

Begeleiden en/of bemiddelen?

De rol van de geestelijk verzorger bij een familieconflict in de laatste levensfase



Naam: Jeanine Geijtenbeek
Emailadres: mediation@jeaningegeijtenbeek.com
Telefoonnummer: 06-33750325
Studentnummer: 2626788
Masterspecialisatie: Spiritual Care, faculteit Theologie en Religiewetenschappen VU
Begeleider: Anke Liefbroer, MSc MA
Tweede beoordelaar: Dr. Fred Schonewille

Samenvatting

In dit verslag wordt de onderzoeksvraag 'Hoe gaan geestelijk verzorgers om met familieconflicten in de palliatieve fase' behandeld. De onderzoeksvraag is relevant omdat geestelijk verzorgers te maken krijgen met de negatieve effecten van familieconflicten op de patiënt, maar geen conflictbemiddelaars zijn. De vraag is daarom óf en zo ja, op welke manier, zij het conflict een plaats geven in de begeleiding van de patiënt. In de onderzoeksvraag is ook de vraag begrepen of geestelijk verzorgers tevreden zijn met de huidige manier van omgaan of verbeteringen wensen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is door middel van semi-gestructureerde interviews kwalitatief onderzoek verricht onder vier geestelijk verzorgers. Daarnaast is literatuuronderzoek verricht bij twee gezaghebbende 20^e eeuwse psychotherapeuten, namelijk Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat een familieconflict in de palliatieve fase vaak voorkomt en van negatieve invloed is op het spirituele welbevinden van de patiënt. Om deze reden rekenen de respondenten het familieconflict tot zijn of haar aandachtsgebied. Zij nemen met betrekking tot het conflict vooral een begeleidende rol in richting de patiënt en proberen soms ook te bemiddelen, maar zijn hierin niet succesvol. Dit laatste wordt door respondenten als spijtig ervaren omdat een ontmoeting of verzoening tussen de patiënt en de andere partij als helend wordt gezien.

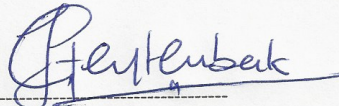
Uit het literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat inzichten en interventies vanuit de logotherapie en contextuele therapie van respectievelijk Victor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy de handelingsbekwaamheid van de geestelijk verzorger in de begeleiding van een patiënt met een familieconflict kunnen versterken.

VERKLARING 1

Hierbij verklaar ik dat deze scriptie een origineel werk is. De scriptie is het resultaat van mijn eigen onderzoek en is alleen door mijzelf geschreven, tenzij anders aangegeven. Als informatie en ideeën uit andere bronnen zijn overgenomen, wordt dat expliciet en volledig vermeld in de tekst of in de noten. Een bibliografie is bijgevoegd.

Utrecht, 18-7-2020

(plaats en datum)



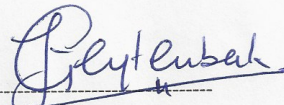
(handtekening)

VERKLARING 2

Hierbij stem ik ermee in dat mijn scriptie na goedkeuring beschikbaar wordt gesteld voor vermenigvuldiging en interbibliothecair leenverkeer, en dat de titel en samenvatting beschikbaar worden gesteld voor externe organisaties en door de Vrije Universiteit mogen worden gepubliceerd.

Utrecht, 18-7-2020

(plaats en datum)



(handtekening)

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	6
Hoofdstuk 1 – Inleiding	7
1.1 Hoofdvraag	7
1.2 Relevantie onderzoek	7
1.3 Indeling onderzoeksverslag	8
Hoofdstuk 2 - Verkenning onderzoeksgebied	9
2.1 Drie themagebieden	9
2.1.1 <i>Existentiële zingeving/spirituele zorg als aandachtsgebied</i>	9
2.1.2 <i>Familieconflicten</i>	10
2.1.3 <i>Palliatieve fase</i>	11
2.2 Wetenschappelijke studies en literatuur	12
2.2.1 <i>Het verbindingsgebied tussen zingeving/spiritualiteit en de palliatieve fase</i>	12
2.2.2 <i>Het verbindingsgebied tussen spiritualiteit en familieconflicten</i>	13
2.2.3 <i>Het verbindingsgebied tussen de palliatieve fase en familieconflicten</i>	14
2.3 Conclusie	15
2.4 Deelvragen	16
Hoofdstuk 3 – Methode	17
3.1 Aandachtspunten bij kwalitatief onderzoek	17
3.2 Concrete aanpak kwalitatief onderzoek	17
3.2.1 <i>Werving geestelijk verzorgers</i>	17
3.2.2 <i>Vragen interviews</i>	18
3.2.3 <i>Analyse van de data</i>	19
3.3 Literatuuronderzoek bij Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy	19
Hoofdstuk 4 - Resultaten kwalitatief onderzoek	20
4.1 Kenmerken respondenten	20
4.2 Beantwoording deelvragen	20
4.2.1 <i>Eerste deelvraag</i>	20
4.2.2 <i>Tweede deelvraag</i>	20
4.2.2.1 <i>Schaamte</i>	20
4.2.2.2 <i>Verdriet</i>	21
4.2.2.3 <i>Verharding/boosheid</i>	21
4.2.2.4 <i>Berusting</i>	21
4.2.2.5 <i>Schuldgevoel</i>	21
4.2.2.6 <i>Belemmering om te sterven</i>	22
4.2.3 <i>Derde deelvraag</i>	22
4.2.3.1 <i>Initiatief nemen en luisteren</i>	22
4.2.3.2 <i>Doorvragen</i>	23
4.2.3.3 <i>Duiden</i>	23
4.2.3.4 <i>Inclusiviteit vormgeven</i>	24
4.2.3.5 <i>Praktisch ondersteunen</i>	24
4.2.3.6 <i>Bemiddelen</i>	24
4.2.3.7 <i>Adviseren van de familie</i>	25
4.2.4 <i>Vierde deelvraag</i>	25
4.3 Samenvatting resultaten kwalitatief onderzoek	26

Hoofdstuk 5 - Psychotherapeutische inzichten van Victor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy	27
5.1 Het denken van Viktor Frankl	27
5.1.1 <i>Existentieel appél</i>	27
5.1.2 <i>Geweten, individuele vrijheid en verantwoordelijkheid</i>	27
5.1.3 <i>Zinvolheid bij lijden en dood</i>	28
5.1.4 <i>Zelfdistantie en zelftranscendentie</i>	28
5.2 Het contextuele denken van Iwan Boszormenyi-Nagy	29
5.2.1 <i>Uitgangspunten van de contextuele benadering</i>	29
5.2.2 <i>Loyaliteit, rechtvaardigheid en betrouwbaarheid</i>	29
5.2.2.1 <i>Loyaliteit tussen ouders en kinderen</i>	29
5.2.2.2 <i>Rechtvaardigheid, betrouwbaarheid en de roulerende rekening</i>	30
5.2.3 <i>Hulpbronnen</i>	30
5.2.3.1 <i>Erkennen en ontschuldigen</i>	30
5.2.3.2 <i>Dialogoog: zelfafbakening en zelfvalidatie</i>	31
5.2.3.3 <i>Meerzijdige partijdigheid</i>	31
5.2.4 <i>Het levenseinde bij Nagy</i>	31
5.3 De betekenis van Frankl en Nagy voor de duiding van een conflict rond een levenseinde	31
Hoofdstuk 6 - Discussie	33
6.1 Eerste deelvraag	33
6.2 Tweede deelvraag	33
6.3 Derde deelvraag	34
6.3.1 <i>De eigen attitude van de geestelijk verzorger</i>	35
6.3.2 <i>De bemiddelende interventie</i>	35
6.3.3 <i>De interventies afgezet tegen de standaard rollen van de VGVZ</i>	36
6.4 Vierde deelvraag	36
6.5 Vijfde deelvraag	37
6.6 Beperkingen en sterke kanten onderzoek	38
Hoofdstuk 7 – Conclusie en aanbevelingen	40
7.1 Conclusie	41
7.2 Aanbevelingen	41
Literatuurlijst	42
Bijlage 1 – Samenvatting interviews per deelvraag en per respondent	44

Voorwoord

De aanleiding voor de keuze van dit afstudeeronderwerp is gelegen in verschillende ervaringen in mijn eigen praktijk voor familiemediation.

In mijn praktijk begeleid ik in de eerste plaats mensen met een conflict in de familiesfeer, zoals problemen in de partnerrelatie, een verwijdering tussen ouder en kind of zussen en broers onderling, een echtscheiding. In dat werk valt op dat familieconflicten grote innerlijke blokkades en gevoelens van vervreemding kunnen veroorzaken. Familieconflicten kunnen destructief zijn in levens van mensen. Tegelijk constateer ik dat via begeleiding familieconflicten voor cliënten hanteerbaar gemaakt worden en nieuwe ervaringen van zingeving kunnen geven. Ik ben mijzelf gaan verdiepen in de theorie van de contextuele benadering van de Hongaars-Amerikaanse familietherapeut Ivan Boszormenyi-Nagy (1909 – 2005), vaak kortweg aangeduid als Nagy. Zijn theorie geeft zicht op de achterliggende, existentiële dynamieken die zich manifesteren in familieconflicten. Zijn denken wil ik daarom graag betrekken in de uitwerking van mijn onderzoeksvraag.

Verder heb ik in mijn praktijk een vaste opdracht van het Instituut Asbest Slachtoffers. Dit instituut is in het leven geroepen op basis van een in 1999 gesloten convenant tussen overheid, werkgevers- en werknemersorganisaties en verzekeringen. Het instituut bemiddelt tussen enerzijds de overheid en werkgevers en anderzijds patiënten met asbestkanker over een eventuele tegemoetkoming. Ik bezoek asbestkankerpatiënten die de diagnose asbestkanker te horen hebben gekregen, met daarbij het vooruitzicht dat ze gemiddeld gesproken nog een half jaar tot een jaar te leven hebben. Het doel van de gesprekken is om een overzicht te krijgen van het arbeidsverleden. Bij de terugblik op wat belangrijk is geweest in het leven benoemen asbestkankerpatiënten vaak én hun werk én de relatie met familie (meestal partners, kinderen en kleinkinderen) als de meest fundamentele en betekenisvolle elementen uit het leven. Ook in negatief opzicht worden niet zelden betekenisvolle gebeurtenissen met betrekking tot familierelaties benoemd. Bijvoorbeeld als er een verwijdering is opgetreden met kinderen, dit kan zijn na een scheiding of als gevolg van een meningsverschil. Deze gesprekken bevestigen het beeld dat familieverhoudingen in de eindfase van het leven een belangrijk onderdeel vormen in het proces van ordening en betekenisverlening aan het geleefde leven.

Deze professionele ervaringen maken dat ik nieuwsgierig ben geworden naar de invloed van familieconflicten op zingevingservaringen van patiënten in de palliatieve fase en hoe geestelijk verzorgers hiermee omgaan. De geestelijk verzorger wordt immers verondersteld dé professional te zijn op het gebied van zingeving. Omdat ik als mediator waarneem dat het hanteerbaar maken van familieconflicten nieuwe ervaringen van zingeving kan geven, vraag ik me af of hoe de geestelijk verzorger met een familieconflict omgaat en zou kunnen omgaan. Ik ben benieuwd of inzichten vanuit het ene werkveld waarin ik actief ben (familiemediation) ondersteunend kunnen zijn voor het toekomstige werkveld waarin ik actief wil worden (geestelijke verzorging).

Bij deze thematiek wil ik naast inzichten vanuit de contextuele benadering ook het denken van de Weense psychiater en grondlegger van de logotherapie en existentiële analyse Victor Frankl (1904 – 1998) betrekken. Sinds 2019 volg ik een opleiding in de logotherapie en existentiële analyse. Evenals Nagy benadrukt Frankl dat aan ieder mens verantwoordelijkheid én vrijheid is geschonken tot aan het einde van het leven. Het doen van betekenisvolle daden is tot in het laatste moment mogelijk en geeft het leven zin. In zijn logotherapie en existentiële analyse werkt hij dit verder uit. Ik wil nagaan of zijn uitgangspunten en psychotherapeutische interventies de geestelijk verzorger kan ondersteunen in de begeleiding van de palliatieve patiënt die worstelt met een familieconflict.

Hoofdstuk 1 - Inleiding

Naar aanleiding van de persoonlijke nieuwsgierigheid is een onderzoeksvraag geformuleerd ten behoeve van een thesis in het kader van de master Spiritual Care van de faculteit Theologie en Religiewetenschappen van de VU.

1.1 Hoofdvraag

Het onderzoek richt zich op de vraag of een geestelijk verzorger die werkzaam is in de palliatieve zorg een rol heeft bij een familieconflict waar een patiënt een rol in speelt. Dit is een spannende vraag omdat een familieconflict qua inhoud alle kanten op kan gaan en vaak complex is en omdat er naast de patiënt sprake is van minstens één andere partij. De geestelijk verzorger is niet opgeleid als conflictbemiddelaar en richt zich qualitate qua alleen op de spirituele begeleiding en op zingevingsvragen van de patiënt. Maar als zou blijken dat een familieconflict invloed heeft op het spirituele welbevinden van de patiënt komt de vraag naar voren hoe de geestelijk verzorger zich in de begeleiding van de patiënt verhoudt tot het conflict. Bij familieconflicten in de palliatieve fase van een patiënt zou een extra lading kunnen zitten omdat het hanteerbaar maken van een conflict voor de patiënt het karakter heeft van 'nu of nooit'. Dit kan een extra appél doen op de geestelijk verzorger om een rol in te nemen. Ik wil nader onderzoeken of geestelijk verzorgers deze problematiek herkennen en welke rol zij hierbij al dan niet innemen. Als zij een rol innemen, begeleiden ze dan alleen de patiënt of heeft de geestelijk verzorger ook een rol richting de andere partij? Opvallend is dat nauwelijks literatuur over dit onderwerp voorhanden is, hetgeen het onderzoek nog interessanter maakt. De onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

'Hoe gaan geestelijk verzorgers om met familieconflicten in de palliatieve fase?'

1.2 Relevantie onderzoek

Vanwege het ontbreken van studies over de rol van de geestelijk verzorger bij familieconflicten aan het levenseinde levert dit onderzoek als eerste studie over dit thema een relevante bijdrage aan onderzoek naar het werk van de geestelijk verzorger op dit gebied. Hoogleraar Geestelijke Verzorging aan de Universiteit van Humanistiek Gaby Jacobs betoogt dat onderzoek naar geestelijke verzorging belangrijk is om begrijpelijk te maken wat geestelijke verzorging toevoegt aan de zorg (Jacobs 2020, 57). Met het onderhavige onderzoek wordt gestart met een eerste onderzoek naar wat familieconflicten in de palliatieve fase betekenen voor het werk van de geestelijk verzorger. Geestelijk verzorgers kunnen zich door middel van dit onderzoek mogelijk bewuster worden van de specifieke invloed van familieconflicten op zingevingservaringen bij de patiënt en een handelingsperspectief aangereikt krijgen om hun eigen rol hierin te pakken en/of af te bakenen.

Verder is het onderzoek relevant voor de patiënt. Als het onderzoek laat zien dat een familieconflict invloed heeft op zingevingservaringen kan een weloverwogen optreden van de geestelijk verzorger met betrekking tot het conflict een positieve invloed hebben op het spiritueel welbevinden van de patiënt.

Het onderzoek is verder relevant omdat het de praktijk van de geestelijk verzorger koppelt aan twee gezaghebbende psychotherapeuten op het gebied van respectievelijk existentiële zingeving en familierelaties. De combinatie van beide psychotherapieën gekoppeld aan het werk van de geestelijk verzorger is nieuw.

Ook is het onderzoek relevant voor de ontwikkeling van het vak geestelijke verzorging in zijn algemeenheid, omdat het grenzen verkent en kan afbakenen tussen geestelijke verzorging en bijvoorbeeld professionele conflictbemiddeling (mediation) bij een levenseinde. Met het oog op de multidisciplinaire aanpak van palliatieve zorg is dit interessant.

Ten slotte kan de uitkomst van het onderzoek ook relevant zijn met het oog op nieuwe aandachtsgebieden binnen mediation en conflictbemiddeling. Interessant in dit kader is dat recent de Christelijke Hogeschool Ede bekostiging heeft ontvangen voor de start van een Master Contextuele Benadering als uitstroomprofiel voor de mediation opleiding van de CHE. In België is de

stichting Connfinity actief (zie: <http://www.connfinity.be>) die zich richt op bemiddeling van conflicten bij een naderend levenseinde. Naast de concrete bemiddeling hebben zij ook een cursus opgezet om counselors te trainen in de omgang met familieconflicten bij een levenseinde. Bij een eerste kennismakingsgesprek gaven bestuursleden van deze stichting aan dat er internationaal gezien nauwelijks tot geen literatuur is over dit thema en dat zij het terrein zowel in België als in Nederland verder willen verkennen. Mogelijk biedt dit onderzoek een opening voor verdere samenwerking en kan een korte cursus ontwikkeld worden voor geestelijk verzorgers en/of mediators en conflictbemiddelaars op basis van de onderzoeksresultaten.

1.3 Indeling onderzoeksverslag

Dit verslag is als volgt ingedeeld. In hoofdstuk twee wordt een verkenning van het onderzoeksgebied en van beschikbare studies en literatuur gedaan. Dit hoofdstuk mondt uit in de formulering van vijf deelvragen. In hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek nader toegelicht. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het kwalitatief onderzoek op basis van de eerste vier deelvragen beschreven. In hoofdstuk vijf wordt de vijfde deelvraag behandeld en wordt een beschrijving gegeven van het denken van Frankl en Nagy. In hoofdstuk zes volgt een verbindende discussie. De resultaten van het kwalitatief onderzoek worden verbonden met literatuur uit de verkenning en met relevante inzichten vanuit het denken van Frankl en Nagy. Hoofdstuk zes eindigt met enkele aanbevelingen. Hoofdstuk zeven bestaat uit een samenvatting.

Hoofdstuk 2 – Verkenning onderzoeksgebied

2.1 Drie themagebieden

In het onderzoeksgebied dat verkend wordt zitten drie themagebieden die met elkaar verbonden worden: zingeving/spiritualiteit als het werkgebied van de geestelijk verzorger, het fenomeen familieconflicten én de palliatieve fase. In onderstaand model zijn de bovengenoemde thema's visueel aan elkaar gekoppeld. Het paarse gebied is het gebied waar de drie themagebieden samenkomen en is daarmee het onderzoeksveld van dit onderzoek.



Model 1: Drie themagebieden binnen de onderzoeksvraag en de overlap ertussen

Om de drie themagebieden ten behoeve van dit onderzoek duidelijker te definiëren is een verkenning van de onderscheiden gebieden gedaan, dat geresulteerd heeft in een korte omschrijving van de drie themagebieden zoals deze in dit onderzoek zijn afgebakend.

2.1.1 Existentiële zingeving/spirituele zorg als aandachtsgebied van de geestelijk verzorger

De Vereniging van Geestelijke Verzorger geeft aan dat geestelijke verzorging gezien kan worden als professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing (VGZ 2016, 10). Volgens de beroepsstandaard geestelijk verzorger van de Vereniging van Geestelijk Verzorger duidt zingeving op 'het actieve, informele en individuele proces waarmee mensen hun leven ordenen en betekenis geven' (VGZ 2016, 36).

De terminologie die wordt gebruikt als het over het vakgebied van de geestelijk verzorger gaat is niet eenduidig. De termen zingeving, spiritualiteit, levensbeschouwing en existentiële of ultieme vragen worden in het maatschappelijk debat hierover door elkaar heen gebruikt en raken soms hetzelfde, maar soms ook een verschillend domein. Ook in de beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger is geen strakke eenduidigheid te vinden. Enerzijds wordt gekozen voor een vierdimensionale omschrijving van zingeving en levensbeschouwing aan de hand van de existentiële, de spirituele, de ethische en de esthetische dimensie (VGZ 2016, 10). In deze omschrijving wordt de spirituele dimensie dus als één van de onderdelen van zingeving en levensbeschouwing gezien. Anderzijds worden verderop de termen zingeving en spiritualiteit door elkaar gebruikt, waarbij gesteld wordt dat het woord spiritualiteit een dimensie lijkt op te roepen die de term zingeving niet direct oproept, namelijk de transcendent dimensie (VGZ 2016, 38). Het lijkt alsof de begrippen om elkaar heen draaien en het moeilijk is om een juiste definitie te geven.

Het woord existentieel komt met regelmaat terug bij de beschrijving van het werkgebied van de geestelijk verzorger en kan vertaald worden als 'betrekking hebbend op het menselijk bestaan'. Gaby Jacobs maakt in haar inaugurele rede als hoogleraar Geestelijke Verzorging onderscheid tussen

alledaagse zingeving en existentiële zingeving (Jacobs 2020, 29). Jacobs geeft aan dat alledaagse zingeving kan gezien worden als copingprocessen, waarbij mensen gebeurtenissen uit hun leven proberen in te kaderen in een breder betekenisstelsel. Dit proces ziet zij nog als een psychologisch proces. De existentiële betekenis ontstaat volgens haar uit het psychologische proces. Dit duidt op het proces waarmee de mens zich vanuit de ziel of het hart tot de wereld verhoudt en op welke wijze hij met ultieme vragen omgaat (Jacobs 2020, 27). Met ultieme vragen worden vragen bedoeld die de grenzen van het bestaan betreffen en die zich mogelijk richten op het overstijgende, het transcendente. De alledaagse zingeving hoort volgens Jacobs bij het domein van de psycholoog en de existentiële zingeving of spiritualiteit bij het domein van de geestelijk verzorger.

Het werkgebied van de existentiële zingeving is niet alleen het werkterrein van de geestelijk verzorger, ook existentiële psychotherapieën zijn actief in dit gebied, zoals de logotherapie en existentiële analyse van Viktor Frankl. Dat maakt de combinatie die in dit onderzoek wordt gelegd met zijn denken extra interessant. Het woord Logos duidt betekenis aan en volgens Frankl staat de zoektocht naar betekenis centraal in het leven. Zijn aanname daarbij is dat er een betekenisvolheid van het bestaan is en dat de oorsprong daarvan in het transcendente domein ligt. Dat is een belangrijke aanname en hierin verschilt Frankl van andere existentiële psychotherapieën, als bijvoorbeeld de existentieel-humanistische benadering van de Amerikaanse schrijver en psychotherapeut Irvin Yalom, die uitgaat van de fundamentele zinloosheid van het bestaan als zodanig. Bij Frankl is spiritualiteit echter van een andere orde dan psychotherapie. Spiritualiteit is bij hem religieus geladen en hij maakt een onderscheid tussen pastoraat en spiritualiteit enerzijds en psychotherapie en betekenisvinding anderzijds.

In het onderhavige onderzoek wordt de discussie over definities losgelaten en wordt een multidimensionale definitie van spiritualiteit gehanteerd, zoals die wordt omschreven in de landelijke richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase' van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL 2018, 4). De problematiek rond de definitiekwestie van spiritualiteit en zingeving wordt in deze richtlijn ook wel aangehaald, omdat volgens de richtlijn er van beide begrippen verschillende definities in omloop zijn, waarbij soms zingeving als component van spiritualiteit gezien wordt en soms vice versa (IKNL 2018, 4). In de richtlijn wordt gesteld dat spiritualiteit het volgende omvat:

1. existentiële vragen rond identiteit, betekenis, lijden en dood, schuld en schaamte, verzoening en vergeving, vrijheid en verantwoordelijkheid, hoop en wanhoop en liefde en vreugde;
2. overwegingen en attitudes op basis van dat wat als waardevol wordt ervaren door iemand, zoals relaties met zichzelf, familie, vrienden, werk, natuur, kunst en cultuur, ethiek en het leven zelf;
3. religieuze overwegingen zoals geloof, overtuiging en praktijk en iemands relatie tot God of het ultieme.

Deze omschrijving maakt het hele domein zichtbaar. Concluderend kan gesteld worden dat er diverse definities en omschrijvingen gehanteerd worden als het gaat om het domein van de geestelijk verzorger. In het onderhavige onderzoek wordt als domein van de geestelijke verzorger de bovengenoemde explicitering van spiritualiteit en zingeving aangehouden. Als het domein kort moet worden aangeduid zal in dit onderzoek gesproken worden over het domein van de spiritualiteit of existentiële zingeving.

2.1.2 Familieconflicten

Familieconflicten zijn conflicten die zich afspelen binnen een familieverband. Voor een helder begrip is het goed om de term 'familie' en de term 'conflict' nader te omschrijven en af te bakenen wat onder de term 'familieconflicten' binnen het kader van dit onderzoek wordt verstaan.

Een familie duidt op een groep bloedverwanten. In ons taalgebruik kan het woord 'familie' zowel het grotere familieverband aanduiden met grootouders, ooms, tantes, neven en nichten, alsook het kerngezin met ouders, broers en zussen. Een familie kan gezien worden als een systeem

volgens de zogenaamde systeemtheorie. Een systeem is een set van onderscheiden elementen die in onderlinge interactie staan (Bertalanffy geciteerd in Onderwaater 2018, 8). Met een geboorte ontstaat een familiesysteem, waarin geven en ontvangen van belang is en waarin interactiepatronen een circulaire causaliteit hebben (Onderwaater 2018, 15). Familieleden zijn dus afhankelijk van elkaar, het gedrag van de één heeft invloed op het gedrag van de ander en vice versa en zo ontstaat een cirkel. De ouder-kind relatie is naast de partnerrelatie één van de meest fundamentele relaties in het menselijk bestaan en vertoont een grote wederzijdse afhankelijkheid, waarin natuurlijk gegroeide loyaliteit een belangrijke factor is.

In de vorige eeuw zijn psychotherapieën die zich richten op het familiesysteem in opkomst geraakt. Interessant in dit kader is de zogenaamde contextuele therapie. Dit is een familietherapie ontworpen door de Hongaars-Amerikaanse familietherapeut en grondlegger van de contextuele benadering Ivan Boszormenyi-Nagy (1920 – 2007). Nagy heeft zich in zijn psychotherapeutische aanpak specifiek gericht op de invloed van familiebanden, waarbij hij de nadruk legt op een belangrijk evenwicht in het proces van geven en nemen in familieverhoudingen. In dit onderzoek worden uitgangspunten van de contextuele therapie betrokken bij de uitwerking van de resultaten van het kwalitatief onderzoek en nagegaan in hoeverre de geestelijk verzorger zijn of haar voordeel hiermee kan doen met betrekking tot het thema.

Vanwege de sterke onderlinge afhankelijkheid tussen leden van een kerngezin is dit onderzoek specifiek gericht op conflicten binnen het kerngezin en met name tussen ouder en kind. In de ouder-kindrelatie is sprake van sterke verbondenheid en emotionele afhankelijkheid en juist daar waar sprake van emotionele afhankelijk kunnen diepe conflicten ontstaan (Brenninkmeijer e.a. 2013, 59). Een conflict is volgens het Van Dale woordenboek een strijd of een verschil van mening¹. In een familieconflict zitten dus tegengestelde bewegingen: enerzijds de afhankelijkheid van de familiebanden, anderzijds de strijd van het conflict dat onbegrip, ruzie of verwijdering kan geven. Dat maakt een conflict binnen het kerngezin een complex, maar boeiend fenomeen. Vanwege deze complexiteit is een conflict in de eindfase van iemands leven niet makkelijk te begeleiden. Enerzijds is er tijdsdruk vanwege de naderende dood, anderzijds vraagt de complexiteit inzicht en tijd.

Concluderend kan het woord familieconflicten in de onderzoeksvraag als volgt worden gelezen: 'Strijd of verschil van mening tussen de cliënt en iemand uit het kerngezin (vaak ouder en kind) dat onbegrip, ruzie of verwijdering veroorzaakt'.

2.1.3 Palliatieve fase

Van een palliatieve fase is sprake als er geen uitzicht meer is op genezing². De tijdsduur van deze fase kan per ziekteproces verschillen, in sommige gevallen zelfs jaren, maar in alle gevallen staat de onomkeerbaarheid van een ziekte vast en is de beleving van de eindigheid van het leven sterk aanwezig. Uit de grondslagen van de palliatieve zorg blijkt dat het accent ligt op de kwaliteit van leven in de palliatieve fase, weliswaar bij mensen die ongeneeslijk ziek of terminaal zijn (D' Hondt 2009, 17). Het accent ligt dus niet alleen op het stervensproces, maar vooral ook op het leven voorafgaand aan het sterven. De kwaliteit van het hier en nu in de palliatieve fase staat centraal. Misschien is er om deze reden groeiende aandacht voor de spirituele en zingevende dimensie in de palliatieve zorg. De spirituele dimensie is niet zichtbaar, maar wel van invloed op allerlei dimensies van het bestaan, zowel lichamelijk als psychosociaal (IKNL 2018, 4) en kan de kwaliteit van leven sterk beïnvloeden. Wanneer het leven door de patiënt als betekenisvol wordt ervaren heeft dit een positieve uitwerking op de kwaliteit van de palliatieve fase. De geestelijk verzorger begeleidt de patiënt in de zoektocht naar betekenisverlening aan het geleefde leven. En vanwege het komende levenseinde wordt dit extra belangrijk omdat de zoektocht niet uitgesteld kan worden.

Op basis van bovenstaande omschrijvingen van de themagebieden kan de onderzoeksvraag als volgt wat nader gespecificeerd worden: Op welke manier kan de geestelijk verzorger een patiënt

¹ <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/Conflict#.Xx01OS1Y6-w> (geraadpleegd 18 juli 2020)

² <https://palliatievezorg.nl/palliatieve-zorg/wat-is-dat/> (geraadpleegd 18 juli 2020)

die geen uitzicht meer heeft op genezing in existentieel opzicht helpen om onbegrip, ruzie of verwijdering met iemand uit het kerngezin van zingevende betekenis te voorzien?

2.2 Wetenschappelijke studies en literatuur met betrekking tot de themagebieden

Om de wetenschappelijke relevantie van het onderhavige onderzoek te kunnen plaatsen is onderzocht of er wetenschappelijke studies zijn en/of literatuur is met betrekking tot het hierboven geschetste model 1. In feite geeft het model zeven themagebieden weer:

1. Het themagebied familieconflicten;
2. Het themagebied palliatieve zorg;
3. Het themagebied van de geestelijke verzorger: existentiële zingeving/spirituele zorg;
4. Het verbindingsgebied tussen existentiële zingeving en de palliatieve fase (het groene gebied);
5. Het verbindingsgebied tussen existentiële zingeving en familieconflicten (het rode gebied);
6. Het verbindingsgebied tussen de palliatieve fase en familieconflicten (het oranje gebied);
7. Het verbindingsgebied tussen existentiële zingeving, de palliatieve fase en familieconflicten (het paarse gebied).

De eerste drie themagebieden zijn in paragraaf 2 afgebakend. In dit onderzoek worden deze themagebieden alleen in samenhang met elkaar verder onderzocht. Het zevende themagebied is, zoals aangegeven, als verbindingsgebied tussen existentiële zingeving, de palliatieve fase en familieconflicten het concrete onderzoeksveld van dit onderzoek. Maar omdat er nauwelijks wetenschappelijke studies of literatuur zijn die over dit verbindingsgebied gaan zijn ook de verbindingsgebieden 4, 5 en 6 relevant voor het literatuuronderzoek.

Er heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden in wetenschappelijke databases van met name de VU Library en Google Scholar. Daarbij is gezocht op diverse trefwoorden, zowel apart als in samenhang, zowel in het Nederlands als in het Engels, zoals: familieconflict, palliatieve fase, levenseinde, spiritualiteit, spirituele zorg, geestelijke verzorging, pastorale zorg, conflictbemiddeling, familiebanden. Er zijn daarbij geen specifieke studies gevonden die over de samenhang tussen familieconflicten en zingeving in de palliatieve fase gaan. Wel wordt in relevante literatuur over spiritualiteit in de palliatieve fase hier en daar gesproken over familieconflicten, maar nergens wordt de invloed van een familieconflict in de palliatieve fase op zingevingservaringen en/of de rol van de geestelijk verzorger met betrekking tot de omgang met een familieconflict uitgewerkt. Er zijn wel wetenschappelijke studies en literatuur gevonden die de drie verbindingsgebieden bilateraal combineren (4, 5 en 6). Ook zijn enkele overzichtsstudies, scripties en handboeken met betrekking tot de deelgebieden gevonden en gebruikt. Hieronder worden enkele opvallende studies en literatuur weergegeven en wordt de relevantie voor het onderzoeksthema beoordeeld.

2.2.1 Het verbindingsgebied existentiële zingeving/spiritualiteit in de palliatieve fase

Het belang van spiritualiteit in de palliatieve zorg wordt wereldwijd erkend. Zo wordt door de World Health Organisation spirituele zorg als een onmisbaar onderdeel van palliatieve zorg gezien³.

Een overzicht van relevante literatuurstudies met betrekking tot spiritualiteit in de palliatieve fase wordt gegeven in de landelijke richtlijn *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase* van het Integraal Kankercentrum Nederland. In deze richtlijn worden enkele gerichte vragen voor spirituele zorg in de palliatieve fase behandeld en per onderscheiden vraag wordt een (niet-systematisch) overzicht gegeven van relevante nationale en internationale wetenschappelijke literatuur. Onder andere op basis van literatuurstudie wordt aangegeven wanneer spirituele zorg nodig is, wat het verloop is van een spiritueel proces is en welke handvatten zorgverleners hebben in de diagnostiek,

³ <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (geraadpleegd 18 juli 2020)

bij interventies en in de verslaglegging van spirituele begeleiding. Uit deze richtlijn en het literatuuroverzicht is duidelijk dat spiritualiteit in de palliatieve fase een onderwerp is dat breed aandacht vraagt en krijgt. Voor dit onderzoek is nagegaan of er ergens in de richtlijn aandacht is voor de impact van familieconflicten. Het resultaat daarvan is dat noch in de literatuurverwijzingen, noch in het overzicht van gerichte interventies op het gebied van spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL 2018, 59 - 67) een verwijzing naar de omgang met óf impact van familieconflicten in spirituele zorg in de palliatieve fase gevonden is.

In een systematisch overzicht van Europese studies die gaan over spirituele zorg in de palliatieve zorg wordt een systematisch overzicht gegeven van alle Europese wetenschappelijke artikelen over dit thema in de periode tussen 2015 en 2017 (Gijsberts e.a. 2019). Het doel was om meer zicht te krijgen op hoe spirituele zorg binnen de palliatieve zorg wordt vormgegeven in diverse Europese landen. In dit systematisch overzicht is geen verwijzing naar familieconflicten gevonden, waardoor deze ingang niet uitnodigt tot nader onderzoek.

In zijn boeken *Ruimte om te Sterven* (2012) en *Van Levenskunst tot Stervenskunst* (2016) beschrijft Carlo Leget het zogenaamde *ars-moriendimodel* voor spirituele begeleiding in de palliatieve zorg. Het model is bedoeld om spirituele vragen inhoudelijk te ordenen (Leget 2016, 73) en gaat ervan uit dat de mens in het levenseinde zich in spiritueel opzicht in vijf spanningsvelden bevindt tussen: Ik en de ander, Doen en laten, Vasthouden en loslaten, Vergeven en vergeten, Geloven en weten (Leget 2012, 139-141). Familieconflicten en de invloed daarvan komen in de boeken in de zijlijn aan de orde, bijvoorbeeld als illustratie van het spanningsveld Vergeven en Vergeten. De manier waarop een patiënt of een spiritueel begeleider met familieconflicten en breuken kan omgaan, wordt in zijn boeken niet nader uitgewerkt.

Breitbart (2004, 366-367) stelt dat in de laatste levensfase zich vaak complexe existentiële zaken voordoen en dat deze behoefte lang niet altijd voldoende erkend en begeleid wordt. Breitbart benadrukt dat *'the process of meaning making becomes vitally significant as one faces the physical pain of disease and the emotional suffering of separating from life and loved ones'* (Breitbart 2004, 367). Breitbart gaat niet expliciet in op familieconflicten, maar geeft wel aan dat als de patiënt de uitdaging aangaat om existentiële vragen als schuld en vergeving onder ogen te komen hij de leiding over zijn eigen leven neemt. Maar geeft hij aan *'finding meaning at the end of life is no small endeavour: it takes courage, commitment, and conviction to reflect upon and take ownership of one's own existence'* (Breitbart 2004, 367). Hij benadrukt het belang van psychotherapeutische interventies in de palliatieve fase en neemt de logotherapie van Frankl als uitgangspunt bij het bespreekbaar maken van existentiële vragen.

Door het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in Nederland is de spirituele dimensie als apart domein onderscheiden en wordt er wetenschappelijk onderzoek verricht naar de invulling en effecten van spirituele zorg in de palliatieve fase. Momenteel loopt een door ZonMw gesubsidieerd Palliatief Landelijk Onderzoeksproject naar de Eerstelijns Geestelijke verzorging, het zogenaamde PLOEG-project. Een deelonderzoek hiervan is het PLOEG2 onderzoeksproject met als titel 'In dialoog met je levensverhaal'. Mogelijk dat in dit deelonderzoek familieconflicten benoemd worden, maar op het moment van dit literatuuronderzoek zijn de resultaten van het PLOEG-project nog niet gepubliceerd.

Concluderend kan gesteld worden dat de begeleiding van vragen rond existentiële zingeving in de palliatieve fase van groot belang wordt geacht. Maar bij de verkenning van wetenschappelijke onderzoeken en literatuur rond dit onderwerp is geen enkel verband gevonden tussen deze begeleiding en de invloed en/of de begeleiding van familieconflicten. In het onderhavige onderzoek wordt juist onderzocht waar wel de link ligt tussen existentiële zingeving en familieconflicten.

2.2.2 Het verbindingsgebied tussen spiritualiteit als aandachtsgebied van de geestelijk verzorger en familieconflicten

In het gebied tussen spiritualiteit als aandachtsgebied van de geestelijk verzorger en familieconflicten is weinig wetenschappelijk onderzoek gevonden. In 2016 heeft Alina de Roo in het kader van een masterthesis *Geestelijke Verzorging* een onderzoek verricht naar het verbinden van

zingevingservaringen aan een conflict en de rol van mediators daarin. In haar onderzoek concludeert zij dat conflicten een relatie hebben met zingevingservaringen en dat mediators door middel van verdiepende vragen en begeleiding cliënten kunnen ondersteunen om tot ordening en betekenisgeving van het conflict te komen (de Roo 2016, 3). Een ingang daartoe biedt het eigen vermogen van de cliënt om te reflecteren op een conflict en een conflictsituatie. Ook geeft zij aan dat het eigen reflectievermogen van de mediator hierin belangrijk is.

Verder is nagegaan of in twee Nederlandse boeken die gaan over de methodiek van de geestelijke verzorging en onderdeel vormen van de opleiding Spiritual Care een verwijzing naar familieconflicten te vinden is. Dat betreft het boek *Zorg voor het Verhaal* (2018) van Ruard Ganzevoord en Jan Visser en *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging* (2007) van Jaap Dijkstra. In het eerstgenoemde boek wordt in het derde deel de levensloop van een cliënt en centrale existentiële thema's als verlies, schuld en schaamte, vergeving en verzoening, woede en geweld, angst en verlangen uitgewerkt. Familieconflicten worden hierbij echter niet apart benoemd en behandeld. In het boek van Jaap Dijkstra wordt ingegaan op ontwikkelingscrises in het levensverhaal van een cliënt. Als voorbeeld worden echtelijke conflicten aangehaald, waarbij Dijkstra benadrukt dat het belangrijk is dat de geestelijk verzorger buiten het conflict blijft en samen met betrokkenen adequate hulp zoekt. Anders bestaat het risico dat de geestelijke verzorger in de emotionele driehoek van een conflict wordt getrokken (Dijkstra 2007, 172). Aan welke adequate hulp wordt gedacht bij dit advies wordt niet nader uitgewerkt. De aanpak van het conflict wordt hier dus buiten de begeleiding van de geestelijk verzorger gehouden en het wordt eerder als een gevaar gezien dat de geestelijk verzorger zich gaat bezighouden met het conflict.

Concluderend kan gesteld worden dat bij eenvoudige verkenning van wetenschappelijke onderzoeken en literatuur op het gebied van spiritualiteit als aandachtsgebied van de geestelijk verzorger in relatie tot familieconflicten geen uitgebreide aandacht is voor deze problematiek. Als de problematiek in de zijlijn aan de orde komt wordt geadviseerd om als geestelijk verzorger geen rol in te nemen in het conflict. In het onderhavige onderzoek wordt juist gezocht waar wél de taak van de geestelijk verzorger ligt met betrekking tot een familieconflict.

2.2.3 Het verbindingsgebied tussen de palliatieve fase en familieconflicten

Over familieconflicten in de palliatieve fase zijn diverse studies gevonden. In de Verenigde Staten is vanuit de palliatieve zorg in het begin van deze eeuw een familiegerichte therapie ontworpen (de zogenaamde Family Focused Grief Therapy) die toegepast kan worden bij families met een hoog risico op conflicten en ontsporing (Chan e.a 2004, 499 -512). Interessant is dat het onderzoek duidelijk maakt dat familieconflicten bij een levenseinde vaak voorkomen en dat gerichte begeleiding vanuit een zorginstelling zinvol en effectief kan zijn (Chan e.a 2004, 502). De Family Focused Grief Therapy (FFGT) richt zich echter op de familie en op dynamieken tussen verschillende familieleden voor en na het overlijden van een patiënt. De focus ligt niet op de patiënt of op het spirituele welbevinden van de patiënt in de palliatieve fase.

In een in 2012 verricht Amerikaans onderzoek verricht naar familieconflicten bij patiënten in hospices wordt gerefereerd aan de FFGT en wordt nader onderzoek gedaan naar familieconflicten binnen hospices. Inzicht in familieconflicten wordt in dit artikel gezien als van vitaal belang voor het verlenen van hoogwaardige zorg aan patiënten en families (Boelk & Kramer 2012, 656). Het onderzoek maakt helder welke oorzaken conflicten hebben in een familie en hoe de conflicten zich uiten. Ook geeft het onderzoek aan dat het thema familieconflicten vitaal is in instellingen waar mensen in hun laatste levensfase verkeren en dat het noodzakelijk wordt geacht om hier gerichte aandacht aan te geven.

Een interessant onderzoek in dit kader is een Amerikaans onderzoek uit 2006 naar de onvervulde behoeften van patiënten in hospices. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat meer dan de helft van patiënten met kanker sterven met onvervulde behoeften. Deze behoeften worden niet altijd aangepakt vanwege het onvermogen van zorgverleners om hiermee om te gaan. Er werden 16 onvervulde behoeften gesignaleerd door de maatschappelijk werkers en één daarvan werd omschreven als 'familiestress/conflict', waarbij 97% van de maatschappelijk werkers deze

onvervulde behoefte van soms tot vaak voorkomend signaleerden. Van de 7 interventies om tegemoet te komen aan de onvervulde behoefte van familiestress en -conflict wordt als laatste interventie genoemd: het aanpakken van spirituele problemen. Ergens wordt hier een relatie tussen familieproblematiek en spirituele problematiek verondersteld, maar in de studie wordt dit helaas niet nader uitgewerkt (Arnold e.a. 2007, 69).

Familieverhoudingen worden expliciet genoemd in studies naar het mentale welbevinden van patiënten in de laatste levensfase, maar deze worden vaker los gekaderd van spiritualiteit. In bijvoorbeeld een recentere studie van Warmenhoven e.a. uit 2016 worden patiëntervaringen onderzocht met manieren en middelen om negatieve stemmingen bij palliatieve patiënten te voorkomen. In dit onderzoek wordt spiritualiteit los gekaderd van familiebanden. Spiritualiteit wordt ingedeeld bij copingsstrategieën verbonden aan de individuele patiënt en de waarde van familiebanden wordt ingedeeld bij het sociale netwerk (Warmenhoven 2016, 4). De directe link tussen familieconflicten en spiritueel welbevinden wordt ook hier niet gelegd.

In Nederland is met betrekking tot conflicten rond erfenissen de zogenaamde nalatenschapsmediation ontwikkeld, die een prenatalenschaps- en een postnalatenschapsvariant kent. Een bemiddeling vóór het overlijden en na het overlijden van een erflater. Het doel bij nalatenschapsmediation is om *'familiaire, communicatieve en relatieproblematiek zichtbaar maken, zodat de juridische en zakelijke inhoud niet doorkruist wordt'* (Riemsdijk 2014, 27). In het boek van Van Riemsdijk wordt met name de postnalatenschapsvariant besproken, waarschijnlijk omdat deze vorm van mediation vaker voorkomt. Echter, Van Riemsdijk benadrukt het belang van prenatalenschapsmediation. Daarin staat conflictpreventie centraal en hoe eerder dit plaatsvindt, hoe succesvoller dit wordt geacht (Riemsdijk 2014, 28). Nalatenschapsmediation is primair gericht op bemiddeling rond zakelijke belangen, maar er wordt veel ruimte toegekend aan emotionele aspecten rond erflatingen en familieverhoudingen. Er wordt gewerkt met inzichten vanuit de contextuele benadering van Nagy, waarbij aandacht is voor intergenerationele effecten van keuzes in nalatenschappen. Nalatenschapsmediation is een duidelijk gestructureerde en erkende vorm van mediation, die vanwege de benaming 'nalatenschapsmediation' de indruk wekt vooral relevant te zijn voor families met bezit en kapitaal. 'Nalatenschap' wordt in deze mediationvorm echter niet alleen materieel ingevuld, maar ook emotioneel en contextueel. Vanwege deze contextuele inbedding zou nalatenschapsmediation mogelijk breder inzetbaar kunnen zijn bij patiënten met een familieconflict in de palliatieve fase. In Nederlandse literatuur over en/of onderzoeken binnen de palliatieve zorg is echter geen enkele verwijzing gevonden naar deze vorm van mediation.

Concluderend kan gesteld worden dat familie een belangrijke rol speelt in de palliatieve fase en dat conflicten zich niet zelden manifesteren. Er is binnen de palliatieve zorg aandacht voor familieconflicten, maar ontwikkelde begeleidingsmodellen richten zich met name op de hele familie. Er zijn binnen de palliatieve zorg geen begeleidingsmodellen voorhanden die ingaan op de invloed van familieconflicten op het existentiële en spirituele welbevinden van de patiënt.

2.3 Conclusie

Al de gevonden studies maken duidelijk dat familiebanden en familieconflicten invloedrijk zijn in de palliatieve fase en dat de familiegeschiedenis van invloed is op het welbevinden van de patiënt. Er zijn geen studies gevonden die een eventueel verband aantonen tussen familieconflicten en het spirituele welbevinden van een palliatieve patiënt en er zijn ook geen studies gevonden die eventuele interventies vanuit de geestelijke verzorging beschrijven. De indruk ontstaat dat familieconflicten niet verbonden worden aan het spirituele welbevinden van een patiënt en niet tot het domein van de geestelijk verzorger gerekend worden. In het handboek Gespreksvoering geestelijke verzorging (Dijkstra 2007, 172) wordt de geestelijk verzorger eerder geadviseerd om buiten het conflict te blijven, dan om een rol in te nemen bij een conflict. Dit maakt het onderhavige onderzoek extra interessant. Neemt de geestelijk verzorger een rol in bij een familieconflict of houdt hij/zij zich afzijdig? En als hij/zij een rol inneemt gebeurt dat omdat er een relatie wordt gevonden tussen het familieconflict en existentiële zingevingsvragen of om andere redenen?

2.4 De deelvragen

Om de hoofdvraag 'Hoe gaan geestelijk verzorgers om met familieconflicten in de palliatieve fase?' zo goed mogelijk te beantwoorden zijn vijf deelvragen geformuleerd:

1. *Hoe vaak signaleert de geestelijk verzorger familieconflicten bij patiënten in de palliatieve fase?*

Het antwoord op deze vraag moet informatie verschaffen over hoe de geestelijk verzorger de grootte van het probleem inschat. Deze informatie is belangrijk voor de context van het onderzoek. Wordt een geestelijk verzorger wel geconfronteerd met de thematiek? Als een familieconflict door de geestelijk verzorger zelden wordt gesignaleerd zal hij of zij zich nauwelijks bezighouden met de vraag hoe de patiënt in het conflict begeleid moet worden. Als een familieconflict regelmatig of vaak wordt gesignaleerd door de geestelijk verzorger wordt de onderzoeksvraag relevant en is het spannend om te onderzoeken of én hoe de geestelijk verzorger zich tot de thematiek verhoudt.

2. *Welke invloed heeft een familieconflict naar de mening van de geestelijk verzorger op het spirituele welbevinden van een patiënt in de palliatieve fase?*

Het antwoord op deze vraag moet informatie verschaffen hoe en in hoeverre de geestelijk verzorger van mening is dat een familieconflict existentiële vragen en problemen oproept en het spirituele welbevinden van een patiënt beïnvloedt.

3. *Welke rol neemt de geestelijk verzorger in bij een familieconflict?*

Het antwoord op deze vraag moet informatie verschaffen welke rol de geestelijk verzorger voor zichzelf ziet wanneer een familieconflict gesignaleerd wordt. Het doel daarvan is om na te gaan of en zo ja, waarom de geestelijk verzorger een rol inneemt en hoe hij dat precies doet en wat in de beleving van de geestelijk verzorger het effect van de interventie is op de patiënt en op het spiritueel welbevinden van de patiënt.

4. *Welke rol zou de geestelijk verzorger in willen nemen bij een familieconflict?*

Het antwoord op deze vraag moet informatie verschaffen over de vraag of de geestelijk verzorger zich voldoende toegerust en handelingsbekwaam voelt en of hij/zij van mening is dat de patiënt voldoende ondersteuning heeft gekregen. De informatie die hieruit voortkomt is relevant bij het exploreren van eventuele nieuwe mogelijkheden in de houding en het handelen van de geestelijk verzorger als hij of zij geconfronteerd wordt met een familieconflict in de palliatieve fase.

5. *Op welke manier kunnen inzichten vanuit het denken van Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy ondersteunend zijn voor de geestelijk verzorger in de omgang met een familieconflict?*

Het antwoord op deze vraag moet informatie verschaffen over de vraag of en hoe inzichten uit twee gezaghebbende psychotherapieën de geestelijk verzorger in zijn handelen kan ondersteunen. Gekozen is voor de logotherapie en existentiële analyse (vaak kortweg aangeduid als logotherapie) van Viktor Frankl omdat dit een kader biedt voor het proces van betekenisgeving aan het geleefde leven. Daarnaast is gekozen voor de contextuele benadering van Iwan Boszornevyi-Nagy (kortweg aangeduid als Nagy) omdat dit een kader biedt voor het proces van betekenisgeving aan familierelaties bij het einde van het leven. Juist omdat er een gebrek aan relevante literatuur is kan de combinatie van beide kaders de geestelijk verzorger helpen om de problematiek nader te duiden. De onderscheidende inbreng van de geestelijk verzorger bij spirituele begeleiding ligt immers naast de concrete begeleiding van de patiënt ook in het duiden, interpreteren en wegen van spirituele vragen (IKNL 2018, 23). Daarnaast wordt onderzocht of de psychotherapeutische interventies uit beide therapieën voor de geestelijk verzorger ondersteunend zijn.

Hoofdstuk 3 - Methode

Om de eerste vier deelvragen te kunnen beantwoorden is een kwalitatief onderzoek onder beroepsbeoefenaren verricht. Om de vijfde deelvraag te beantwoorden is literatuuronderzoek verricht bij respectievelijk Viktor Frankl en Ivan Boszormenyi-Nagy. In dit hoofdstuk wordt de gebruikte methode nader toegelicht.

3.1 Enkele aandachtspunten bij kwalitatief onderzoek

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek onder geestelijk verzorgers, omdat dit de mogelijkheid biedt om in interviews dieper in te gaan op ervaringen en motieven van geestelijke verzorgers in de omgang met familieconflicten.

Hennie Boeije geeft in de uitleg van kwalitatief onderzoek aan dat het paradigma van waaruit kwalitatief onderzoek wordt ingezet het zogenaamd interpretatieve paradigma is (Boeije 2014, 18). Door middel van kwalitatief onderzoek wordt begrip nagestreefd voor de diepere motieven van sociale verschijnselen. Boeije benoemt drie belangrijke basiselementen die elk kwalitatief onderzoek kenmerken (Boeije 2014, 27)

1. Nadruk op betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van alle betrokkenen;
2. Systematische verzameling, organisatie en interpretatie van tekstueel materiaal;
3. Ontwikkeling van concepten die helpen de verschijnselen te begrijpen in hun natuurlijke context.

Dit onderzoek is erop gericht om door middel van interviews patronen te ontdekken in de rol van geestelijk verzorgers ten opzichte van familieconflicten in de palliatieve fase en begrip na te streven voor de motieven van geestelijk verzorgers.

3.2. Concrete aanpak kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek is als volgt vormgegeven. Om deelvraag één tot en met vier te beantwoorden zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met geestelijk verzorgers die ervaring hebben met zorgverlening aan patiënten in de palliatieve fase. Semi-gestructureerde interviews zijn interviews die grondig zijn voorbereid door middel van een interviewschema (Boeije 2014, 79). In het gebruikte interviewschema zijn per deelvraag open vragen voor de geestelijk verzorger opgenomen. Om deelvraag 5 te beantwoorden is literatuuronderzoek verricht in de basiswerken van Frankl en Nagy.

3.2.1 Werving geestelijk verzorgers

De bedoeling was om vijf geestelijk verzorgers te werven voor een interview van circa 1 tot 1,5 uur. Het aantal van vijf werd in het kader van een onderzoek van deze omvang als voldoende beoordeeld om een eerste indruk te krijgen of én hoe geestelijk verzorgers met een familieconflict omgaan. De idee was dat aan de hand van deze eerste indruk bezien zou kunnen worden of een breder opgezet vervolgonderzoek relevant werd geacht.

Uit praktische overwegingen zijn geestelijk verzorgers uit de provincie Utrecht benaderd, vanuit de aanname dat de geografische locatie waar de geestelijk verzorger werkt niet van invloed is op de te onderzoeken problematiek. Deze aanname wordt ondersteund door een onderzoek naar verschillen in sociale samenhang en welzijn tussen provincies van het Centraal Bureau voor de Statistiek uit 2014. Hierin wordt bijvoorbeeld aangegeven dat in de onderscheiden provincies het verschil in mate van contact met de familie relatief klein is: in alle provincies is dat tussen de 82% en 86 % (Schmeets 2014, 8). Dit versterkte de aanname dat de mate waarin familieconflicten voorkomen en de invloed ervan op patiënten per provincie niet wezenlijk zou verschillen.

Bij de werving is wel bewust gekozen om naar respondenten te zoeken op diverse werkplekken: zowel in ziekenhuizen als in de thuissituatie. Er is geworven binnen diverse soorten ziekenhuizen: één universitair ziekenhuis, één topklinisch ziekenhuis met bovenregionale functie en

één regionaal ziekenhuis, vanuit de gedachte dat de meeste geestelijk verzorgers die met palliatieve problematiek te maken hebben werkzaam zijn in ziekenhuizen. Daarnaast zijn geestelijk verzorgers geworven in twee Netwerken Palliatieve Zorg in de regio Utrecht. Deze netwerken zijn relatief jonge netwerken, die de laatste jaren doorontwikkeld met als doel om zorgverlening rond palliatieve patiënten in de thuissituatie zo goed mogelijk te organiseren. Geestelijk verzorgers die verbonden zijn aan deze netwerken hebben altijd te maken met palliatieve patiënten in de thuissituatie. Uiteindelijk is aan vijf teams van respectievelijk de drie ziekenhuizen en de twee netwerken het verzoek neergelegd of minstens één geestelijk verzorger uit het betreffende team, die ervaring heeft met familieconflicten in de laatste levensfase, zou willen meewerken aan het onderzoek.

De werving binnen de vijf teams resulteerde in de bereidheid van vijf geestelijk verzorgers om mee te werken aan het onderzoek. Twee van de geestelijk verzorgers gaven aan dat ze persoonlijk niet zo vaak met een familieconflict in aanraking kwamen, maar de problematiek dermate relevant vonden dat ze mee wilde werken. Eén van de geestelijk verzorgers moest in verband met de Covid-19 crisis afzeggen, waardoor er vier geestelijk verzorgers overbleven.

De vier geestelijk verzorgers hebben een formulier ondertekend waarin zij akkoord gaan met de opname, de transcriptie, de anonieme verwerking en het wissen van de opnamen na voltooiing van de scriptie. In verband met de maatregelen door de Covid-19 crisis zijn de gesprekken digitaal gevoerd via Zoom of, als respondenten dat wilden, via de telefoon.

3.2.2 Vragen interviews

De interviews zijn gehouden aan de hand van een interviewschema met daarin per deelvraag de volgende vragen voor de geestelijk verzorgers:

Deelvraag 1:

- Hoe lang bent u geestelijk verzorger en hoe lang begeleidt u patiënten in de palliatieve fase?
- Kan u aangeven hoe vaak u van een patiënt concreet hoort over een conflict tussen de patiënt en een (ex)partner of kind(eren) of ouder(s)?
- Kan u aangeven hoe vaak u denkt dat een familieconflict voorkomt bij patiënten in de palliatieve fase?
- Denkt u dat een familieconflict ook wel sluimerend en onzichtbaar aanwezig kan zijn bij een patiënt? Zo ja, waarom denkt u dat?
- Zijn er steeds terugkerende thema's in de familieconflicten die u signaleert?

Deelvraag 2:

- Welke impact had het conflict volgens u op de patiënt?
- Wat was de rol van de patiënt in het conflict? Hoe ging deze er mee om?
- Was de patiënt reflectief op de oorzaken van het conflict en eventueel op zijn of haar eigen rol? Zo ja, hoe uitte zich dat?
- Welke emoties/gevoelens toonde de patiënt bij het conflict? Was er sprake van verdriet, onmacht?
- Waren er specifieke en concrete wensen van de patiënt met betrekking tot het conflict?
- Was er volgens u een diepere wens van de patiënt met betrekking tot het conflict?
- Had het conflict naar uw mening invloed op het spiritueel welbevinden van de patiënt en zo ja, hoe? Verbond de patiënt het conflict aan zijn of haar levensbeschouwing?
- Denkt u dat de patiënt zelf gebaat zou zijn bij een bespreking, vermindering of oplossing van het conflict door hierover met de andere partij of partijen het gesprek te openen?

Deelvraag 3:

- Op welke manier hoorde u dat het conflict speelde?
- Voelde u als geestelijk verzorger een innerlijk appél om iets met dit conflict te doen? Waarom wel of waarom niet?
- Verwachtte de patiënt iets van de geestelijk verzorger met betrekking tot het conflict?
- Op welke manier ben u als geestelijk verzorger met het conflict omgegaan?
- Voelde u zich voldoende toegerust om de patiënt op dit vlak te begeleiden?

- Was u zelf tevreden met uw eigen aanpak?
- Heeft u overwogen om een begeleidende rol te spelen tussen de patiënt en de andere partij? Waarom wel of waarom niet?
- Denkt u dat de patiënt baat had bij uw interventie of begeleiding? Zo ja, op welke manier? Bleef de patiënt zitten met onopgeloste elementen in het conflict? Zo ja, hoe ging u hiermee om?

Deelvraag 4:

- Wat zijn in uw ogen de belangrijke elementen in de begeleiding van een patiënt door de geestelijk verzorger wanneer een familieconflict wordt gesignaleerd?
- Vind u dat de geestelijk verzorger iets moet doen met een familieconflict? Waarom wel of waarom niet?
- Was u tevreden over uw eigen rol bij de begeleiding van de patiënt in een familieconflict?
- Had u de indruk dat het probleem beter of anders begeleid zou moeten worden vanuit het oogpunt van welbevinden van de patiënt? Zo ja, heeft u ideeën op welke manier dat zou kunnen?
- Zou samenwerking met andere professionals in conflicten (bijvoorbeeld een mediator) ondersteunend kunnen zijn? Zo ja, aan welke professionals denkt u? Welke eventuele obstakels kunnen er zijn om een andere professional in te schakelen?
- Heeft u aanbevelingen hoe de geestelijk verzorger met een familieconflict om zou kunnen gaan in de palliatieve fase?

3.2.3 Analyse van de data

Na de uitwerking van de interviews zijn de data geanalyseerd. Boeije zet uiteen dat analyseren bestaat uit (Boeije 2014, 92):

1. Het uiteenrafelen van de gegevens en het ordenen in thema's;
2. Het uitwerken van de thema's en ontdekken wat belangrijk is;
3. Het zoeken naar patronen en het integreren van thema's.

De opgenomen interviews met respondenten zijn volledig getranscribeerd. Voor het ordenen in thema's zijn in de vier getranscribeerde interviews alle onderdelen die antwoord geven op één van de deelvragen of eenzelfde thema raken gemarkeerd met een stift in dezelfde kleur. Per deelvraag werden de antwoorden van de respondenten geordend (zie bijlage één). Zo werden verschillende antwoorden gegroepeerd. Daarbinnen werd vervolgens specifiek gezocht naar bevindingen of interventies die respondenten als belangrijk bestempelden. Daarna is bezien of hier een overeenstemmend patroon tussen de verschillende respondenten in was te ontdekken en is hiervan een geïntegreerde samenvatting gemaakt.

3.3 Literatuuronderzoek bij Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy

Om antwoord te geven op de vijfde deelvraag is literatuuronderzoek verricht bij Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy. Van Frankl zijn met name zijn werken *Der Unbewusste Gott* en *Ärztliche Seelsorge* gebruikt, waarin hij de filosofische achtergrond en grondslagen van de Logotherapie en Existentiële Analyse uiteenzet. Van deze werken is een volledige samenvatting gemaakt en vervolgens is bezien wat Frankl over de dood en over familie schrijft. Daarnaast zijn andere werken van Viktor Frankl gelezen en literatuur van twee leerlingen, Elisabeth Lukas en David Guttman, die expliciet schrijven over het levenseinde. Van Nagy is zijn standaardwerk *Tussen geven en nemen* als uitgangspunt genomen, waarin hij samen met Barbara R. Krasner de basisbeginselen van de contextuele therapie beschrijft. Daarnaast is literatuur bestudeerd dat gestoeld is op Nagy en zich richt op conflictbemiddeling (de werken van Van den Eerenbeemt) of op contextueel pastoraat (boek van Meulink-Korf en Van Rhijn).

Vervolgens is vanuit deze literatuur de relatie naar de geestelijke verzorging gelegd door in de eerste plaats expliciet te letten op waar de schrijvers een verbinding zien tussen existentiële zingeving en familieconflicten en in de tweede plaats waar interventies worden beschreven waar de geestelijk verzorger zijn of haar voordeel mee kan doen.

Hoofdstuk 4 - Resultaten kwalitatief onderzoek

4.1 Kenmerken respondenten

Er hebben vier respondenten meegedaan die, indien nodig, aangeduid worden met GV1, GV2, GV3 en GV4. In de tabel hieronder worden enkele kenmerken van de respondenten weergegeven, waarbij zoveel mogelijk getracht is anonimiteit te bewaken. De tabel geeft aan dat er heterogeniteit is onder de respondenten naar levensbeschouwing, sekse en ervaringsgebied.

Kenmerk	Respondenten
Sekse	3 vrouwen 1 man
Levensbeschouwing	1 islamitische geestelijk verzorger 2 christelijke geestelijk verzorgers, met katholieke wortels 1 boeddhistisch georiënteerd geestelijk verzorger
Werkgebied	1 werkzaam in een regionaal ziekenhuis 1 werkzaam in een academisch ziekenhuis 1 werkzaam in een bovenregionaal ziekenhuis met topklinische specialisatie 1 werkzaam in de thuissituatie.
Werkervaring	Tussen de 14 en 32 jaar

Tabel 1: Kenmerken van respondenten

4.2 Beantwoording deelvragen

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 Methode zijn de interviewvragen aan respondenten gerangschikt naar vier deelvragen. In deze paragraaf wordt per deelvraag het resultaat van de vier interviews samengevat, soms wordt een quote van de respondent gearceerd weergegeven. Voor lezers die meer gedetailleerd de antwoorden van de onderscheiden respondenten per deelvraag willen nalezen is bijlage 1 bijgevoegd waarin in een tabel uitgebreider de antwoorden van de verschillende respondenten op de deelvragen worden vermeld.

4.2.1 Eerste deelvraag: in welke mate signaleert de geestelijk verzorger familieconflicten bij patiënten in de laatste levensfase?

Alle respondenten hebben jarenlange ervaring in hun vakgebied en weten dus goed waar zij over spreken. De geestelijk verzorgers gebruiken termen als *'geregeld'*, *'regelmatig'* en *'vaak'* op de vraag hoe vaak zij met familieconflicten bij een levenseinde worden geconfronteerd. De geschatte percentages variëren tussen de 20 % en de 33 %. Eén geestelijk verzorger wil geen percentage noemen, maar geeft aan dat een familieconflict *'heel geregeld'* in een gesprek aan de orde komt.

4.2.2 Tweede deelvraag: welke invloed heeft een familieconflict naar de mening van de geestelijk verzorger op het spirituele welbevinden van een patiënt in de palliatieve fase?

Gesteld kan worden dat alle respondenten aangeven dat de impact van een familieconflict op het spirituele welbevinden van de patiënt groot is. De volgende effecten worden genoemd:

4.2.2.1 Schaamte

Alle respondenten geven aan dat er schaamte is over het conflict en dat pas als de geestelijk verzorger hierop doorvraagt het conflict een gespreksonderwerp wordt tussen de patiënt en de geestelijk verzorger. Twee van de vier geestelijk verzorgers geven aan dat het vaak voorkomt dat de patiënt de geestelijk verzorger hier niet mee wil belasten, bijvoorbeeld omdat er schaamte speelt over de *'materiële dingen die vaak de reden zijn van het conflict'*, terwijl de betreffende patiënt de overtuiging heeft dat het in de laatste levensfase eigenlijk

op niet-materiële waarden aankomt. Een respondent geeft aan dat er vaak schaamte is omdat geld de oorzaak is van het conflict. Volgens deze respondent is het *'in onze westerse wereld not done om over geld te praten'*. Schaamte wordt bijvoorbeeld ook veroorzaakt omdat een conflict aangeeft dat er tekortkomingen waren van de patiënt, als *'de ouder het gevoel heeft gefaald te hebben als ouder'* of omdat *'een moeder aangeeft: ik ben het niet waard dat mijn dochter op mijn sterfbed naar mij toekomt'*.

4.2.2.2 Verdriet

Alle respondenten geven aan dat er verdriet en pijn is om het conflict. Bijvoorbeeld om de *'gemiste kans'* op een goed familieleven of verdriet vanwege het gebrek aan erkenning door het kind. *'Het is een basisgevoel dat je vrede wil met je kind'* geeft een respondent aan en als dat ontbreekt is er verdriet. Ook wordt aangegeven: *'Onvrede in de laatste levensfase, dat kan zo ontzettend pijnlijk zijn, daar kunnen mensen echt mee komen zitten'*.

4.2.2.3 Verharding/boosheid

Een respondent geeft aan dat in eenderde van alle gevallen waar sprake is van een familieconflict er hardheid te constateren ten opzichte van de andere partij. Er is boosheid om de oorzaken van het conflict en het gevoel zelf in het recht te staan. Ook twee respondenten geven aan dat er soms geen beweging meer in een conflict te krijgen is omdat de posities verhard zijn. Twee van de respondenten geven aan deze hardheid dan ook te herkennen in de lichamelijke toestand van de patiënt. Een respondent zegt: *'Soms denk ik dan ook wel eens dat het conflict zich ergens in het lichaam heeft genesteld of opgeslagen en dat het lichamenlijk haast een uitweg zoekt'*.

4.2.2.4 Berusting

Drie van de vier respondenten geven aan dat sommige patiënten met een zekere gelatenheid berusten in een conflict en willen er niet te veel over nadenken, *'die vinden het wel even best en willen rust en afstand houden'*. Eén respondent geeft aan dat er soms *'een put kan opengaan die je eigenlijk niet wil dat er opengaat'*. Daarom houden sommige patiënten afstand. *'Het is zoals het is.'* Soms willen patiënten er niet over praten: *'Als de patiënt iets uitzendt van: het is zo, blijf er vanaf. Dan zal ik er ook vanaf blijven'*. Respondenten geven ook aan dat dit soms een eerste indruk is en dat als er vertrouwen wordt opgebouwd tussen geestelijk verzorger en patiënt en meer ruimte komt om toch over het conflict te praten.

4.2.2.5 Schuldgevoel

Een respondent geeft expliciet aan dat patiënten in de laatste fase van hun leven juist willen spreken over de pijnpunten uit hun leven, de dingen die onaf zijn. Zij denken na over hun tekortkomingen en schuld en over de rol van vergeving schenken en ontvangen. Een andere respondent haalt een patiënt aan: *'Maar ik ben ook niet zo'n beste vader geweest of ik heb vroeger ook weleens geslagen of zo'*. Een andere respondent geeft aan: *'Dat schuldgevoel he, wat heb ik nou niet goed gedaan. Dat kan ontzettend pijnlijk zijn'*. Patiënten verlangen naar een ontmoeting, naar het eventueel uitspreken van schuld en naar een verzoening.

Op het punt van schuld en vergeving neemt de islamitische geestelijk verzorger een andere positie in dan de andere respondenten. Anders dan bij andere respondenten geeft de islamitische geestelijk verzorger aan dat islamitische patiënten zich expliciet richten op vergeving. Het familieconflict heeft volgens de respondent meestal te maken met de migratieachtergrond van de patiënt en met een ruzie over materiële eigendommen in het land van herkomst. In het oog van de dood relativeert de patiënt het conflict en wil zich richten op hogere waarden. Dit doet de patiënt volgens respondent mede vanuit de

gedachte dat dit noodzakelijk is voor de credits die zij in het hiernamaals krijgen. *‘Ja, het is een soort handelsmangedachte ook wel, dus daar zit wel iets achter van egoïsme, maar dat is wel de gedachtegang....’*. Dat maakt volgens respondent dat het conflict minder op de voorgrond staat en dat vergeving en harmonie belangrijker worden.

4.2.2.6 Belemmering om te sterven

Drie respondenten geven aan dat het familieconflict de patiënt belemmert om in vrede heen te gaan en het leven los te laten en dat er verlangen blijft naar een ontmoeting met (vaak) het kind. Een respondent noemt als voorbeeld van een moeder in de stervensfase: *‘Ja, die moeder die bleef hoop houden, zo meteen loopt ze naar binnen. En die anderen zeiden: mama, je mag nu gaan, je mag gaan! Terwijl zij had zoiets van: ik kan niet gaan, want zo meteen komt mijn dochter door de deur naar binnen’*. Een andere respondent geeft aan: *‘Dat heb ik heel vaak meegemaakt dat een relatie met een kind een patiënt belemmert om zijn of haar leven in vrede af te sluiten en eigenlijk dood te gaan’*. Over een concrete situatie: *‘En toen hebben ze tegen de zoon gezegd hoe lastig het voor de moeder is om los te laten en dat de moeder graag de zoon wilde zien. En toen is dat wel gebeurd. En waardoor de vrouw uiteindelijk heel goed heeft kunnen overlijden’*. Sommigen patiënten uiten expliciet de wens op een ontmoeting met de andere partij, soms tegen de wens van andere familieleden in.

Er is homogeniteit onder de respondenten over het feit dat een familieconflict van negatieve invloed is op het spirituele welbevinden van de patiënt. Alle respondenten bevestigen dat met klem.

4.2.3 Derde deelvraag: welke rol neemt de geestelijk verzorger in bij een familieconflict?

Uit de interviews met respondenten komen diverse rollen en interventies naar voren die de geestelijk verzorger inneemt of toepast als hij of zij van een familieconflict hoort. In dit verslag worden zij aangeduid als ‘interventies’ om verwarring te voorkomen met de standaardrollen van de geestelijk verzorger zoals verwoord in de beroepsstandaard VGVZ.

4.2.3.1 Initiatief nemen en luisteren

Alle respondenten geven aan dat ze zelf moeten doorvragen op het onderwerp vanwege de schaamte die er is bij de patiënt en het gevoel dat het onderwerp niet helemaal passend is in het contact met de geestelijk verzorger. *‘Het is zeg maar heel zijdelings zeg maar eerst gaat het over ziek zijn en afscheid nemen en op een gegeven moment komt dan aan de orde, ja eigenlijk heb ik geen contact meer met die ene zoon of die ene dochter. En dan vraag ik door wat zijn de redenen’*. Er moet vertrouwen ontstaan tussen de geestelijk verzorger en de patiënt. Het conflict wordt niet door de patiënt duidelijk naar voren gebracht, maar komt terloops aan de orde en als de geestelijk verzorger hierop alert is vraagt hij door: *‘heel geregeld komt het ergens zo in een gesprek een beetje aan de orde en vooral waar gaten in het verhaal zitten, waar afwezigheid eh op de een of andere manier merkbaar is raak ik het aan... en als ik informeer, op wie steunt u, met wie kunt u deze dingen bespreken, hebt u familie, kinderen? En na wat actievere vragen van mij, dat dan, in tweede instantie, het ter sprake kan komen’*. Een andere respondent geeft aan: *‘Een familieconflict is een punt dat vooral beleefd wordt van: dit hoort eigenlijk niet. Mensen zijn vooral geneigd om een positief en gelukkig beeld te scheppen van zichzelf, van hun familie. Het onderwerp moet vaak met enige behoedzaamheid geopend worden: ‘Dat is wel vind ik een soort appél op mij als ik iets hoor, of tussen neus en lippen door, als de kinderen niet komen. En dan zeggen ze, ja mensen hebben het zo druk he, mijn kinderen hebben het zo druk.Dus je moet wel de ruimte bieden, maar je moet ook een beetje behoedzaam zijn’*. Respondenten geven aan dat ze antennes hebben ontwikkeld voor een conflict en dat ze geleerd hebben om dit behoedzaam en aftastend bespreekbaar te maken met de patiënt. Respondenten luisteren naar wat de patiënt naar voren brengt over het conflict.

4.2.3.2 Doorvragen

Hoewel respondenten benadrukken dat ze zoveel mogelijk proberen aan te sluiten bij de patiënt, zijn drie respondenten soms ook een 'tegenover' voor de patiënt. Dit doen zij door naast de ervaring of zienswijze van de patiënt ook een ander perspectief in te brengen. Deze respondenten proberen een voorzichtige reflectie te stimuleren: *'Reflectie. Ja! Ik denk dat dat inderdaad de kern is. Dus iets van dat gestolde, dat dat weer ietsje zachter wordt... en iets weer van beweging zien te helpen vinden'*. Soms moeten daarbij ook *'wat ongemakkelijke zaken voorzichtig naar voren worden gebracht'*. Eén respondent geeft aan dat hij een familieconflict probeert te *'thematiseren'*, waarmee hij bedoelt dat hij het conflict tot een thema en duidelijk gespreksonderwerp maakt. *'Je moet het niet verzwijgen en niet toedekken. Het is goed om datgene wat er is en de pijn naar boven te halen en daarmee om te gaan. Ik zeg het soms zo: je moet eigenlijk het licht laten zien. Wat het licht niet kan zien, kan niet genezen ...'* Respondenten helpen patiënten om vanuit een ander perspectief te kijken naar hun eigen handelen, *'..de patiënt helpen om met compassie te kijken, naar de dingen die niet goed zijn en niet af zijn'*. Eén respondent gebruikt daarvoor de Diamant methode van Carlo Leget dat zich richt op levensvragen en stervenskunst. Deze respondent stelt reflectieve vragen als: *'Zijn er nog dingen die je in orde zou willen maken, en dan met betrekking tot de kinderen. En wat zou je daarin willen? Ook de wonder vraag, zeg maar. Als er een wonder zou gebeuren in de relatie tot de kinderen, wat zou er dan moeten gebeuren?'*. Ook vraagt deze respondent in lijn met de Diamantmethode of de patiënt zichzelf kan vergeven en welke rol vergeven kan hebben.

Dit bevorderen van reflectie geldt het minst voor de islamitisch geestelijk verzorger, die vanuit de presentietheorie wil werken en vooral wil aansluiten bij wat leeft in de patiënt. Deze respondent geeft aan dat de norm tot vergeving sterk in de islamitische overtuiging van de patiënt aanwezig is en deze ook sterk gevoeld wordt door de patiënt. Daar hoeft de geestelijk verzorger niet stimulerend of reflectie-bevorderend in op te treden. Integendeel, deze respondent wil juist op een andere manier aanwezig zijn: *'Als er boosheid is, dan mag er boosheid zijn. Ik ga niet proberen iemand te bewegen tot iets omdat ik denk dat het goed voor mijnheer of mevrouw zou zijn. Het mag er zijn wat er is. ... Ik ben vooral iemand die de weg belooft die de ander belooft. Ik sta ernaast en luister... juist bij geestelijk verzorgers vind ik dat het extra belangrijk is dat er ruimte is voor die boosheid'*.

4.2.3.3 Duiden

Alle respondenten proberen in het contact met patiënt het conflict te duiden als lijden en gebrokenheid dat bij het leven hoort. Dit doen zij als een bevredigend contact met de (vaak) zoon of dochter niet meer tot de mogelijkheden lijkt te behoren. *'... het vrede sluiten, als er mogelijkheid is, dat vind ik wel dat het bij de taak van de geestelijk verzorger hoort. Als er mogelijkheid is. Maar vaak moet je constateren dat er weinig mogelijkheden meer zijn. En dan moet je vrede sluiten met de werkelijkheid zoals het is. Dus daar kom je dan uiteindelijk uit'*. Respondenten geven aan dat de aanvaarding van belang is om de patiënt tot rust brengt. *'Zo werkt het dan ook he, zodra jij het weet onder woorden te brengen en de pijn ook te voelen, dan kan je het beter hanteren.... We kunnen allemaal leven met de onvolkomenheden dat hoort ook zo bij het leven.... Het is net als met angst. Als je het onder ogen komt en bespreekt dan geeft dat lucht. Dat geeft ruimte en mensen knappen daarvan op. Ze zeggen ook: wat fijn dat ik met u daarover heb kunnen spreken'*.

Alle respondenten proberen in het gesprek het conflict naar het niveau te brengen waarop aanvaarding van het onvolkomene mogelijk wordt.

In het contact tussen de islamitische geestelijk verzorger en de patiënt is de religieuze notie en plicht tot vergeving aanwezig. Dit is niet iets dat de geestelijk verzorger als norm naar voren wil brengen, maar wat in het islamitische geloof als norm aanwezig is en

wat de patiënt uit zichzelf als belangrijk naar voren brengt. De geestelijk verzorger sluit hierbij aan en probeert het proces van vergeving schenken te begeleiden.

4.2.3.4 Inklusiviteit vormgeven

Drie van de vier respondenten geven expliciet aan dat zij de andere, afwezige partij, proberen te betrekken in de gesprekken, in gebeden of in rituelen. Bijvoorbeeld door in het gebed of in het ritueel van de ziekenzalving de afwezige zoon of dochter expliciet te benoemen. Eén respondent probeert op de één of andere manier de andere partij te 'vertegenwoordigen', maar wel voorzichtig. *'De niet aanwezige probeer ik present te stellen en een soort meerzijdige partijdigheid voor ogen te houden'*. Daarbij *'probeer ik zodanig vragen te stellen dat die patiënt zich ook even verplaatst in die ander'*. Eén respondent brengt zowel naar de patiënt als naar betrokken familieleden het recht van de afwezige partij naar voren om te weten dat de ouder in de laatste levensfase zit. *'Maar iemand heeft wel het recht om te weten hoe het met moeder is, ook al wil ze geen contact meer. Dan is het nog goed om dat te weten. Daar heb ik wel heel vaak op gehamerd'*.

Eén geestelijk verzorger brengt niet zelf de andere partij naar voren, maar sluit aan bij de patiënt als deze juist in reflectie op het conflict de waarde van familie opnieuw ervaart en vergeving daarin een plaats wil geven. Zij geeft aan dat ze daarin de patiënt zal eren en bevestigen in het feit dat hij of zij wijsheid heeft gevonden. *'Dan verander ik van positie, van geestelijk verzorger naar iemand die van een ander iets leert..'*

4.2.3.5 Praktisch ondersteunen van contact zoeken

Drie respondenten signaleren met regelmaat de blijvende behoefte van de patiënt op een vorm van contact. *'Die moeder die bleef maar hoop houden'*. De respondenten denken dan met de patiënt vragenderwijs na over hoe het contact met de zoon of dochter tot stand kan komen. *'Ik ga niet zelf faciliteren, maar ik leg wel de vraag bij die patiënt van: wat zou u dan nu kunnen doen? En wie zou u dan kunnen helpen? Wie kan u daarbij helpen?'*. Een respondent stelt de patiënt bijvoorbeeld de vraag: *'Weet je dochter dat je in het ziekenhuis ligt, zou je willen dat ze op bezoek kwam? Zou je zelf haar een berichtje willen sturen? Wat zou je zeggen als je dit wil laten weten?'*. Respondenten geven daarbij aan dat ze zoveel mogelijk de patiënt willen stimuleren tot creativiteit in het zoeken van contact. Ze sluiten aan bij de patiënt en gaat niet zelf het contact met de andere partij zoeken. Dit inzicht is gegroeid na teleurstellende ervaringen met bemiddelingspogingen in het verleden.

4.2.3.6 Bemiddelen

Drie respondenten hebben wel eens getracht te bemiddelen in een conflict, maar geven aan dat dit vaak een frustrerende ervaring was, die er bij twee respondenten toe heeft geleid dat ze geen bemiddelende rol meer innemen. Eén respondent probeert nog steeds af en toe te bemiddelen vanuit de gedachte: *'Je bent als geestelijk verzorger toch een beetje een bemiddelaar. Jij wil eigenlijk helpen dat iemand het leven goed afsluit, dat iemand in vrede kan gaan. Dat is een beetje mijn uitgangspunt. En als je iets daaraan kan bijdragen, dat moet je dat zeker niet nalaten'*. Bemiddelen blijkt moeilijk te zijn, vaak omdat er geen bereidheid is bij de andere partij. Eén respondent geeft aan dat de andere partij vond dat het niet de taak was van de geestelijk verzorger. *'Het is niet jouw business zeg maar, ze vinden dat het niet mijn terrein is'* en de andere partij vindt ook dat het conflict te complex is om zomaar besproken te worden. *'Mensen worden soms boos en dan komt er zoiets van: ja, daar speelt ook al heel lang wat en het is niet om een peuleschilletje of zo dat het contact er niet meer is'*. Eén respondent liep tegen de eigen gekleurdheid op en voelde achteraf dat ze te veel de positie van de patiënt vertegenwoordigde. De respondent die nog steeds af en toe een bemiddelingspoging doet geeft aan dat dit tot weinig positieve resultaten leidt vanwege de jarenlange verharding en complexe problematiek. *'Als ik mogelijkheden heb, en contactgegevens heb, zeg maar, dan trek ik regelmatig wel de stoute schoenen aan en ga*

erop af en wil wel dingen rechtekken en wil wel proberen om daar te bemiddelen. Ehh.. ja, mijn nek uit te steken. Dat heb ik ook wel gedaan. Hoewel ik daar ook wel, ja hoe moet ik dat zeggen, vaak nul op rekest heb gekregen'. Om deze reden richt ook deze respondent zich in zijn begeleiding voornamelijk op de patiënt en op het tot aanvaarding brengen van gebrokenheid.

De respondent die nooit een bemiddeling heeft gepoogd geeft aan dat bemiddeling een specifieke vaardigheid is en dat de geestelijk verzorger deze tools voor een driegesprek tussen patiënt en de andere partij mist. Ook heeft deze respondent nooit de vraag gekregen of het appél gevoeld om een bemiddelende rol te spelen.

4.2.3.7 Adviseren van de familie

Respondenten nemen soms een adviserende rol naar de familie in. Twee van hen geven aan dat er verschil kan zitten in wat familieleden willen en wat de patiënt wil. Bijvoorbeeld als een patiënt verlangt naar een ontmoeting met een kind terwijl de rest van de familie daar geen heil meer in ziet. Twee respondenten doen moeite om de familie te overtuigen van het nut van een ontmoeting. *"Toen heb ik de familie laten weten hoe belangrijk het is dat de zoon weet dat de moeder stervende is en ernaar verlangd om hem te zien. En toen hebben ze tegen de zoon gezegd hoe lastig het voor de moeder is om los te laten en dat de moeder graag de zoon wilde zien. En toen is dat wel gebeurd. En waardoor de vrouw uiteindelijk heel goed heeft kunnen overlijden'.*

Sommige respondenten geven aan dat het vermogen van een familie om met een conflict om te gaan verschillend is en ook afhangt van de oorzaak van het conflict. Hoewel in het kwalitatief onderzoek niet expliciet naar conflictorzaken is gevraagd, geven respondenten aan dat deze divers kunnen zijn. Eén respondent geeft aan dat geld vaak een rol speelt, bijvoorbeeld bij een onterving of onenigheid over de verdeling van geld. Deze respondent voelt zich niet capabel om over geld te spreken. *'Als geestelijk verzorgers hebben we daar te weinig taal voor, misschien dat we te weinig intuïtie daarvoor hebben, terwijl geld eigenlijk een hele grote rol speelt'.* De manier waarop de zorgverlening aan de zieke ouder gestalte krijgt kan ook voor grote onenigheid zorgen. Eén respondent noemt het verschil in inzet van kinderen en onderlinge verwachtingen daaromtrent als oorzaak van conflict, net als een echtscheiding van de ouders. Soms zijn er levenslange oorzaken, die te maken hebben met de positie van een bepaald kind binnen het gezin of verwaarlozing of misbruik. De islamitische geestelijk verzorger geeft aan dat conflicten met betrekking tot bezittingen in het moederland en de rol die de familie daarin heeft gespeeld vaak reden zijn voor een conflict. Soms wordt bij conflictgevoelige families het maatschappelijk werk van een ziekenhuis ingeschakeld en worden deze families extra begeleid. Deze begeleiding richt zich dan uitsluitend op actuele familieconflicten die betrekking hebben medische- of zorgvraagstukken en op een goede besluitvorming hieromtrent. Achterliggende problematiek en conflicten uit het verleden worden in de begeleiding van het maatschappelijk werk bewust niet meegenomen, vanuit de gedachte dat problemen uit het verleden niet opgelost kunnen worden tijdens de ziekenhuisopname. Eén respondent geeft aan dat het werk van de geestelijk verzorger de actualiteit overstijgt en zich juist wel moet richten op het bredere verhaal van de familiegeschiedenis, in lijn met de contextuele benadering.

4.2.4. Vierde deelvraag: Welke rol zou de geestelijk verzorger in willen nemen bij een familieconflict?

Drie respondenten zouden het liefste zien dat in de laatste levensfase nog een verbinding tot stand komt tussen de patiënt en de andere partij, vanwege de helende werking die daarvan uitgaat. Ze zouden vanuit hun rol een bijdrage hieraan willen leveren, maar hebben geleerd dat de geestelijk verzorger daar nauwelijks invloed op kan uitoefenen. Ze geven daarom aan de eigen rol in een familieconflict niet te overschatten. *'Ik ben er realistischer naar gaan kijken. Maar in het concept zelf (van de diamantmethode JG) zijn er mogelijkheden en ik*

probeer de mogelijkheden wel te pakken'. Tegelijk is deze respondent ook kritisch op de methode omdat zij met het in de methode gehanteerde begrip van 'innerlijke ruimte' onvoldoende uit de voeten kan als het gaat om een familieconflict. Een andere respondent heeft ook de beperkingen van de eigen rol leren aanvaarden met betrekking tot een conflict: 'Dus ik ben er wel bescheiden over. En als mensen helemaal vastzitten en er toch iets meer mee zouden willen, dan zou een doorwijzing op zijn plek zijn'. Bij alle respondenten blijft twijfel aanwezig of ze als geestelijk verzorger niet 'meer' kunnen doen: 'Is er niet meer mogelijk en berusten we niet te snel in het conflict? En dan ben je als buitenstaander, als geestelijke verzorger wel de geëigende persoon om dat te doen'. Eén respondent vraagt zich af of ze soms dingen over het hoofd ziet, die ook nergens anders aandacht krijgen en waar de patiënt mee blijft zitten. Op de vraag of patiënten beter begeleid zouden kunnen worden zegt één respondent: 'Ja ik denk van wel, tegelijkertijd, zoals hier in het ziekenhuis heel vaak wordt gezegd: problemen die mensen thuis hadden, die gaan wij in het ziekenhuis niet oplossen. Dus heel vaak wordt de status quo wel als status quo geaccepteerd'. Respondenten geven aan dat ze in de loop der jaren een eigen koers hebben gevonden in hun omgang met een conflict en hier gezien de complexiteit van de problematiek in berusten. Maar respondenten staan open voor een handreiking op dit gebied 'met name inzichten vanuit de contextuele benadering' en vanuit de mediation. 'Kijk een soort mediatorrol, daar zijn waarschijnlijk heel goede tools bij om nog meer efficiënter en meer effectiever zeg maar te zijn. Dat zou ik mij goed kunnen voorstellen, om daar nog in te duiken'. Het appél om te blijven zoeken naar een betere begeleiding van een familieconflict blijft aanwezig omdat respondenten zien dat de impact van een conflict schadelijk is: 'Ja, ik denk dat het heel schadelijk voor een mens is om met conflicten te leven en met conflicten te gaan overlijden. Ik denk dat er wanneer er iets van een uitgestoken hand al zo belangrijk is. En dat ook de volgende generatie iets van een uitgestoken hand ervaren heeft, dan kan die ook weer verder. Want wat geef je door aan je nageslacht wanneer je in verharding blijft steken?'

4.3 Samenvatting resultaten kwalitatief onderzoek

Samenvattend kan gesteld worden dat respondenten lange ervaring hebben als geestelijk verzorger. Zij geven aan dat een familieconflict vaak voorkomt, tussen de circa 20% - 33% van alle patiënten die zij begeleiden. Respondenten geven aan dat een familieconflict van negatieve invloed is op het spirituele welbevinden van patiënten en dat zij in de loop der jaren alert hierop zijn geworden. Zij signaleren bij de patiënt als gevolg van het conflict schaamte, verdriet, verharding, verlangen naar contact, schuldgevoel, wens tot verbinding en vergeving en moeite om het leven los te laten.

De begeleiding van respondenten bij een familieconflict richt zich met name op de patiënt zelf en soms op de familie. In de begeleiding van de patiënt wordt bewust het initiatief tot gesprek genomen. Waar mogelijk proberen zij reflectie bij de patiënt te stimuleren en ruimte voor de andere partij te scheppen en inclusiviteit van de andere partij vorm te geven. Als een vorm van contact of bemiddeling tot stand komt wordt dat als helend voor de patiënt ervaren. De kans op een geslaagde bemiddeling tussen de patiënt en de andere partij door de geestelijk verzorger wordt door respondenten als nihil gezien. In de terminale fase wordt soms ook adviserende rol met betrekking tot het conflict richting de familie ingenomen.

Respondenten hebben geleerd de eigen rol als geestelijk verzorger niet te overschatten, maar blijven twijfel houden of er niet meer mogelijk is in de begeleiding van een familieconflict. Zij staan open voor een handreiking op dit gebied of voor een betere afstemming met andere professionals. Zij hebben regelmatig de indruk dat een patiënt die met een familieconflict worstelt beter ondersteund kan worden.

Hoofdstuk 5 - Psychotherapeutische inzichten van Victor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy

De vijfde deelvraag luidt: Op welke manier kunnen inzichten vanuit het denken van Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy ondersteunend zijn voor de geestelijk verzorger in de omgang met een familieconflict? Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden is in respectievelijk paragraaf 1 en 2 van dit hoofdstuk kort de kern van hun denken weergegeven. In paragraaf 3 wordt samengevat van hun betekenis is voor de duiding van een familieconflict aan een levenseinde. In hoofdstuk 5 wordt dit in een discussie verbonden aan de overige vier deelvragen en concreet gemaakt naar de begeleiding van de geestelijk verzorger.

5.1 Het denken van Viktor Frankl

Viktor Frankl is de grondlegger van de logotherapie en existentiële analyse, vaak kortweg logotherapie genoemd. Het woord Logos duidt betekenis aan en volgens Frankl staat de zoektocht naar betekenis centraal in het menselijk leven.

5.1.1 *Existentieel appél*

In het eerste hoofdstuk van *Ärztliche Seelsorge* legt hij de basisprincipes van zijn benadering uit. Frankl geeft aan dat in ieder mens een vaak onbewuste wens tot zin en betekenis zit. Deze drijfveer wordt door hem aangeduid als het geestelijk onbewuste. Voor hem ligt de zingevende betekenis van het leven dan ook in het geestelijke domein (Frankl 2007, 27-61). In het boek *'Der Unbewusste Gott'* heeft Frankl dit geestelijk onbewuste nader uitgewerkt. Hij gaat uit van een aan ieder begrip en reflectie voorafgaande betekenisvolheid van het bestaan, waarvan de bron ligt in het transcendente. Frankl benadrukt dat ten diepste de mens niet zélf de vraag stelt naar de zin van het leven, maar dat de mens bevráagd wordt op de zin van het leven en dat de mens voelt dat hij hierop moet antwoorden (Frankl 2004, 11). Bij Frankl is de bron van betekenis met het mysterie van het leven gegeven. Hij distantieert zich van religieuze vooronderstellingen, maar gaat uit van een transcendente werkelijkheid die in diverse religies en levensbeschouwingen is terug te vinden. Een belangrijk begrip in de logotherapie is de *'geistige Person'*, waarvoor geen goede Nederlandse vertaling is. Met *'geistige Person'* wordt dat deel van de mens bedoeld dat in staat is verbinding te maken met het betekenisvolle, het transcendente. Deze verbinding is individueel en komt tot stand in een sfeer waarin de mens alleen is. Frankl benadrukt dat in deze verbinding ten diepste de mens niet zélf de vraag stelt naar de zin van het leven, maar dat de mens vanuit de transcendente werkelijkheid bevráagd wordt op de zin van het leven en dat de mens voelt dat hij hierop moet antwoorden (Frankl 2004, 11).

Wanneer dit denken wordt toegepast op het onderzoeksthema kan gesteld worden dat alles in het leven betekenisvol is, ook de ingewikkeld geworden relatie met het betreffende familielid. Volgens Frankl ligt de Bron van betekenis in het transcendente domein en doet een appél op de mens. De patiënt kan ondersteund worden om de *'Geistige Person'* te activeren en na te gaan of en welk existentieel appél ervaren wordt in het conflict.

5.1.2 *Geweten en individuele vrijheid en verantwoordelijkheid*

Om het existentiële appél te kunnen ontvangen noemt Frankl het kanaal van het geweten en de intuïtie. Het geweten is volgens hem niet een moraliserend instrument, zoals het vaak wordt geïdentificeerd, maar is een intuïtieve antenne. Achter het geweten staat het Gij, die Frankl de onbewuste God, het onbewuste transcendente noemt. Het geweten zoekt en stemt af op wat gevraagd wordt en biedt perspectief op datgene wat nog niet werkelijk, maar mogelijk en waardevol is. Het appél dat door middel van het geweten wordt gevoeld is verschillend van mens tot mens en van uur tot uur en niet in algemeenheden te vangen. Frankl's denken is doordrenkt met de gedachte dat de zin van het leven ligt in de onvervangbaarheid en onherhaalbaarheid van het specifieke, individuele leven, waarin keuzes worden gemaakt. De algemene vraag naar de zin van het leven is volgens Frankl zinloos, het moet gaan om de zin van de eigen en unieke existentie (Frankl 2007, 107).

Ieder mens heeft de vrijheid om het transcendente appél al dan niet te volgen. Vrijheid heeft in het denken van Frankl twee kanten: een vrij zijn ván het driftmatige, en een vrij zijn tót het verantwoordelijk zijn (Frankl 2004, 39). Een bekend geworden uitspraak van hem is dat in het kleine gebied tussen stimulus en response de vrije keuze van de mens zit.

De existentiële filosofie van Frankl is een appellerende filosofie (Frankl 2007, 102). Als het existentiële appél wordt gevolgd zet het de mens aan tot daden van verantwoordelijkheid in het heden. Frankl geeft aan dat het doel alleen maar bereikt worden via de weg van keuzes maken. En de mens is volgens Frankl pas existentieel mens als hij verantwoordelijk is, metterdaad en in het hier en nu. Dat is de weg naar de zingevende ervaring dat het leven betekenisvol is.

De eindigheid van het leven benadrukt juist de betekenis die gevonden kan worden. Het maakt dat het handelen in het hier en nu nog meer van betekenis wordt (Frankl 2007, 118-124). We kunnen niet wachten tot de eeuwigheid maar moeten in het heden kansen pakken, want met de dood wordt het geleefde leven voor eeuwig onaantastbaar. De dood is zo gezien niet een dom noodlot die de mens machteloos ondergaat en die het leven van zin berooft, maar de dood verleent juist zin aan het leven.

Wanneer dit denken wordt toegepast op het onderzoeksthema kan gesteld worden dat de patiënt tot in de laatste levensfase verantwoordelijke daden richting de andere partij kan doen, die het unieke leven van de patiënt bevestigen en zijn of haar betekenis voor de afwezige zoon/dochter mede vormgeven. In dit vinden van deze betekenis kan de patiënt, los van de reactie van de andere partij, rust vinden.

5.1.3. Zinvolheid bij lijden en dood

De mens kan dichter bij de zinvolheid van zijn of haar leven komen door wat Frankl een 'act' oftewel handeling noemt. Een handeling werkt hij uit in drie waarden (Frankl 2007, 91):

1. **Creatieve waarden:** scheppend bezig zijn van de mens waardoor hij dingen verwerkelijkt;
2. **Ervaringswaarden,** dat zijn ervaringen van schoonheid van natuur, kunst, verbondenheid;
3. **Instellingswaarden,** dat zijn de innerlijke verhoudingen tot leed, noodlot en dood.

De derde categorie is de meest wezenlijke categorie. In de verhouding van de mens tot zijn lijden kan de meeste zin worden gevonden. Hierin citeert Frankl de Russische schrijver Dostojewski, die ergens zegt: *'mijn grootste angst is dat ik mijn lijden niet waard ben'* (Frankl 2007, 163-164). Hiermee wordt de waarde van lijden omgekeerd. Het gaat bij betekenisvinding niet om het vermijden van lijden, maar het gaat erom de mens in zijn verhouding tot het lijden waardigheid vindt. Door deze instellingswaarden te benadrukken zijn er volgens Frankl altijd mogelijkheden tot zinfinding in het leven, tot in de laatste ogenblikken waarin er bewustzijn is. Want zolang de mens bewustzijn heeft, heeft hij kansen en draagt hij verantwoordelijkheid voor de realisatie van waarden, al zijn het misschien dan alleen nog maar instellingswaarden.

Wanneer dit denken wordt toegepast op het onderzoeksthema kan gesteld worden dat ook in een familieconflict betekenis ligt, al is het maar door de manier waarop de patiënt zich innerlijk heeft leren verhouden tot het leed dat hierin ligt. Mogelijk kan de betekenis uitgebreid worden naar creatieve waarden waarin de patiënt, juist met het ook op de komende eindigheid, een verantwoordelijkheid op zich neemt richting de andere partij.

5.1.4. Zelfdistantie en zelftranscendentie

In de logotherapeutische praktijk worden onder andere twee menselijke vaardigheden geactiveerd die een beroep doen op 'de geistige Person', namelijk zelfdistantie en zelftranscendentie. Zelfdistantie is de vaardigheid om zich te distantiëren van zichzelf en boven zichzelf uit te stijgen. Het is een vorm van metareflectie en kan cliënten helpen om afstand te nemen van hun problemen of situatie. Vanuit de afstand kunnen mensen zich anders tot hun problemen gaan verhouden en er anders mee om leren gaan. Humor speelt hierin een belangrijke rol omdat het de mens bij uitstek in staat stelt om boven een situatie uit te stijgen en afstand te nemen.

Zelftranscendentie is de menselijke vaardigheid om zichzelf en het eigen probleem naar de achtergrond te plaatsen ter wille van hogere waarden, bijvoorbeeld ter wille van een ander persoon of een hoger doel. Het stelt in staat om een hoger doel boven de eigen wensen en behoeften te stellen (Lukas 2007, 63).

Wanneer deze interventies wordt betrokken bij het onderzoeksthema kan gesteld worden dat het activeren van zelfdistantie en zelftranscendentie behulpzaam kunnen zijn bij de reflectie van de patiënt op het conflict.

5.2 Het contextuele denken van Iwan Boszormenyi-Nagy

In de jaren vijftig van de twintigste eeuw kwam de gezinsbeweging op gang, waarbij aandacht kwam voor krachtige ouder-kind dynamieken (Nagy e.a. 1986, 21). De gezinsbeweging ontwikkelde binnen de systeemtherapie een eigen systemische visie met een centrale plaats voor de ouder-kind relatie. De contextuele therapie van Nagy is een product van de klassieke gezinstherapie. Nagy is beïnvloed door het denken van de joodse filosoof Martin Buber, die een op relaties gebaseerd begrip van het menselijk leven vertolkt. Door deze filosofische duiding overstijgt de contextuele benadering de therapeutische modaliteit en wordt het overal werkelijkheid *'waar volwassenen verantwoordelijkheid nemen voor het welzijn van het nageslacht'* (Nagy e.a. 1986, 22). Daarom spreekt men over contextuele benadering in plaats van contextuele therapie.

5.2.1 Uitgangspunten van de contextuele benadering

De contextuele benadering is intergenerationeel. Elk moment zijn er keuzes mogelijk om op een verantwoordelijke manier te handelen in de wetenschap dat het handelen consequenties heeft voor het ik, de ander en het nageslacht. De interventies in de contextuele psychotherapie zijn gebaseerd op twee fundamentele overtuigingen met betrekking tot het sleutelbegrip 'consequenties' (Nagy e.a. 1986, 22):

1. Consequenties van iemands beslissingen en handelingen hebben weerslag op de levens van alle mensen die in een betekenisvolle relatie tot de persoon staan;

2. Bevredigend in een relatie staan is voor een mens onafscheidelijk verbonden met het verantwoord rekening houden met de consequenties voor allen met wie hij of zij op een betekenisvolle manier in relatie staat

Verantwoordelijkheid oppakken in de zin van verantwoord rekening houden met de consequenties van het eigen gedrag voor anderen leidt tot bevredigende en zingevende relaties (Nagy e.a. 1986, 28). Verantwoordelijkheid en zinvinding worden hier, net als bij Frankl, aan elkaar verbonden. Nagy concretiseert dit naar het gezinsdomein.

5.2.2. Loyaliteit, rechtvaardigheid en betrouwbaarheid

Nagy werkt de relationele werkelijkheid voor de contextuele therapie uit in vier dimensies: de biologie (genetische inbreng en omstandigheden), de individuele psychologie (bv. persoonlijkheidsontwikkeling), transactionele patronen (bv. zondebokmechanismen in een familie) en tenslotte verantwoordelijkheid als relationele ethiek (Nagy e.a. 1986, 59). Dit laatste vormt de basis van het denken van Nagy en hierin zijn de volgende dynamieken belangrijk:

5.2.2.1 Loyaliteit tussen ouders en kinderen

In ouder-kind relaties is sprake van een natuurlijke verbondenheid die altijd blijft bestaan *'zelfs onder nauwe verwanten die zichzelf mogelijk afsnijden van contact en communicatie'* (Nagy e.a. 1986, 23). Deze *'essentiële onherroepelijkheid van familiebanden'* (Nagy e.a. 1986, 30) is de basis van de loyaliteit tussen ouder en kind. Loyaliteit is een 'preferentiële betrokkenheid', een betrokkenheid die voorrang krijgt boven andere betrekkingen. Bij loyaliteit kan onderscheid worden gemaakt tussen de zijnsloyaliteit, die voortkomt uit het

feit dat het leven is doorgegeven van ouder naar kind, en verworven loyaliteit, die voortkomt uit de liefde en zorg die de ouders aan hun kind geven.

5.2.2.2. Rechtvaardigheid en betrouwbaarheid en de roulerende rekening

Rechtvaardigheid in gezinsrelaties heeft voor Nagy te maken met een balans van geven en nemen. Nagy werkt dit uit met juridische begrippen. Een kind krijgt een 'legaat' mee van de ouders: zorg en liefde als positieve elementen, maar ook negatieve invloeden als negeren, verwaarlozen of misbruik. In een gezonde ouder-kind relatie zijn de verdiensten aanzienlijk en wordt in de balans van geven en nemen een schuld van het kind naar de ouder opgebouwd. De ouder heeft een 'gerechtigde aanspraak' om een 'beloning' terug te krijgen (Nagy e.a. 1986, 124). Het kind kan deze schuld inlossen door aandacht en erkenning te geven aan de ouder en wederzijds zorg en liefde te bieden als dat nodig is. Adequaat ouderschap en het terugbetalen van ouderlijke zorg zijn in de optiek van Nagy twee premissen van de intergenerationele zijnsorde. Wanneer op een evenwichtige manier wederzijds wordt bijgedragen aan de balans van geven en nemen ontstaat vertrouwen en wordt een betrouwbare relatie opgebouwd. In een situatie waarin adequate zorg ontbreekt bouwt het kind een 'destructief recht' op (Nagy e.a. 1986, 473). Het kind heeft het recht om de volwassen wereld als debiteur te beschouwen, maar is niet bij machte om de volwassen wereld schuld te laten bekennen. Wanneer kinderen in een later stadium proberen plaatsvervangend recht te halen worden zij niet zelden bron van nieuw onrecht. Dit noemt Nagy de roulerende rekening (Nagy e.a. 1986, 480).

Wanneer dit wordt vertaald naar het onderzoeksthema kan gesteld worden dat er tussen ouders en kind een zijnsloyaliteit blijft bestaan waarop in de palliatieve fase, ondanks conflict en verwijdering, een beroep kan worden gedaan. En dat vanwege die zijnsloyaliteit tot op het laatste moment er een mogelijkheid is om hierdoor een iets meer rechtvaardige balans van geven en nemen te herstellen. Eén respondent gaf een voorbeeld van een laatste ontmoeting tussen de patiënt en een kind dat op afstand stond en zij gaf aan dat zij zelf ontroerd was door de herstellende werking van deze ontmoeting. Vaak geven respondenten echter aan dat de verhoudingen erg zijn verstoord en dat deze ontmoetingen nauwelijks te realiseren zijn. Maar mogelijk dat de geestelijk verzorger extra hulpbronnen kan aanboren om hier toch een stimulerende bijdrage aan te leveren.

5.2.3 Hulpbronnen

Contextuele therapie maakt gebruik van hulpbronnen die als doel hebben om de relationele balans van geven en nemen te herstellen. Daarbij wordt ook gekeken naar de invloed van vorige generaties. De grootste hulpbron is '*ouders helpen hun mandaat van verantwoordelijkheid voor het nageslacht vorm te geven*' (Nagy e.a. 1986, 306). Daarbij gaat Nagy ervan uit dat de ouder-kind relatie (hoezeer deze relatie ook ernstig heeft gefaald) existentieel doordrongen is van de drijfveer van het '*rechtvaardig rekening houden met de ander*' (Nagy e.a. 1986, 180). Deze drijfveer ligt geworteld in de bloedband en in de natuurlijke loyaliteit. Belangrijke hulpbronnen zijn:

5.2.3.1 Erkennen en ontschuldigen

Erkenning geven is ruimte maken voor het bestaan van de ander en dat bestaan bevestigen. Daarbij is het individuele contact tussen de ouder en het ene kind, los van de familiedynamiek, belangrijk. Voor een ouder is het belangrijk om de individualiteit van het ene kind te erkennen. Wederzijds kan het kind ook de ouder erkennen door aandacht te geven of zorg te bieden. Ontschuldigen is ook een vorm van erkenning geven. Nagy werkt dit vooral uit in de richting van kind naar ouder. Onschuldiging is volgens Nagy een '*proces waarin de last van schuld bij iemand die wij tot dan toe de schuld hebben gegeven van de schouders wordt genomen*'. Het is '*het resultaat van een volwassen hertaxatie van de slachtoffering van de tekortschietende ouder in de jeugd*' (Nagy e.a. 1986, 479). Ontschuldigen kan het resultaat zijn van de denkbeeldige boekhouding van drie generaties.

De ouder wordt gezien in zijn of haar eigen jeugdige context en de tekortkomingen van de ouder kunnen daardoor geduid worden. Nagy geeft aan dat door het proces van ontschuldiging een patroon doorbroken wordt en dat het kind door te ontschuldigen zichzelf valideert. Het kind gaat niet meer uit van zijn destructieve recht, maar bevrijdt zich hiervan.

5.2.3.2 *Dialogo: zelfafbakening en zelfvalidatie*

Een belangrijk kanaal in dit proces is de dialoog tussen partijen, waarbij Nagy aangeeft dat er twee voorwaarden zijn voor een goede dialoog. De eerste stap in de dialoog is de zelfafbakening, daarmee bedoelt Nagy dat twee mensen elkáár helpen om hun identiteit af te bakenen. Een goede balans tussen individualiteit en verbondenheid is hiervan het gevolg. De tweede fase in de dialoog is de zelfvalidatie, dat is iemands '*vermogen krediet te verwerven voor daden van relationele integriteit in plaats van macht, prestige of eigendunk*' (Nagy e.a. 1986, 481). Deze zelfvalidatie vertoont overeenkomsten met wat Frankl zelftranscendentie noemt. Het vermogen om het eigen belang ondergeschikt te maken aan hogere waarden. Zelfvalidatie gaat een stap verder dan zelftranscendentie, omdat Nagy ook de relationele consequenties betreft. Zelfvalidatie levert een bijdrage aan nieuw onderling vertrouwen.

5.2.3.3 *Meerzijdige partijdigheid*

De rol van de therapeut in dit proces van aanboren van hulpbronnen is meerzijdig partijdig. De meerzijdige partijdigheid verhindert om te snel te spreken van één dader en één slachtoffer (Nagy e.a. 1986, 165). De meerzijdige partijdigheid is de hoeksteen van de dialoog en creëert vertrouwen tussen cliënten en begeleider.

Wanneer de hulpbronnen worden vertaald naar het onderzoeksthema kan gesteld worden dat in de begeleiding van de patiënt en eventueel de andere partij gezocht kan worden om erkennen en ontschuldigen te stimuleren. Daarbij kan gepoogd worden om via zelfafbakening en zelfvalidatie de reflectie bij de patiënt te zoeken. In dit proces is meerzijdige partijdigheid van de geestelijk verzorger een belangrijke voorwaarde om een dialoog mogelijk te maken.

5.2.4 *Het levenseinde*

Nagy benadrukt dat de aanstaande dood een scheidslijn is tussen de generaties en dat de periode van ziekte mogelijkheden biedt om hulpbronnen aan te boren. Het vooruitzicht van de dood kan een stimulans zijn tot een 'herbeoordeling' en het opnieuw aanhalen van banden.

'Het vooruitzicht op de dood verandert de relationele routine van mensen en maakt meestal dat zij zich openstellen voor andere patronen van geven-en-nemen. Het stemt hen gevoelig voor het feit dat bepaalde mogelijkheden tot geven voorgoed zullen worden afgesloten, bijvoorbeeld het verkennen van de omstandigheden in de jeugd van de stervende. Het dwingt tot het bewustzijn dat het nu de tijd is om te doen wat anders ongedaan zal blijven. In contextueel werk betekent dat een evaluatie van mogelijkheden die reesteren tot het in balans brengen van bepaalde grootboeken en tot het opbouwen van vertrouwen, dat wil zeggen tot herstel. Er kan nog tijd zijn voor kinderen om iets te weten te komen over slachtoffering van hun ouders in hun jeugd, om de grondvesten te leggen voor begrip en ontschuldiging van de ouder voor welk aanwezig destructief imago dan ook. Het aanbieden van zorg en aandacht aan een stervende verlicht het verdriet van de nabestaande en vermindert zijn of haar neiging tot schuldgevoel en meer' (Nagy e.a. 1986, 431-432).

De dialoog heeft een meerzijdig karakter en de heling is ook meerzijdig. Daarbij moet opgemerkt worden dat Nagy aangeeft dat er nooit een volledige balans is in het geven en nemen tussen ouders en kind. Het is een dialectische zoektocht waarin de individu zijn of haar weg zoekt, steeds weer in relatie tot de ander (Nagy e.a. 1986, 49).

Wanneer dit wordt vertaald naar het onderzoeksthema kan gesteld worden dat in het vooruitzicht van de dood mensen zich openstellen voor nieuwe patronen van geven en nemen en dat dit een helende werking kan hebben.

5.3 Betekenis van Frankl en Nagy voor de duiding van een familieconflict rond een levenseinde

De uitgangspunten en therapeutische kaders van Frankl en Nagy zijn aanvullend. Frankl werkt uit waarom en hoe betekenis gevonden kan worden in het leven en Nagy geeft een concrete vertaling van betekenis en verantwoordelijkheid naar de ouder-kind relatie. Samengevat kunnen de volgende uitgangspunten worden benoemd die de begeleiding van een familieconflict bij een levenseinde van een kader kunnen voorzien:

Logotherapie:

1. Het leven is betekenisvol en de Bron van betekenis ligt in het transcendente. Dit uitgangspunt is pre-religieus en kan verbonden worden met diverse religies en levensbeschouwingen;
2. Tot in de laatste levensfase kan de patiënt verantwoordelijke daden doen, die het unieke leven van de patiënt bevestigen en zijn of haar betekenis voor de afwezige zoon/dochter mede vormgeven;
3. Er ligt betekenis in het conflict met de afwezige zoon/dochter, al is het maar door middel van de manier waarop de patiënt zich tot het conflict heeft leren verhouden;
4. Zelfdistantie en Zelftranscendentie kunnen behulpzaam zijn om reflectie te stimuleren bij de patiënt met betrekking tot het conflict.

Contextuele therapie:

5. Tussen ouder en kind blijft een zijnsloyaliteit waar, ondanks conflict en verwijdering, in de palliatieve fase een beroep op kan worden gedaan;
6. Erkennen en ontschuldigen zijn belangrijke hulpbronnen;
7. Zelfafbakening en zelfvalidatie en meerzijdige partijdigheid zijn behulpzaam om reflectie te stimuleren en de dialoog te begeleiden;
8. In het vooruitzicht van de dood stellen mensen zich open voor nieuwe patronen van geven en nemen.

Hoofdstuk 6 - Discussie

In dit hoofdstuk worden per deelvraag de belangrijkste bevindingen besproken en zo mogelijk verbonden aan in hoofdstuk 1 genoemde literatuur en onderzoeken. De discussie wordt afgesloten met de beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.

6.1 Eerste deelvraag: in welke mate signaleert de geestelijk verzorger familieconflicten bij patiënten in de laatste levensfase?

De antwoorden op deze vraag moesten informatie verschaffen over hoe de geestelijk verzorger de grootte van het probleem in zijn algemeenheid inschat. Alle respondenten geven aan dat een familieconflict 'vaak' voorkomt en noemen een percentage van tussen de 20 en 33 %. Twee respondenten geven aan dat het mogelijk is dat zij niet horen van een familieconflict terwijl dit wel aan de orde is, omdat patiënten zich ervoor schamen en er niet over praten. Ook merken de twee respondenten die in een ziekenhuis werken op dat zij patiënten niet tot aan het sterven begeleiden, omdat patiënten deze laatste fase in de thuissituatie of in een hospice doormaken. Zij gaan ervan uit dat een familieconflict in de thuissituatie of in het hospice vaker naar voren komt, omdat in de terminale fase de vraag zich meer prangend voordoet of er nog contact gezocht kan worden met familieleden met wie een conflict is. Dit laatste zou overeenkomen met het Amerikaanse onderzoek naar onvervulde behoeften onder hospicepatiënten, waarbij 97% van de ondervraagde maatschappelijk werkers aangeeft dat een familieconflict soms tot heel vaak de oorzaak is van een onvervulde psychosociale behoefte (Arnold e.a. 2007, 71).

De conclusie is dat een familieconflict vaak gesignaleerd wordt door de geestelijk verzorger. De vraag of én hoe de geestelijk verzorger met een familieconflict omgaat is daarmee een relevante vraag geworden.

6.2 Tweede deelvraag: Welke invloed heeft een familieconflict naar de mening van de geestelijk verzorger op het spirituele welbevinden van een patiënt in de palliatieve fase?

Respondenten geven aan dat de invloed van een familieconflict op het spirituele welbevinden van de patiënt groot is. Zij noemen daarbij de volgende effecten van het familieconflict op de patiënt: schaamte, verdriet, verharding, berusting, schuldgevoel en verlangen naar verbinding en belemmering om in vrede te sterven. Deze effecten worden hieronder nader besproken en gezien wordt hoe deze passen binnen de in hoofdstuk 1 genoemde multidimensionale omschrijving van het begrip spiritualiteit (zie ook pagina 4):

1. existentiële vragen rond identiteit, betekenis, lijden en dood, schuld en schaamte, verzoening en vergeving, vrijheid en verantwoordelijkheid, hoop en wanhoop en liefde en vreugde;
2. overwegingen en attitudes op basis van dat wat als waardevol wordt ervaren door iemand, zoals relaties met zichzelf, familie, vrienden, werk, natuur, kunst en cultuur, ethiek en het leven zelf;
3. religieuze overwegingen zoals geloof, overtuiging en praktijk en iemands relatie tot God of het ultieme.

Respondenten noemen schaamte rond het conflict. Ganzevoort e.a. geven aan dat schuld en schaamte samenhangende begrippen zijn en vaak terugkerende existentiële thema's in levensverhalen. Bij schaamte is er een wens van willen bedekken of verbergen (Ganzevoort e.a. 2018, 347). Schaamte duidt op een ervaren nederlaag en is gekoppeld aan het idee van falen. Predikant en psychotherapeut Suurmond schrijft in een boek over spiritualiteit dat schaamte passief maakt. *'Wie zich schaamt slaat de ogen neer, verliest het contact met de ander en bekijkt zichzelf'* (Suurmond 2010, 105). Dit komt overeen met wat respondenten aangeven. De patiënt wil het conflict bedekken. Schaamte verhindert om schuld te bekennen en verantwoordelijkheid te nemen (Suurmond 2010, 177). Schaamte speelt vaak een ondermijnende rol omdat het *'van schuld een kluwen maakt waar mensen in verstrikt raken'* (Suurmond 2010, 185).

Schuld speelt ook een duidelijke rol in het ars-moriendimodel van Leget. Leget geeft aan dat schuldgevoelens een grote blokkade kunnen opwerpen voor een goede dood en dat in de omgang met schuldgevoel de innerlijke ruimte nodig is om niet voortijdig te eindigen in troost (Leget 2016, 88). Innerlijke ruimte is volgens hem *'een gemoedstoestand die iemand in staat stelt om zich in alle vrijheid en rust te verhouden tot directe emoties en houdingen die door een situatie opgeroepen worden'* (Leget 2016, 89). Het niet voortijdig eindigen in troost sluit aan bij de twijfel die één respondent uitte toen hij zei: *'blijven er geen kansen liggen rond het conflict en stuur ik bij de patiënt niet te snel aan op aanvaarding?'*. Alleen in het gesprek met de islamitische patiënt wordt schuld en vergeving ook religieus geduid. In de interviews met respondenten is expliciet gevraagd of religieuze overwegingen een rol spelen bij familieconflicten. Daarbij werd door de andere drie respondenten ontkennend geantwoord. Zij geven aan dat er door de patiënten geen expliciete verbinding wordt gelegd tussen religieuze overtuigingen van de patiënt en overwegingen rondom het conflict. Dat is opvallend omdat schaamte, schuld en vergeving in het christelijk geloof centrale thema's zijn.

Soms komt het voor dat een patiënt niet kan sterven vanwege het conflict met een kind. Respondenten die dit signaleren geven aan dat het effect is dat de patiënt het leven niet kan loslaten. Dit is een sterk negatief spiritueel effect, omdat respondenten ook aangeven dat juist in het loslaten van het leven spirituele overgave gevonden kan worden. Dit komt overeen met als Leget aangeeft dat het loslaten van de ander pas goed kan, wanneer de patiënt eerst heeft *'vastgehouden'* (Leget 2012, 109).

Naast schuld en schaamte noemen respondenten emoties als boosheid of verdriet. In conflicten spelen emoties altijd een centrale rol⁴. Boosheid kan leiden tot verharding en verdriet tot mentale uitputting. Respondenten geven aan dat het gesprek over het conflict soms negatieve herinneringen wakker roepen en emoties bevordert. Else-Marie van den Eerenbeemt stelt in lijn met het denken van Nagy dat de belangrijkste en diepste emoties van mensen vrijwel altijd verbonden zijn met de onuitwisbare relatie tussen ouders en kinderen. Emoties zijn daarbij topjes van de ijsberg, waaronder een wereld schuilgaat. *'Agressie is altijd een roep om verbinding, een teken van verlangen'* (Eerenbeemt 2020, 14-17). Boosheid en verdriet kunnen vertaald worden naar de diepere laag van de behoeften en het nemen van verantwoordelijkheid. Van den Eerenbeemt geeft aan dat emoties daarmee signalen zijn geworden die helpen om de *'diepere wereld te zien die onder het gedrag ligt'* (Eerenbeemt 2020, 15).

De hierboven genoemde effecten van het conflict bevestigen dat er bij de patiënt existentiële zingevingsvragen schuilgaan achter het familieconflict en dat de geestelijk verzorger het familieconflict hierom ook als thema met de patiënt nader verkent.

6.3 Derde deelvraag: welke rol neemt de geestelijk verzorger in bij een familieconflict?

De antwoorden op deze vraag moesten informatie verschaffen over de manier waarop de geestelijk verzorger reageert als hij met een familieconflict wordt geconfronteerd. Uit de resultaten van de interviews komen zeven interventies naar voren die respondenten toepassen in de confrontatie met een familieconflict. Van de zeven interventies zijn er drie gericht op de interne attitude en ontwikkelingen bij de patiënt zelf (1 t/m 3), drie gericht op de patiënt in relatie tot de andere partij (4 t/m 6) en één op de familiedynamiek (7).

In de discussie hieronder worden twee opvallende punten eruit gelicht: ten eerste hoe de attitude van de geestelijk verzorger van invloed is bij het toepassen van de interventies en ten tweede waarom de interventie *'bemiddelen'* als enige interventie als niet succesvol wordt ervaren. Daarnaast wordt gezien hoe de interventies van de geestelijk verzorger passen binnen de standaard rollen van de Geestelijk Verzorger volgens de leidraad Geestelijke Verzorging (VGVZ 2016, 12).

6.3.1 De eigen attitude van de geestelijk verzorger bij de interventies

De eigen attitude van de geestelijk verzorger ten opzichte van familie en familieconflicten kan een rol spelen bij het al dan niet inzetten van een interventie. Twee respondenten noemden in

⁴ Zie themanummer "Emoties" van Tijdschrift voor Conflictantering, jaargang 15, 3.

de interviews eigen ervaringen met de familie. Geestelijk verzorgers zijn zelf ook onderdeel van een familie en kunnen bijvoorbeeld eerder conflictmijdend of juist confronterend zijn. Ook kunnen zij verschillen in de waardering van familieverbanden. Dit kan effect hebben op hoe de geestelijk verzorger het familieconflict bij de patiënt begeleidt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een geestelijk verzorger niet zal doorvragen op het conflict, wanneer hij of zij zelf conflictmijdend is. Eén respondent gaf bijvoorbeeld aan dat haar afkeer van verharding in een conflict mede gevormd is door wat zij vanuit het ouderlijk huis heeft meegekregen: de waarde van introspectie en dagelijks het goede voor de ander willen zoeken. Zij vond het daarom moeilijk om verharding in een conflict te begeleiden. Een andere respondent beschreef een verschil van inzicht in de eigen familie met betrekking tot de verzorging van een zieke moeder. Hierdoor kreeg hij meer inzicht in het feit dat conflicten *'in de beste families voorkomen'*. Dit geeft aan dat familieconflicten bij respondenten eigen ervaringen wakker roepen. Ganzevoort geeft aan dat de biografie van de pastor van invloed is op de begeleiding. Hij noemt *'het komen tot dieper zelfinzicht en onder ogen zien van het eigen levensverhaal'* belangrijk in de begeleiding (Ganzevoort e.a. 2018, 409). Het is waardevol als een geestelijk verzorger attent is op hoe hij/zij zich überhaupt verhoudt tot de eigen familie en tot conflicten, zodat hij of zij ook weet wat de impact daarvan is op de begeleiding.

6.3.2 Bemiddelende interventie

De bemiddelende interventie wordt als enige interventie door respondenten als niet effectief ervaren. Drie respondenten geven aan dat ze wel een appél voelen of hebben gevoeld om een bemiddelende rol in te nemen, maar verklaren dat de relationele werkelijkheid vaak te complex is om als geestelijk verzorger effectief te kunnen bemiddelen. Drie respondenten geven aan dit spijtig te vinden. Zij zien de helende werking op een patiënt als de patiënt en de andere partij wel tot een vorm van verbinding komen, bijvoorbeeld door bemiddeling van familieleden. Respondenten hebben echter geen voorbeelden van geslaagde bemiddelingspogingen van zichzelf. Samengevat worden de volgende redenen genoemd waarom bemiddelen door de geestelijk verzorger niet succesvol is:

- Het wordt door de andere partij als niet horend bij de taak van de geestelijk verzorger gezien, waardoor zij niet positief reageren op het verzoek;
- De geestelijk verzorger kent vooral het verhaal van de patiënt kent en niet die van de andere partij, waardoor hij partijdig is;
- Bemiddelen is een taak die vaardigheden vereist en daar is de geestelijk verzorger niet in geschoold.

Theorie vanuit het mediationveld bevestigt dat conflictbemiddeling een vak is dat speciale inzichten, vaardigheden en instrumenten vraagt. In de theorie van mediation wordt gesteld dat een geslaagde conflictbemiddeling moet voldoen aan voorwaarden als vrijwilligheid van beide partijen en een door partijen veronderstelde onpartijdigheid van de bemiddelaar (Brennkmeijer e.a. 2013, 381). Wanneer een geestelijk verzorger een andere partij benadert uit naam van de patiënt heeft de geestelijk verzorger apriori partijdigheid ontwikkeld. Toch houdt minstens één respondent de mogelijkheid tot een bemiddelende rol open, omdat hij van mening is dat als er maar een kleine ruimte is deze ruimte gepakt moet worden. Deze ruimte zou nader onderzocht kunnen worden. De vraag doet zich voor: waar liggen mogelijkheden om de bemiddelende rol van de geestelijk verzorger sterker te profileren, zonder dat de geestelijk verzorger direct als mediator optreedt?

6.3.3 Interventies van respondenten afgezet tegen standaard rollen Geestelijk Verzorger

De standaard rollen volgens de leidraad Geestelijk Verzorger zijn:

1. *Begeleider*. De geestelijk verzorger is begeleider van mensen bij levenscrises en met het oog op spiritualiteit en levenskunst.
2. *Representant*. De geestelijk verzorger fungeert voor velen als representant, waar gewenst als vertegenwoordiger, van een levensbeschouwelijke traditie en meer algemeen als behartiger van levensbeschouwelijke thema en biedt een vrijplaats aan de patiënt.

3. *Voorganger*. De geestelijk verzorger is voorganger in vieringen, bezinnende bijeenkomsten en rituelen.
4. *Opleider*. Een geestelijk verzorger biedt als opleider training en educatie aan professionals, vrijwilligers en toekomstige geestelijk verzorgers met het oog op levensbeschouwelijke en ethische vragen.
5. *Adviseur*. Een geestelijk verzorger fungeert ten behoeve van medewerkers, projecten en processen als adviseur waar levensbeschouwelijke en ethische aspecten in de zorg- en dienstverlening aan de orde zijn.
6. *Coördinator*. Een geestelijk verzorger geeft als coördinator leiding aan vrijwilligers en professionals, aan projecten of processen met het oog op goede zorg- en dienstverlening in brede zin.

Alle interventies die respondenten toepassen zijn gericht op de patiënt en passen vooral binnen de rol van begeleider en in mindere mate binnen die van representant en voorganger. De rol van representant en voorganger wordt met name door de islamitische geestelijk verzorger ingenomen. In de interviews met de andere geestelijk verzorgers wordt aangegeven dat levensbeschouwing in het familieconflict geen duidelijke rol speelt. Toch worden christelijke gebruiken wel toegepast, bijvoorbeeld in gebeden of in het sacrament van de ziekenzalving. Mogelijk dat de rol van respondent en voorganger vanuit de christelijke religie versterkt kan worden, bijvoorbeeld door de thema's schuld en vergeving aan de hand van het contextuele begrip 'ontschuldigen' nader uit te werken. Daarbij kan een analyserend artikel over het begrip ontschuldiging bij Nagy van de Vlaamse katholieke religiewetenschapper Annemarie Dillen behulpzaam zijn. Zij geeft aan dat het begrip ontschuldiging bij Nagy teveel als 'veronschuldiging' kan worden gezien, waardoor ook de last van de schuld wordt weggenomen (Dillen 2001, 75-80). In haar optiek blijft schuld bestaan, maar kan wel een proces van vergeving tot stand komen tussen dader en slachtoffer in een familie. En daarbij kan de dader ook slachtoffer zijn en het slachtoffer ook dader. Zij geeft een model aan waarin sprake is van een trits in het proces van vergeven: ontschuldiging, vergeving en verzoening. Ontschuldiging richt zich op het innerlijke proces van het slachtoffer en kan plaatsvinden als de dader al is overleden. Vergeving is volgens Dillen de volgende stap en vindt plaats in het interactieve proces tussen dader en slachtoffer, waarbij de dader schuld erkent en de vergeving ontvangt. Verzoening is de laatste stap waarbij dader en slachtoffer beiden bereid zijn tot een nieuwe vorm van samenleven (Dillen 2001, 80). Alle drie de stappen kunnen in de laatste levensfase tot stand komen, hoewel voor een verzoend samenleven de tijd erg kort is.

Respondenten nemen op meso-niveau in de organisatie (in de rol van opleider, adviseur of coördinator) geen rol in met betrekking tot deze problematiek. Uit de interviews blijkt wel dat respondenten in het conflict incidenteel samenwerken met andere professionals.

6.4 Vierde deelvraag: welke rol zou de geestelijk verzorger in willen nemen bij een familieconflict?

Uit de antwoorden blijkt dat respondenten tot op zekere hoogte tevreden zijn met de rol die zij innemen in de omgang met een familieconflict. Toch lijkt dit een 'verlegenheidstevredenheid' te zijn. Respondenten geven aan dat een patiënt met een familieconflict vaak beter begeleid kan worden, maar weten niet goed hoe deze begeleiding vorm moet krijgen. Uit het onderzoek blijkt dat drie van de vier respondenten het spijtig vindt dat een bemiddelende rol niet succesvol is, omdat zij het helende effect op zowel de patiënt als de andere partij zien als wel een vorm van verbinding tot stand komt tussen partijen. Zij geven aan dat zij als geestelijk verzorger onvoldoende toegerust zijn voor een bemiddelende en zien ook niet dat andere disciplines deze lacune opvullen. Respondenten vallen in de begeleiding van de patiënt zoveel mogelijk terug op eigen krachtbronnen. Twee respondenten geven uit zichzelf aan dat zij inzichten vanuit de contextuele therapie sterker zouden willen verbinden aan hun eigen begeleiding. Alle respondenten staan open voor een handreiking of cursus hieromtrent.

In de leidraad Zingeving en Spiritualiteit van het IKNL wordt aangegeven dat het onderscheidende van de geestelijk verzorger met betrekking tot de spirituele begeleiding van de patiënt juist zit in 'het duiden, interpreteren en wegen van spirituele problematiek' (IKNL 2018, 23).

Zoals respondenten nu hun rol invullen met betrekking tot de spirituele begeleiding rond familieconflicten hebben zij geen duidelijk referentiekader van waaruit zij een duidende en interpreterende rol in kunnen nemen richting de patiënt en andere disciplines.

6.5 Vijfde deelvraag: Kunnen inzichten uit het denken van Viktor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy ondersteunend zijn voor de geestelijk verzorger in de omgang met een familieconflict?

De relevantie van het denken van Frankl en Nagy zit in het kunnen duiden en interpreteren van het familieconflict en in de versterking van de interventies die de geestelijk verzorger toepast. Hieronder wordt dit concreter gemaakt.

Frankl geeft aan dat in ieder lijden een vorm van betekenis en een appél tot verantwoordelijkheid zit, dus ook in een familieconflict. De geestelijk verzorger kan met de patiënt zoeken naar de betekenis van het conflict door bijvoorbeeld vragen te stellen over de oorzaken en de dynamiek van het conflict en over de gevolgen van het conflict. De geestelijk verzorger kan proberen te bevorderen wat Frankl zelfdistantie noemt: de vaardigheid van de patiënt om zichzelf van een afstand te bezien. Dit maakt dat de patiënt meer loskomt van de emoties en vanuit een metareflectie naar zichzelf en de andere partij kijken en meer in staat is om betekenis in het conflict te vinden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het conflict voor de patiënt en de andere partij verhelderend heeft gewerkt omdat het aangaf wat van waarde is voor beide partijen en welke behoeften er achter het conflict aanwezig waren en zijn. De geestelijk verzorger kan de patiënt ook bevragen op de negatieve gevolgen van het conflict, zoals bijvoorbeeld eenzaamheid of verdriet bij de patiënt of bij de andere partij. Daarbij kan gevraagd worden of de patiënt bij nader inzien iets had kunnen doen om de negatieve gevolgen te beperken en de afstand met de andere partij weer te verkleinen. De geestelijk verzorger kan bevorderen wat Frankl zelftranscendentie noemt: de vaardigheid om met het eigen ego een stap terug te doen ter wille van een hoger doel. Verkend kan worden of dat alsnog mogelijk is in de laatste levensfase: welke hogere waarden zijn er voor de patiënt, wat is voor hem of haar belangrijk ook om te laten blijken aan de andere partij. Zo kan de geestelijk verzorger samen met de patiënt de betekenis van het conflict verkennen en kijken naar wat belangrijk is in het conflict en zoeken naar eventueel nog aanwezige mogelijkheden om een stap te zetten. De 'wondervraag' die één respondent noemt past in het bevorderen van metareflectie: *'als er een wonder zou gebeuren met betrekking tot uw zoon of dochter, hoe zou dit eruit zien?'.* Deze vraag activeert het denken in mogelijkheden, maar laat het 'wonder' van de andere kant komen, terwijl vanuit het denken van Frankl de mogelijkheden die in de patiënt zelf liggen verkend worden.

Dit verkennen van de eigen mogelijkheden van de patiënt sluit aan bij het denken van Nagy die ervan uitgaat dat het optreden van een ouder altijd consequenties heeft voor het nageslacht. De geestelijk verzorger kan het contextuele gedachtengoed integreren in het eigen optreden door de begrippen loyaliteit, meerzijdige partijdigheid en erkenning door te vertalen naar de begeleiding van de patiënt. Dit zou als volgt kunnen gebeuren. Bij de interventies 'doorvragen' en 'duiden' kan de geestelijk verzorger aangeven dat de sterke spirituele effecten die het familieconflict heeft op de patiënt te maken hebben met de blijvende zijnsloyaliteit tussen ouder en kind. De geestelijk verzorger kan aangeven dat ook de andere partij de zijnsloyaliteit zal blijven voelen en dat dit een hulpbron is als er op enig moment nog contact gezocht wordt. Bij de interventie 'praktisch ondersteunen' stimuleert de geestelijk verzorger de patiënt zelf om te bedenken welke middelen van contact maken er zijn. Dit doen ze bijvoorbeeld door de vraag te stellen of de patiënt misschien een telefoontje of een appje naar de andere partij zou kunnen opstellen. Dit lijkt een ogenschijnlijk eenvoudige interventie, maar gekoppeld aan het denken van Frankl en Nagy is dit betekenisvol. Het doet een appél op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de geestelijk verzorger ondersteunt de patiënt om deze verantwoordelijkheid om te zetten in daden. De geestelijk verzorger verkent zo met de patiënt welke boodschap de patiënt wil en kan geven nu het nog mogelijk is. Deze rol kan sterker worden als de geestelijk verzorger de patiënt meeneemt in de duiding en betekenis van de ogenschijnlijk eenvoudige acties en aangeeft dat het de andere partij het gevoel kan geven erkend te worden. De geestelijk verzorger kan aan de patiënt aangeven dat deze daad altijd betekenisvol zal zijn, ook als er geen of een negatieve reactie van de andere partij komt. Frankl en

Nagy geven namelijk aan dat de betekenis al zit in het stellen van de daad zelf en dit in zichzelf al helend is voor de patiënt. Bij de interventie 'inclusiviteit vormgeven' geeft de geestelijk verzorger een meerzijdige partijdigheid vorm. Meerzijdige partijdigheid kan verder ontwikkeld worden door het aanbieden van een vicariërende rol. De geestelijk verzorger kan de patiënt aanbieden dat hij/zij de zoon of dochter na het overlijden laat weten welke betekenis deze had in het leven van de overledene. En welke rol hij of zij heeft gehad in de gesprekken en bijvoorbeeld de gebeden met de patiënt. Als de andere partij in de palliatieve fase geen enkele vorm van contact wil, kan dit de patiënt uitzicht bieden op een postume vorm van betekenisvolle verbinding, waarin de patiënt iets van zichzelf kan leggen. Dit is een betekenisvolle daad. Wederzijds biedt dit aan de andere partij een vorm van erkenning waar een helend element in zit. Erkenning geven is zowel voor de patiënt belangrijk als voor de andere partij. De geestelijk verzorger kan de helende vorm van erkenning geven verduidelijken aan de patiënt, maar ook aan de familie. Dit kan de interventie 'adviseren van de familie' versterken. De contextuele benadering kan de familie helpen om uit machteloze patronen te komen en te zoeken naar betekenisgeving van gebaren op dieperliggend niveau, ook al lijken deze gebaren oppervlakkig gezien weinig effect te hebben. De meerzijdige partijdigheid kan nader uitgewerkt worden als de geestelijk verzorger eenvoudige bemiddelende interventies zou kunnen toepassen richting de andere partij, zonder zelf als mediator op te treden. De geestelijk verzorger zou familierituelen (zowel voor als na het sterven van de patiënt) kunnen ontwikkelen op basis van de inzichten van Nagy en Frankl, waarbij erkenning, verbinding en verzoening centraal staat.

Inzichten uit de logotherapie en de contextuele therapie kunnen zo de duidende en interpreterende rol van de geestelijk verzorger met betrekking tot de spirituele problematiek rond een familieconflict versterken. Ook kunnen ze de interventie die respondenten nu al toepassen versterken. Dit maakt de geestelijk verzorger meer handelingsbekwaam op het gebied van de begeleiding van een familieconflict.

6.6 Beperkingen en sterke kanten onderzoek

In het onderzoek zoals dat is uitgevoerd zitten een aantal beperkingen. Beperking zit in het feit dat er slechts vier geestelijk verzorgers hebben meegedaan aan het kwalitatief onderzoek en dit een relatief laag aantal is. Een grotere steekproef onder meer geestelijk verzorgers zou een bredere variëteit aan omgangsmogelijkheden met een familieconflict kunnen aantonen. Mogelijk zouden in een grotere steekproef geestelijk verzorgers kunnen zitten die zichzelf wel voldoende handelingsbekwaam voelen in de omgang met een familieconflict en die specifieke manieren van conflictbegeleiding hebben ontwikkeld. Enerzijds beperkt dit de generaliseerbaarheid van het onderhavige onderzoek voor alle geestelijk verzorgers (Boeije 2016, 66), omdat de resultaten van het onderhavige onderzoek in dat geval niet voor alle geestelijk verzorgers zullen gelden. En anderzijds zijn daarmee bepaalde handelingsperspectieven in het onderhavige onderzoek gemist, die mogelijk voor alle geestelijk verzorgers relevant zouden kunnen zijn.

Een andere beperking is dat de onderzoeker deel is van het meetinstrument (Boeije 2016, 152) en in dit geval vanuit de mediatorsrol en vanuit het denken van Frankl en Nagy het interview heeft ingezet. Dit kan de vragen van de interviews en de interpretatie van de antwoorden onbewust gestuurd hebben, bijvoorbeeld door te veel gericht te zijn op de rol van bemiddeling of door te snel de conclusie te trekken dat bij respondenten een handelingskader ontbreekt. Door de vragen aan respondenten zo open mogelijk te houden is getracht deze beperking te minimaliseren. Dat dit in ieder geval voor een deel gelukt is blijkt uit het feit dat de gevonden resultaten met betrekking tot de houding van de geestelijk verzorger ten opzichte van bemiddeling een nieuw perspectief voor onderzoeker brachten. Hoewel onderzoeker uit ervaring wist dat bemiddeling niet eenvoudig is, was toch verwacht dat de geestelijk verzorger effectiever zou zijn in de bemiddelende rol, juist omdat de geestelijk verzorger de negatieve effecten van het conflict op de spiritualiteit van patiënt en andere partij kan benoemen.

Een sterke kant van het kwalitatief onderzoek is dat alle respondenten langdurige ervaring in hun vak hebben en dat het onderzoek daarmee voldoet aan een belangrijke voorwaarde voor de

betrouwbaarheid. Daarnaast laten de respondenten opvallend veel overeenkomsten zien in hun antwoorden, hetgeen het betrouwbaarheidsgehalte van de gevonden resultaten versterkt.

Een zwakke kant van het literatuuronderzoek is dat in het kader van de omvang van dit onderzoek een beperking moest worden aangebracht en slechts hoofdpunten van het denken van Nagy en Frankl in relatie tot het onderzoeksthema zijn behandeld. Beiden psychotherapeuten leveren in hun literatuur ook veel praktische voorbeelden van cliëntbegeleiding. Bij meer gedetailleerd literatuuronderzoek zouden vooral de besprekingen van cases van familieconflicten aan een levenseinde meer praktische handvatten voor de geestelijk verzorger kunnen leveren.

Daarnaast is een beperking dat zowel Frankl als Nagy een bepaald mens- en wereldbeeld hebben, die niet door alle geestelijk verzorgers gedeeld zal worden. Beiden gaan bijvoorbeeld sterk uit van een menselijke verantwoordelijkheid. In de begeleiding van een familieconflict maakt het een verschil of de geestelijk verzorger betekenisgeving en verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt wil activeren. Als de geestelijk verzorger vooral een luisterende en geen sturende positie wil innemen, zullen de inzichten van Frankl en Nagy de geestelijk verzorger weinig extra handelingsperspectief bieden. Dit beïnvloedt de generaliseerbaarheid van het literatuuronderzoek negatief. Sterke kant van het literatuuronderzoek zit in de combinatie van beide psychotherapieën, omdat deze elkaar duidelijk aanvullen met betrekking tot de onderzochte thematiek en nieuwe inzichten opleveren.

Hoofdstuk 7 – Conclusie en aanbevelingen

7.1 Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek luidde: Hoe gaan geestelijk verzorgers om met een familieconflict in de palliatieve fase?

De conclusie uit het kwalitatief onderzoek onder vier geestelijk verzorgers is dat een familieconflict in de palliatieve fase vaak voorkomt en acuter wordt naarmate de situatie van de patiënt de terminale fase ingaat. Respondenten geven aan dat een familieconflict van negatieve invloed is op het spirituele welbevinden van de patiënt, omdat het schaamte oproept en negatieve emoties als boosheid en verdriet. Ook veroorzaakt het regelmatig schuldgevoelens en kan het patiënten in de terminale fase verhinderen om het leven los te laten en in vrede heen te gaan. Al deze effecten passen binnen het domein van de existentiële- en zingevingsvragen zoals dat is verwoord in de leidraad Zingeving en Spiritualiteit (IKNL 2018). Daarom kunnen familieconflicten tot het aandachtsgebied van de geestelijk verzorger gerekend worden.

De begeleiding die respondenten bieden aan patiënten bij familieconflicten kan na ordening onderverdeeld worden in zeven interventies: initiatief tot gesprek nemen, doorvragen, duiden, inclusiviteit vormgeven, praktisch ondersteunen, bemiddelen en adviseren van de familie. Het bemiddelen tussen een patiënt en de andere partij is door drie van de vier respondenten wel geprobeerd, maar wordt als enige interventie door respondenten als niet succesvol gezien. Dit vanwege de diepte van het conflict en de complexiteit van een bemiddelingsproces. Deze respondenten vinden dat spijtig omdat een verbinding tussen de patiënt en de andere partij als helend wordt ervaren. Ook zien respondenten geen andere disciplines die de bemiddelende taak oppakken.

Wanneer de interventies van respondenten worden afgezet tegen de rollen zoals verwoord in de beroepsstandaard Geestelijk Verzorger van de VGVZ blijkt dat deze met name vallen binnen de rol van begeleider en in mindere mate binnen de rol van representant en voorganger.

De inzichten en interventies vanuit de logotherapie en contextuele therapie van respectievelijk Victor Frankl en Iwan Boszormenyi-Nagy kunnen de handelingsbekwaamheid van de geestelijk verzorger in de begeleiding van een patiënt met een familieconflict versterken. In de eerste plaats omdat de inzichten een interpretatief en duidend kader bieden voor het optreden van de geestelijk verzorger in een familieconflict. In de tweede plaats omdat inzichten vanuit de logotherapie en de contextuele therapie de interventies van de geestelijk verzorger kunnen verdiepen.

7.2 Aanbevelingen

Voor zover bekend is het onderhavige onderzoek het eerste onderzoek naar de rol die geestelijk verzorgers innemen bij familieconflicten.

Eerste aanbeveling is om nader onderzoek te doen onder een grotere steekproef van geestelijk verzorgers of kwantitatief onderzoek onder geestelijk verzorgers naar bemiddelingspogingen of andere (voorbereidende) bemiddelende interventies richting de patiënt, familie en/of de andere partij. Drie van de vier respondenten vindt een ontmoeting tussen de patiënt en de andere partij wenselijk en daarom is de kans groot dat meer geestelijk verzorgers bemiddelingspogingen ondernemen en/of voorbereidende interventies doen voor bemiddeling en hier wellicht creatieve vormen voor hebben gevonden. Het zou jammer zijn om geslaagde bemiddelingspogingen van geestelijk verzorgers niet in beeld te hebben. Het doel van het nadere onderzoek is om te bezien óf er geslaagde bemiddelende activiteiten zijn en zo ja, hoe deze tot stand komen, welke vorm ze hebben en wat de voorwaarden zijn.

Tweede aanbeveling is om nader te onderzoeken hoe mediation een aanvulling kan zijn op het werk van de geestelijk verzorger als hij/zij met een familieconflict wordt geconfronteerd. Dit kan enerzijds door nu al aanwezige vormen van mediation (bijvoorbeeld nalatenschapsmediation en/of familiemediation) binnen de palliatieve zorg meer bekendheid te geven en een netwerk van

mediators te ontwikkelen waar geestelijk verzorgers, afhankelijk van de aard van het conflict, een beroep op kunnen doen. Anderzijds door een nieuwe vorm van palliatieve familiemediation te ontwikkelen waarbij de zingevende en contextuele dimensie van het familieconflict en de oplossing daarvan centraal staat. Dit laatste zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren in afstemming met de stichting Connfinity, de stichting Nalatenschapsmediation of het Instituut Contextuele Benadering van de CHE.

Derde aanbeveling is om nader te onderzoeken hoe de rol van representant en voorganger vanuit de christelijke levensovertuiging op het gebied van de begeleiding van een familieconflict ingevuld kan worden. Aanbeveling is om hierbij in ieder geval het contextuele begrip 'ontschuldigen' in relatie tot schuld en vergeving in een familieconflict nader uit te werken. De ideeën van Annemarie Dillen (Dillen 2001) kunnen hierbij ondersteunend zijn.

Vierde aanbeveling is om een concrete handreiking of cursus 'omgaan met familieconflicten voor de geestelijk verzorger' te ontwikkelen. Alle respondenten staan hiervoor open, mede omdat specifieke literatuur over dit thema ontbreekt. Onderdeel van de handreiking zou het nader uitwerken van de interventies van de geestelijk verzorger kunnen zijn op basis van Frankl en Nagy. Dit zou in afstemming met bijvoorbeeld de VGVZ en/of de stichting Connfinity kunnen plaatsvinden.

LITERATUURLIJST

1. Arnold, E. M., Artin, K. A., Griffith, D., Person, J. L., & Graham, K. G. (2007). Unmet needs at the end of life: Perceptions of hospice social workers. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 2(4), 61-83.
2. Boeije, H. R. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
3. Boszormenyi-Nagy, I., & Bakhuizen, N. C. A. (2000). *Grondbeginselen van de contextuele benadering*. Haarlem: De Toorts.
4. Borzormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1994). *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.
5. Brenninkmeijer, A. F. M., van Oyen, K., Prein, H. C. M., & Walters, P. (2013). *Handboek mediation*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
6. Brussee-van der Zee, L., & Klinefelter-Koopmans, A. (2008). *Mediation in het pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
7. Buber, M., & Storm, M. (2003). *Ik en jij*. Utrecht: Bijleveld.
8. Chan, E. K., O'Neill, I., McKenzie, M., Love, A., & Kissane, D. W. (2004). What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), 502-512.
9. Dillen, A. (2001). Vergeving of exoneratie? Kritische kanttekeningen vanuit en bij de theorie van Ivan Boszormenyi-Nagy. *Tijdschrift voor theologie*, 41(1), 61-84.
10. Dumont, I., & Kissane, D. (2009). Techniques for framing questions in conducting family meetings in palliative care. *Palliative & supportive care*, 7(2), 163-170.
11. Fetters, M., Churchill, L., & Danis, M. (2001). Conflict resolution at the end of life. *Critical Care Medicine*, 29(5), 921-925.
12. Frankl, V. E. (2005). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wenen: Paul Zsolnay Verlag.
13. Frankl, V.E. (2004). *Humaniteit van de menselijke vrijheid. Spiritualiteit en verantwoordelijkheid in psychotherapie*. Wijk bij Duurstede: Nilea.
14. Frankl, V. E., & Lapide, P. (2005). *Gottsuche und Sinnfrage*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
15. Frankl, V. E. (1981). *De zin van het bestaan. De inleiding tot de logotherapie*. Rotterdam: Donker.
16. Ganzevoort, R. R., & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal*. Utrecht: Meinema.
17. Gijbsberts, M. J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25.
18. Guttmann, D. (2008). *Finding Meaning in Life, at Midlife and Beyond: Wisdom and Spirit from Logotherapy: Wisdom and Spirit from Logotherapy*. ABC-CLIO.
19. Integraal Kanker Centrum Nederland (2018). *Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase*. Utrecht: Integraal Kanker Centrum Nederland.
20. Körver, J. W. G. (2010). Conflicten in de context van het pastoraat: een praktisch-theologische en pastorale reflectie. In A. Dillen, & D. Pollefeyt (Eds.), *Ga nu allen in vrede! Omgaan met macht en conflicten in pastorale contexten* (pp. 33-53). Leuven: Davidsfonds.
21. Jacobs, G. (2020). *Zin in geestelijke verzorging*. Utrecht: Net aan Zet.
22. Kramer, B. J., Boelk, A. Z., & Auer, C. (2006). Family conflict at the end of life: Lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 791-801.
23. Leget, C. (2012). *Ruimte om te sterven. Een weg voor naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo.
24. Leget, C. (2016). *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tiel: Lannoo.
25. Lantz, J., Phd. (1994). Primary and secondary reflection in existential family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 16(4), 315-327.

26. Liefbroer, A. I., Ganzevoort, R. R., & Olsman, E. (2019). Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental Health, Religion and Culture*, 22(3), 244-260.
27. Lukas, E. (2002). *Verlust und Gewinn: Logotherapie bei Beziehungskrisen und Abschiedsschmerz*. München: Profil.
28. Meulink-Korf, J. N., & Rhijn, M. A. (2002). *De onvermoede derde: inleiding in het contextueel pastoraat*. Utrecht: Meinema.
29. Mooren, J.H. (1989), *Geestelijke verzorging en psychotherapie*. Amsterdam: Ambo.
30. Onderwaater, A. (2018). *De onverbreekelijke band: inleiding & ontwikkelingen in de contextuele therapie van Nagy*. Amsterdam: Pearson.
31. Prein, H. C. M. (2013). Conflicten. *Handboek Mediation*, 69-94.
32. Riemsdijk, A.M. (2014). *Voortleven. Het hoe en waarom van nalatenschapsmediation*. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu.
33. Schmeets, H. (2014). *Verschillen in sociale samenhang en welzijn tussen provincies*. Den Haag: CBS.
34. Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, 284(19), 2476-2482.
35. Suurmond, J.J. (2010). *Een gevaarlijk geluk. Over spiritualiteit*. Utrecht: Meinema.
36. Van den Eerenbeemt, E. (2009). *Door het oog van de familie: liefde, leed en loyaliteit*. Amsterdam: Bakker.
37. Van den Eerenbeemt, E. M. (2012). *Wie krijgt de gouden armband van moeder?* Amsterdam: Prometheus.
38. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
39. VGVZ (2016). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*. Amsterdam: Vereniging van Geestelijk Verzoekers.
40. Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: Family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(3), 623-638.
41. Warmenhoven, F., Lucassen, P., Vermandere, M., Aertgeerts, B., van Weel, C., Vissers, K., & Prins, J. (2016). 'Life is still worth living': a pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients. *BMC family practice*, 17(1), 52.
42. Weiher, E., & Weber, M. (2003). Ärztliche Seelsorge am Ende des Lebens-Begleiten, Bedeutung geben und Begehen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 4(03), 85-92.

Bijlage 1 Samenvatting interviews per deelvraag en per respondent

Deelvraag	R	Samenvatting
<p>Deelvraag 1:</p> <p>In welke mate en intensiteit signaleert de geestelijk verzorger familieconflicten bij patiënten in de laatste levensfase?</p>	<p>GV1</p> <p>GV2</p> <p>GV3</p> <p>GV4</p>	<p>GV1 geeft aan dat het probleem vaak voorkomt, maar dat de patiënt het vaak maar zijdelings aangeeft. GV1 schat in dat het probleem bij 1/3 van het aantal patiënten voorkomt. Er is veel schaamte over het conflict; de geestelijk verzorger moet er ruimte voor geven en pas dan kan het gesprek hierover ontstaan met de patiënt. Vaak wordt in eerste instantie het conflict als feit meegedeeld en moet de geestelijk verzorger doorvragen naar de impact ervan.</p> <p>GV2 geeft aan dat het probleem vaak voorkomt, maar kan geen aantallen of percentages noemen. Het komt pas ter sprake na actievere vragen van de geestelijk verzorger. Het initiatief ligt bij de geestelijk verzorger. GV2 geeft aan dat patiënten het er liever niet expliciet over willen hebben. GV2 merkt dat een conflict met kinderen meer aan de oppervlakte ligt en eerdergenoemd wordt dan een conflict met broers en zussen. Een conflict met kinderen snijdt in je eigen vlees en er is een sterke wederzijdse afhankelijkheid, ook in praktische dingen zoals zorg, kwetsbaarheid en harmonie.</p> <p>GV3 geeft aan dat er veel schaamte bij de patiënt is over het conflict en dat daarom de patiënt er niet graag mee te koop loopt. Een conflict wordt ervaren als een tekortkoming. De geestelijk verzorger moet het meestal zelf constateren en daar gevoelig voor zijn. GV3 schat in dat een familieconflict bij ongeveer 25% van de patiënten voorkomt. Patiënten willen ook de geestelijk verzorger er niet mee belasten, omdat ze van mening zijn dat het te aards en te werelds is en niet tot het terrein van een geestelijk verzorger hoort.</p> <p>Hij geeft aan dat het probleem regelmatig voorkomt, bij benadering bij ongeveer 20% van de cliënten. Mensen lopen er niet mee te koop en willen de geestelijk verzorger er niet mee belasten. Het komt pas aan de orde als er een goede band is met de geestelijk verzorger en als erop wordt doorgevraagd. Soms weten mensen niet eens meer waar het over gaat en wat de oorzaak van het conflict is.</p>
<p>Deelvraag 2:</p> <p>Welke invloed heeft een familieconflict naar de mening van de geestelijk verzorger op een patiënt in de palliatieve fase?</p>	<p>GV1</p> <p>GV2</p> <p>GV3</p>	<p>Geeft aan dat de impact groot kan zijn en het onderliggende lijden van een patiënt verzaard. Dat bij patiënten een gevoel van falen aanwezig is naar aanleiding van een familieconflict. Als een kind niet meer wil komen in de laatste levensfase geeft dat aan de patiënt een gevoel van niet de moeite waard zijn. Vaak ziet GV1 een gevoel van gelatenheid bij de patiënt, maar wel een blijvend verlangen dat het goed zou komen. GV1 ziet weinig reflectie op de oorzaak van het conflict, zeker niet met betrekking tot de andere partij. Een conflict kan een grote belemmering zijn om het leven los te laten. Het is een reden dat de patiënt minder in vrede sterft.</p> <p>Geeft aan dat een familieconflict een grote impact heeft. Als een patiënt het gevoel heeft dat er niets meer aan te doen is ontstaat er soms verharding, die naar het gevoel van de geestelijk verzorger ook fysiek merkbaar is. Dat is in ongeveer een derde van de gevallen aan de orde. Bij een andere groep (ook circa een derde) is er een soort gelatenheid. De patiënt heeft rust nodig en wil niet met het conflict geconfronteerd worden. Daarnaast (ook bij circa een derde groep patiënten) is er verdriet en dat verdriet slaat naar binnen. Het conflict heeft daardoor grote impact op het spiritueel welbevinden van de patiënt. De geestelijk verzorger ziet weinig reflectie bij de patiënt op de oorzaken van het conflict. GV2 geeft aan geleerd te hebben, onder andere door middel van de contextuele benadering, aan dat het spirituele effect niet beperkt blijft tot de patiënt, maar ook van invloed is op de andere partij en de volgende generatie</p> <p>GV3 geeft aan dat er schaamte is over het conflict, omdat het conflict als te aards wordt gezien. Ook al heeft de patiënt jarenlang het idee gehad dat hij of zij in zijn recht staat, in het oog van de dood wil de patiënt zich richten op de vergeving en het afstand nemen van het conflict. Dit doet de patiënt met het oog op de credits die in het hiernamaals verkregen worden als hij in staat is te vergeven. De patiënt is ook geneigd om vergeving te vragen, omdat het in dit leven makkelijker is om vergeving te krijgen dan in het hiernamaals. GV3 geeft aan dat er een soort 'handelsmansgedachte' inzit, met een enigszins egoïstisch element: ik moet in het hiernamaals nog iets doen, want dat vergroot mijn geluk in het hiernamaals. Soms is de patiënt wel boos om het conflict, maar boosheid wordt gezien als iets van Satan. GV3 ziet ook dat het conflict tot iets goeds kan leiden, omdat de patiënt reflecteert op diepere waarden als verbondenheid en familielevens. Het conflict leidt in de reflectie dus tot iets zinvol volgens GV3. GV3 constateert ook dat er verdriet is om de gemiste kans op een goed familieleven, die het gevolg was van het jarenlange conflict. Dit maakt echter niet dat het conflict wordt uitgesproken, want dat wordt als te ingewikkeld ervaren. Er komt eerder iets relativerends: het conflict was niet zo belangrijk en het hoeft niet uitgeplozen te worden. De patiënt legt zichzelf een norm op: het moet in de eindfase van het leven gaan om de vergeving en niet om het conflict. Dit met het oog op diepere waarden en de verdienste in het hiernamaals.</p>

	GV4	Geeft aan dat een familieconflict een grote impact heeft. Het belemmert de patiënt om het leven in vrede af te sluiten en het belemmert de patiënt om het leven los te laten. Onvrede kan heel pijnlijk en moeilijk zijn. Het is een basisgevoel dat je vrede met je kind wil. Er is verdriet en er is een schuldgevoel: 'ik heb het ook niet altijd goed gedaan'. Volgens GV4 is er veel reflectie van de patiënt op het conflict, soms zijn het luttele oorzaken. Patiënten zijn bezig met wat nog niet af is. Niet de mooie dingen uit het leven komen in gesprekken aan de eindfase van het leven terug, maar de pijnpunten.
<p>Deelvraag 3:</p> <p>Welke rol neemt de geestelijk verzorger in bij een familieconflict?</p>	<p>GV1</p> <p>GV2</p> <p>GV3</p> <p>GV4</p>	<p>Heeft antennes ontwikkeld om te horen wat er speelt in het leven van de patiënt. GV1 heeft in het begin van de loopbaan geprobeerd om te bemiddelen, maar dat was niet succesvol, omdat de familie het niet vond horen bij de business van een geestelijk verzorger. Sindsdien steekt GV1 geen moeite meer in bemiddeling, omdat dit frustrerend is. GV1 wil wel de hoop levend houden bij de patiënt dat het anders kan. Wanneer GV1 merkt dat er ruimte voor verbinding met de ander partij is probeert GV1 dat te versterken. GV1 ziet hierin soms een verschil tussen de familie en de patiënt. De familie wil het conflict laten rusten, voor de patiënt is het een belangrijk thema. GV1 verkent of er pogingen zijn ondernomen om tot verbinding te komen. GV1 oppert bijvoorbeeld het sturen van een berichtje, maar laat het initiatief bij de patiënt. Een geestelijk verzorger moet erkennen dat er een conflict is, het moet niet weggemoffeld worden. De methode die GV1 gebruikt in het gesprek is de Diamant methode van Carlo Leget. GV1 probeert via deze methode de innerlijke ruimte van de patiënt met betrekking tot de aanvaarding van het conflict te vergroten. GV1 probeert altijd de andere partij inclusief te maken, bijvoorbeeld door de andere partij te betrekken in een gebed. GV1 sluit aan bij de richtlijn van het ziekenhuis dat een probleem uit de thuissituatie niet opgelost kan worden in het ziekenhuis. Maatschappelijk werk houdt zich bezig met de actuele situatie van een onenigheid in de familie met betrekking tot bijvoorbeeld zorg- en medische vraagstukken. De geestelijk verzorger neemt het bredere verhaal mee van de familiegeschiedenis volgens GV1 en overstijgt daarmee het moment.</p> <p>Neemt bij de signalering van een familieconflict door bijvoorbeeld de verpleging vaak het initiatief om hier, laagdrempelig, over te praten met de patiënt. Het gesprek heeft als doel om af te tasten wat er speelt en om zo mogelijk beweging te krijgen in gestolde opvattingen. Soms wat ongemakkelijke invalshoeken inbrengen, bijvoorbeeld vanuit de ander partij. Of proberen dat de patiënt leert aanvaarden dat het niet anders kan. GV2 probeert zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wens van de patiënt. Als een patiënt het niet wil gaat GV2 niet in een conflict peuren. GV2 geeft aan dat het risico aanwezig is dat de onrust vergroot wordt. In de beginperiode van het werk van GV2 heeft GV2 geprobeerd om de andere partij te benaderen, omdat GV2 zag welke negatieve invloed de verwijdering had op de patiënt. Achteraf vindt GV2 dat GV2 zich te veel voor het karretje van de patiënt heeft laten spannen en dat het conflict ingewikkelder is, dan het perspectief van de patiënt. Sindsdien neemt GV2 geen rol meer in naar de andere partij. Wel probeert GV2 in de geestelijke begeleiding altijd de andere partij present te stellen en een meerzijdige partijdigheid vorm te geven. Maar GV2 is er in de eerste plaats voor de patiënt. Als er een verlangen is om tot contact te komen gaat GV2 wel een gesprek aan hoe dat zou kunnen, bijvoorbeeld door praktische zaken te opperen als een berichtje naar de andere partij sturen.</p> <p>Sluit vooral aan bij de behoefte van de patiënt. GV3 geeft aan dat patiënten vaak niet over het conflict met de geestelijk verzorger praten. GV3 moet vaak indirect over het conflict horen. In die gevallen probeert zij ook indirecte vragen te stellen over het conflict, om af te tasten of de patiënt hierover wil spreken. Vaak zijn het algemene gesprekken die gaan over nastrevenswaardige waarden die van belang zijn in het leven. GV3 werkt vanuit de presentietheorie. Zij zal zelf niet het initiatief nemen om een conflict bespreekbaar te maken, maar wil present zijn voor de wensen van de patiënt. Als patiënten een waardesysteem van vergeving opzetten rond een conflict, dan steunt GV3 hen daarin en geeft aan dat zij daarin ook leert van de patiënt. Zij zal respect tonen voor de patiënt als hij deze waarden nastreeft. Als patiënt boosheid toont, zal GV3 aangeven dat er ruimte mag zijn voor boosheid. GV3 geeft aan dat de patiënt vanuit zichzelf en de omgeving weet dat vergeving nagestreefd moet worden. Zij wil vanuit de presentietheorie er vooral voor de patiënt zijn en ruimte geven aan zijn of haar proces en emoties.</p> <p>Vindt het belangrijk om als geestelijk verzorger een bijdrage te leveren dat een patiënt in vrede sterft. Het is daarom in de eerste plaats belangrijk om als geestelijk verzorger het conflict te thematiseren, dat is bespreekbaar te maken met de patiënt. Het is de taak van de geestelijk verzorger om met de patiënt te kijken of er nog iets onaf is. GV4 geeft aan dat alleen het benoemen van het conflict helpt om het leven te aanvaarden en los te laten. De werkelijkheid van het leven onder ogen zien is beter dan een schijnconstructie ophouden. GV4 geeft aan dat wat het licht niet kan zien ook niet kan genezen. Ook het gezamenlijk onderzoeken met de patiënt wat het conflict heeft betekend kan helend zijn. Als een patiënt het onder woorden kan brengen en kan ordenen, kan hij er afstand van nemen. De geestelijk verzorger moet helpen om met compassie te kijken naar de dingen die niet af zijn. De geestelijk verzorger moet hier voorzichtig opereren, omdat de diepte van het conflict voor de patiënt overweldigend kan zijn. Soms moet de geestelijk verzorger de put ook dichtlaten. Dit vraagt inzicht van de geestelijk verzorger.</p>

		<p>GV4 geeft aan dat hier meestal een verschil zit tussen de patiënt en de familie. De familie is soms deel van het probleem en vindt het moeilijk als het conflict benoemd wordt en wil het niet aan de orde hebben. Terwijl het voor de patiënt ruimte biedt en vrede schept om het conflict wel te benoemen. De geestelijk verzorger is er in de eerste plaats voor de patiënt, maar heeft naar de familie toe ook een rol.</p> <p>GV4 tast in de tweede plaats altijd af of er nog mogelijkheden zijn om een ontmoeting te realiseren met de andere partij. GV4 stimuleert de familie om deze mogelijkheden na te gaan en moeite te doen voor een ontmoeting. Als er een kans is probeert GV4 een bemiddelende rol te spelen. Maar vaak is dat niet meer mogelijk en krijgt hij nul op rekest omdat situaties verhard zijn. Er zou meer tijd nodig zijn.</p>
<p>Deelvraag 4:</p> <p>Welke rol zou de geestelijk verzorger in willen nemen bij een familieconflict?</p>	<p>GV1</p> <p>GV2</p> <p>GV3</p> <p>GV4</p>	<p>Geeft aan dat zij met betrekking tot deze vraag een dilemma voelt tussen realisme en idealisme. GV1 heeft de indruk dat een familieconflict wel beter begeleid zou kunnen worden omdat het een helende invloed heeft op de patiënt. GV1 geeft aan veel blijdschap te ervaren als er een hernieuwde verbinding mogelijk is tussen patiënt en de andere partij, in haar herinnering soms dankzij en soms ook ondanks de rol van GV1. Ze heeft een voorbeeld waarin een misverstand van haar onbedoeld leidde tot een ontmoeting tussen de patiënt en de andere partij. Dit vond GV1 erg mooi. Tegelijk geeft het ziekenhuis waar GV1 werkt geeft aan dat problemen die er thuis zijn niet opgelost kunnen worden in het ziekenhuis en conformeert GV1 zich in principe aan de regel dat de status quo wordt geaccepteerd. Als een familieconflict tijdens de ziekenhuisopname belemmerend werkt wordt de familie doorverwezen naar het maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Maatschappelijk werk probeert deze familie te begeleiden bij actuele vraagstukken in besluitvorming met betrekking tot zorg- en medische behandelingen. GV1 geeft aan dat maatschappelijk werk zich bezighoudt met de actuele problematiek, maar dat de geestelijk verzorger het bredere verhaal van een familiegeschiedenis dient mee te nemen en zo ook de actualiteit probeert te overstijgen. GV1 heeft een methode gevonden om inclusiviteit van de ander in het gebed en de ziekenzalving vorm te geven en is tevreden met haar benadering. GV1 zou wel open staan voor een cursus of meer ondersteuning, bijvoorbeeld vanuit de contextuele benadering, hierin.</p> <p>Geeft aan dat het schadelijk is om met conflicten te sterven en dat iets van een uitgestoken hand helend kan zijn voor zowel de patiënt als de andere partij. Maar GV2 heeft geleerd om zich niet te mengen in de complexiteit van een conflict. Mede door een cursus in de contextuele benadering heeft zij geleerd dat in een conflict meerzijdige partijdigheid belangrijk is en dat probeert zij vorm te geven door inclusiviteit naar de andere partij in het gesprek met de patiënt vorm te geven. Mogelijk zou een doorverwijzing naar een mediator wel zinvol zijn als patiënten iets met het conflict zouden willen doen. Als een familieconflict een hoofdbestanddeel in het gesprek met de patiënt zou zijn GV2 behoefte zou hebben aan meer tools qua begeleiding. Maar GV2 geeft hier geen prioriteit aan. Ook geeft GV2 aan bescheiden te willen denken over de mogelijkheden die GV2 als geestelijk verzorger heeft in een familieconflict.</p> <p>Geeft aan dat de uitnodiging tot het interview GV3 heeft doen nadenken over deze problematiek. GV3 geeft aan dat het goed is als de geestelijk verzorger alerter is bij het signaleren van deze problematiek, omdat er veel schaamte is. Dit om de patiënt meer ten dienste te zijn. Als een conflict vaker naar voren zou komen zou GV3 daarin vooral een luisterende en een vanuit de Islam adviserende rol willen innemen. Doorverwijzen naar een andere professional bij een conflict zou een mogelijkheid zijn, maar GV3 heeft dit nooit meegemaakt. GV3 wil zich alleen richten op de patiënt en ziet voor de geestelijk verzorger geen bemiddelende rol richting de andere partij.</p> <p>Vermoedt dat er kansen blijven liggen rond de mogelijkheden van verbinding of verzoening naar of met de andere partij in de laatste levensfase. GV4 twijfelt of soms te snel naar acceptatie van de status quo wordt overgegaan, terwijl GV4 ziet dat een vorm van ontmoeting soms al helend kan zijn, zonder het conflict helemaal uit te peuren. Tegelijk geeft GV4 aan dat het soms beter is om de status quo te accepteren. Dit vraagt inzicht en onderscheidingsvermogen van de geestelijk verzorger. GV4 werkt samen met andere professionals als een psycholoog en meer samenwerking is volgens GV4 een goede richting. GV4 zou meer tools willen ontwikkelen, bijvoorbeeld vanuit de mediation, om nog effectiever te zijn bij de begeleiding van een familieconflict.</p>