expliciet in beeld komt. In mijn thesis heb ik mij immers gericht op een groep professionals, waardoor de andere groep professionals (zorgverleners), en vooral: de zorgontvangers niet direct aan het woord komen.

Daarnaast noemen alle respondenten een gezamenlijk multidisciplinair overleg eens in de zoveel tijd als zeer bevorderlijk, en als de enige mogelijkheid om elkaar te vinden. Een dergelijk overleg is niet in elke regio vanzelfsprekend, zeker niet met een pastor erbij. Bovendien is er bij beide beroepsgroepen vaak tijdgebrek. Toch lijkt een dergelijk overleg sterk aan te bevelen. Dit zou zelfs kunnen uitmonden in een gezamenlijke voorlichting rondom zorg in de thuissituatie en ieders rol in een dorp of wijk. Ook zou er een communicatiesysteem kunnen worden ontwikkeld in de lokale zorg, of op zijn minst een sociale kaart, waarin ook de pastor wordt opgenomen, zodat iedereen elkaar desgewenst in een veilige omgeving kan vinden. Een dergelijk intercollegiaal systeem is er al voor huisartsen.

Een laatste aanbeveling is ondernemerschap van de gemeentepredikant/kerkelijk werker. Een gemeentepredikant/kerkelijk werker zou nog actiever bezig kunnen gaan met de eigen zichtbaarheid in de regio, ook buiten de kerk, voor zo ver ze dit niet al doen. Dit betekent zelf contacten leggen met lokale zorg en in de buurt. Maar er komt meer bij kijken. Respondenten die ik sprak vergeleken het met het ondernemerschap van de geestelijk verzorgers in de eerste lijn. Ook zij trekken er actief op uit om mensen in de regio te benaderen en zichtbaar te zijn voor de lokale zorg. Zo heeft de VGVZ, de beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers, een checklist gemaakt voor startende geestelijk verzorgers in de eerste lijn, waarmee vragen rondom hun ondernemerschap en rond het beginnen met spirituele zorg in de eerste lijn worden geadresseerd.³⁷ Ook biedt de VGVZ hiervoor trainingen aan. Wellicht zou iets dergelijks toegankelijk kunnen worden voor gemeentepredikanten/kerkelijk werkers, zodat ook zij buiten de kerk meer zichtbaar kunnen worden.

Al met al vergt dit thema gedegen verder onderzoek, maar kunnen we al zeker een aantal waardevolle lessen trekken voor de praktijk van samenwerking tussen gemeentepredikanten/kerkelijk werkers en eerstelijns zorgprofessionals. Graag ontdek ik de komende jaren nog veel meer rondom deze rijke materie, en hopelijk zal dit thema een verder vervolg krijgen.

³⁷ *Starterschecklist*, (Vereniging van Geestelijk Verzorgers, 2018), <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2025/06/VGVZ-Beroepsstandaard-2015-gewijzigd-Klachtenreglement-2025.pdf>

Bibliografie

Beroepscode en Gedragsregels voor predikanten en Kerkelijke werkers, Protestantse Kerk in Nederland, 2011.

Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015. Uitgave van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers, 2016.
<https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2025/06/VGVZ-Beroepsstandaard-2015-gewijzigd-Klachtenreglement-2025.pdf>

Coble, Richard en Mychal Springer. "Interpersonal Competence in Contextualizing Power Dynamics in Socially Just Spiritual Care." in Wendy Cadge and Shelly Rambo (Ed.). *Chaplaincy and Spiritual Care in the Twenty-First Century: An Introduction*. University of North Carolina Press, 2022.

Coppens, Pieter; Anke Liefbroer en Hans Alma. *Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: Theorie en casuïstiek*. Eburon, 2024.
<https://eburon.nl/product/interlevensbeschouwelijke-geestelijke-verzorging-openaccess/>

Dames G. A., Dames, G.E. 'Pastoral care and counselling in current times: Relevance and context of care', *HTS Theologiese Studies/Theological Studies* 81, nr.1 (2025) a10184. <https://doi.org/10.4102/hts.v81i1.10184>

Doolaard, Jaap (red), *Nieuw handboek geestelijke verzorging*, Kampen: Kok, 2006.

Ganzevoort, Ruard & Jan Visser. *Zorg voor het verhaal: achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Vierde editie. Meinema, 2014.

Gijsberts, Marie-José en Erik Olsman. "Nation-Wide Guidelines for Multidisciplinary Spiritual Care: Implementation of the Netherlands' *Spiritual Care Guidelines* and *Grief Guidelines*, in *Spiritual Care in Palliative Care*. Springer, 2024. 665-680. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50864-6_44

Liefbroer, Anke, Erik Olsman et al. "Interfaith spiritual care: a systematic review." *Journal of Religion and Health* 56, nr. 5 (2017): 1776-1793. DOI: 10.1007/s10943-017-0369-1.

Liefbroer, Anke, Ruard Ganzevoort en Erik Olsman, "Adressing the spiritual domain in a plural society, what is the best way to integrate spiritual care into health care?" *Mental Health, Religion and Culture* 22, nr. 3 (2019), 244-260. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1590806>.

McCormick, Wesley H; Timothy D. Carroll, Brett A. Slagel et al. "Professional Quality of Life and Changes in Spirituality Among VHA Chaplains: A Mixed Methods Investigation," in *Journal of Health Care Chaplaincy* 23, nr. 3 (2017), 113-129. Doi: 10.1080/08854726.2017.1295675.

Meel, Liidia and Tõnu Lehtsaar. "Interdisciplinary Team Based Pastoral Care: A Potentially Adaptable Model for Estonian Healthcare." *Occasional Papers on Religion in Eastern Europe* 37 no. 3, 2017.

Moyo, Mpatisi; Felicity A Goodyear-Smith, Jennifer Weller et al. "Healthcare practitioners' personal and professional values," in *Advances in health sciences education: theory and practice* 21, nr. 2 (2015), 257-286. Doi: 10.1007/s10459-015-9626-9

Pennybaker, Steven. Patrick Hemming, Durga Roy et al. "Risks, Benefits, and Recommendations for Pastoral Care on Inpatient Psychiatric Units: A Systematic Review," *MDJournal of Psychiatric Practice* 22, nr. 5 (2016): 363-381.

Proserpio, Tullio, Claudia Piccinelli en Carlo Alfredo Clerici, "Pastoral care in hospitals: A literature review," *Tumori Journal* 97, nr. 5 (2011): 666-71. doi: 10.1177/030089161109700521.

Puchalski, Christina. Beverly Lunsford, Mary H. Harris et al. "Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients, A Collaborative Model," *MAThe Cancer Journal* 12, nr. 5 (2006): (5) 398-416.

Schilderman, Hans. "Klem tussen kerk en zorg" *Handelingen* 45, nr. 1 (2018), 3-9.

Schumann, Renae en Tim VanDuivendyk, "Connections, Collisions, and Complimentarity" *Journal of Health Care Chaplaincy* 11, nr 2 (2011): 61-68. doi:10.1300/J080v11n02_07.

Smeets, Wim. *Spiritual care in a hospital setting: an empirical-theological exploration*, Vertaald door M. Manley. Brill, 2006.

Starterschecklist. Vereniging van Geestelijk Verzorgers, 2018.

<https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2025/06/VGVZ-Beroepsstandaard-2015-gewijzigd-Klachtenreglement-2025.pdf>

Tongerloo, Michelle van. *Komt een Land bij de Dokter*. De Correspondent, 2024.

VandeCreek, Lary. "Collaboration Between Nurses and Chaplains for Spiritual Caregiving," *Seminars in Oncology Nursing* 13, nr. 4 (1997): 279-80. doi: 10.1016/s0749-2081(97)80026-5.

Vincensi, Barbara B. "Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care." *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 6, nr 2 (2019), 104-110.

Visser-Nieraeth, Anja, "Patient-reported outcome measures (PROMs) in healthcare chaplaincy" *Tidsskrift for Praktisk Theologi* 36, nr 2 (2019): 90-99, <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5358>.

Weaver, Andrew J. Kevin J. Flannely, Laura T. Flannely et al. "Collaboration Between Clergy and Mental Health Professionals: A Review of Professional Health Care Journals From 1980 Through 1999" *Counseling and Values* 47, nr. 3 (2003). DOI:10.1002/j.2161-007X.2003.tb00263.

Bijlage 1: CanMEDS rollen



Opleidingsinstituut Geneeskunde

CanMEDS rollen en de belangrijkste aandachtspunten per rol

	<i>Bij deze rol gaat het met name om:</i>
1 = "Medisch deskundige" KERNBEGRIJ: verantwoord, up to date, medisch beleid kunnen formuleren en toepassen	▪ medische kennis ▪ anamnese: systematiek, volledigheid ▪ (lichamelijk) onderzoek: techniek, volledigheid ▪ aanvullend onderzoek: aanvragen, interpreteren ▪ opstellen dd ▪ beleid bepalen ▪ therapeutisch arsenaal vakgebied toepassen ▪ gestructureerd probleem oplossen ▪ scheiden hoofd- en bijzaken ▪ klinisch beslissen
2 = "Communicator" KERNBEGRIJ: adequaat communiceren van medisch beleid naar patiënt, familie en medezorgverleners	<i>Algemeen</i> ▪ beheersing Nederlandse taal ▪ presentatievaardigheden <i>Open en respectvolle communicatie naar patiënt en diens familie</i> ▪ luisteren ▪ vragen stellen ▪ informeren ▪ adviseren houdt daarbij rekening met persoonlijke factoren van patiënt zoals leeftijd, etnische achtergrond, e.d. <i>Adequate statusvoering</i> ▪ volledigheid, systematiek status ▪ netheid, leesbaarheid ▪ to the point
3 = "Academicus" KERNBEGRIJ: kritische evaluatie van wetenschappelijk onderzoek en eigen performance	<i>Wetenschappelijke vorming</i> ▪ wetenschappelijk onderzoek opzetten en uitvoeren ▪ kritisch beoordelen van bronnen met medische informatie ▪ evidence based handelen <i>Persoonlijke ontwikkeling / reflectie</i> ▪ identificeren persoonlijke leerbehoeften ▪ in staat tot zelfbeoordeling ▪ zelfstandig hiaten in kennis / vaardigheden aanpakken ▪ in staat tot reflectie op eigen ontwikkeling in de rollen ▪ houding van levenslang leren / (leer)vragen stellen
4 = "Beroepsbeoefenaar" KERNBEGRIJ: ethisch verantwoorde praktijk uitoefening	▪ ethisch verantwoord handelen ▪ verantwoordelijkheidsgevoel ▪ gedragsregels en moraal ▪ compassie en zorg ▪ openheid / eerlijkheid ▪ respectvolle integere bejegening patiënt ▪ omgaan met eigen emoties ▪ omgaan met moeilijke of indrukwekkende situaties
5 = "Samenwerker" KERNBEGRIJ: teamspeler	▪ overdracht en afstemming met verantwoordelijke ▪ gezamenlijk beslissen (bij besluitvorming mening van anderen accepteren en overwegen) ▪ kennis en informatie delen ▪ respect voor andere leden zorgteam/teamspeler
6 = "Organisator" KERNBEGRIJ: consistent gestructureerde uitoefening van het beroep	▪ structureren en plannen ▪ prioritering ▪ tijdmanagement ▪ nakomen afspraken ▪ oog voor kwaliteit ▪ omgaan met ICT (EPD; Elpado)
7 = "Gezondheidsbevorderaar" KERNBEGRIJ: voorkomen van ziekte	▪ patiëntveiligheid ▪ verantwoord gebruik van autoriteit en invloed ▪ preventief beleid ontplooiën

Bijlage 2 Interviewguide

1. starten met casus, 1 of meer praktijkvoorbeelden van samenwerking, concreet.

- Inleiding vragen bij casus, wat was de situatie?
- Wie van jullie zocht voor het eerst contact met de ander? U of de eerstelijns zorgprofessional? Wat was de aanleiding om contact te zoeken? Waarom hebben jullie samengewerkt?
- Op welke manier hebben jullie samengewerkt?
- Wat verwachtte u van de samenwerking?
- Hoe kijkt u terug op de samenwerking? Wat ging er anders dan verwacht?
- Hebt u vaker samengewerkt met eerstelijns zorgverleners? Waarom brengt u juist deze casus(sen) naar voren?
- Welk effect had de samenwerking tussen u en de eerstelijns zorgprofessional op de patiënt/het gemeentelid?

2. Algemeen: werkt u vaker samen met eerstelijns zorgprofessionals? Hoe ziet die samenwerking er over het algemeen uit?

3. Wat verstaat u onder samenwerking? Hoe ziet samenwerking er idealiter uit?

De meerwaarde van samenwerking

4. Wat leert u van de samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals van de ander? (Zo concreet mogelijk maken.)

5. Wat is volgens u de toegevoegde waarde van samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals voor de gemeenteleden die het betreft?

6. Heeft de samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals toegevoegde waarde voor uzelf? Zo ja, welke?

Wat maakt samenwerking goede samenwerking

7. Wat helpt u om goed samen te kunnen werken met zorgprofessionals? (Concreet maken.)

8. Welke factoren of omstandigheden maken het moeilijk om samen te werken? Wanneer lukt samenwerking niet? (Concreet maken.)

Vertrouwelijkheid

9. Hoe gaat u om met vertrouwelijkheid binnen de samenwerking?

- Bijvoorbeeld met betrekking tot het rapporteren en terugkoppelen van de eerstelijns zorgverlener?
- Met uw ambtsgeheim en het beroepsgeheim van de zorgprofessional?
- Op welk niveau deelt u informatie en wat deelt u niet?
- In hoeverre zijn de gemeenteleden zelf op de hoogte van de communicatie of zijn ze er zelf bij betrokken?

Mogelijke vraag om op door te vragen als het ter sprake komt na vraag 1 of na vraag 9:

10. Kent u eerstelijns zorgprofessionals al voor u met ze samen ging werken, bijvoorbeeld als lid van uw gemeente? Zo ja, hoe gaat u om met uw pastorale verantwoordelijkheid voor de zorgprofessional tijdens de samenwerking? Wat betekent het elkaar al kennen voor de samenwerking?

De toekomst

11. Hoe hoopt u dat samenwerking met zorgprofessionals er in de toekomst uit ziet?