

"Samenwerking huisartsen en geestelijk verzorgers".

Artikel wordt in september 2015 gepubliceerd in het tijdschrift voor geestelijk verzorgers

Inleiding

"Er zijn minder middelen beschikbaar om de verzorging van ouderen te garanderen, tegelijkertijd moeten meer ouderen zelfstandig thuis blijven wonen. Uit een enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging onder 875 huisartsen blijkt dat dit onherroepelijk problemen voor ouderen veroorzaakt. 83 procent van de huisartsen verwacht dat ouderen hierdoor slechter gaan eten en drinken of geestelijk achteruit gaan (47 procent). Maar liefst 78 procent van de huisartsen geeft aan deze effecten nu al te merken door sluiting van verzorgingshuizen."¹

Aandacht voor geestelijk welzijn van patiënten is de laatste tijd in de reguliere gezondheidszorg normaler geworden, zoals uit dit citaat van de landelijke huisartsen vereniging blijkt. Spirituele zorg en aandacht voor levensvragen is een onderdeel van de geestelijke zorg. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de meeste patiënten spirituele zorg belangrijk vinden. Wanneer een arts bijvoorbeeld geen aandacht besteedt aan levensvragen bij naderend levenseinde, voelt de patiënt zich vaak onpersoonlijk behandeld.

In de praktijk blijkt dat huisartsen spiritualiteit en levensvragen (te) weinig aan de orde stellen. Dat komt deels uit tijdgebrek, deels uit gebrek aan kennis en heeft ook te maken met de taakopvatting van de huisarts; is dit wel zijn/haar zorg?

In dit artikel ga ik in op de mogelijkheden van geestelijk verzorgers (gv-ers) om aanvullend en ondersteunend aan de huisarts, aandacht te geven aan levensvragen en spiritualiteit. Er zijn een aantal initiatieven op dit vlak maar de praktijk blijkt weerbarstig en het lukt maar zeer sporadisch om voldoende inkomsten hieruit te krijgen. Toch denk ik dat er kansen zijn! Ik gebruik daarbij mijn praktijkervaringen als trainer, begeleider van geestelijk verzorgers en huisartsen en mijn informatie van een aantal projecten waar gv-ers in de 1e lijn werken.

1. Geestelijk verzorgers in de 1e lijn!

In plaats van je af te vragen waarom je geestelijk verzorgers in de 1e lijn zou willen inzetten, is het beter om de vraag om te draaien: waarom zou je géén geestelijk verzorger in de 1e lijn inschakelen? De patiënten willen aandacht voor levensvragen én de huisartsen zien vaak het belang van zingeving en spiritualiteit maar hebben niet altijd de gevoeligheid of tijd om dit te bespreken. Er is ook financiering te vinden!

¹ Website landelijke huisartsen vereniging, maart 2014.

Geestelijk verzorgers in de eerste lijn zijn er nog niet veel, er is een aantal projecten en centra voor levensvragen waar geestelijk verzorgers aan verbonden zijn maar de aanloop is zover ik kan nagaan niet groot omdat er te weinig wordt doorverwezen². Jammer genoeg zijn hier weinig cijfers over bekend³.

Het is nog pionieren in de 1e lijn, recepten of kant en klare oplossingen zijn er niet. Wel zijn er mijns inziens veel mogelijkheden. Dat vereist bewust weten *wat* je aan *wie* aanbiedt en hoe je dat doet. Met andere woorden: ondernemen. Onder ondernemen versta ik iets nieuws creëren, een 'steen verleggen in de rivier', een dienst die het leven anders, beter maakt en dus een markt creëert. Deze manier van ondernemen is 'durfondernemerschap', dus anders dan de bakker die brood bakt omdat er markt voor is. In het bedrijfsleven wordt geaccepteerd dat 95% van dit soort initiatieven mislukt.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor geestelijke verzorging in de 1e lijn om een dienst te ontwikkelen die aansluit bij de behoefte van de arts en de patiënt. Ten eerste: aansluiten bij "officiële" richtlijnen en trends, of te zorgen dat de richtlijnen zo uitgebreid worden dat geestelijke verzorging een plek krijgt. Een tweede mogelijkheid is om te zorgen dat je met de huisarts in gesprek komt en zoekt naar wat de huisarts wil. Als laatste is het belangrijk om je zelf specialist te maken binnen de geestelijk verzorging.

1.1 aansluiten bij richtlijnen, trends en ontwikkelingen op het gebied van spiritualiteit in de 1e lijn.

Spiritualiteit wordt steeds meer door gezondheidsorganisaties en de overheid erkend als belangrijk onderdeel van de zorg. Hierdoor is spiritualiteit geen persoonlijke 'hobby' van de geestelijk verzorger maar een algemeen gedragen onderwerp dat in belang is van de patiënt. Hieronder geef ik een paar voorbeelden van werkvelden waar spiritualiteit wordt gezien als belangrijk.

De palliatieve zorg is bij uitstek een werkveld waar de noodzaak om aandacht te geven aan spiritualiteit door artsen en verpleegkundigen wordt ervaren. Het belang van spiritualiteit wordt expliciet genoemd in de richtlijn palliatieve zorg van de WHO van 2002. Dit is net zo belangrijk als aandacht voor psychische, sociale en lichamelijke dimensies.

In Nederland sluit ZonMw (een intermediair tussen wetenschap, beleid en praktijk) hierbij aan. In hun verbeterprogramma is er aandacht voor zorgbehoefte van de patiënten en naasten op lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied. Staatsecretaris Van Rijn wil dat de palliatieve zorg

² Er is een klein aantal projecten dat (relatief) goed loopt: Zin in Utrecht; Motto, Rotterdam; Levinas luistersprekuren Rotterdam; Centrum voor ontmoeting in levensvragen, Nijmegen; geestelijk verzorgers tijdens de palliatieve fase in Noord Oost Brabant. Het aantal cliënten dat een gesprek heeft met een gv-er varieert van 7 tot 35 per project per jaar.

³ Voor organisaties zoals de VGVZ en Centrum voor levensvragen is de uitdaging om inzichtelijk te maken welke initiatieven succesvol zijn en waarom. Ook meer studie naar de effecten van geestelijke verzorging intra- en extramuraal zijn belangrijk.

dichter bij huis worden georganiseerd. Een goed aanknopingspunt voor geestelijk verzorgers om hierover met de huisarts in gesprek te gaan.

Soms wordt spiritualiteit niet expliciet genoemd maar zijn er, als je alert bent, kansen voor de geestelijk verzorger. Leerhuizen Palliatieve Zorg uit Rotterdam heeft in samenwerking met het UMC het USD⁴ zo uitgebreid dat er structureel aandacht is voor zingeving en levensvragen. Naast de reguliere vragen zijn de extra vragen: Over mijn familie maak ik me geen zorgen/erg veel zorgen; ik voel me ondersteund door...; ik verlang naar....

Zo wordt een uitstekende mogelijkheid geboden voor doorverwijzen naar geestelijk verzorgers of het scholen van verpleegkundigen om met de cliënt over deze vragen in gesprek te gaan.

Er ontstaan steeds meer projecten voor de Palliatieve thuiszorg. Een goed voorbeeld is PaTz-projecten⁵. PaTz heeft tot doel om voor patiënten met palliatieve zorgbehoeften, de zorg thuis zo goed mogelijk te laten verlopen door het samenbrengen van huisartsen en wijkverpleegkundigen in een inhoudelijk overleg. De leden van het PaTz-project inventariseren wat een patiënt nodig heeft. Daarbij is er aandacht voor de spirituele dimensie. Dat vraagt in de eerste plaats van de hulpverlener een houding die ruimte biedt. Belangrijk daarvoor is een rustige, aandachtige aanwezigheid, een luisterend oor. In de richtlijn worden drie eenvoudige vragen geformuleerd als vertrekpunt voor het gesprek met de patiënt:

1. Wat houdt u op het ogenblik het meest bezig?
2. Waar had u steun aan op andere momenten in het leven wanneer het moeilijk was?
3. Is er iemand die u graag bij u zou willen hebben?

Aansluiten bij een PaTz project is een goede mogelijkheid om met artsen in gesprek te komen en je expertise te laten zien. De bijdrage van een gv-er kan zijn om specifiek op een casus in te gaan of de hulpverlener te steunen in het werk.

De richtlijn spirituele zorg van het Integraal Kanker centrum Nederland (IKNL) is een zeer lezenswaardige stuk en heeft als kerngedachte dat aandacht voor levensvragen een opdracht is voor alle zorgverleners. Maar als die zorg complexer wordt zal er een beroep kunnen worden gedaan op geestelijk verzorgers of werkers op psychosociaal terrein. Een goede kans dus voor een geestelijk verzorger om bij aan te sluiten.

Er is geen reden om te veronderstellen dat spiritualiteit alleen in de laatste fase belangrijk is zoals de WHO dit benoemt. Machteld Huber ontwikkelde een nieuw, dynamisch concept 'positieve

⁴ Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) is een instrument waarmee patiënten de mate waarin zij een klacht ervaren kunnen scoren op een schaal van 0 – 10 (geen – intens, erg veel last). Door middel van de vragen "Ik heb" en "Ik voel" worden de symptomen structureel in kaart gebracht. Het Utrecht Symptoom Dagboek helpt patiënten inzicht te krijgen in hun klachten, ondersteunt de communicatie tussen patiënt, naasten en zorgverleners en biedt de mogelijkheid het effect van interventies te evalueren.

⁵ Zie www.patz.nu

gezondheid', bestaande uit zes dimensies waaraan je gezondheid kunt aflezen: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Beleidsmakers, onderzoekers en artsen hadden voor gezondheid een 'smalle', biomedische interpretatie (waarbij vooral belang werd toegekend aan zaken als lichamelijke functies), terwijl patiënten het begrip juist heel breed opvatten en alle zes dimensies bijna even belangrijk vonden. Huber: "Doordat de nadruk ligt op veerkracht en eigen regie, voelen patiënten zich in hun kracht aangesproken en niet uitsluitend benaderd als zieke. Voor deze groep zijn sociale participatie en zingeving minstens zo belangrijk als aandacht voor hun fysieke klachten. Het is belangrijk dat een arts dat ook ziet." Instanties als GGD Nederland zien het nieuwe concept als kader voor herinrichting van de preventieve zorg.

Naast de directe geestelijke zorg blijkt uit de bovenstaande voorbeelden dat het ook nodig is om zorgverleners te scholen. Want aandacht voor levensvragen wordt steeds meer gezien als opdracht voor alle zorgverleners.

1. 2 In gesprek met de huisarts

Waarom zouden artsen zich moeten verhouden tot de levensbeschouwelijke achtergrond of spiritualiteit van hun patiënten? Er is hiervoor een aantal redenen:

- Het is voor artsen belangrijk om klachten (zoals pijn) te kunnen verstaan tegen de achtergrond van wie de patiënt (in het diepst van zijn wezen) is.
- Als op momenten van crisis zingevingsvragen die naar boven komen niet worden opgepakt, kan dat leiden tot andere of tot versterking van fysieke klachten.
- Bij het nemen van beslissingen in verband met het levenseinde is het voor een arts belangrijk om te weten wat voor de patiënt van belang/waarde is.
- Het is belangrijk voor artsen om aandacht te hebben voor en aan te kunnen sluiten op krachtbronnen van de patiënt^{6, 7}.

Om het bovenstaande ook daadwerkelijk geaccepteerd te krijgen door artsen is het belangrijk je ook in hen te verplaatsen. Lees wat zij lezen, zoals bijvoorbeeld de KNMG handreiking om met de patiënt het gesprek aan te gaan over grenzen, wensen en verwachtingen rond het levenseinde. Of verdiep je in de test van VVAA (vereniging artsen en automobilisten) over bezieling bij 1e lijns werkers.

Mijns inziens zal de huisarts moeten ervaren dat de geestelijk verzorger aanvullend is op de praktijk en daarmee ook werk van de huisarts uit handen kan nemen. Dat begint door elkaar te ontmoeten in

⁶ Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. drs. Annemieke Kuin Agora, maart 2009.

⁷ Lees ook eens verpleegkundig competentieprofiel spiritualiteit in de zorg.

http://zorgvoorspiritualiteit.weebly.com/uploads/8/7/5/9/8759870/spiritualiteit_in_de_zorg.pdf

bijvoorbeeld de PaTz projecten waar de huisarts ziet wat de geestelijk verzorger heeft toe te voegen. Het is in deze ontmoetingen belangrijk om te vragen aan de huisarts wat ze van de geestelijk verzorger willen weten, zoals ik tijdens trainingen doe. Er blijkt weinig kennis te zijn over het werk van geestelijk verzorgers. De huisartsen formuleerden onder andere de volgende vragen aan geestelijk verzorgers:

- Hoe vaak begeleiden jullie?
- Wanneer stop je met begeleiden?
- Wat voor opleiding hebben jullie?
- Hoe is jullie kwaliteit gegarandeerd?
- Wanneer trekken jullie aan de bel bij de huisarts?

In de zelfde training heb ik gevraagd wat de huisartsen aan de geestelijk verzorger duidelijk willen maken. De volgende punten werden genoemd:

- Wij willen graag communicatie als het niet lekker loopt
- Wij willen geen details maar de grote lijn
- Wij hebben weinig kennis van veel religies
- Spagaat tussen emoties en technisch handelen
- Wij hebben weinig tijd

1.3 Maak je zelf specialist

Wat het werk van geestelijk verzorgers precies inhoudt is voor veel (huis)artsen onduidelijk, zoals eerder bleek. Een goede strategie is daarom om je te specialiseren in een thema. Het is daardoor inzichtelijk wat je te bieden hebt en doorverwijzen door de huisarts naar de gv-er is makkelijker. Bovendien krijg je geen financiering binnen de WMO, maar ook niet op andere plekken, voor geestelijke verzorging als het gaat om 'het bieden van een vrijplaats' of 'begeleiding bij religie en spiritualiteit'. Later in dit artikel kom ik op de financiering terug.

Er zijn verschillende manieren om je expertise te laten zien. Wees daar niet te bescheiden in zoals de volgende uitspraken van geestelijk verzorgers laten zien: "de huisarts moet weten dat ik deskundig ben" of "ik word graag betrokken in de palliatieve fase" of "ik ben altijd bereikbaar". In feite weet een huisarts nog niets na deze uitspraken.

Inhoudelijke specialisaties die aansluiten bij vragen van patiënten en duidelijke meerwaarde laten zien aan artsen kunnen bijvoorbeeld zijn: levensvragen rondom alzheimer; ondersteuning aan ouders met een ongeneeslijk ziek kind; kanker en zingevingsvragen, ouderen en eenzaamheid, etc etc. Specialiseren trekt klanten, in dit geval huisartsen, die kunnen doorverwijzen want het is duidelijker voor ze hoe ze baat kunnen hebben bij jou. Een ander voordeel is dat het interessanter is om met je samen te werken, je hebt minder concurrenten en je vergroot je bekendheid.

Een goed voorbeeld van een specialistisch geestelijk verzorger is Tim van Iersel. Hij laat concreet via social media zien wat hij doet en wat hij bijdraagt aan de patiënt of de organisatie op het gebied van zingevingsvragen en dementie.

Een ander onderwerp voor specialisatie kan geestelijke verzorging bij eenzaamheid zijn. Uit een onderzoek onder ouderen die op een wachtlijst voor een verzorgingshuis stonden, bleek dat mensen veiligheid en emotionele eenzaamheid noemen als reden om in een verzorgingshuis te willen wonen. Een thuiszorgorganisatie heeft naar aanleiding van dat onderzoek besloten een geestelijk verzorger in dienst te nemen om mensen thuis van geestelijke zorg te kunnen voorzien. Met geestelijke verzorging wil de organisatie proberen de emotionele eenzaamheid van thuiswonende oudere cliënten te verminderen.

Andere specialisaties die passen bij de prestatievelden 4, 5 en 6 van de WMO zijn: ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. Het bevorderen dat mensen met een beperking of chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem, deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren.

Daarnaast is er de traditionele specialisatie vanuit de denominatie. Natuurlijk heel logisch, maar voor artsen is het niet altijd bekend op welk vlak geestelijk verzorgers behorende tot een religie (katholieken, protestanten, hindoe etc) zijn in staat mensen te ondersteunen met specifieke geloofsvragen gekoppeld aan medische klachten. Een aangrijpend voorbeeld hoorde ik van een moslima die na een abortus last kreeg van psychische klachten. Ze durfde met de familie niet te spreken over de abortus, haar verdriet en haar schuldgevoel. Doorverwijzing van de huisarts naar de vrouwelijke islamitische verzorger had als gevolg dat de vrouw de gebeurtenis kon accepteren en zichzelf daardoor niet als een slecht mens zag.

Een ander voorbeeld is de moeite die moslims hebben met de directheid van Nederlandse artsen over het naderend levenseinde. De westers medische ethiek gaat met deze slecht nieuwsgesprekken anders om dan de islamitische medische ethiek waar de artsen geneigd zijn het slechte nieuws voor de patiënt achter te houden. Samenwerking van de huisarts met de islamitisch geestelijk verzorger is rondom ethische kwesties erg waardevol.

2. Financiering

Financiering in de eerste lijn is mogelijk.

- Financiering uit de post POH-GGZ. Er zijn afspraken tussen de minister van VWS en de LHV in het convenant huisartsenzorg dat er meer budgettaire ruimte komt voor extra ondersteuning in de huisartsenpraktijk door praktijkondersteuners-GGZ (POH-GGZ). Geestelijk verzorgers kunnen uit dit budget worden gefinancierd. Dit gebeurt in samenspraak met de verzekeraar. Aandachtspunt is dat de verzekeraar wel in grote lijnen wil weten waar de vragen over gaan. Bij gezondheidscentrum Levinas in Rotterdam, waar de huisartsen en geestelijk verzorgers op deze manier samenwerken, rapporteren ze met de ICPC code (internationale code voor eerstelijns gezondheidszorg).

- Verzekeraars zijn in het kader van de zorgverzekeringwet sinds 2015 verantwoordelijk voor een groot deel van de persoonlijke verzorging en de wijkverpleging.

Een enkele keer financiert een verzekeraar geestelijke verzorging in de 1e lijn. Bijvoorbeeld in Brabant waar verzekeraar CZ palliatieve geestelijke zorg in de thuissituatie financiert.

- Sinds 2015 hebben de gemeenten een taak binnen de WMO op het terrein van de extramurale zorg. De gemeente is verantwoordelijk voor begeleiding, dagbesteding en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Op grond van de prestatievelden 4, 5 en 6 van de WMO (zie ook vorige paragraaf) kunnen gemeenten financiering beschikbaar stellen voor geestelijke verzorging, bijvoorbeeld om zinverlies of eenzaamheid bij cliënten te voorkomen en om sociale relaties te versterken. Ook kunnen geestelijk verzorgers hun deskundigheid inzetten om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. Het is nog niet vanzelfsprekend dat dit type werk door de thuiszorg wordt geleverd. Het blijft nodig met het CIZ te praten over wat geestelijke verzorging is. Ze verwarren het vaak met maatschappelijk werk⁸.

- Een aantal zorginstellingen combineert intra- en extramurale zorg. Als gv-er 1e lijn is het mogelijk om met deze instellingen in gesprek te gaan en te praten over financiering. Bijvoorbeeld door samen een projectplan op te stellen en aan te bieden aan verzekeraars of fondsen.

- Naast de WMO zijn er binnen gemeente en rijksoverheden subsidiemogelijkheden voor bijvoorbeeld ondersteuning aan mantelzorgers of voor stressreductie op het werk. Dit vraagt tijdinvestering in een goed projectplan maar is zeker de moeite waard.

- Verschillende GGD's omarmen het concept van Machteld Huber, waarin zij verschillende aspecten van gezondheid benadrukt: fysieke gezondheid, mentale gezondheid, sociale en maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en zingeving⁹. De regio Noordelijke Maasvallei (bestaande uit gemeenten, ziekenhuis, GGZ-instelling, zorggroepen) wil binnen vijf jaar de medische en sociale zorg inrichten op basis van het concept, de GGD Amsterdam ook.

⁸ Zie de site van de VGVZ voor alle informatie over financiering en WMO.

⁹ Achtergrond informatie: <http://www.topicus.nl/over-topicus/topicus-nieuws/zelfregie-vraagt-om-synergie-in-systemen-2/>

- Als laatste zijn er natuurlijk veel fondsen en legaten waar stichtingen gebruik van kunnen maken. Voor een goed projectplan is er zeker financiering te vinden. Veel centra van levensvragen worden gefinancierd door fondsen, op de meeste sites staat door wie ze gefinancierd worden.

Conclusie

Er is een aantal mogelijkheden om in de 1e lijn te werken. Het vraagt van de geestelijk verzorger pionierskwaliteiten waaronder jezelf specialiseren, op de hoogte blijven van de wereld van de huisarts en maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast zal je zelf moeten zoeken naar financiering.

Op die manier zijn er mogelijkheden om iets nieuws te creëren, een 'steen verleggen in de rivier', een dienst aan te bieden die het leven van de hulpverlener en de patiënt anders én beter maakt en dus een markt creëert.

Anne Stael is adviseur en projectleider op het gebied van zingeving en zakelijkheid. Ze adviseert en traint onder andere (vrijgevestigde) geestelijk verzorgers en artsen. Voor meer informatie over haar werk: www.zienwatonzichtbaaris.nl, of neem contact op via info@annestael.nl, 06 46200281

Met dank aan: Bart Hochstenbach, Suzette van Ijssel, Linda Modderkolk, Marc Rietveld, Wim Smeets, Bart Niek van de Zedde.