

HART VOOR DE ZORG



EN

ZORG VOOR HET HART

HART VOOR DE ZORG & ZORG VOOR HET HART

Een kwalitatief onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk verzorgers.

Mastersthesis Universiteit voor Humanistiek

Utrecht, januari 2016

Charlotte S. A. Molenaar

Studentnummer: 80016

csa.molenaar@gmail.com

Scriptiebegeleider

Dr. Christa Anbeek

Universitair hoofddocent Existentiële en levensbeschouwelijke reflectievaardigheden

Meelezer

Dr. Shirley Oomens

Universitair docent Sociaalwetenschappelijke onderzoeksmethoden

Afstudeercoördinator

Dr. Wander van der Vaart

Universitair hoofddocent Onderzoeksmethodologie

Voorwoord

De houten poppetjes op de foto herinneren mij eraan hoe ik als klein meisje bij mijn vader in de huisartsenpraktijk kwam. Hij had dit soort houten poppetjes op zijn bureau staan en ik vond het leuk om ze in verschillende houdingen neer te zetten. Deze foto is meer dan een herinnering aan die momenten van speelsheid. Het symboliseert allerlei aspecten die in de zorg plaatsvinden. Geven en ontvangen, dragen en gedragen worden, overdragen en opvangen, samen zijn en delen, en hart hebben voor de zorg en zorg dragen voor het hart. Het is een rooskleurig beeld, want er gebeurt nog veel meer in de zorg. Toch is dit het beeld dat ik voor ogen heb en wil houden.

Als dochter van een huisarts is het niet verassend dat ik ervoor heb gekozen onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden voor samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartsen. Mijn vader en ik hebben reeds tijdens mijn studie verschillende gesprekken gevoerd over wat geestelijk verzorgers bij huisartsenpraktijken zouden kunnen betekenen. Ook hebben we casuïstiek besproken, waarin we beide gevoel kregen voor elkaars professie en hoe we elkaar konden aanvullen. Ik heb me al die tijd wel gerealiseerd dat mijn vader, die erg geïnteresseerd is in Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), geen doorsnee huisarts is. Niet alle huisartsen zullen gelijk de deur open houden voor geestelijk verzorgers die zich komen voorstellen. Dat vraagt van geestelijk verzorgers dat zij elkaar ondersteunen om geïnspireerd te blijven en verder te zoeken.

Het leek mij een uitdaging om de samenwerking met huisartsen te onderzoeken en ik denk dit heel belangrijk is. De tijd is er rijp voor. Op verschillende plekken in het land ontstaan initiatieven van geestelijk verzorgers die transmuraal en extramuraal gaan werken en samenwerkingsverbanden met andere disciplines en de gemeente opzetten. En op sommige plekken is men voorbij de pilotfase en is structurele financiering aanwezig of in zicht. Toch is er nog weinig sprake van uitwisseling en zijn collega's zoekende in dit gebied. Ik wilde dan ook met een voet in de praktijk gaan staan om te proberen verbindingen te leggen.

Ik hoop met dit onderzoek bij te dragen aan het delen van kennis over dit nieuwe werkveld voor geestelijk verzorgers, zodat de professionaliseringsslag die zij hebben door te maken, sneller kan verlopen. Daarnaast hoop ik dat huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners tijdens het lezen van dit onderzoek meer zicht krijgen op wat geestelijk verzorgers te bieden hebben en dat het waardevol kan zijn om hen bij de zorg voor patiënten en voor zichzelf te betrekken.

Dankwoord

Graag wil ik Christa Anbeek en Shirley Oomens bedanken voor hun feedback en begeleiding tijdens dit onderzoek. Beiden brachten specifieke kennis en ervaring in, waardoor ik de mogelijkheid heb gekregen om mij op verschillende fronten te ontwikkelen tijdens dit onderzoek. Daarnaast wil ik Jos Pieper en Marjolein Rikmenspoel bedanken voor hun feedback die ik bij het opzetten en schrijven van dit onderzoek heb mogen ontvangen. Hun feedback heeft mij geholpen bij het aanscherpen van de vraagstelling en kritisch kijken naar mijn formuleringen. Ook ben ik Annelies, Frank, Jeanine, Loukie, Martijn en mijn moeder dankbaar voor het meelesen en meedenken met mijn onderzoek. Hun buitenperspectieven en taalkennis hielpen bij het aanscherpen en vormgeven van het geheel. En Thomas wil ik bedanken voor zijn algehele steun en afleiding tijdens dit hele scriptieproces.

Mijn vader Bart Molenaar en Marjo van Bergen wil ik bedanken voor hun deelname aan de focusgroepen als medeonderzoekers en het inbrengen van verschillende perspectieven tijdens dit onderzoek. Tim Blaauw wil ik bedanken voor zijn bereidheid om de focusgroepen te leiden en zijn ondersteuning tijdens het hele onderzoeks- en schrijfproces. Ten slotte en wil ik alle mensen heel hartelijk bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en die bereid waren om samen te onderzoeken of er mogelijkheden liggen voor geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg. Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder hen. In het bijzonder wil ik de mensen van gezondheidscentrum Levinas en het Centrum voor Levensvragen in Noord-Holland bedanken voor hun bereidheid om dit onderzoek te faciliteren.

Samenvatting

Het religieuze landschap van Nederland is veranderd en een groot deel van de bevolking rekent zich niet meer tot een religieus instituut. De vragen die men vroeger aan de dominee stelde, komen tegenwoordig onder andere bij de huisarts terecht. Mogelijk worden deze spirituele vragen gemedicaliseerd, omdat huisartsen deze vragen niet als zodanig herkennen en/of omdat patiënten deze vragen verpakken tot een medisch probleem. Daarnaast is mogelijk dat er andere belemmeringen zijn waardoor huisartsen deze vragen van patiënten niet voldoende kunnen bespreken, zoals vertrouwen, tijd of geld. Uit eerder onderzoek bleek dat huisartsen niet weten naar wie zij patiënten met levensvragen kunnen doorverwijzen. Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen patiënten met levensvragen naar de POH-GGZ doorverwijzen. Mogelijk is dit het alternatief dat het meest dichtbij hen ligt en waarmee ze bekend zijn.

Geestelijk verzorgers zijn door verschillende ontwikkelingen en omstandigheden lange tijd enkel werkzaam geweest in zorginstellingen. Hier is de afgelopen jaren een keerpunt in gekomen en geestelijk verzorgers organiseren zich steeds vaker extramuraal, als zelfstandige of in samenwerkingsverband. Zij spelen in op de mogelijkheden die er op beleids- en financieringsniveau liggen en worden geconfronteerd met andere uitdagingen die het extramuraal werken met zich meebrengen, waaronder bestaande beeldvorming actualiseren en hun expertise profileren.

Huisartsen en praktijkondersteuners GGZ zijn belangrijke ingangen voor geestelijk verzorgers die in de eerstelijnszorg willen werken, maar eerstgenoemden zijn vaak niet bekend met geestelijk verzorgers en ontmoeten hen nauwelijks in de zorg voor patiënten. Hierdoor denken zij niet aan geestelijk verzorgers om mee samen te werken. Uit dit onderzoek blijkt dat er kennismaking nodig is en dat, wanneer kennis is gemaakt en zicht is verkregen op elkaars expertise, men bereid is tot samenwerking.

Er liggen verschillende mogelijkheden voor samenwerking die enerzijds gericht zijn op het bieden van passende zorg aan patiënten – denk aan doorverwijzing en overleg – en anderzijds gericht zijn op de professionele ontwikkeling en ondersteuning van zorgverleners – denk aan scholing en casusbesprekingen. Diverse factoren spelen een belemmerende dan wel bevorderende rol in (de totstandkoming van) de samenwerking, zoals de onbekendheid met geestelijk verzorgers en financiering. Er moet nog veel werk worden verzet om geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg te integreren, waarvoor de krachten moeten worden gebundeld.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	6
INLEIDING	10
1.1 Doelstellingen van het onderzoek	12
1.2 Belangrijkste begrippen	13
1.3 Opzet van het onderzoek.....	14
LITERATUURONDERZOEK	
2. SPIRITUELE ZORG IN DE NEDERLANDSE (ZORG)CONTEXT	17
2.1 Spirituele zorg	17
2.2 Spiritualiteit.....	18
2.3 Integratie van spiritualiteit in de Nederlandse gezondheidszorg.....	22
2.4 Vervolg	25
3. SPIRITUELE ZORGVERLENING DOOR DE HUISARTS	26
3.1 De behoeften van patiënten.....	26
3.2 De taakopvatting van de huisarts	27
3.3 Bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen	29
3.4 Vervolg	33
4. DE GEESTELIJK VERZORGER IN DE EERSTELIJNSZORG	34
4.1 Ontwikkeling van de geestelijke verzorging.....	34
4.2 Beleid rondom het werkveld van geestelijk verzorgers	36
4.3 Financiering van geestelijk verzorging in de eerste lijn.....	39
4.4 Belemmerende factoren voor samenwerken in de eerstelijnszorg	41
4.5 Vervolg	42
5. SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GEESTELIJK VERZORGERS.....	43
5.1 Samenwerken: doel en voordelen	43
5.2 Determinanten voor samenwerken.....	46
5.3 Vervolg	50

LEXPLORATIEF ONDERZOEK

METHODE	53
6.1 Interviews en verkennende gesprekken	53
6.2 Tandembijeenkomsten	54
6.3 Meelopen met twee huisartsen	55
6.4 Focusgroepen	56
6.5 De analyse van de onderzoeksgegevens	58
6.6 De rol van de onderzoeker	59
6.7 Validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.....	60
RESULTATEN	62
7.1 Visies op samenwerking	62
7.2 Samenwerkingsmogelijkheden	80
7.3 Beïnvloedende factoren op de samenwerking.....	92
CONCLUSIE	96
DISCUSSIE	102
AANBEVELINGEN	105
REFERENTIES	107
BIJLAGEN	118

Inleiding

Over het algemeen zal de huisarts onderkennen dat er ook problemen zijn rondom levensvragen, maar hij/zij vindt niet dat de primaire taak hier ligt en ook dat er te weinig tijd voor beschikbaar is. In tien minuten kunnen niet **en** medische problemen **en** levensvragen worden opgelost. Ook is het de arts niet direct duidelijk wat bedoeld wordt met levensvragen of zingevingsvragen. Wel is er bekendheid met het begrip ‘onderliggende hulpvraag’ en angst voor ziekte en dood, maar wordt dit als een medisch/psychologisch probleem gezien en dus als somatische pathologie benaderd. (Schuurmans & Veldhoven, 2011, p. 2)

Dit zijn de woorden van twee Nederlandse huisartsen die een pleidooi houden voor het inzetten van geestelijk begeleiders, geestelijk verzorgers of zogenaamde zingevingconsulenten in de eerstelijnszorg. Uit een project in Schotland, waar geestelijk verzorgers reeds in de vorm van een ‘luisterservice’ structureel worden ingezet in huisartsenpraktijken, blijkt dat het inzetten van geestelijk verzorgers voor huisartsen onder andere een verlichting met zich meebrengt ten aanzien van spirituele behoeften van patiënten (Mowat et al., 2011). Geestelijk verzorgers blijken daar een belangrijk gat in de gezondheidszorg op te vangen voor patiënten die door zogenaamde *life events* stress ervaren, maar waarvoor therapeutische interventies niet passend of nodig zijn (Mowat et al., 2011).

‘Geestelijk verzorgers zijn deskundig in het omgaan met levensvragen, zingeving en ethische afwegingen.’ (VGVZ, 2015, p. 6) Zij bewegen zich in het zogenaamde spirituele domein van de zorg (*spiritual care*) (Van de Geer & Leget, 2012). In de medisch wetenschappelijke literatuur komt er steeds meer aandacht voor spirituele zorg, waarbij spiritualiteit¹ vooral in Europese landen breder wordt opgevat dan behorend tot het religieuze domein (Holmes, Rabow, & Dribble, 2009). De term spiritualiteit wordt gebruikt om het gebied van levensvragen mee aan te duiden. Toch zijn volgens Rumbold (2014) de termen geestelijk verzorger, spirituele zorg en spiritualiteit voor veel zorgverleners religieus beladen.

Spirituele kwesties blijken in het bijzonder relevant voor patiënten die worden geconfronteerd met een ernstige of ongeneeslijke ziekte, emotionele crisis en het levenseinde (Ellis & Campbell, 2002; Holmes et al., 2006). In Nederland is er sprake van een toename van het aantal chronisch zieken, die zoveel mogelijk in de eerstelijnszorg moeten worden geholpen (RVZ, 2010). Het is dan ook waarschijnlijk dat Nederlandse huisartsen steeds vaker worden geconfronteerd met spirituele vragen. Huisartsen zijn een centrale partij in de eerstelijnszorg en

¹ Spiritualiteit is een belangrijk aspect van de mensheid en verwijst naar de manier waarop individuen zingeving en betekenis zoeken en geven en, de manier waarop zij hun verbondenheid met het moment, zichzelf, anderen, de natuur en het transcendente of heilige ervaren (Puchalski, Ferrel, & Virani, 2009).

hebben steeds vaker de rol van coördinator en gids van de patiënt, blijkt uit het rapport ‘De toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014?’ dat NIVEL (2015) onlangs uitbracht. Koster (2015) signaleert tevens dat vragen die men vroeger aan de dominee stelde, tegenwoordig bij de huisarts terecht komen. De vraag is hoe huisartsen de zorg voor deze mensen coördineren en naar welke professional zij hen gidsen. Uit het rapport blijkt dat huisartsen samenwerken met verschillende eerste- en tweedelijns zorgaanbieders, maar geestelijk verzorgers worden niet als partij genoemd (NIVEL, 2015).

Dat geestelijk verzorgers mogelijk niet op het netvlies van huisartsen staan, heeft verschillende redenen. Ten eerste bestaat geestelijke verzorging officieel niet in de eerstelijnszorg, omdat de huidige wetgeving niet voorziet in een structureel aanbod daarvan (Vreugdenhil & Ottenvanger, 2009).² De afgelopen jaren is er wel een trend zichtbaar dat geestelijk begeleiders zich richten op de eerstelijnszorg en verschillende initiatieven starten. Voor deze projecten is soms tijdelijk financiering te vinden, maar structurele inbedding blijkt een heikel punt. Ten tweede profileren geestelijk verzorgers zich onvoldoende en stellen zich te bescheiden op, volgens Anbeek, Schuurmans en Palmboom (2013). Zo is in Nederland in 2010 de ‘Richtlijn Spirituele Zorg’ verschenen, waarin de rol van de geestelijk verzorger overzichtelijk wordt afgezet tegen aanverwante professionals, zoals de maatschappelijk werker en de psycholoog. In de praktijk is de richtlijn echter nauwelijks bekend onder huisartsen en niet vindbaar in de bekende medische vakbladen zoals *Medisch Contact* en *Huisarts & Wetenschap*. Ten derde is het religieuze landschap van Nederland in de loop der jaren veranderd. Tegenwoordig rekent 60 procent van de bevolking zich niet meer tot een religieus instituut (Anbeek, Schuurmans & Veldhoven, 2013). Het is aannemelijk dat onder deze groep minder bekendheid is met geestelijk verzorgers, zeker wanneer zij dit negatief associëren met religie. Dit betekent dat zij niet weten dat geestelijk verzorgers steeds vaker breed levensbeschouwelijk zijn opgeleid en niet alleen werken met mensen uit dezelfde levensbeschouwelijke achtergrond. Of dat er humanistische of ongebonden geestelijke verzorgers zijn voor mensen die zich niet verbonden voelen met een geloof.

² In Nederland maken geestelijk verzorgers integraal onderdeel uit van de zorgverlening in een groot deel van de zorginstellingen, waar zij het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging borgen (VGVZ, 2015). Deze ‘vrijplaats garandeert geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk van een indicatie of toestemming door een derde.’ (VGVZ, 2015, p. 8).

Over het inzetten van geestelijk verzorgers in de Nederlandse eerstelijnszorg bestaat nauwelijks wetenschappelijk onderzoek.³ Wetenschappelijke literatuur uit het buitenland kan niet een-op-een worden vertaald naar de Nederlandse zorgcontext. Dit heeft onder andere te maken met de verschillende wijzen van financiering van geestelijk zorgverleners. Er is derhalve exploratief onderzoek nodig om de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers in de Nederlandse zorgcontext in kaart te brengen. Dit onderzoek voorziet daarin aan de hand van de volgende hoofd- en deelvragen:

HOOFD- EN DEELVRAGEN:

Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en geestelijk verzorgers en welke factoren zijn van invloed op (het al dan niet tot stand komen van) deze samenwerking?

1. Hoe kijken huisartsen en geestelijk verzorgers aan tegen samenwerken met elkaar en welke informatie hebben zij van elkaar nodig?
2. Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en geestelijk verzorgers en welke uitdagingen en mogelijke oplossingen noemen zij daarbij?
3. Welke factoren zijn van invloed op (de totstandkoming van) de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers?

1.1 Doelstellingen van het onderzoek

Met dit exploratieve onderzoek wordt gepoogd inzicht te krijgen in de mogelijkheden die huisartsen en geestelijk verzorgers zien voor samenwerking. Ten tweede wordt gepoogd inzicht te krijgen in welke informatie huisartsen en geestelijk verzorgers van elkaar nodig hebben om te kunnen samenwerken. Ten derde wordt gepoogd inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op (het tot stand komen van) deze samenwerking. Instrumentele doelen van dit onderzoek zijn: (1) Het verbeteren van de spirituele zorg voor patiënten door de geestelijk verzorger te introduceren als zorgverlener in de eerstelijnszorg en (2) het met elkaar in gesprek te brengen van huisartsen en geestelijk verzorgers uit Noord-Holland, om elkaar te leren kennen en samenwerkingsmogelijkheden te onderzoeken.

³ Er zijn in Nederland drie kleinschalige onderzoeken verricht naar de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers (Anbeek et al., 2013, 2014; Vreugdenhil & Ottevanger, 2009) en enkele afstudeeronderzoeken van masterstudenten Theologie en Humanistiek (Hulshof, 2012; Kloosterman, 2012; De Rooij, 2008).

1.2 Belangrijkste begrippen

Geestelijk begeleider

De termen ‘geestelijk begeleider’ en ‘geestelijk verzorger’ worden in dit onderzoek door elkaar gebruikt, omdat is gewerkt met geestelijk verzorgers uit verschillende denominaties en ongebonden geestelijk verzorgers. Met beide termen wordt bedoeld op professionals die ‘professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing’ bieden aan mensen met als doel ‘het bevorderen van veerkracht, weerbaarheid, eigen regie, het verminderen van kwetsbaarheid en spirituele groei’ (VGVZ, 2015, p. 8).⁴ Geestelijk verzorgers zijn meestal (maar niet altijd) verbonden met een religieuze of levensbeschouwelijke traditie (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010). Het is belangrijk dat zij zijn geworteld en gevormd in een levensbeschouwelijke of spirituele traditie, omdat dit de grondslag biedt voor het werken met existentiële vragen, ook wanneer men niet dezelfde levensbeschouwelijke achtergrond heeft (Swift, Handzo, & Cohen, 2014).

Spiritualiteit

Spiritualiteit wordt in dit onderzoek breed opgevat. Spiritualiteit is een belangrijk aspect van de mensheid en verwijst naar de manier waarop individuen zin en betekenis zoeken en geven en de manier waarop zij hun verbondenheid met het moment, zichzelf, anderen, de natuur en het transcendente of heilige ervaren (Puchalski et al., 2009).

Samenwerken

In de gezondheidszorg werken mensen uit verschillende professies steeds vaker samen rondom een patiënt (Nauta, 2004; Handreiking ‘Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’, 2010; Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014). Samenwerken vindt niet alleen plaats tussen zorgverleners, maar ook tussen zorgverleners en patiënten, verwanten, organisaties en vele anderen (Nauta, 2014b). Er bestaat echter geen eenduidige definitie van ‘samenwerken’ in de zorg, hetgeen te maken heeft met de verschillende invalshoeken van waaruit naar samenwerking kan worden gekeken (Hammelburg et al., 2014).

⁴ Het door elkaar gebruiken van de termen geestelijk verzorger en geestelijk begeleider kan stuiten op weerstand onder de betreffende doelgroep, omdat door sommigen inhoudelijke verschillen worden gemaakt. Over het algemeen wordt in theologische opleidingen vooral de term geestelijk verzorger gebruikt en in de humanistische opleiding vooral de term geestelijk begeleider. Er zijn echter ook nog andere onderscheidingen mogelijk, waarmee in dit onderzoek geen rekening wordt gehouden. Overigens is voor de profilering van geestelijk verzorgers de term ‘geestelijk begeleider’ met afkorting ‘GB-er’ handiger voor de eerstelijnszorg, omdat de afkorting ‘GV-er’ reeds wordt gebruikt voor een ‘gezinsverzorgende’.

In dit onderzoek wordt de definitie van de *National Library of Medicine* (NLM) aangehouden. NLM (2013) definieert samenwerking (*cooperative behavior*) als volgt:

The interaction of two or more persons or organizations directed toward a common goal which is mutually beneficial. An act or instance of working or acting together for a common purpose or benefit, i.e., joint action. (NLM, 2013).

Zoals uit bovenstaande definitie blijkt, vooronderstelt samenwerken het werken aan een gemeenschappelijk doel dat voor beide partijen voordelig is. Door samen te werken kan een situatie worden bereikt waarin het resultaat beter is dan de situatie waarin deze samenwerking niet zou hebben plaatsgevonden. In dit onderzoek wordt ingezoomd op huisartsen en geestelijk begeleiders. Er is echter ook sprake van een derde partij, namelijk de patiënt, die het uitgangspunt vormt voor de samenwerking. Men kan immers aannemen dat huisartsen en geestelijk verzorgers als gemeenschappelijke doel hebben dat de patiënt persoonsgerichte en spirituele zorg krijgt. Dit vooronderstelt bij zowel de patiënt, de huisarts als de geestelijk verzorger de opvatting dat de spirituele dimensie onderdeel uitmaakt van het welzijn van de mens.

1.3 Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek begint met een aantal inleidende hoofdstukken, die tot stand zijn gekomen op basis van literatuuronderzoek. Er wordt een beschrijving gegeven van de huidige Nederlandse zorgcontext (hoofdstuk 2), de verlening van spirituele zorg door de huisarts (hoofdstuk 3), de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg (hoofdstuk 4) en de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers (hoofdstuk 5). Vervolgens wordt ingegaan op het voor deze scriptie verrichte empirisch onderzoek. Hoofdstuk 6 geeft een beschrijving van de opzet en uitvoering van dit onderzoek, waarbij de keuze voor onderzoeksmethoden en de selectie en werving van respondenten aan bod komt. Vervolgens worden in hoofdstuk 7 de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd, waarmee de deelvragen van dit onderzoek worden beantwoord. Daarop volgen de conclusie en discussie en een tiental aanbevelingen voor de praktijk.

LITERATUURONDERZOEK

2. Spirituele zorg in de Nederlandse (zorg)context

In de medisch wetenschappelijke literatuur komt er steeds meer aandacht voor spirituele zorg (Holmes et al., 2009). Niet alleen in de geneeskunde is sprake van hernieuwde aandacht voor zingeving en spiritualiteit. In de gehele Nederlandse samenleving is er steeds meer belangstelling voor (Tiesinga, 2005). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de concepten spirituele zorg en spiritualiteit. Daarbij wordt aandacht besteed aan het belang van aandacht voor spiritualiteit in de zorg. Ten slotte wordt ingegaan op de integratie van spirituele zorg in de eerstelijnszorg.⁵

2.1 Spirituele zorg

In de 20ste eeuw heeft zich in de Westerse samenleving een ontwikkeling van technologisering en secularisering afgespeeld, waardoor religieuze en levensbeschouwelijke waarden in verdrukking zijn geraakt (Illich, 1984; Fengren, 2014; Puchalski, Blatt, Kogan, & Butler, 2014). Harry Kunneman (2009) beschrijft deze ontwikkeling treffend in zijn boek *Voorbij het dikke-ik*. Men is gaan geloven in de maakbaarheid van het leven, in het kunnen uitbannen van eindigheid en verdriet en het technisch kunnen oplossen van elk probleem, waardoor steeds meer gebieden van ons leven object van professionele zorg en controle zijn geworden. Kunneman wijst er echter op dat het geloof in de maakbaarheid van het goede leven wordt ondermijnd door de confrontatie met een categorie vragen die slechts tot op beperkte hoogte oplosbaar zijn op basis van rationele kennis en professionele expertise. Hij spreekt in dit verband van ‘trage vragen’.

Het gaat hier om ‘trage vragen’, vragen die intern verbonden zijn met ervaringen van eindigheid, oncontroleerbaarheid en onmacht. Bijvoorbeeld in het geval van het stuklopen van relaties, bij ernstig fysiek en psychisch geweld, bij onoplosbare conflicten tussen ouders en kinderen of tussen partners of collega’s, maar ook om vragen bij ziekte en dood van geliefden en bij confrontaties met de eigen kwetsbaarheid en sterfelijkheid. (Kunneman, 2009, pp. 17-18)

Trage vragen kan men zien als zorgvragen die betrekking hebben op ‘kwaliteit van leven’ en staan ook wel bekend als levens-, zingeving-, spirituele of existentiële vragen. Niet alleen kost het stellen van deze vragen tijd doordat er een vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd, ook het vinden van antwoorden of berusting in het niet vinden van antwoorden, kost tijd. Deze vragen vallen binnen het spirituele domein van de zorg.

⁵ Zie voor de methode van het verrichte literatuuronderzoek Bijlage 1.

Harding, Flannelly, Galek en Tannenbaum (2008) stellen dat er sinds de jaren 1990 sprake is van een toename van het aantal artikelen over spirituele zorg. Deze interesse is vooral te vinden binnen de verpleegkunde, geestelijke gezondheidszorg en huisartsenzorg (Harding et al., 2008). In het *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* van Cobb, Puchalski en Rumbold (2014) wordt uitgebreid stilgestaan bij spirituele zorg en de aandacht voor spiritualiteit in de zorgcontext. Vragen worden gesteld als: ‘Hoe moet de gezondheidszorg betrokken worden en reageren op spiritualiteit?’, ‘Hoe wordt spiritualiteit begrepen en geïnterpreteerd?’ en ‘Hoe vormt en informeert spiritualiteit het doel en de praktijk van de gezondheidszorg?’.

2.2 Spiritualiteit

Om aan te sluiten bij de internationale literatuur wordt in medische richtlijnen vaak gekozen voor het begrip ‘spiritualiteit’ om het gebied van levensvragen mee aan te duiden. Het concept spiritualiteit kent zijn geschiedenis binnen de religieuze context (Siddal, Lovell, & MacLeod, 2015), maar kan verschillende associaties bij mensen oproepen (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010).⁶ Spiritualiteit wordt binnen de gezondheidszorg op verscheidene manieren ingevuld, variërend van conventioneel religieuze vormen, seculiere spiritualiteit en therapeutische vormen van spiritualiteit, ieder met eigen mogelijkheden en beweringen (Cobb et al., 2014).

Om recht te doen aan de verschillende invullingen van het concept spiritualiteit in de gezondheidszorg, kan men volgens Jochemsen (2008) gebruik maken van een functionele benadering van het concept. Een functionele benadering beschouwt spiritualiteit als een kenmerk van het menselijk bestaan, zonder daar enige invulling aan te geven (Jochemsen, 2008). Wanneer men spiritualiteit begrijpt als een aspect van de mensheid wordt uitgegaan van een brede opvatting van spiritualiteit, hetgeen inhoudt dat ieder mens een spiritueel wezen is (Ellis & Lloyd-Williams, 2014; Harding et al., 2011; Puchalski, 2014), of anders geformuleerd, dat ieder mens levensbeschouwelijk functioneert (Jochemsen, 2008). Deze brede opvatting

⁶ ‘Voor mensen met een rooms-katholieke achtergrond is de term ‘spiritualiteit’ van oudsher vertrouwd in de betekenis van ‘geestelijk leven’. Gelovigen van protestantse huize associëren de term veelal met kloosters en katholieke gebruiken. Zelf spreken protestanten liever van persoonlijk geloofsleven of “bevinding”. Sinds de opkomst van de “new age” beweging vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw is spiritualiteit een modewoord geworden dat een veelheid aan stromingen kan aanduiden, al dan niet geïnspireerd door oosterse religies en levensbeschouwingen. Anderzijds wordt spiritualiteit geassocieerd met de begrippen zingeving en zilvering. In negatieve zin wordt spiritualiteit wel geassocieerd met zweverigheid, of ten onrechte verward met spiritisme (contact met overledenen). Mede om die reden spreken sommige zorgverleners liever van “existentieel” of “levensbeschouwelijk”.’ (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010, p. 4).

staat tegenover de smalle opvatting van spiritualiteit, die vaak in de zorgpraktijk heerst, waarbij spiritualiteit wordt begrepen als behorend tot het religieuze domein (Rumbold, 2014).

In dit onderzoek wordt aangesloten bij de opvatting dat spiritualiteit zich niet beperkt tot religie (Ellis & Lloyd-Williams, 2014; Hollaway et al., 2011; Puchalski, 2014), waarbij religie wordt opgevat als georganiseerde religie.⁷ En hoewel een functionele definitie behulpzaam kan zijn, is het voor dit onderzoek toch relevant om inhoudelijk op het levensbeschouwelijke karakter van spiritualiteit in te gaan. Hier wordt gebruik gemaakt van de definitie van spiritualiteit die tot stand is gekomen op basis van een *Consensus Conference*⁸ met gezondheidszorgprofessionals en luidt:

Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred. (Puchalski et al., 2009, p. 887)

Bovenstaande definitie toont dat spiritualiteit een intra-, inter- en transpersoonlijke ervaring kan omvatten, waarbij de eerste wordt vertegenwoordigd door het concept zingeving (*meaning*), de tweede door verbondenheid (*connectedness*) en de laatste door de zoektocht naar het significante of heilige. Alvorens deze drie elementen te bespreken, wordt ingegaan op het levensbeschouwelijke karakter van spiritualiteit.

Het levensbeschouwelijke karakter van spirituele vragen

Spirituele vragen, zoals ‘Wat is de zin van mijn leven?’, ‘Waarom moet ik zo lijden?’, ‘Wat en wie is nu eigenlijk echt belangrijk voor mij?’ en ‘Wie ben ik (eigenlijk)?’ zijn vragen die alleen vanuit iemands levensbeschouwing kunnen worden beantwoord, omdat deze samenhangen met iemands mensbeeld, wereldbeeld en normen en waarden. Daarbij kan men denken aan uitgekristalliseerde levensbeschouwingen zoals het christendom, boeddhisme en humanisme, maar ook aan meer persoonlijke of cultureel-maatschappelijke levensbeschouwingen (Smaling & Alma, 2010). In dit onderzoek wordt uitgegaan van een ruime benadering van levensbeschouwing, hetgeen inhoudt ‘dat alle mensen een levensbeschouwing hebben, maar dat voor sommigen deze slechts impliciet aanwezig is.’ (Smaling & Alma 2010, p. 29)

⁷ Religie is een systeem of sociaal instituut waar individuen bij elkaar komen die dezelfde overtuigingen, tradities en rituelen delen (Ellis & Lloyd-Williams, 2014).

⁸ ‘The goal of the Consensus Conference was to identify points of agreement about spirituality as it applies to health care and to make recommendations to advance the delivery of quality spiritual care in palliative care.’ (Puchalski et al., 2009, p. 885)

Zingeving

Het eerste (belevings)aspect van spiritualiteit is zingeving. Wanneer mensen op zoek zijn naar zingeving⁹ in hun leven, gaat het om het interpreteren van hun eigen acties en ervaringen in een existentieel betekenisvol levensverhaal (Crescioni & Baumeister, 2013). Ziekte kan ingrijpend zijn en dwingen tot bezinning, waarbij het op zoek gaan naar de logica van het eigen levensverhaal een manier is om betekenis te geven aan het eigen bestaan (Burgers & Tasche, 2011). Het vertellen van je (levens)verhaal helpt het verleden te begrijpen, in het heden te handelen en de toekomst vorm te geven (Mowat, Bunniss, & Kelly, 2012).

Voor het construeren van een betekenisvol levensverhaal maken mensen gebruik van hun zingevingskader, dit is een kader dat mensen helpt zin in hun leven te ervaren, in de wereld en in de omstandigheden waarin ze zich bevinden. Er zijn verschillende soorten van zin waar mensen behoefte aan hebben (Smaling & Alma, 2010; Baumeister & Vohs, 2005; Derkx, 2011). Baumeister onderscheidt er vier:

Een zinvol leven is een leven waarin je in voldoende mate ervaart dat je leven een doel heeft (*purpose*), dat hoe je leeft en geleefd hebt moreel te rechtvaardigen valt (*moral justification, moral worth*), dat je eigenwaarde hebt (*self-worth*) en dat je competent bent, invloed hebt en controle (*efficacy, perceived control*). (Derkx, 2011, p. 116)

Deze vier behoeften aan zin kunnen worden uitgebreid met de behoeften aan samenhang, verbondenheid, transcendentie, motiverende werking en welbevinden (zie voor een uitwerking Smaling & Alma, 2010).

In de zorg is het belangrijk om aandacht te hebben voor zingeving van patiënten, omdat de confrontatie met ziekte een van de omstandigheden is waarbij de zinbeleving kan stagneren (Bohlmeijer, 2007; Humanistische canon, 2015).¹⁰ Wanneer de zinbeleving stagneert, komt het tot het expliciet stellen van zingevingsvragen (Van der Lans, 1992) en heeft men de behoefte om ‘op verhaal te komen’ (Bohlmeijer, 2007; Frank, 1995). Het volgende citaat geeft

⁹ Zingeving is niet louter een cognitieve aangelegenheid, zoals bij Van der Lans (1992). In dit onderzoek valt onder zingeving ook ‘zinvinding’, ‘zinervaring’ of ‘zinbeleving’ (Derkx, 2011), omdat er ook emotionele en affectieve aspecten zijn die een mens zomaar kan overkomen (Derkx, 2011; Smaling & Alma, 2010). Een zinvol leven is niet enkel maakbaar, maar is ook de resultante van bijvoorbeeld waar en hoe men is opgegroeid en opgevoed (Derkx, 2011).

¹⁰ Er zijn drie soorten omstandigheden waarin de zinbeleving stagneert: (1) wanneer het leven niet lekker loopt en er verandering nodig is, (2) wanneer iemand een gevoel van leegte ervaart doordat diepere behoeften onbevredigd blijven, of (3) wanneer iemand getroffen wordt door een catastrofale ervaring (Humanistische canon, 2015). Voorbeelden van catastrofale ervaringen zijn de eigen toekomstige dood, het verliezen van een dierbare, het krijgen van een chronische ziekte of het meemaken van fysiek of seksueel geweld (Bohlmeijer, 2007).

verschillende voorbeelden van zingeingsvragen die kunnen opkomen naar aanleiding van de confrontatie met ziekte:

While patients struggle with the physical aspects of their disease, they have other pain as well: Pain related to mental and spiritual suffering, to an inability to engage the deepest questions of life. Patients may be asking questions such as the following: Why is this happening to me now? What will happen to me after I die? Will my family survive my loss? Will I be missed? Will I be remembered? Is there a God? If so, will he be there for me? Will I have time to finish my life's work? (Puchalski, 2001, p. 352)

Wanneer anderen aandacht hebben voor dit zingevende aspect, kunnen mensen zelf hun eigen levensverhaal aanpassen en 'op verhaal komen'.

Verbondenheid

In de vorige paragraaf werd verbondenheid begrepen als onderdeel van zingeving, ofwel als een zinbehoefte (Smaling & Alma, 2010). Verbondenheid kan echter ook worden begrepen als een bron van zingeving (Baumeister in: Derkx, 2011) en onderdeel van spiritualiteit (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010). Dit laatste wordt gedaan in de definitie van Puchalski et al. (2009), die spiritualiteit enerzijds in verband brengen met de manier waarop individuen zingeving en betekenis zoeken en geven, en anderzijds in verband brengen met de manier waarop mensen hun verbondenheid met het moment, zichzelf, anderen, de natuur en het transcendente of heilige ervaren.

In veel onderzoek wordt spiritualiteit eenzijdig in verband gebracht met zingeving. In de zorg is verbondenheid echter een belangrijk aspect van spiritualiteit. Zo blijkt uit onderzoek van Edwards et al. (2010) dat patiënten intieme en betekenisvolle relaties als meest belangrijke element van spiritualiteit ervaren en hun spiritualiteit vaak uitdrukken in deze relaties met anderen. Daarbij wordt zowel het belang van het ontvangen als het geven van liefde en zorg genoemd. Bovendien blijkt dat patiënten verlangen naar gezelschap en voor ondersteuning, kracht, comfort en betekenisgeving vaak afhankelijk zijn van familie en vrienden (Edwards et al., 2010). Bovendien krijgt de zorg vorm in relaties tussen mensen. Zorgverleners hebben in hun alledaagse bezigheden vele momenten van contact met de patiënt en daarmee vele mogelijkheden tot verbinding met de mens die zij verzorgen.¹¹ Toch lijken veel zorgverleners

¹¹ Pembroke (2014) stelt dat twee vaardigheden voor zorgverleners in het bijzonder belangrijk zijn in dit contact met de patiënt. Dit zijn: *availability* en *compassion*. De term *availability* is in het Nederlands te vertalen met de term 'innerlijke ruimte'. Deze term is door Leget (2012) geïntroduceerd en heeft te maken met beschikbaar zijn. Hij definieert innerlijke ruimte als 'een gemoedstoestand – een toestand van het innerlijk – waardoor

terughoudend in het bespreken van de spirituele kwesties met de patiënt, omdat zij dit tot het privé-domein vinden behoren (Rumbold, 2014).

Uit het eerder genoemde onderzoek van Edwards et al. (2010) blijkt daarnaast dat verbondenheid met de natuur voor patiënten een bron van comfort en inspiratie kan zijn. Deze verbondenheid blijkt angst te kunnen reduceren en kan leiden tot bewondering voor de grotere betekenis van het leven. Ook wordt verbondenheid met muziek genoemd als bron van inspiratie voor creativiteit en innerlijke rust. Ten slotte wordt verbondenheid met God of een hoger wezen genoemd (Edwards et al., 2010). Dit aspect wordt hieronder beschreven.

De zoektocht naar het significante of heilige

Het laatste (belevings)aspect van spiritualiteit, de zoektocht naar het significante of heilige, kan men begrijpen als verbondenheid met iets dat het zelf overstijgt. Het is een transpersoonlijke ervaring. Edwards et al. (2010) stellen dat het vormen van een duurzame relatie met God of een *higher being* belangrijk kan zijn voor mensen om hen te beschermen tegen de angst voor de dood of eenzaamheid en hen kracht, comfort, vermindering van pijn en kalme te geven. Mensen geven vorm aan deze relaties door te bidden, mediteren of in stiltes (Edwards et al., 2010). In de zorg blijkt aandacht voor de levensbeschouwelijke achtergrond van patiënten belangrijk, omdat de daaruit ontleende overtuigingen, normen en waarden zowel positieve als negatieve invloeden kunnen hebben op hun fysieke en psychosociale welzijn (Abu-Raiya & Pargament, 2014).¹²

2.3 Integratie van spiritualiteit in de Nederlandse gezondheidszorg

In de wetenschappelijke literatuur is er sprake van een groeiend bewustzijn van spirituele kwesties in de gezondheidszorg en wordt ervoor gepleit om spiritualiteit te professionaliseren binnen de medische setting (Balboni & Balboni, 2010; Balboni, Puchalski, & Peteet, 2014; Best et al., 2014). Er wordt reeds lange tijd van uitgegaan dat zorg meer omvat dan het genezen van de patiënt (Puchalski et al., 2009).

iemand in staat is zich in vrijheid en rust te verhouden tot emoties en houdingen die door een situatie opgeroepen worden.’ (Leget, 2012, p. 43) De term *compassion* is te vertalen als ‘mededogen’.

¹² Bij een negatieve invloed kan men bijvoorbeeld denken aan een religieus iemand die bang is voor de dood, vanuit zijn overtuiging in de hel terecht te komen. In zijn gedrag kan diegene bijvoorbeeld erg boos of verdrietig overkomen, wat verschillende uitwerkingen kan hebben op het ziekteproces (bijvoorbeeld omdat de emoties veel energie kosten), maar ook op relaties met anderen (waaronder zorgprofessionals).

Experienced clinicians have long known that true healing extends beyond the artful use of medical knowledge. They grasped intuitively that serious or fatal illness was an ontological assault, an existential assault on the whole of the patient's lived world. To heal, the physician must recognize the starkness of the patient's encounter with his own finitude, i.e. with his mortality and inherent limitations. Healing of the psychosocial-biological is of itself insufficient to repair the existential disarray of the patient's life without recognition of the spiritual origins of that disarray. (Pellegrino, 2014, Foreword)

In dit citaat wordt het verband gelegd tussen lichaam en geest en onderscheid gemaakt tussen *cure* en *healing*. *Cure* omvat de organische aspecten van de ziekte en *healing* omvat de menselijke ervaring van ziekte en genezen (Milstein, 2008). Een voor medici bekender onderscheid is het onderscheid tussen *cure*, de op genezing gerichte gezondheidszorg, en *care*, de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, psychiatrische patiënten, en hulpbehoevende ouderen (Trappenburg, 2005).

Opvallend is dat de spirituele zorg in Nederlands met name is geregeld rondom situaties van *care*. Zo wordt de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, psychiatrische patiënten en hulpbehoevende ouderen in Nederland voornamelijk door instellingen opgevangen. Deze instellingen zijn wettelijk verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden (VGVZ, 2015). Daarnaast wordt door voortrekkers als Carlo Leget en Joep van de Geer spirituele zorg op de agenda gezet binnen de palliatieve zorg, onder andere middels de Richtlijn Spirituele Zorg. Vanuit de overheid wordt geïnvesteerd in de palliatieve zorg, waardoor er steeds vaker gelden beschikbaar zijn voor de spirituele zorg binnen de palliatieve zorgpaden.

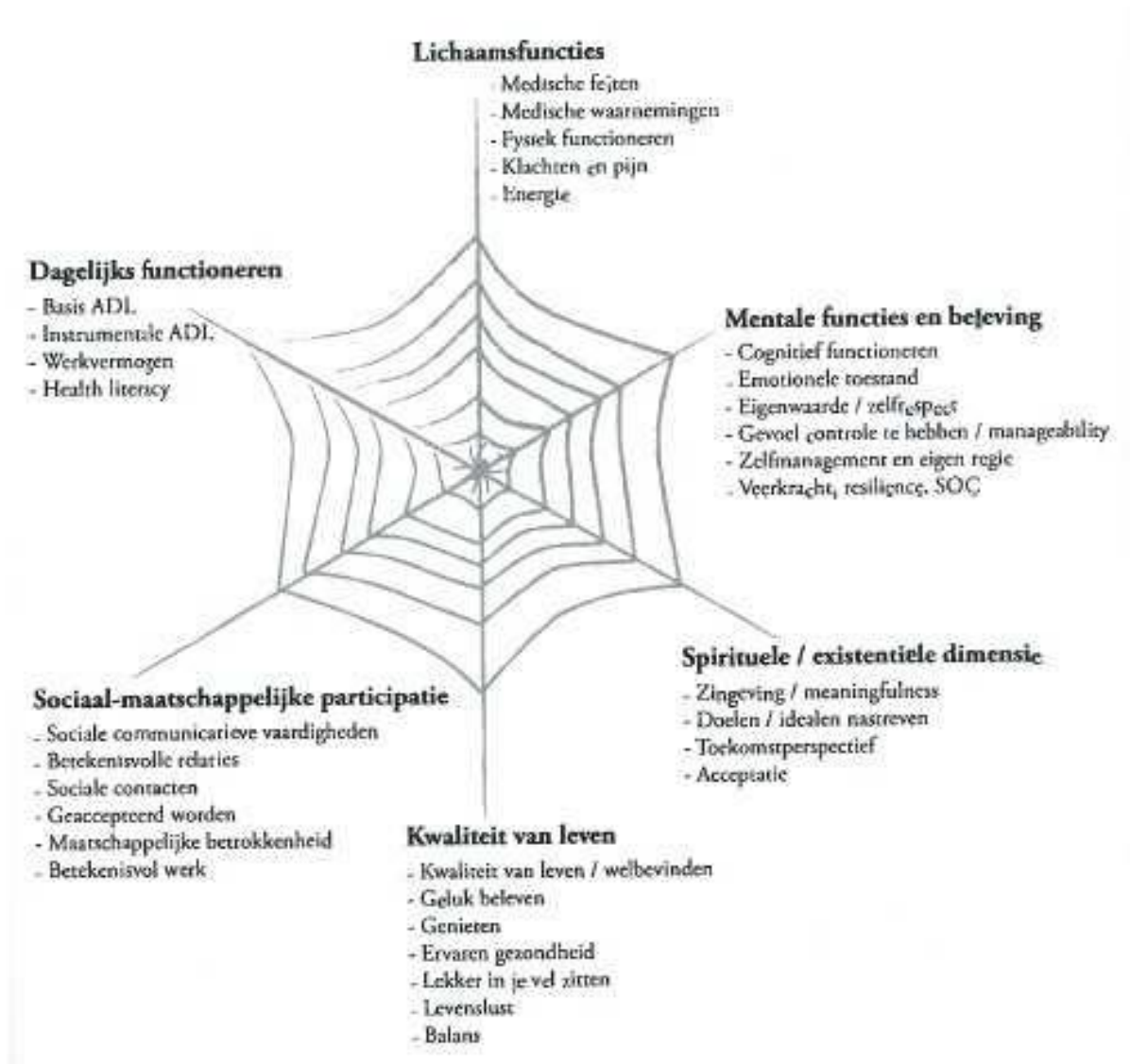
Uiteraard zijn situaties van *care* goede ingangen voor spirituele zorg, het is echter jammer als dit wordt beperkt tot deze situaties. Er zijn tal van situaties denkbaar die niet onder *care* vallen, waarbij een beroep wordt gedaan op wat voor mensen van existentieel belang is en van invloed is op of samenhangt met de gezondheid van mensen. Men kan denken aan (acute) crisis, ingrijpende levensgebeurtenissen (miskramen, geboorte, het (naderende) verlies van een dierbare), identiteitsvraagstukken en problemen in de relationele sfeer (eenzaamheid) of op het werk. Dit kan worden onderbouwd met de positieve definitie van gezondheid, zoals geformuleerd door Huber et al. (2011), waarvoor momenteel veel aandacht is.

Huber et al. (2011) definiëren gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Er worden zes hoofddimensies onderscheiden waaraan men gezondheid kan aflezen. Dit zijn: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren (Visser, 2014). Patiënten

blijken alle zes dimensies even belangrijk te vinden, terwijl professionals, en met name artsen, vooral waarde bleken te hechten aan de indicator ‘lichaamsfuncties’ (Visser, 2014). Huber stelt:

96 procent van het zorgbudget gaat naar cure en care, niet meer dan 4 procent naar preventie. Natuurlijk moet dat domein van ziekten en zieken blijven bestaan. Maar er moet ook een domein komen van gezondheden en gezonden. Als mensen niet als zieke worden benaderd maar als heel mens, voelen zij zich in hun kracht aangesproken en kunnen zij hun ziekte beter managen. (Visser, 2014, p. 247)

Met dit citaat kan worden beargumenteerd dat spirituele zorg naast onderdeel van de op care gerichte zorg tevens onderdeel zou moeten zijn van de op preventie gerichte zorg. In de spirituele zorg worden mensen benaderd als heel mens en in hun kracht aangesproken.



De zes dimensies van positieve gezondheid. Bron: Starterspakket Geestelijke Verzorging in de WMO (2015).

Spirituele zorg in de huisartsenpraktijk

De in dit onderzoek gemaakte keuze voor het integreren van spirituele zorg in de huisartsenpraktijk heeft verschillende redenen. Ten eerste heerst in buitenlands onderzoek consensus dat inbedding van spirituele zorg moet plaatsvinden in de holistische, generalistische zorg (Balboni et al., 2014; Best et al., 2014; Puchalski et al., 2009)¹³. De Nederlandse huisartsenzorg wordt gekenmerkt door een dergelijke benadering (Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) & Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), 2015). Ten tweede is met het Zorgakkoord uit 2013 duidelijk geworden dat de beleidsfocus binnen de zorg veel meer op de eerste lijn is komen te liggen. Dit betekent een verzwaarde last voor de huisarts. Daarnaast is er sprake van een toename van het aantal chronisch zieken (RVZ, 2010) voor wie spirituele kwesties in het bijzonder relevant blijken (Ellis & Campbell, 2002; Holmes et al., 2006). Ten slotte werden huisartsen hierin vroeger ondersteund door de dominee of pastor. Laatstgenoemden hielpen om de ervaringen van kwetsbaar leven te duiden (Anbeek et al., 2014). Door de secularisatie voelt men minder aansluiting bij deze traditioneel religieuze hulpverleners (Anbeek et al., 2014) Vragen die vroeger bij de pastor of dominee terecht kwamen, worden tegenwoordig onder andere bij de huisarts neergelegd (Koster, 2015). Het lijkt daarom wenselijk om een aanbod te hebben voor patiënten die met spirituele en/of existentiële vragen kampen, om de verzwaarde last bij de huisarts op te vangen.

2.4 Vervolg

In dit hoofdstuk zijn de concepten spirituele zorg en spiritualiteit besproken. In de 20^{ste} eeuw werd de Nederlandse samenleving geconfronteerd met het in verdrukking raken van de trage of spirituele vragen van mensen. Afgelopen jaren is er sprake van een hernieuwde aandacht voor spirituele zorg en spiritualiteit. Spiritualiteit heeft in dit onderzoek inhoud gekregen aan de hand van de aspecten ‘zingeving’, ‘verbondenheid’ en ‘de zoektocht naar het significante of heilige’ zijn uitgediept, waarbij is ingegaan op het belang van aandacht voor deze elementen in de zorg. In de Nederlandse gezondheidszorg is spirituele zorg met name geregeld rondom situaties van care en in zorginstellingen, maar kan tevens een belangrijke bijdrage kan leveren aan de op preventie gerichte zorg. Beargumenteerd is waarom spirituele zorg in de huisartsenzorg moet worden geïntegreerd. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de spirituele zorgverlening door de huisarts.

¹³ In deze zorg wordt uitgegaan van patiëntgerichte zorg en het biopsychosociaal-spirituele model. Integraal aan beide modellen is de erkenning dat zorg meer omvat dan het genezen van de patiënt (Puchalski et al., 2009), oftewel reeds oog is voor *care* en *healing*.

3. Spirituele zorgverlening door de huisarts

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verlening van spirituele zorg door de huisarts. Ter verkenning van de integratie van spirituele zorg in de huisartsenpraktijk, is het belangrijk om te begrijpen hoe huisartsen aankijken tegen dit domein, wat zij zelf aan de patiënt kunnen bieden en wat er volgens hen nodig is. Eerst wordt besproken waar patiënten behoefte aan hebben, om een beeld te krijgen van wat zij van huisartsen (kunnen) verwachten. Vervolgens wordt ingezoomd op hoe huisartsen hun rol inzake spirituele zorg zien en wordt ingegaan op de belemmerende en bevorderende factoren die daarbij een rol spelen. Voor deze verkenning is met name gebruik gemaakt van onderzoek uit het buitenland, omdat er over de Nederlandse huisartsen met betrekking tot spirituele zorg weinig onderzoek bestaat.¹⁴

3.1 De behoeften van patiënten

Uit onderzoek onder (met name kanker)patiënten blijkt dat zij er behoefte aan hebben dat hun spirituele en existentiële behoeften door de huisarts worden geadresseerd (Astrow et al., 2007; Best et al., 2014; Ellis & Campbell, 2002; Selman et al., 2014; Vermandere et al., 2011). Spirituele behoeften zijn bijvoorbeeld behoefte aan hulp bij het delen van gevoelens, het vinden van hoop en het overkomen van angsten (Astrow et al., 2007). Ander onderzoek wijst echter uit dat niet alle patiënten het bespreken van spirituele kwesties als taak van de huisarts beschouwen (Holmes, Rabow, & Dribble, 2006). Spirituele kwesties blijken in het bijzonder relevant voor patiënten die worden geconfronteerd met een ernstige of ongeneeslijke ziekte, emotionele crisis en het levenseinde (Ellis & Campbell, 2002; Holmes et al., 2006). In Nederland is er sprake van een toename van het aantal chronisch zieken, die zoveel mogelijk in de eerstelijnszorg moeten worden geholpen (RVZ, 2010). Het is dan ook waarschijnlijk dat Nederlandse huisartsen steeds vaker worden geconfronteerd met spirituele vragen.

De bereidheid van patiënten om over spirituele kwesties te praten is deels afhankelijk van de kwaliteiten van de huisarts, zoals zijn mate van openheid, zijn (niet-)oordelende manier van benaderen, zijn mate van respect voor de spiritualiteit van de ander en zijn houding ten aanzien van spiritueel welzijn (Vermandere et al., 2011). Patiënten die hun huisarts een rol toekennen in de spirituele zorg verwachten voornamelijk van hun huisarts dat hij aandacht heeft (Best et al., 2014; Ellis & Campbell, 2005; Holmes et al., 2006). Dit kan worden verhelderd aan de hand

¹⁴ Zie het schematische overzicht in Bijlage 1 voor specifieke informatie over de verschillende onderzoeken.

van het onderscheid tussen drie soorten situaties van spirituele zorg, zoals beschreven in de Richtlijn Spirituele Zorg (2010). Dit zijn:

(A) situaties waarin volstaan kan worden met alledaagse *aandacht* voor levensvragen in de zorg, (B) situaties waar patiënten behoefte aan *begeleiding* hebben op het terrein van levensvragen of een normale worsteling doormaken waarbij begeleiding door een deskundige toegevoegde waarde kan hebben, en (C) situaties waar de worsteling met levensvragen tot een existentiële crisis leidt die vraagt om een *crisisinterventie* door een geestelijk verzorger, medisch maatschappelijk werker of psycholoog (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010, p. 3)

Patiënten verwachten niet zozeer dat de huisarts hen spiritueel begeleidt (Best et al., 2014). Ze hebben veeleer behoefte aan een informele bevestigende manier van benaderen, gekarakteriseerd door openheid en zorgzaamheid (Ellis & Campbell, 2005).

3.2 De taakopvatting van de huisarts

Huisartsen waarderen aandacht voor de patiënt en diens familie vaak als vanzelfsprekend onderdeel van zorg (Borsteede et al., 2008). Ook zullen zij open staan voor levensvragen en onderkennen dat er problemen zijn rondom levensvragen (Anbeek et al., 2013; Schuurmans & Veldhoven, 2011). Volgens Schuurmans en Veldhoven (2011) zullen huisartsen spirituele zorg niet als hun primaire taak beschouwen, omdat zij niet in tien minuten en medische problemen en levensvragen kunnen oplossen.

Uit onderzoek van Vermandere et al. (2011) blijkt dat huisartsen verschillende opvattingen hebben over hun rol inzake spirituele zorg, hetgeen wordt opgevat als het bespreken van religieuze en spirituele kwesties met de patiënt. De meeste huisartsen¹⁵ vinden het hun verantwoordelijkheid om de spirituele behoeften van patiënten te bespreken. Daarmee wordt bedoeld dat zij met de patiënt worstelen met de spirituele zorgen, vragen en dilemma's waar geen antwoorden voor zijn en de spirituele bronnen en doelen van patiënten proberen te identificeren (Ellis et al., 2002; Ellis & Campbell, 2005; Murray et al., 2008; Olson et al., 2006; Tanyi, McKenzie, & Chapek, 2009).

Huisartsen die spirituele zorg niet als hun taak beschouwen, associëren spirituele zorg vaak met religie en vinden dat het bespreken van religie niet tot hun domein hoort (Vermandere et al., 2011; Rumbold, 2014). Men kan zich afvragen of, als huisartsen spiritualiteit ruimer

¹⁵ Onduidelijk is om welk percentage huisartsen (n = 118) het precies gaat.

opvatten, zoals gedefinieerd in dit onderzoek,¹⁶ of niet-religieuze taal gebruiken, huisartsen spirituele zorg wel tot hun taak vinden behoren. Hier is vooralsnog geen onderzoek naar verricht.

Holmes et al. (2006) tonen dat de meerderheid van de huisartsen (68%, n=67) het ‘gemiddeld’ of ‘zeer’ belangrijk vinden om spirituele zorgen met patiënten te bespreken, maar dat slechts weinigen van hen dit werkelijk doen (36%). De factoren die dit belemmeren staan verderop beschreven. Opvallend is dat vrouwelijke huisartsen het belangrijker vinden om spirituele kwesties te bespreken en vaker naar de spiritualiteit van de patiënt vragen, dan hun mannelijke collega’s (Holmes et al., 2006). Ander onderzoek wijst uit dat huisartsen bij terminale patiënten eerder bereid zijn spirituele kwesties te bespreken (Anbeek et al, 2013; Holmes et al., 2006; Monroe et al., 2003).

Christina Puchalski is arts en pionier in het integreren van spirituele zorg in verschillende contexten van de gezondheidszorg (GWish, 2015). Puchalski (2001) ziet ook een taak voor (huis)artsen met betrekking tot de spirituele zorg. Zij spreekt over compassievolle aanwezigheid, luisteren naar de angsten, hoop, pijn en dromen van de patiënt; aandachtig zijn voor lichaam, geest en ziel van de patiënt en zijn familie; en ze zegt dat huisartsen een spirituele screening kunnen afnemen. Zij heeft de FICA methode ontwikkeld (zie tabel 1).

Table 1. The FICA method of taking a spiritual history

- F** *Faith and belief.* Ask: Are there spiritual beliefs that help you cope with stress or difficult times? What gives your life meaning?
- I** *Importance and influence.* Ask: Is spirituality important in your life? What influence does it have on how you take care of yourself? Are there any particular decisions regarding your health that might be affected by these beliefs?
- C** *Community.* Ask: Are you part of a spiritual or religious community?
- A** *Address/action.* Think about what you as the health care provider need to do with the information the patient shared—e.g., refer to a chaplain, meditation or yoga classes, or another spiritual resource. It helps to talk with the chaplain in your hospital to familiarize yourself with available resources.

Copyright © Christina M. Puchalski, MD, 1996.

¹⁶ Spiritualiteit is een belangrijk aspect van de mensheid en verwijst naar de manier waarop individuen zingeving en betekenis zoeken en geven en, de manier waarop zij hun verbondenheid met het moment, zichzelf, anderen, de natuur en het transcendente of heilige ervaren (Puchalski et al., 2009).

Puchalski (2001) is van mening dat het vanuit het perspectief van de arts waardevol is om aandacht te hebben voor de spirituele behoeften van patiënten.¹⁷ Ten eerste kan spiritualiteit een rol spelen in het begrip dat de patiënt heeft van zijn ziekte, bijvoorbeeld omdat een patiënt zijn ziekte als straf van God beschouwt. Dit kan samenhangen met de tweede reden, namelijk dat religieuze of spirituele overtuigingen invloed kunnen hebben op medische beslissingen. Men kan denken aan Jehova's getuigen die geen bloedtransfusies aanvaarden. Ten derde kan spiritualiteit een behoefte zijn van de patiënt en belangrijk zijn voor diens coping met de ziekte. Puchalski geeft het voorbeeld van een patiënt die kracht put uit haar geloof en het uitvoeren van rituelen. Daarbij noemt Puchalski dat het voor patiënten belangrijk kan zijn dat een arts dit van hen weet, al is het maar zodat de patiënt de ruimte krijgt voor haar manier van coping. Ten slotte is Puchalski van mening dat het begrijpen van de spirituele behoeften van patiënten integraal is aan de holistische zorg. Op basis van haar ervaring als arts stelt zij dat het soms effectiever is om patiënten naast medicatie ook spirituele zorg aan te bieden, zoals meditatievormen en begeleiding (Puchalski, 2001).

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Er zijn verschillende onderzoeken die aandacht besteden aan de factoren die huisartsen als belemmerend dan wel bevorderend ervaren voor het bespreken van spirituele kwesties met patiënten (Burgess et al., 2004; Ellis & Campbell, 2005; Ellis et al., 2002; Murray et al., 2003; Selman et al., 2014; Saguil, Fitzpatrick, & Clark, 2011; Vermandere et al., 2013). Uit onderzoek van Ellis et al. (2002) blijkt dat deze factoren te maken kunnen hebben met omstandigheden van de arts, de relatie tussen arts en patiënt, de patiënt of de situatie (zie tabel 2). Bevorderende factoren voor het bespreken van spirituele kwesties zijn volgens huisartsen: interesse tonen in het leven van de patiënt, eenzelfde sensitieve en integere benadering hanteren als bij andere gevoelige kwesties (seksualiteit), patiënten thuis bezoeken, terug kunnen vallen op collega's ter versterking van de eigen rol en verschillende persoonlijke kwaliteiten, waaronder innerlijke kracht, spirituele gerichtheid en een open houding (Ellis et al., 2002). De belemmerende factoren voor huisartsen worden hieronder nader toegelicht, waarmee tegelijkertijd meer inzicht wordt verkregen in wat bevorderend werkt voor huisartsen bij het bespreken van spirituele kwesties.

¹⁷ In een interview geeft Puchalski tevens een kort overzicht van de voordelen van het integreren van spiritualiteit in de zorg. (<http://www.radionz.co.nz/audio/player/2571448>)

SELECTED BARRIERS TO SPIRITUAL DISCUSSIONS AND FACILITATORS OF THEM	
Barriers	Facilitators
<i>Physician Barriers</i>	<i>Actions</i>
Lack of comfort or training	Expressing interest over time in person's life to develop rapport
Lack of spiritual awareness or inclination	Reinforcing importance of spiritual coping mechanisms
Fear of inappropriately influencing patients	Use of similar approach as in discussions of sexuality, other sensitive issues
<i>Mutual Physician-Patient Barriers</i>	<i>Situational Factors</i>
Discomfort with initiating discussions	Visiting patients at bedside or home
Lack of concordance between physician and patient spiritual or cultural positions	<i>Resources</i>
No common "spiritual language"	Coworkers (reinforce physician's role)
<i>Physician-Perceived Patient Barriers</i>	<i>Physician Qualities</i>
Fear that it's wrong to ask doctor spiritual questions	Inner strength, balance, and spiritual centeredness
Belief that spiritual views are private	Openness, assurance of "helper" role
Perception of physician time pressure	
<i>Situational Barriers</i>	
Time	
Setting (examination room)	
Lack of continuity or managed care	

Tabel 2. Selected barriers to spiritual discussions and facilitators of them. Bron: Ellis et al., (2002, p. 252)

Vaardigheden van de huisarts

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat huisartsen die zingevingvragen signaleren, stellen dat ter beantwoording daarvan andere expertise en competenties zijn geboden dan de medische (Anbeek et al., 2014; Leget, 2012). Snelle analyse en probleemoplossing staan niet op de voorgrond, maar rust, geduld en beschouwende reflectie, ook wanneer het enkel om het signaleren van zingevingvragen gaat (Anbeek et al., 2014). Ook buitenlands onderzoek wijst uit dat veeleer een beroep wordt gedaan op de communicatieve en empathische vermogens van de huisarts (Ellis et al., 2002; Hartley, 2014; Puchalski, 2014) en op vaardigheden als luisteren, het benoemen van spirituele overtuigingen, erbij blijven wanneer een patiënt het moeilijk heeft (Ellis et al., 2002) en open vragen stellen¹⁸ (Burgess et al., 2004; Best et al., 2013; Hartley, 2014).

Selman et al. (2014) stellen dat er sprake is van een gebrek aan competenties en vertrouwen onder huisartsen met betrekking tot het bespreken van spirituele behoeften met

¹⁸ Hartley (2014, p. 266) beschrijft drie vragen die behulpzaam kunnen zijn, vooral voor palliatieve patiënten: 'How do people understand what is currently happening to them?', 'When life has been difficult in the past, what kind of things have helped?' en 'Would any of these things, or anything else they can think of, be helpful to them now?'. In de Richtlijn Spirituele Zorg (2010) staan deze drie vragen: 'Wat houdt u op het ogenblik het meeste bezig?', 'Waar had u steun aan op andere momenten in het leven wanneer het moeilijk was?' en 'Is er iemand die u graag bij u zou willen hebben?'.

patiënten. Dit wordt ook in ander onderzoek bevestigd (Burgess et al., 2004; Murray et al., 2003; Lo et al., 2002). Anbeek et al. (2013) stellen dat huisartsen in Nederland voor het werkelijk goed ingaan op levensvragen onvoldoende zijn opgeleid. Uit ander Nederlandse onderzoek blijkt dat huisartsen zoekende zijn in het vinden van een juiste balans tussen *evidence-based* werken en het bieden van persoonlijke zorg (Butalid, 2014). Nederlandse huisartsen blijken minder affectgericht¹⁹ en meer taakgericht te communiceren (Van den Brink, Van Dulmen, Schellevis, & Bensing, 2004; Butalid, 2014). Dit betekent dat zij weinig verbale uitingen van empathie tonen en vooral vragen stellen, informatie geven en adviseren over medische/therapeutische en psychologische problemen, sociale situatie, leefwijze, en zich procesgericht uiten (Van den Brink et al., 2004). Murray et al. (2003) stellen dat huisartsen ondersteunende werkpraktijken nodig hebben en training om de spirituele behoeften van patiënten te onderzoeken, om hun eigen onzekerheid te overwinnen en om gepaste interventies te kunnen plegen.

Taalspel

Het lastige aan spirituele zorg is dat mensen deze dimensie niet altijd goed onder woorden kunnen brengen (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010). ‘Spirituele vragen zijn vaak ongestelde vragen, vragen die nog niet helder zijn voor de patiënt en daardoor soms niet door deze herkend worden.’ (Ibidem, p. 5) Uit Nederlandse onderzoeken blijkt dat het zowel huisartsen als patiënten ontbreekt aan taal om levensvragen te bespreken (Anbeek et al., 2013, 2014).

Ze [zingevingsvragen] komen ook niet als zodanig ter sprake. Patiënten benoemen hun problemen niet in die termen en huisartsen ‘vertalen’ de verwoorde klachten vervolgens bijvoorbeeld als ‘medisch onverklaarbare klacht’, ‘moeheid’, of ‘boosheid’. Door dit vage karakter hangt het dus van de werkwijze en duiding door de huisarts af of problemen waar patiënten mee worstelen als zingevingsvragen geïnterpreteerd worden. (Anbeek et al., 2014, p. 10)

Schuurmans en Veldhoven (2011) bevestigen dat het voor (huis)artsen vaak niet direct duidelijk is wat wordt bedoeld met levensvragen of zingevingsvragen. Zij zijn bekend met het begrip ‘onderliggende hulpvraag’ en angst voor ziekte en dood, dit wordt echter als een medisch/psychologisch probleem gezien en daardoor als somatische pathologie benaderd (Schuurmans & Veldhoven, 2011). Volgens Kunneman (2009) ontkomt geen enkele

¹⁹ Affectgerichte communicatie bestaat uit persoonlijke opmerkingen, blijken van instemming, bezorgdheid of geruststelling, parafrases, meningsverschillen.’ (Brink et al., 2004, p. 11)

zorgverlener aan deze reductie van het verhaal van de patiënt (tot een verhaal waarin zij zelf het sterkste zijn):

De dokter zal vooral de vraag horen naar onderzoek en medicatie, de psycholoog vooral de vraag naar verwerking en training, de maatschappelijk werker vooral de vraag rond wonen en zorg, de verpleegkundige vooral de vraag naar communicatie en dagbesteding, de creatieve therapeut vooral de vraag naar beleving en expressie, de geestelijk verzorger vooral de vraag naar waarden en zin. (Kunneman, 2009, p. 145)

Een uitsluitend somatische benadering door de huisarts werkt echter niet bevorderlijk voor patiënten bij wie spirituele kwesties meespelen. Veel van de betekenis, context en perspectieven die het verhaal bevat, gaan dan verloren (Burgers & Tasche, 2001).²⁰

Tijdsdruk

Naast een zoekende houding en/of weinig vertrouwen in hun communicatieve vermogens en moeilijkheden met de taal, botst het ingaan op trage vragen regelmatig met de tijdsdruk waaronder huisartsen handelen (Anbeek et al., 2014; Ellis et al., 1999; Mowat et al., 2011; Murray et al., 2003; Vermandere et al., 2011). Het begrip ‘trage vragen’ van Kunneman (2009) is hier typerend, omdat het om vragen gaat die tijd kosten, niet alleen om te stellen, maar ook om antwoorden op te vinden. Zoals al eerder opgemerkt, kunnen huisartsen niet in tien minuten én medische problemen én levensvragen oplossen (Schuurmans & Veldhoven, 2011). Daarbij komt dat patiënten hun zorgen nauwelijks helder en duidelijk ter sprake brengen, maar vaak hints geven voor onderliggende emoties (Butalid, 2014). De tijd die patiënten daarmee vragen van hun huisarts is er simpelweg niet.

Gebrek aan wetenschappelijk bewijs

Tevens wordt als belemmerende factor genoemd dat er een beperkte hoeveelheid overtuigend empirisch bewijs is voor het nut van het verlenen van spirituele zorg (Selman et al., 2014). Saguil et al. (2011) onderzochten of huisartsen hun rol inzake spirituele zorg anders zagen wanneer zij wetenschappelijk bewijs kregen waaruit bleek dat spiritualiteit is verbonden met positieve gezondheidszorguitkomsten. Dit bleek inderdaad het geval: 39,1 % van de onderzochte huisartsen zou zelf het gesprek over spirituele behoeften initiëren als ze bewijs kregen dat spiritualiteit gerelateerd is aan positieve gezondheidszorguitkomsten. Huisartsen waren echter twee keer zoveel (73,8%) geneigd om te praten over nieuwe medicatie als die er

²⁰ In de huisartsengeneeskunde wordt steeds vaker een pleidooi gehouden voor *narrative medicine*, omdat huisarts degenen zijn die het verhaal van de patiënt soms vele jaren kunnen volgen (Burgers & Tasche, 2001).

zou zijn (Saguil et al., 2011). Deze belemmerende factor is opvallend, omdat er wel degelijk empirisch bewijs is dat spiritualiteit is verbonden met positieve gezondheidszorguitkomsten. Het is waarschijnlijk belemmerend dat huisartsen niet bekend zijn met dit bewijs.

3.4 Vervolg

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat, hoewel huisartsen zich misschien wel bezig willen houden met levensvragen van patiënten, het hen om verschillende redenen niet lukt om daarop in te kunnen gaan. Patiënten moeten dan elders met hun trage vragen terecht kunnen, wat betekent dat huisartsen moeten weten naar wie ze hun patiënten kunnen doorverwijzen. Uit onderzoek van Anbeek et al. (2013) blijkt echter dat huisartsen dit niet weten. Een verwijzing naar een psycholoog is een uitweg, waar Schuurmans en Veldhoven (2011), beiden huisarts in Nederland, tegenin brengen dat dit vaak ook een sterk gemedicaliseerde benadering is (Schuurmans & Veldhoven, 2011). Zij pleiten dan ook voor het inzetten van geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg. In het volgende hoofdstuk wordt daarom ingegaan op wie de geestelijk verzorger (anno 2015) is.

4. De geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk wordt een beeld verkregen van de geestelijk verzorger. Eerst wordt een korte geschiedenis schets gegeven van de geestelijke verzorging in de Nederlandse zorgcontext. Vervolgens wordt ingegaan op het beleid over en de financiering van geestelijke verzorging. Het hoofdstuk wordt afgesloten met factoren die het inzetten van geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg belemmeren.

4.1 Ontwikkeling van de geestelijke verzorging

Veel mensen hebben bij de term ‘geestelijke verzorging’ de associatie met religie of geloof, wat begrijpelijk is gezien de historie van het ambt.²¹ Doolaard (2006) beschrijft in zijn boek *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* het verleden van de geestelijke verzorging, haar werkvelden en de persoon van de geestelijk verzorger. ‘Tussen geestelijke verzorging en gezondheidszorg bestaan oeroude verbanden. Ziekte, heling, genezing waren eeuwenlang het domein van geestelijke leiders in de gemeenschappen van mensen.’ (Doolaard, 2006, p. 19) Doolaard stelt dat in oude culturen het geloof overheerste dat ‘de Schepper van hemel en aarde de eigenlijke, de belangrijkste geneesheer is’. Tot het begin van de Middeleeuwen waren de ziekenverblijven van de christenen belangrijke hospitalen waar hulpvragenden een toevlucht vonden. Daarna ontstonden gasthuizen; sociaal-caritatieve instellingen van gilden om te voorzien in de behoefte aan verzorging en verpleging van de eigen gemeenschap (Linde, 2007). Dit had tot gevolg dat geestelijken het voor het zeggen hadden en artsen slechts voor korte duur op bezoek kwamen.

De plaats van de geestelijk verzorger in het ziekenhuis verkleinde de kloof tussen ziekenhuis, gemeenschap en kerk (Hollaway et al., 2009). Een geestelijk verzorger was een representant van een religie of geloofsgemeenschap die zich bezig hield met geestelijk werk in geval van crisis, begeleiding, sacramenten, bidden, onderwijs en ethische besluitvorming (Hollaway et al., 2009). Snelder (2006) stelt dat christelijke predikanten en katholieke rectoren²² (geestelijken) tot de jaren '70 van de vorige eeuw een gerespecteerde positie hadden binnen confessionele gezondheidszorginstellingen. De parochie en gemeente verleenden

²¹ Men vormt onbewust stereotypen op basis van de gewoontes, tradities en geschiedenis die in een samenleving voorhanden zijn. Bij stereotype beeldvorming gaat het altijd om in- en uitsluiting van een criterium, welke als vanzelfsprekend of normaal wordt beschouwd (Smelik, Buikema, & Meijer, 1999). In dit verband wordt het criterium religie of geloof als vanzelfsprekend gehouden voor geestelijk verzorgers.

²² De titel en functie van de spiritueel zorgverlener reflecteerde de eigen levensbeschouwelijke achtergrond (Van de Geer & Leget, 2012).

geestelijke zorg in niet-confessionele ziekenhuizen aan de mensen van de eigen kerk. De geestelijke zorg werd dus beschouwd als taak van de kerken (Snelder, 2006).

Goudswaard (2006) stelt dat toen de medische wetenschap aan invloed won, gasthuizen veranderden in ziekenhuizen en de zorg rondom het ziekbed een meer geïntegreerde positie innam. De geestelijke zorg werd integraal deel van de ‘omgang met zieken’, maar het bleef onduidelijk of de pastor tot de medewerkers van de dokter en de verpleegkundige werd gerekend (Goudswaard, 2006). Sindsdien is er veel veranderd in het ziekenhuiswezen en daarmee in de geestelijke verzorging. Van de Geer en Leget (2012) beschrijven de ontwikkelingen van de geestelijke verzorging in Nederland vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw. Tijdens de modernisering van de gezondheidszorg probeerden geestelijk verzorgers een nieuwe rol te krijgen in de zorg en verenigden zij zich in 1971 in de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ). De humanistisch geestelijk verzorgers werden tevens verwelkomd als leden. De VGVZ organiseerde zichzelf langs de verschillende denominaties en onderscheidde later tevens verschillende werkvelden. Het werkveld ‘Eerste Lijn’ bestaat echter pas sinds 2014. Er bestonden veel interne debatten binnen de VGVZ, onder andere over de term spiritueel en over hoe de geestelijke zorg geïmplementeerd kan worden zonder de eigen identiteit, vertrouwelijkheid en vrijplaats te verliezen en schenden (Van de Geer & Leget, 2012).

Intern debat over de term ‘spiritueel’

De term ‘spiritueel’ heeft lange tijd voor intern debat gezorgd en wordt pas in de afgelopen tien jaar steeds meer omarmd door geestelijk verzorgers in Nederland. De VGVZ koos, in een tijd waarin Nederland een voortrekkersrol in de secularisering had, voor de meer neutrale en bredere term ‘geestelijk’, vanwege de vaak negatieve associatie met religie bij de term ‘spiritueel’ (Van de Geer & Leget, 2012). In het Nederlands zijn de termen ‘geestelijk’ en ‘spiritueel’ synoniemen, hoewel geestelijk ook verwijst naar de mentale en intellectuele capaciteiten van een persoon (zoals in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)) en spiritueel naar de immateriële wereld. In 2002 werd de term ‘spiritueel’ in de definitie van palliatieve zorg²³ geïntegreerd, hetgeen opnieuw tot verwarring en nieuwe discussies leidde binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers (Van de Geer & Leget, 2012). Toch lijkt het erop dat steeds meer geestelijk

²³ ‘Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.’ (WHO, 2002)

verzorgers beseffen dat ze, door het gebruik van de term ‘spiritueel’, onderdeel kunnen uitmaken van de palliatieve zorg in de eerste lijn (Van de Geer & Leget, 2012).

In aansluiting op deze ontwikkeling van spirituele zorg moeten geestelijk verzorgers, volgens Hollaway et al. (2009), niet langer worden benaderd als representanten van een bepaald geloof of levensbeschouwelijke traditie. Zij kunnen worden gezien als verantwoordelijk voor de spirituele zorg voor mensen, ongeacht welke levensbeschouwing zij hebben. Dit betekent niet dat specifieke religieuze of levensbeschouwelijke perspectieven geen plaats meer hebben binnen de geestelijke verzorging (Hollaway et al., 2009). Het is belangrijk dat geestelijk verzorgers zijn geworteld en gevormd in een levensbeschouwelijke of spirituele traditie, omdat dit de grondslag biedt voor het werken met existentiële vragen, ook wanneer men niet dezelfde levensbeschouwelijke achtergrond heeft (Swift et al., 2012).

Geestelijk verzorgers zijn meestal (maar niet altijd) verbonden met een religieuze of levensbeschouwelijke traditie (Richtlijn Spirituele Zorg, 2010). De meest bekende denominaties zijn: de christelijke, de islamitische, de humanistische, de joodse en de boeddhistische denominatie. In Nederland is er ook een trend zichtbaar dat geestelijk verzorgers zich profileren als ongebonden of algemeen geestelijk verzorger. Er is een Raad voor institutioneel-niet-gezonden Geestelijk Verzorgers (RING-GV) in het leven geroepen om de levensbeschouwelijke competentie van deze geestelijk verzorgers te toetsen.

4.2 Beleid rondom het werkveld van geestelijk verzorgers

In Nederland maken geestelijk verzorgers een integraal onderdeel uit van de zorgverlening in een groot deel van de zorginstellingen, waar zij het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging borgen (VGVZ, 2015).²⁴ Deze ‘vrijplaats garandeert geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk van een indicatie of toestemming door een derde.’ (VGVZ, 2015, p. 8) Op centraal beleidsniveau wordt de geestelijke verzorging gesteund door beleidsnota’s en wettelijke bepalingen, op het uitvoeringsniveau van instellingen is haar positie echter niet altijd vanzelfsprekend (VGVZ, 2015). Dit is zichtbaar in steeds meer instellingen waar geestelijk verzorgers verdwijnen, omdat voor de meeste sectoren niet nader is gekwantificeerd welke vorm deze faciliteit aanneemt (Anbeek et al., 2014).

²⁴ In de Kwaliteitswet zorginstellingen (Artikel 3) staat: ‘Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.’

In de eerstelijnszorg bestaat er geen wetgeving waarmee geestelijke verzorging structureel kan worden ingebed (Vreugdenhil & Ottenvanger, 2009). Dit betekent dat geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg vooral draait om de vraag: ‘Wie gaat het betalen?’. In 2005 werd een beroep gedaan op het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om geestelijke verzorging in de extramurale zorg te financieren.²⁵ Geestelijke verzorging werd door het CVZ (2006) omschreven in drie elementen: ‘coping en zingeving’, ‘het bieden van een vrijplaats’ en ‘het begeleiden bij religie en spiritualiteit’. Op basis van deze elementen, lichtten zij toe dat enkel de begeleiding bij coping en zingeving onderdeel uitmaakt van de behandeling. Dit kan ten laste worden gelegd bij de ziektekostenverzekering, omdat hoe iemand omgaat met zijn ziekte en behandeling van invloed is op zijn herstel.²⁶ De andere twee elementen worden aangekaart als eigen verantwoordelijkheid van de mensen, die niet ten laste moeten worden gelegd van de ziektekostenverzekering. Als argument wordt gegeven dat de eigen pastoor, dominee, rabbijn, imam etc. een belangrijke meerwaarde kan hebben boven een geestelijk verzorger in dienst van een instelling (CVZ, 2006).

Tien jaar later is er veel kritiek te leveren op dit document. Zo kan men de elementen waarmee geestelijke verzorging wordt omschreven, verouderd noemen. Op basis van de nieuwe Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger van de VGVZ (2015) kan geestelijke verzorging beter worden omschreven volgens de volgende elementen: ‘coping en zingeving’, ‘vrijplaats: het begeleiden bij religie en spiritualiteit’ en ‘advies en scholing op het gebied van levensbeschouwing en ethiek’. Dan blijkt dat geestelijk verzorgers er niet alleen voor patiënten zijn, maar ook voor vrijwilligers, (zorg)professionals en beleidsmakers. Tevens kan men opmerken dat het levensbeschouwelijke landschap van Nederland is veranderd, waardoor niet iedereen zich meer thuis voelt bij een religie (Anbeek et al., 2013). Mensen hebben dan ook vaak geen eigen pastoor of dominee meer. Bovendien zijn er opleidingsverschillen tussen bijvoorbeeld de pastoor, dominee en imam en de christelijk of islamitisch geestelijk verzorger.²⁷ De opleiding tot geestelijk verzorger is een specifieke afstudeerrichting van theologische studies. In deze afstudeerrichting ligt de nadruk op gespreksvoering en ethische begeleiding en

²⁵ De staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelde de volgende vragen: 1. Moet geestelijke verzorging deel uitmaken van de “full-package” of niet? 2. Kan geestelijke verzorging extramuraal worden geleverd, en kan dat ook als de verzekerde slechts enkele delen van de verblijfsfunctie wil afnemen of verschillende onderdelen bij verschillende instellingen afneemt? 3. In hoeverre brengen de veranderingen in de financiering van de zorg met zich mee dat de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk komt te staan? 4. Kan de term “ziektelast” bijdragen aan de borging van geestelijke verzorging zonder dat het leidt tot extra administratieve lasten?

²⁶ Dit komt in de volgende paragraaf meer uitgebreid aan bod.

²⁷ Voor de rabbijn gelden deze opleidingsverschillen niet.

advisering en is stage lopen een vereiste. Men kan er dus vanuit gaan dat geestelijk verzorgers wel degelijk andere kwaliteiten hebben dan de pastor of imam.

De vraag naar financiering van de extramurale geestelijke verzorging kwam ook in de Tweede Kamer ter sprake. In 2007 maakte kamerlid mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink zich zorgen over de toegankelijkheid van de geestelijke verzorging en verzocht de regering te bezien hoe aan de geestelijke verzorging buiten zorginstellingen beter invulling kan worden gegeven (Tweede Kamer, 2006-2007, 31200 XVI, nr. 56). Zij stelt in deze motie dat geestelijke verzorging een basisvoorwaarde is voor kwalitatief goede zorgverlening en dat de toegankelijkheid van de geestelijke verzorging is afgenomen door de toenemende vermaatschappelijking van de zorg. Drie jaar later gaf toenmalig minister van VWS, Ab Klink, een uitgebreide reactie op de motie (Tweede Kamer, 2009-2010, 25424, nr. 101).

Alhoewel het naar mijn mening geen taak van de overheid is om hierin te sturen, deel ik wel de opvatting van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink dat aandacht voor zingevingsvraagstukken een plaats verdient bij een meer integrale benadering van een extramurale hulpvraag. Ik juich de toenemende aandacht voor levensvragen op lokaal niveau toe. (Tweede Kamer, 2009-2010, 25424, nr. 101, p. 5)

Dat minister Klink geen taak zag voor de overheid is opvallend, want juist de overheid kan beleid ontwikkelen waarmee geestelijke verzorging ook in de eerstelijnszorg kan worden ingebed.

Klink zag wel mogelijkheden om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Als eerste mogelijkheid noemde hij het beter benutten van de bestaande mogelijkheden om begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken als verzekerde Zorgverzekeringswet (Zvw)-zorg te leveren. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de extramuraal werkende geestelijk verzorgers; zij moeten zelf onderhandelen met zorgverzekeraars, zich als deskundigen profileren en samenwerkingsverbanden aangaan. Een tweede mogelijkheid is aan te kloppen bij de lokale overheid en samenwerkende zorg- en welzijnsinstellingen rondom mantelzorgondersteuning, participatie bevordering, zelfredzaamheid, eenzaamheidsbestrijding en buurtinitiatieven. Deze mogelijkheden zijn overigens aangedragen door geestelijk verzorgers zelf in het Tijdschrift Geestelijke Verzorging. Een derde mogelijkheid is het voor cliënten en zorgkantoren inzichtelijk maken dat het signaleren van zingevingsvragen een belangrijk kwaliteitsaspect van de zorgverlening is. Klink stelt dat men bij extramurale zorgverlening alert moet zijn op 'een sociale en psychische hulpvraag en geestelijk welzijn'. (Tweede Kamer, 2009-2010, 25424, nr. 101). Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat

geestelijk welzijn dan wel dusdanig moet worden opgevat dat levensbeschouwelijke en spirituele zorg daartoe behoren.²⁸

4.3 Financiering van geestelijk verzorging in de eerste lijn

Hetty Zock, bijzonder hoogleraar levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid met bijzondere aandacht voor het domein van de geestelijke verzorging, is van mening dat de veranderingen en kansen van de geestelijke verzorging in de transitie van intra- naar extramurale zorg liggen. Volgens haar wordt de groep waar geestelijk verzorgers zich op kunnen richten groter en neemt de groep mensen die behoefte hebben aan geestelijke verzorging toe (Kroondijk & Ten Horn, 2014). Verschillende initiatieven in Nederland laten zien dat er pogingen worden ondernomen door geestelijk verzorgers om extramuraal of transmuraal te gaan werken, waaronder het Centrum voor Levensvragen in Noord-Holland, Gezondheidscentrum Levinas te Rotterdam en het Centrum voor Ontmoeting in Levensvragen te Nijmegen. Bovendien zijn er steeds meer geestelijk verzorgers die een eigen praktijk beginnen.

Deze aandacht voor geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg heeft ertoe geleid dat er onder geestelijk verzorgers behoefte is aan duidelijkheid over de financieringsmogelijkheden daaromtrent. Onlangs heeft de VGVZ een document opgesteld waaruit blijkt welke financieringsmogelijkheden er zijn voor geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg (Financiering Geestelijke Verzorging, 2015). Deze drie mogelijkheden worden hier kort beschreven op basis van dit document.

De eerste mogelijkheid is financiering vanuit de WMO. Gemeenten kunnen financiering beschikbaar stellen voor geestelijke verzorging op grond van de volgende drie prestatievelen:

- Prestatieveld 4: Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen.
- Prestatieveld 5: Bevorderen dat mensen met een beperking of chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren.
- Prestatieveld 6: Mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem voorzieningen verlenen om hun zelfstandige functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer te behouden.

Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan op gronden van ‘het voorkomen van zinverlies of eenzaamheid’ en ‘het versterken van sociale relaties’. Gemeenten mogen echter zelf bepalen

²⁸ De definitie van Huber et al. (2011, zie § 3.3) kan hierbij ondersteunend zijn.

door wie deze ondersteuning wordt geboden. Geestelijk verzorgers zullen zelf initiatief moeten nemen om aanspraak te maken op deze vorm van financiering.

De tweede mogelijkheid is financiering vanuit de Zvw. Geestelijke verzorging staat niet omschreven in de Zvw als verzekeringsprestatie, maar de deelfunctie ‘begeleiding bij coping en zingevingsvragen’ wel. De zorgverzekeraar mag een beroepsbeoefenaar contracteren voor de te leveren prestaties voor zover deze in staat is adequate zorg te leveren (functiegerichte verzekeringsprestaties). De verzekeraar moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en zal dus naar de professionele achtergrond van de beroepsbeoefenaar kijken.

Tevens is financiering mogelijk vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychologen en Agogen (NVPA). De NVPA heeft een vakgroep van geestelijk verzorgers en is aangesloten bij de RBCZ, een organisatie die contracten heeft met zorgverzekeraars. Dit betekent dat de begeleiding deels wordt vergoed, afhankelijk van de verzekering die de patiënt heeft. Ten slotte is het mogelijk om financiering vanuit de Zvw te ontvangen op basis van een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) voor praktijkondersteuning van huisartsen (POH). Een huisarts kan een geestelijk verzorger als praktijkondersteuner inhuren. Dit wordt onder andere gedaan in Rotterdam bij gezondheidscentrum Levinas.²⁹

De derde mogelijkheid voor financiering is werken op basis van een projectsubsidie, bijvoorbeeld binnen de ketenzorg en in samenwerking met Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ). Voor een project dient een plan te worden ingediend bij de gemeente, op basis waarvan subsidie kan worden toegekend. Aan deze subsidies hangen dikwijls kwalitatieve eisen waaraan het project dient te voldoen en er dient een gedegen financieel perspectief te zijn (Financiering Geestelijke Verzorging, 2015). Verschillende pilots en initiatieven die zijn geïnitieerd door of in samenwerking met geestelijk verzorgers vinden geen voortgang, omdat er onvoldoende grond kan worden gevonden voor de structurele financiering (Rooij, 2008). In Noord-Holland werkt het Centrum voor Levensvragen op basis van een subsidie vanuit het NPZ.

De beperkte en vooral diffuse financieringsmogelijkheden voor geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg vormen een grote belemmering voor de geestelijk verzorgers en voor zorgverleners die hen willen inzetten. Het kost veel tijd en moeite om samenwerking op te zetten. Tevens blijkt dat verzekeraars pas bereid zijn tot vergoeding van zorg door geestelijk begeleiders als wetenschappelijk is aangetoond dat deze begeleiding meer effect heeft dan werken met vrijwilligers (Anbeek et al., 2013).

²⁹ Dit roept echter wel vragen op over de salariering, omdat praktijkondersteuners op Hbo-niveau zijn geschaald, terwijl geestelijk verzorgers op WO-niveau zijn opgeleid.

4.4 Belemmerende factoren voor samenwerken in de eerstelijnszorg

Anbeek et al. (2013) beschrijven vier factoren die de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg belemmeren. Deze factoren worden hier besproken. Naast de beperkte financieringsmogelijkheden, blijkt allereerst dat geestelijk verzorgers hun specifieke expertise onvoldoende profileren. De afgelopen jaren lijkt hier verandering in te komen. Zo is bijvoorbeeld de Richtlijn Spirituele Zorg in 2010 tot stand gekomen, hoewel daar niets over is geschreven in het Medisch Contact noch is deze terug te vinden tussen de richtlijnen van het NHG. De richtlijn is enkel te vinden op de website van Pallialine. De VGVZ (2015) heeft een nieuwe Beroepsstandaard ontwikkeld. Anderen ontwikkelden een Beslisboom 'Levensbeschouwelijke, maatschappelijke en/of psychische nood' (zie Bijlage 2). Ook er verschijnen in de media verschillende berichten over geestelijk verzorging (Leget, 2014; Looijse, 2015). Leget (2014) pleit bijvoorbeeld voor een geestelijke verzorging nieuwe stijl, die zich met een helder profiel tussen andere professionals moet kunnen bewegen. Daarbij trekt hij de naam geestelijk verzorging in twijfel.

Een tweede belemmerende factor is dat geestelijk verzorgers zich te veel langs de traditionele lijnen van de verschillende denominaties bekennen. Er is volgens Anbeek et al. behoefte aan 'zingevingconsultanten' die onderlegd zijn in de verschillende levensbeschouwelijke tradities en tegelijkertijd over de grenzen van verschillende levensbeschouwingen heen kunnen kijken naar een algemeen menselijk levensperspectief. Dit om tegemoet te komen aan een groot deel van de bevolking (60 %) dat zich niet meer tot een religieus instituut rekent. Met de komst van de ongebonden en algemeen geestelijk verzorgers, lijkt het erop dat geestelijk verzorgers zich in de afgelopen jaren steeds minder langs de traditionele lijnen van hun denominatie bewegen en dat de discussie daarover is aangewakkerd binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers.

Ten derde vraagt in de eerstelijnszorg werken van geestelijk verzorgers dat zij niet meer uitsluitend vanuit hun 'vrijplaats' werken. Geestelijk verzorgers bieden een vrijplaats aan, waarbinnen patiënten vertrouwelijk kunnen praten over wat hen bezighoudt. Deze vrijplaatsfunctie verplicht geestelijk verzorgers tot geheimhouding. Wanneer wordt samengewerkt in de zorg, komt deze geheimhouding in het geding.

Het wordt een vereiste om een onmededeelzaam beroepsgeheim om te buigen in een mededeelzaam beroepsgeheim, zoals iedere teamgenoot dit onderschrijft. Dat wil zeggen, dat er na toestemming van de betrokkene er binnen een behandelteam gecommuniceerd mag worden, daar buiten niet. (Anbeek et al., 2013, p. 143)

Er wordt niet beargumenteerd waarom dit als belemmerende factor wordt aangedragen. Dit thema komt later aan bod.

De laatste factor die de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg kan belemmeren is, wat wordt genoemd, de medicalisering van zingevingsvragen. Zoals duidelijk werd in het vorige hoofdstuk, kost het huisartsen en patiënten tijd en moeite om taal te vinden voor levensvragen en zingeving. Enerzijds kan dit ertoe leiden dat zingevingsvragen helemaal niet worden erkend en er daardoor geen behoefte is aan professionals die mensen daarin kunnen ondersteunen. Anderzijds kunnen zingevingsvragen als medisch of psychosociaal probleem worden geïnterpreteerd, waardoor patiënten naar andere professionals worden doorverwezen (Anbeek et al., 2013).

4.5 Vervolg

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat geestelijk verzorgers bezig zijn zich te professionaliseren in de eerstelijnszorg. Vanuit de overheid hoeven zij vooralsnog weinig steun te verwachten, maar wel wordt door de VGVZ enige ondersteuning geboden. Er is binnen de VGVZ een werkveld 'Eerste Lijn' opgericht voor geestelijk verzorgers die in de eerstelijnszorg werkzaam (willen) zijn en er zijn verschillende financieringsmogelijkheden. Wat er precies nodig is voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers, komt in het volgende hoofdstuk aan bod aan de hand van buitenlands onderzoek.

5. Samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers aan de hand van onderzoek over een project in Schotland (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012; Mowat et al., 2012). Dit Schotse project *Community Chaplaincy Listening* (CCL) houdt in dat geestelijk verzorgers in de vorm van een luisterservice in huisartsenpraktijken werken. Dit betekent dat huisartsen patiënten doorverwijzen naar geestelijk verzorgers, maar patiënten kunnen ook zonder doorverwijzing van de huisarts bij hen terecht. Het onderzoek bestaat uit drie fases, waarvan twee fases inmiddels zijn afgerond.³⁰ Dit onderzoek is relevant voor dit onderzoek, omdat reeds vanaf het begin van de samenwerking, onderzoek is verricht en dit project nog steeds wordt gevolgd. Daarmee wordt niet alleen informatie gegeven over het opzetten van de samenwerking, maar ook over het verloop van de samenwerking. Bovendien worden daarbij verschillende factoren genoemd die bevorderend dan wel belemmerend werken. Dit kan richtinggevend zijn voor het exploratieve onderzoek.

Dit hoofdstuk richt zich op één samenwerkingsmogelijkheid, namelijk doorverwijzing, omdat het Schotse onderzoek zich hiertoe beperkt. Begonnen wordt met een definitie van samenwerken, waarna aan de hand van theorie over samenwerken in gezondheidszorgteams wordt ingegaan op de factoren die van invloed zijn op het samenwerken tussen huisartsen en geestelijk verzorgers bij doorverwijzing van patiënten.

5.1 Samenwerken: doel en voordelen

Samenwerken³¹ vooronderstelt het werken aan een gemeenschappelijk doel dat voor beide partijen voordelig is (NLM, 2013). Het gemeenschappelijke doel voor huisartsen en geestelijk verzorgers is mogelijk dat de patiënt persoonsgerichte en spirituele zorg krijgt. Door samen te werken kan een situatie worden bereikt waarin het resultaat beter is dan de situatie waarin deze samenwerking niet zou hebben plaatsgevonden (NLM, 2013). Uit het onderzoek naar het project CCL blijkt dat huisartsen en patiënten verschillende voordelen ervaren van de luisterservice.

³⁰ Zie voor meer informatie over dit project Bijlage 3.

³¹ The interaction of two or more persons or organizations directed toward a common goal which is mutually beneficial. An act or instance of working or acting together for a common purpose or benefit, i.e., joint action. (NLM, 2013).

Huisartsen

Huisartsen zien dat de luisterservice een belangrijk gat in de gezondheidszorg vult en de druk van zogenaamde ‘praat therapieën’ afhaalt:

The service seems to provide an in between haven for patients who are under some stress as a consequence of life events but are not requiring therapeutic interventions like psychotherapy or counselling. (Mowat et al., 2011, p. 30)

Bovendien onderscheidt de service zich van het reeds bestaande aanbod (psychologen e.d.)³², waar lange wachttijden gelden, waarvoor patiënten vaak moeten reizen en waar meer volgens standaardmodellen wordt gewerkt. Ook erkennen huisartsen dat geestelijk verzorgers andere vaardigheden hebben dan zij zelf. De huisartsen zien dat geestelijk verzorgers het volgende te bieden hebben:

Chaplains provide a truly person centred listening intervention. (...) Chaplains help patients find coping mechanisms within themselves for life’s difficult issues that may not change the situation but help change the response to it. (Mowat & Bunniss, 2012, p. 22)

Uit het citaat blijkt dat geestelijk verzorgers persoonsgericht werken en patiënten helpen bij het vinden van coping mechanismen.

Wanneer patiënten naar de luisterservice gaan, zien de huisartsen dat dit bij sommige patiënten tot positieve gedragsveranderingen leidt, hetgeen bijdraagt aan een groter gevoel van welzijn. Ook vragen deze patiënten minder tijd van de huisarts. Naast deze tijdsbesparing waarderen huisartsen de luisterservice omdat het hen een extra mogelijkheid biedt om naar door te verwijzen en zij zien dat het voorschrijven van medicijnen niet altijd de juiste oplossing biedt.

Doctors tend to try and find medical solutions to problems. Often means a prescription. What you really need to do is to look at your life, a tablet might aid your motivation to change, but may not be the best thing. A lot of people who see the listener may also need medication. I think (the listener) has reduced our prescribing at the margin and made the prescription more effective by helping the person more. (Mowat et al., 2012, p. 24)

Uit dit citaat blijkt dat huisartsen mogelijk minder medicijnen voorschrijven aan patiënten en dat de combinatie van medicijnen en begeleiding door een geestelijk verzorger meer effectief

³² ‘We have seen in the findings section that the precise nature of listening is clarified as something different from counselling and the other talking therapies. This is largely to do with the way in which the patient remains in control and there is no expectation of change or action on the part of the listener. It is not a therapeutic contract in the way that counselling and psychological therapy might be. The listener is the servant of the patient and brings this attitude to the listening relationship.’ (Mowat et al., 2011, p. 30)

is dan enkel medicijngebruik. Ook blijken huisartsen soms van de luisterservice te profiteren in volgende contacten met patiënten, omdat de manier van communiceren en de relatie met de patiënt zijn verbeterd. Huisartsen krijgen bovendien overwegend positieve feedback van patiënten over de service. Ten slotte zien huisartsen de luisterservice tevens als potentiële ondersteuning voor zichzelf.

Patiënten

Patiënten waarderen de luisterservice positief. Ze beschrijven de service als zeer persoonsgericht, omdat zij zelf de agenda, het tempo en de uitkomsten kunnen bepalen. Patiënten ondervonden positieve veranderingen in hun begrip van de situatie en hun mogelijkheid daarmee om te gaan (*capacity to cope*). Alle patiënten bevelen de service aan anderen aan. In tabel 3 staan verschillende uitkomsten overzichtelijk beschreven.

Patient Reported Outcomes: What difference did CCL make?	
Shifted my perspective	Brought clarity Made me hear and see my own story differently I'm a stronger person now 'I went in suicidal, came out with hope.'
Found the purpose to go on	I felt pointed in the right direction
Enhanced wellbeing	Drinking less Taking less tablets Back at work/found a job
Helped me cope	Developed coping strategies Feel more in control of my choices Found ability to get on with things I have the courage to talk to others Gave me confidence in my GP

Tabel 3. Patient reported outcomes: What difference did CCL make? Bron: Mowat & Bunnis (2012, p. 17)

Uit deze tabel blijkt dat de luisterservice kan bijdragen in het ontwikkelen van een andere kijk op het eigen levensverhaal, inspiratie kan bieden om verder te gaan, het welzijn kan verhogen en ondersteuning biedt bij coping.

Geestelijk verzorgers

De voordelen voor geestelijk verzorgers worden in het onderzoek niet expliciet beschreven. Veeleer gaat het over wat zij van het project leren. Wel wordt beschreven dat geestelijk verzorgers potentiaal hebben om een bruikbare en betekenisvolle bijdrage te leveren aan de publieke gezondheidszorg nu mensen ouder worden en zorg steeds vaker door familie en vrienden wordt geleverd. Samenwerking met huisartsen biedt hen de mogelijkheid om mee te veranderen met de samenleving en hun waarde voor de samenleving te tonen (Mowat et al.,

2011; Mowat & Bunnis, 2012). Anders verwoord, geestelijk verzorgers krijgen door samen te werken met huisartsen meer toegang tot die mensen in de samenleving die gebaat zijn bij deze zogenaamde spirituele begeleiding.

5.2 Determinanten voor samenwerken

In de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers spelen verschillende factoren een rol. San Martin-Rodriguez et al. (2005) onderscheidden, op basis van een uitgebreid literatuurreview, drie determinanten voor samenwerking voor teams in de gezondheidszorg. Dit zijn: Systemische, organisationele en interactionele determinanten.

Systemische determinanten

Systemische determinanten hebben, volgens San Martin-Rodriguez et al. (2005), betrekking op de omgeving buiten de organisatie waar samenwerking plaatsvindt. Het gaat om sociale, culturele, professionele en onderwijs gerelateerde factoren. Bij sociale factoren kan men denken aan machtsverschillen die kunnen bestaan tussen professionals in een team, aan de benaderingswijze van elkaar en aan de mate van collegialiteit. Bij culturele factoren kan men denken aan teamleden die verschillende (al dan niet botsende) perspectieven op samenwerking hebben. Tevens kunnen bepaalde culturele normen en waarden (autonomie, individualisme) in tegenspraak zijn met normen en waarden voor samenwerken. Bij professionele factoren kan men denken aan de verschillen tussen de domein specifieke referentiekaders van verschillende professionals; de specifieke overtuigingen, waarden en theoretische inzichten die gerelateerd zijn aan het eigen beroep. Tevens is het hele systeem van “professionalisering” in tegenstelling met het gedachtegoed van samenwerken, omdat professionalisering wordt gekarakteriseerd door normen als differentiatie, autonomie en controle, in plaats van collegialiteit en vertrouwen. Vooral het bewaken van het eigen professionele territorium, kan belemmerd werken voor samenwerkingsverbanden. Bij onderwijs gerelateerde factoren kan men denken aan de waarde die al dan niet wordt toegekend aan samenwerken in opleidingen. Van oudsher werd er in gezondheidszorgopleidingen weinig waarde toegekend aan samenwerking en lag er een sterke nadruk op de eigen professie. Het stimuleren van interprofessionele onderwijsprogramma's is een belangrijke maatregel om samenwerking te bevorderen.

In het CCL-project wordt met name over culturele en professionele factoren gesproken. Voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers is het, volgens Mowat et al. (2011), van belang dat er op cultureel niveau bewustzijn moet worden gecreëerd over spirituele

zorg. Zij stellen dat er meer aandacht en publiciteit moet komen voor spirituele zorg en doelen daarbij specifiek op zorgverleners.

Health care professionals are still not sure what spiritual care might look like and tend to conflate spiritual care and support with religious care and support. These two are not of course mutually exclusive and often go hand in hand but chaplains are specifically trained to facilitate spiritual care to people of all faiths and people of no faith, recognising that illness brings with it spiritual concerns about meaning, loss and anxieties about changes resulting from illness. (Mowat et al., 2011, p. 30)

Deze culturele factor hangt samen met de uitdaging om de luisterservice geaccepteerd te krijgen door zorgprofessionals die de komst van de geestelijk verzorger als concurrentie ervaren of niet weten wat ze ervan moeten verwachten. Laatstgenoemde is een professionele factor, waarover San Martin-Rodriguez et al. (2005) stellen dat het bewaken van het eigen professionele territorium vooral belemmerend kan werken voor samenwerkingsverbanden.

Deze culturele factor speelt ook als belemmering mee in het contact tussen huisarts en patiënt. Huisartsen bleken het lastig te vinden om de luisterservice uit te leggen aan patiënten, hetgeen te maken heeft met eerder genoemde taalspel (zie hoofdstuk 3.3).

Firstly there is a distinction to be made between spiritual listening and counselling but as we have seen from the comments of the patients and doctors the words ‘spiritual’ and ‘chaplain’ can be confusing and put people off. The clarity of the relationship between chaplaincy and the listening service and the relationship between listening, religious and spiritual care and holistic wellbeing needs to be confidently understood and regularly articulated. (Mowat et al., 2011, p. 28)

Huisartsen en geestelijk verzorgers waren zich ervan bewust dat zij de veranderingen in de geestelijke verzorging moesten uitleggen en dat spirituele zorg relevant is voor de gezondheidszorg (Mowat et al., 2011). Sommige huisartsen hadden als alternatief een verwijzing naar de luisterservice die door geestelijk verzorgers werd uitgevoerd en anderen benadrukten dat het niet om religieuze begeleiding ging (Mowat & Bunniss, 2012).

Managers van de CCL verwachten dat deze belemmering kan worden beperkt als er vanuit de overheid beleid wordt gevormd en de kwaliteit van de luisterservice op enigerlei wijze wordt gegarandeerd. Daarnaast wordt genoemd dat er een methode nodig is om te bewijzen dat luisteren, als nieuwe verwijsmogelijkheid voor huisartsen, tastbaar en kosten efficiënt is en huisartsen helpt in hun praktijk en patiënten ondersteunt (Mowat et al., 2011).

Organisatorische determinanten

Organisatorische determinanten hebben, volgens San Martin-Rodriguez et al. (2005), betrekking op omstandigheden binnen de organisatie. Attributen van de organisatie die de werkomgeving bepalen van de samenwerkende professionals zijn bijvoorbeeld de organisatiestructuur, het gedachtegoed van de organisatie, administratieve ondersteuning en leiderschap, bronnen en coördinerende mechanismen. In de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers, zoals in het CCL project, zijn de geestelijk verzorgers volgens een horizontale organisatiestructuur ingebed in de huisartsenpraktijk. Deze plaatselijke aanwezigheid van de geestelijk verzorger in de huisartsenpraktijk, maakt dat zij zeer toegankelijk zijn voor patiënten (Mowat et al., 2011). Dit is een bevorderende factor voor de samenwerking tussen huisarts en geestelijk verzorger.

Een andere bevorderende factor bleek het investeren van tijd in het uitleggen van de luisterservice aan iedereen die bij de luisterservice betrokken is (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012). Het gaat dan om de uitleg door huisartsen aan patiënten alsook door de geestelijk verzorgers aan huisartsen, patiënten en andere betrokkenen.

The message and lessons learnt from this early pilot was that the effort spent in explaining the service and clarifying the process is worth it. This then means that referrals are appropriate and patients benefit. Clarifying the nature of spiritual listening as distinct from other talking therapies or counselling was also important.(...) The emphasis on listening and helping the person clarify their situation to themselves is clear. (Mowat et al., 2011, p. 23-24)

Uit het citaat blijkt dat het tevens belangrijk is om het begrip ‘spiritueel luisteren’ expliciet te onderscheiden van andere vormen van luisteren (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012). Voor patiënten bleek een uitleg over en verwijzing naar de luisterservice door de huisarts een behulpzame bron te zijn (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012).

Voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers werkt het bevorderend als er coördinerende mechanismen zijn. Zo bleek dat huisartsen van CCL behoefte hadden aan meer feedback (Mowat et al., 2011). Dit ging gepaard met vragen over de vertrouwelijkheid van de luisterservice.

The confidential nature of the service meant that some GPs were unaware of which patients, to whom they had recommended the service, had actually taken up the recommendation. This raises important points about access, referral route, note taking and confidentiality. (Mowat et al., 2011, p. 16)

We have seen that GPs would like more feedback about patients but that it is difficult to retain the absolute confidentiality of the service if notes are taken and recorded and shared. (Mowat et al., 2011, p. 29)

Uit bovenstaande citaten blijkt dat het belangrijk is dat huisartsen en geestelijk verzorgers afspraken omtrent vertrouwelijkheid, verwijzing en terugkoppeling maken. Huisartsen van CCL waren van mening dat enkel een notitie dat de patiënt bij de luisterservice is (geweest), voldoende zou zijn (Mowat & Bunniss, 2012).³³

Interactionele determinanten

Determinanten die betrekking hebben op de interpersoonlijke interacties tussen de samenwerkende partners, zijn, volgens San Martin-Rodriguez et al. (2005), de bereidheid om samen te werken en het hebben van wederzijds vertrouwen, respect en communicatie, zowel ten aanzien van de eigen professionaliteit als die van de ander.³⁴ Daarnaast spelen de communicatievaardigheden van de professionals een belangrijke rol in de ontwikkeling van samenwerkingsrelaties. Daarbij gaat het om het kunnen communiceren van de eigen bijdrage aan het zorgproces en open en effectieve communicatie om op een constructieve wijze te onderhandelen. Communicatie is tevens een middel om andere factoren, zoals vertrouwen en respect, over te dragen (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers blijkt het opbouwen van goede relaties tussen hen zeer belangrijk te zijn (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012).

We also however see that there is a delicate relationship between the chaplain and the GP, which is fragile in so far as the GP must be able to feel confident in the chaplain and their skills. The confidence is built and instilled when the GP knows that the chaplain is an experienced, health care professional and trained listener. (Mowat et al., 2011, p. 29)

Voor huisartsen bleek het belangrijk te zijn vertrouwen te hebben in de geestelijk verzorger: Dat zij competent zijn, de juiste vaardigheden en opleiding hebben en de aangeboden

³³ Onderzoek van Anbeek et al. (2013) wijst uit dat samenwerken tussen huisartsen en zingevingconsulenten niet vanzelfsprekend is en het gevaar dreigt dat het twee solotrajecten worden. Zij zijn van mening dat het voor geestelijk verzorgers mogelijk moet zijn om aan te sluiten bij structurele overlegmomenten.

³⁴ Deze bereidheid om samen te werken wordt mede bepaald door professioneel onderwijs, eerdere ervaringen in vergelijkbare situaties, de mate van persoonlijke volwassenheid, ideeën over en verwachtingen van samenwerking en het delen van expliciete doelen. Het opbouwen van vertrouwen vergt tijd, inzet, geduld en eerdere positieve ervaringen. De mate van zelfvertrouwen is afhankelijk van de competenties (vaardigheden en kennis) en de ervaring van de professional.

luisterservice kunnen leveren. Dit is met name belangrijk voor het krijgen van (goede) verwijzingen. Huisartsen verwezen alleen naar geestelijk verzorgers die zij vertrouwden en het opbouwen van vertrouwen bleek tijd, inzet en geduld te vergen (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012).

Het kunnen communiceren van de eigen bijdrage aan het zorgproces, blijkt ook in de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers van belang. Uit het onderzoek van Mowat et al. (2011) bleek dat geestelijk verzorgers zich moeten profileren en op de markt zetten om helder te maken wat zij te bieden hebben. Dit bleek echter geen bekend terrein te zijn voor hen (Mowat et al., 2011). Wel bleek het ontwikkelen van promotiemateriaal voor geestelijk verzorgers behulpzaam te zijn voor het verhelderen van hun eigen denken en voor huisartsen een goede informatiebron te zijn (Mowat et al., 2011; Mowat & Bunniss, 2012).

5.3 Vervolg

In dit hoofdstuk is ingezoomd op de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers aan de hand van een project uit Schotland. Het gemeenschappelijke doel van de samenwerking is het verlenen van spirituele zorg aan patiënten. Dit heeft verschillende voordelen voor huisartsen, zoals tijdsbesparing, meer tevreden patiënten en een extra doorverwijsmogelijkheid. Voor geestelijk verzorgers biedt deze samenwerkingsvorm toegang tot een bredere doelgroep. Naast deze voordelen zijn verschillende determinanten besproken die invloed hebben op deze samenwerkingsvorm. Op cultureel niveau moet bewustzijn worden gecreëerd over spirituele zorg, voor zowel zorgverleners als patiënten. Ook moet er tijd worden geïnvesteerd in het uitleggen van de luisterservice aan alle betrokkenen en in het opbouwen van goede relaties tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Bovendien moeten huisartsen en geestelijk verzorgers goede afspraken maken omtrent vertrouwelijkheid, verwijzing en terugkoppeling. Ten slotte bleek uit dit project dat het belangrijk is dat geestelijk verzorgers zich (leren) profileren.

EXPLORATIEF ONDERZOEK

Methode

Voorgaande hoofdstukken geven vanuit de theorie inzicht in de mogelijkheden van en factoren die meespelen in de samenwerking tussen geestelijk verzorger en huisartsen. In de volgende hoofdstukken wordt aandacht besteed aan de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers in Nederland, waarvoor exploratief onderzoek is verricht. Om inzicht te krijgen in welke samenwerkingsmogelijkheden huisartsen en geestelijk begeleiders zien en welke factoren van invloed zijn op het al dan niet tot stand komen van de samenwerking tussen beide is empirisch sociaal wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek³⁵ verricht vanuit een exploratieve en kwalitatieve invalshoek.

Kwalitatief onderzoek heeft als doel zo dicht mogelijk bij de gewone sociale en persoonlijke werkelijkheidsbeleving van de respondenten te blijven en geven het voordeel dat het onderwerp open en flexibel kan worden benaderd (Maso & Smaling, 2004). Anders verwoord: In kwalitatief onderzoek wordt gepoogd het onderwerp van binnenuit te begrijpen, het zogenaamde insidersperspectief (Migchelbrink, 2014). In dit onderzoek is door de ogen van huisartsen en geestelijk begeleiders gepoogd te begrijpen welke factoren van invloed zijn op de samenwerking en welke mogelijkheden zij zien voor samenwerking met elkaar.

Gezien de exploratieve en kwalitatieve aard van dit onderzoek is gekozen voor informatieverzamelingsmethoden die open en flexibel zijn, zoals het open interview, participerende observatie en documentenverzameling (Maso & Smaling, 2004). In de volgende paragrafen staan deze verschillende onderzoeksmethoden op volgorde van uitvoering beschreven aan de hand van de kenmerken van de onderzoeksgroep, de procedure en een beschrijving van de meetinstrumenten. De analyse, de rol van de onderzoeker en de representativiteit van het onderzoek zijn apart behandeld.

6.1 Interviews en verkennende gesprekken

Het onderzoek is begonnen met een aantal interviews en verkennende gesprekken om te begrijpen wat er op het gebied van samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartsen in Nederland is en welke percepties huisartsen en geestelijk verzorgers hebben op samenwerking met elkaar. Het betreft een directeur van een huisartsenzorggroep, drie humanistisch geestelijk begeleiders, vier huisartsen en een coördinator van het netwerk palliatieve zorg (zie Bijlagen 4

³⁵ 'Praktijkgericht onderzoek is een onderzoek dat uitgaat van vragen en problemen van beroepsbeoefenaren in zorg en welzijn. Het is gericht op het genereren van toepasbare, bruikbare kennis en heeft als doel om met die kennis de praktijk van welzijn en zorg te verbeteren.' (Migchelbrink, 2010, p. 18)

en 5). Zij zijn benaderd via het persoonlijke netwerk van de onderzoeker en begeleider. Dit heeft geleid tot toegang tot de tandembijeenkomsten, het meelopen met twee huisartsen, de opzet van focusgroepen in samenwerking met het Centrum voor Levensvragen en toegang tot verschillende netwerken voor het verkrijgen van respondenten. Relevant voor dit onderzoek om op te merken, is dat de huisartsen die deelnamen aan de focusgroepen, grotendeels afkomstig waren uit het persoonlijke netwerk van de vader van de onderzoeker. Het is belangrijk om kritisch te kijken naar het belang van dit persoonlijke netwerk voor de bereidheid om samen te werken met geestelijk verzorgers. In de volgende sub paragrafen wordt dit toegelicht.

6.2 Tandembijeenkomsten

Om gedetailleerd inzicht te krijgen in de perspectieven van geestelijk begeleiders en huisartsen omtrent de samenwerking tussen beide, is de onderzoeker aangesloten bij de eerder genoemde tandembijeenkomsten. Het tandemproject is een initiatief van Leerhuizen Palliatieve Zorg in samenwerking met het Gezondheidscentrum Levinas, waar geestelijk verzorgers onderdeel uitmaken van de zorg. De bijeenkomsten hebben als doel de samenwerkingsmogelijkheden tussen geestelijk begeleiders en huisartsen te onderzoeken, door huisartsen, geestelijk verzorgers en andere zorgverleners bij elkaar te brengen (zie Bijlage 6 voor meer informatie).

De tandembijeenkomsten bestonden uit drie plenaire bijeenkomsten³⁶ die plaatsvonden in het gezondheidscentrum en twee bijeenkomsten met de tandems (d.w.z. een huisarts en meerdere geestelijk verzorgers) op een locatie naar keuze. De plenaire bijeenkomsten zijn te beschouwen als focusgroepen, vanwege het feit dat het gaat om een samengestelde groep met een gemeenschappelijke interesse (Migchelbrink, 2014), namelijk de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk begeleiders.³⁷ De deelnemers zijn benaderd via de beroepsvereniging VGVZ en het Humanistisch Verbond, via de nieuwsbrieven van Palliatieve Leerhuizen en Zorgimpuls, en via de persoonlijke netwerken van de GV-ers en huisartsen van gezondheidscentrum Levinas. De deelnemers betaalden 250 euro om deel te nemen aan de bijeenkomsten en kregen daar acht accreditatiepunten voor. De onderzoeker mocht gratis deelnemen.

Deelnemers

De groep (n=24) werd geleid door een gespreksleider (vrouw) en bestond verder uit zes huisartsen (allen vrouwen), een praktijkondersteuner (vrouw) en 15 geestelijk verzorgers

³⁶ Welke plaats hebben gevonden op 20 januari, 3 maart en 14 april 2015.

³⁷ De groep was echter groter dan gebruikelijk is bij focusgroepen (6-12 deelnemers).

(waarvan zeven vrouwen en acht mannen). De geestelijk verzorgers hebben de volgende levensbeschouwelijke achtergronden: De christelijke (negen, waarvan drie mannen), de islamitische (een man), de humanistische (drie, waarvan twee mannen), de hindoeïstische (een man) en boeddhistische (een man). De onderzoeker (hierboven niet meegeteld) heeft zichzelf voorgesteld als humanistisch geestelijk begeleider in opleiding en onderzoeker en verteld dat zij haar scriptie schrijft over de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Gekozen is om openheid te geven over deze identiteit, zodat toestemming kon worden verleend voor het gebruiken van de bijeenkomsten als materiaal voor het onderzoek. Deze toestemming is verkregen per email.

Meetinstrumenten

De meetinstrumenten zijn transcripten die door de onderzoeker zijn gemaakt tijdens de tandembijeenkomsten, participerende observatie en documentanalyse. De transcripten van de bijeenkomsten dienden om inzicht te krijgen in wat er speelt rondom de samenwerking. De onderwerpen die besproken werden zijn: Het verhelderen van de verwachtingen en mogelijkheden omtrent de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers, het doorverwijzen van patiënten, het uitwisselen van informatie, de wijze van goed samenwerken en mogelijkheden met betrekking tot financiering van geestelijk zorg naast en binnen de huisartsenpraktijk. Door te participeren kon de onderzoeker verschillende waarnemingen doen, waaronder luisteren, informele en gerichte gesprekken voeren en documenten verzamelen over de onderzoekssituatie (Maso & Smaling, 2004).

De documentanalyse vond onder andere plaats op basis van de verzamelde documenten, waaronder de jaarverslagen van gezondheidscentrum Levinas omtrent de geestelijke zorg en de documenten die zijn rondgestuurd aan de deelnemers van de tandembijeenkomsten. Daarnaast is gebruik gemaakt van de transcripten en notities van de onderzoeker die zijn gemaakt tijdens en na de bijeenkomsten, de verslagen die zijn gemaakt van de plenaire bijeenkomsten door een humanistisch geestelijk verzorger (die aan alle deelnemers zijn rondgestuurd, het inhoudelijke verslag van de casuïstiekbespreking van de eerste bijeenkomst van het tandem en het artikel over de bijeenkomsten geschreven door de gespreksleider.

6.3 Meelopen met twee huisartsen

Om te onderzoeken of geestelijk verzorgers een complementaire expertise hebben in de huisartsenpraktijk, heeft de onderzoeker met twee verschillende huisartsen een dag meegelopen (in de omgeving van Apeldoorn en Zuidwest Friesland). De onderzoeker is opgeleid als

humanistisch geestelijk verzorger en kon dit perspectief inbrengen in gesprekken met de huisarts en soms ook met patiënten. Daarnaast gaven de participerende observaties inzicht in de alledaagse praktijk van de huisarts en in zijn of haar perspectief op geestelijk verzorgers. De huisartsen zijn tevens geïnterviewd over hun visie op de mogelijke bijdrage van geestelijk verzorgers in de huisartsenpraktijk.

Deelnemers

De huisartsen (een mannelijke en een vrouwelijke, beide middelbare leeftijd, Nederlandse achtergrond en niet-gelovig) werken in een verschillend deel van Nederland en zijn telefonisch en per email benaderd via het persoonlijke netwerk van de onderzoeker. Tijdens de eerste dag meelopen, zijn er tijdens het spreekuur 13 patiënten gekomen en 's middags hebben er drie huisbezoeken plaatsgevonden. Tijdens de tweede dag meelopen, zijn er tijdens het spreekuur acht patiënten gekomen en 's middags hebben er vier huisbezoeken plaatsgevonden en overleg met twee verpleegkundigen en een fysiotherapeut.

Procedure

Beide dagen hadden hetzelfde programma. Om 's morgens acht uur begon het spreekuur van de huisarts en werden verschillende patiënten gezien tot lunchtijd. Er was een koffiepauze tussendoor met de assistentes, praktijkondersteuners en andere huisartsen, waarin wat zaken werden afgestemd tussen de betrokkenen. Daarnaast was er ruimte voor informele gesprekken. Na de lunch had de huisarts een aantal telefonische consulten en vervolgens een aantal huisbezoeken. Beide huisartsen namen tussendoor de tijd om gesprekken te voeren met de onderzoeker en stelden zelf vragen. In het bijzonder kwam de rol van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)³⁸ ter sprake, wat ertoe leidde dat de onderzoeker deze professional tevens voor de focusgroepen heeft uitgenodigd. Van beide dagen is een *thick description* gemaakt die naar de huisartsen is toegestuurd ter instemming.

6.4 Focusgroepen

Naast de interviews, participerende observaties en documentanalyse, heeft de onderzoeker een drietal focusgroepen georganiseerd met huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk verzorgers in de regio Noord-Holland in samenwerking met het Centrum voor Levensvragen. Een focusgroep is een groepsinterview met een middelgrote tot grote groep (6-12) mensen over één specifiek onderwerp. 'Er wordt gewerkt met een min of meer gestructureerde

³⁸ De POH-GGZ wordt in het hoofdstuk met resultaten nader omschreven.

vraagpuntenlijst om ervoor te zorgen dat alle aspecten van het onderwerp aan bod komen.’ (Migchelbrink, 2014, p. 354) Gekozen is voor focusgroepen omdat het een effectieve manier is om veel data in korte tijd te verzamelen over percepties, opinies, aannamen en reflecties die de respondenten hebben over de invloeden op de samenwerking tussen geestelijk begeleiders en huisartsen.

Deelnemers

De geestelijk verzorgers voor de focusgroepen zijn benaderd via de eerder genoemde coördinator van het Centrum voor Levensvragen (CvL) in Noord-Holland (Amsterdam-Diemen, Zaanstreek-Waterland en West-Friesland). Alle geestelijk verzorgers (n = 28) van het CvL uit de regio zijn per email benaderd (zie Bijlage 7) om deel te nemen aan de focusgroepen, bij voorkeur in de eigen regio (Heerhugowaard, Zaandam of Amsterdam). Voor het verkrijgen van toestemming voor deelname aan het onderzoek zijn een aantal algemene principes in acht genomen (zie Maso & Smaling, 2004, p. 41-43). Er konden maximaal zes geestelijk begeleiders per groep meedoen. De geestelijk verzorgers meldden zich snel aan en alle drie de groepen zaten vol. Aan de eerste groep nam tevens een predikant deel die door een huisarts was meegenomen. De onderzoeker heeft tevens islamitisch geestelijk verzorgers uit haar eigen netwerk benaderd, omdat zich geen islamitisch geestelijk verzorgers hadden aangemeld. Helaas heeft geen van hen kunnen deelnemen.

De huisartsen en praktijkondersteuners GGZ zijn benaderd via het CvL en daaraan verbonden ZONH (Netwerk Palliatieve Zorg) en via het persoonlijke netwerken van de onderzoeker en van de deelnemende geestelijk verzorgers. ZONH heeft een oproep geplaatst via verschillende kanalen, waaronder de website, nieuwsbrief en per email. Onduidelijk is hoeveel huisartsen en praktijkondersteuners GGZ hiermee zijn bereikt. Via ZONH kwamen een drietal aanmeldingen die helaas door miscommunicatie te laat zijn doorgekomen bij de onderzoeker. Het persoonlijke netwerk is mondeling en per email benaderd, zowel huisartsen als praktijkondersteuners GGZ. Daarnaast is een oproep geplaatst op HAWeb, een digitaal netwerk voor huisartsen (zie Bijlage 8). De eerste focusgroep bestond uit drie huisartsen (een vrouw) en drie praktijkondersteuners GGZ (allen vrouw). De tweede uit twee huisartsen (beiden vrouw) en twee praktijkondersteuners GGZ (een vrouw). Voor de derde focusgroep waren geen aanmeldingen en deze is daarom afgeblazen. Opvallend is dat zes (60 %) van de deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners uit het persoonlijke netwerk van de onderzoeker kwamen. Verwacht wordt dat het ontbreken van een persoonlijk netwerk in Amsterdam heeft meegespeeld bij onvoldoende aanmeldingen voor de laatste focusgroep. De onderzoeker heeft

nog diverse huisartsen en organisaties mondeling en per email benaderd, maar tevergeefs. Door sommige geïnteresseerden werd de vakantieperiode als reden gegeven om niet te komen.

Naast de huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk begeleiders waren aanwezig: de onderzoeker, een gespreksleider, de vader van de onderzoeker die huisarts is en Marjo van Bergen, coördinator van het CvL en humanistisch geestelijk begeleider. Door gebruik te maken van een gespreksleider kon de onderzoeker observeren. Helaas kon de gespreksleider wegens privéomstandigheden de tweede keer niet het gesprek leiden, dus heeft de onderzoeker het gesprek geleid. Tevens heeft de onderzoeker haar vader en Marjo van Bergen gevraagd (participerend) te observeren, ter bevordering van de interne betrouwbaarheid van het onderzoek (onderzoekerstriangulatie). Marjo van Bergen vertelde tijdens de focusgroepen tevens iets over het CvL.

Procedure

Deelname aan de focusgroepen was gratis. Accreditatie was aangevraagd, maar te laat en daardoor niet verkregen. De deelnemers kregen na afloop een presentje welke is gefinancierd door het Centrum voor Levensvragen. De locatie was beide keren te danken aan een geestelijk begeleider en bracht hierdoor geen kosten met zich mee. Voor de focusgroepen heeft de onderzoeker een programma gemaakt die zij aan Marjo van Bergen en de gespreksleider heeft voorgelegd (zie Bijlage 9). De focusgroepen zijn met toestemming van de deelnemers opgenomen en getranscribeerd. Tevens zijn er groepsverslagen van de bijeenkomsten gemaakt door de onderzoeker en rondgestuurd aan de deelnemers ter instemming.

6.5 De analyse van de onderzoeksgegevens

Van bovengenoemde situaties zijn opnames gemaakt, verslagen geschreven en overige documenten verzameld die gebruikt zijn voor de analyse. De informatie is direct na het verkrijgen ervan uitgewerkt, zodat nieuw verzamelde gegevens konden worden meegenomen in daaropvolgende dataverzameling. Op basis van de tandembijeenkomsten en participerende observaties in de huisartsenpraktijken is besloten een derde partij te includeren in dit onderzoek, namelijk de POH-GGZ. Dit is gedaan, omdat de POH-GGZ niet alleen zelf mensen krijgt doorverwezen om te behandelen, maar ook een belangrijke extra schakel is voor huisartsen om mensen door te verwijzen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In het volgende hoofdstuk staat een omschrijving van de POH-GGZ.

De analyse is uitgevoerd aan de hand van het programma AtlasTi, waarbij gebruik is gemaakt van open codering. De onderzoeksgegevens zijn zeer zorgvuldig gelezen en de

woorden van de respondenten zelf (*in-vivo codes*) zijn als uitgangspunt genomen voor de codering (Boeije, 2014). *In vivo codes* zijn ‘Casus’, ‘Doorverwijzen’, ‘Informatie delen – geheimhouding’, ‘Leerpunten samenwerking’, ‘Ontmoeten – persoonlijk contact’ en ‘Werkveld eerste lijn’. Daarnaast is gebruik gemaakt van *sensitizing concept*, dit zijn ‘attenderende, gevoelig makende of richtinggevende begrippen’ die op basis van het literatuuronderzoek zijn verkregen. (Boeije, 2014, p. 47) *Sensitizing concepts* zijn ‘Beleid’, ‘Financiering’, ‘Opzetten samenwerking’, ‘Perspectief Geestelijk begeleider’, ‘Perspectief huisarts’, ‘Perspectief POH-GGZ’, ‘Randvoorwaarden samenwerking’ en ‘Samenwerkingsmogelijkheden’. De *in vivo codes* zijn meer specifiek geformuleerd en de *sensitizing concepts* algemeen.

6.6 De rol van de onderzoeker

In kwalitatief onderzoek neemt de onderzoeker zijn eigen persoon mee en zet deze in om inzicht te krijgen in het leven van anderen (Maso & Smaling, 2004). In dit onderzoek bleek het van belang dat de onderzoeker zich bewust was van haar eigen persoon, omdat deze is gekleurd door het perspectief van een geestelijk begeleider (in opleiding). Zo is het gekozen onderwerp van dit onderzoek voortgekomen uit haar wens om een nieuw werkveld te ontwikkelen, waardoor zij niet onbevangen in het onderzoek stond. Een achterliggend doel van het onderzoek is geestelijke begeleiding in de eerstelijnszorg bij de huisartsenpraktijk (verder) te ontwikkelen. Dit heeft bovendien geleid tot de keuze voor praktijkgericht onderzoek, hetgeen een combinatie inhoudt van onderzoek doen en het opgang brengen van sociale-, reflectie- en leer- of veranderprocessen (Migchelbrink, 2014).

Tijdens de verkennende gesprekken en het meelopen met de huisartsen heeft de onderzoeker gesprekken gevoerd en daarin het perspectief van een geestelijk verzorger meegenomen. Zo heeft zij informatie gegeven over geestelijk verzorgers aan huisartsen en patiënten, zich bewust zijnde dat zij deze informatie nodig hadden en daarbij verkennend wat de beeldvorming van geestelijk verzorgers is en wat zij precies aan informatie nodig hadden. In de focusgroepen en tandembijeenkomsten kon de onderzoeker zich beter losmaken van haar rol als geestelijk verzorger, doordat er andere geestelijk verzorgers aanwezig waren. Tevens heeft de onderzoeker persoonlijke notities bijgehouden, die haar hielpen onderscheid te maken tussen wat zij als onderzoeker wilde weten en waar zij als geestelijk verzorger naartoe wenste te gaan.

Om de wereld van de huisartsen te kunnen bezien vanuit hun perspectief, heeft de onderzoeker veel tijd gestoken in het opbouwen van goede en vertrouwelijke relaties door

intensief te luisteren en open vragen te stellen. Zij heeft haar rol als onderzoeker afgewisseld tussen betrokkenheid en nabijheid door zoveel mogelijk te observeren en te interveniëren met wat haar is opgevallen en dit in vraagvorm terug te leggen bij de respondenten.

6.7 Validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek

Hieronder staan de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek weergegeven. De betrouwbaarheid heeft betrekking op de herhaalbaarheid van de resultaten en de validiteit op de afwezigheid van systematische vertekeningen (Maso & Smaling, 2004).

Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd door gebruik te maken van methode- en onderzoekertriangulatie. Er is geïnterviewd, participerende observatie verricht en geobserveerd. Onderzoekertriangulatie is in verschillende settings gewaarborgd. Tijdens de focusgroepen waren er twee observatoren aanwezig en de data over de tandembijeenkomsten is afkomstig van verschillende bronnen. Daarnaast is de interne betrouwbaarheid gewaarborgd door in de verschillende settings audio-opnames te maken, welke zijn getranscribeerd en geanalyseerd door de onderzoeker. Ten derde is een reflexief dagboek bijgehouden waarmee beschrijvingen en interpretaties van elkaar zijn onderscheiden. Ten vierde is aan de voorbereiding van het onderzoek een uitgebreid literatuuronderzoek vooraf gegaan. Ten slotte zijn de resultaten zoveel mogelijk in de woorden van de respondenten weergegeven.

Externe betrouwbaarheid

De externe betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door inzichtelijk, controleerbaar en zorgvuldig te rapporteren en het bijhouden van een *audit trail*. Daarbij zijn tevens alle stappen en gemaakte keuzes tijdens het onderzoek beschreven, hetgeen intersubjectieve navolgbaarheid mogelijk maakt.

Interne validiteit

De interne validiteit is gewaarborgd door het maken van veldnotities, methodologische en theoretische memo's. Hierdoor zijn de gevaren van een selectief geheugen bestreden en is de analyse verrijkt. Ten tweede is geparticipeerd in verschillende contexten waarin de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers aan de orde kwam. Ten derde is context-materiaal verzameld, bijvoorbeeld de jaarverslagen over de geestelijke zorg van gezondheidscentrum Levinas. Ten vierde zijn de respondenten zoveel mogelijk ingeschakeld als co-researcher en benaderd voor member checks. Door de vragen van het onderzoek expliciet

te maken en voorlopige conclusies van het onderzoek aan hen terug te geven, zijn ongewenste selectieve waarnemingen gecorrigeerd. Ten slotte is gebruik gemaakt van peer debriefing door medestudenten en anderen buiten dit onderzoek mee te laten denken tijdens verschillende fasen van het onderzoek, zonder dat de onderzoeker daarbij de eindverantwoordelijkheid uit het oog verloor.

Externe validiteit

Met dit onderzoek is ernaar gestreefd om op basis van deze kleinschalige, kwalitatieve studie aannemelijk maken dat er sprake is van algemene theorievorming. Dit is gewaarborgd door de onderzoeksopzet door verschillende mensen kritisch te laten beoordelen, door belangrijke begrippen te definiëren en door het verrichten van een gedegen literatuuronderzoek en exploratief onderzoek. Er is gewerkt met een groep respondenten die geïnteresseerd is in de samenwerking met geestelijk begeleiders. Percepties van huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk begeleiders die niet geïnteresseerd zijn in deze samenwerking worden niet in dit onderzoek beschreven. Dit is een belangrijke beperking van dit onderzoek, maar in lijn met eerder verricht onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk begeleiders.

Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven, waarmee inzicht wordt verkregen in welke samenwerkingsmogelijkheden geestelijk begeleiders en huisartsen zien en welke factoren van invloed zijn op het al dan niet tot stand komen van de samenwerking tussen deze partijen. In paragraaf 7.1 wordt duidelijk hoe huisartsen en geestelijk begeleiders aankijken tegen samenwerking met elkaar, waarbij aandacht wordt besteed aan de informatie die zij van elkaar nodig hebben. Tevens wordt de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) geïntroduceerd en zijn visie besproken. In paragraaf 7.2 wordt een overzicht gegeven van samenwerkingsmogelijkheden die huisartsen, POH-GGZ en geestelijk verzorgers zien en wordt dieper ingegaan op de samenwerkingsmogelijkheid ‘doorverwijzen van patiënten’. Ten slotte wordt in paragraaf 7.3 aandacht besteed aan de factoren die van invloed zijn op (het al dan niet tot stand komen van) de samenwerking tussen huisartsen, POH-GGZ en geestelijk verzorgers.

7.1 Visies op samenwerking

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag.³⁹ Daarmee wordt inzicht verkregen in de verwachtingen en beelden die de verschillende partijen hebben van samenwerking en van elkaar.

DEELVRAAG 1:

Hoe kijken huisartsen en geestelijk verzorgers aan tegen samenwerken met elkaar en welke informatie hebben zij van elkaar nodig?

7.1.1 Huisartsen

De huisartsen (n=17) bevestigden verschillende thema's die uit het literatuuronderzoek bleken. Ten eerste blijkt dat zij worden geconfronteerd met levensvragen van patiënten, waar zij verschillende mogelijkheden voor zichzelf zien om mensen spiritueel te begeleiden. Daarnaast wordt bevestigd dat sommige huisartsen onzeker zijn over hun vaardigheden met betrekking tot het verlenen van spirituele zorg. Ten tweede blijkt dat huisartsen veelal onbekend zijn met geestelijk verzorgers en hen associëren met religieuze mensen. Ten slotte blijkt dat huisartsen positief aankijken tegen samenwerking met geestelijk verzorgers en hun meerwaarde in de zorg voor patiënten en voor zichzelf zien. Dit wordt hieronder toegelicht.

³⁹ Voor de beantwoording van het tweede deel van de onderzoeksvraag is tijdens de tandembijeenkomsten en focusgroepen aan de betrokken partijen gevraagd wat zij van de andere partij willen weten en wat de andere partij van hen zouden moeten weten. Hiervoor hebben zij in subgroepen met de eigen discipline gebrainstormd. Deze vragen en aspecten staan per discipline overzichtelijk weergegeven in twee tabellen. Daarbij staat tevens het aantal respondenten vermeld.

Huisartsen geconfronteerd met levensvragen

Ik heb ook wel eens geroepen (...) van jongens, met de kerk die leegloopt, komen de mensen bij ons en vroeger gingen ze naar de dominee met weet ik wat voor vragen. Ik bedoel echtscheidingen, als je je kind een klap verkocht had en (...) en dat komt allemaal bij ons of bij de POH-er en die kun je natuurlijk niet allemaal overladen ermee, dus het is een prachtige ontwikkeling om te kijken wat we precies kunnen doen. (FG1)

Dit vertelde een huisarts uit de eerste focusgroep (FG1). Verschillende huisartsen vertelden te worden geconfronteerd met levensvragen van patiënten. Een huisarts uit de tandembijeenkomsten (TB) zei dat zij in sommige gevallen ‘vertrouwenspersoon is voor niet-medische vragen’, onder andere door ‘de vertrouwensband die in de loop der jaren is opgebouwd’. Het merendeel van de huisartsen vindt het hun verantwoordelijkheid om mensen spiritueel te begeleiden, bijvoorbeeld vanuit de overtuiging dat het onderdeel uitmaakt van holistische zorg. Zij noemen verschillende mogelijkheden om dit te doen: vragen stellen, de levensbeschouwelijke of spirituele dimensie benoemen, luisteren en mensen doorverwijzen naar een geestelijk verzorger, dominee of andere geestelijke.

Daarnaast zijn er huisartsen die onzeker zijn over of ze de levensvragen van patiënten herkennen en gaven sommige huisartsen aan niet goed te weten of ze mensen spiritueel (kunnen) begeleiden. Mogelijk kan dit worden verklaard. Sommige huisartsen stelden dat zij de spirituele vragen van mensen moeten “uitpakken”. Een huisarts vertelde: ‘Mensen hebben wel geleerd om het zo te verpakken, dat je ermee bij de dokter terecht kunt.’ En een ander zegt:

Ja, ik heb heel vaak het gevoel dat ergens een spiritueel probleem of een levensvraag onder zit, maar om bij ons te komen, verpakken ze het in allerlei dingen. (...) En dat hebben ze echt met heel veel zorg gedaan. Dus je moet dat ook weer heel zorgvuldig uitpakken. Je moet ze daarin ook recht doen. (TB)

Deze huisarts benadrukte de zorgvuldigheid waarmee mensen hun levensvragen inpakken en stelde dat het voor mensen makkelijker is om over medische zaken te beginnen, dan over andere problemen. Verschillende huisartsen beaamden dit. Voor sommige huisartsen lijkt dit frustratie op te roepen. Zo zegt een huisarts over een besproken casus: ‘Laat me niet zo eindeloos zoeken naar wat er is’ en vertelt dat ze deze ‘verborgen vragen’ van patiënten lastig vindt.’

Wat huisartsen van geestelijk begeleiders willen weten

Professionaliteit van de geestelijk begeleider:

- 'Is een geestelijk verzorger religie gebonden?' (n=9), 'Wat is de kennis van de andere religies dan je eigen religie?' (n=6), 'Hoe belangrijk is die specifieke kennis voor jullie in het werk?' (n=6), 'Is je eigen achtergrond uitgangspunt, doel of middel?' (n=6), 'Hebben jullie veel last van negatieve vooroordelen?' (n=6)
- 'Wat voor opleiding hebben jullie?' (n=12), 'Hoe is jullie kwaliteit gegarandeerd?' (n=9)
- 'Zijn jullie een groep?' (n=3), 'Is er ook spoedeisende geestelijke verzorging?' (n=2)
- 'Hebben jullie een beroepsgeheim?' (n=9), 'Als jullie een gesprek beginnen, worden er dan kaders neergezet dat wat jullie met elkaar bespreken, vertrouwelijk is?' (n=4)
- 'Kun je makkelijk praten over zaken als ziekte en levenseinde?' (n=2)
- 'Hoe vaak begeleiden jullie mensen?' (n=3), 'Wanneer stop je met begeleiden?' (n=6)
- 'Wat kan een geestelijk verzorger nog toevoegen aan een psycholoog?' (n=2), 'Hebben jullie kennis van psychiatrie?' (n=6)
- 'Werken jullie gratis?' (n=4)

Vragen omtrent samenwerking:

- 'Wanneer trekken jullie aan de bel bij de huisarts?' (n=8)
- 'Hoe kunnen we aan namen en disciplines komen?' (n=12), 'Hoe vind ik een geestelijk verzorger?' (n=14)
- 'Hoe organiseer en financier je dit alles?' (n=12)
- 'Moet er in de opleiding tot huisarts meer aandacht worden besteed aan basiskennis over geloofs- en levensovertuigingen?' (n=8)
- 'Hoe zorg je er als huisarts voor dat je de zingevingsvraag hoort of herkent?' (n=6)

Wat geestelijk verzorgers van huisartsen moeten weten

Professionaliteit van huisartsen:

- 'Wij hebben een klinische blik en zijn oplossingsgericht.' (n=6), 'Patiënten komen bij ons voor oplossingen.' (n=4), 'Wij zitten in een spagaat tussen emotioneel begeleiden en technische informatie verstrekken, technisch handelen.' (n=6)
- 'Er komt bij ons veel negatieve energie binnen.' (n=1), 'Met de veranderingen in de zorg komt er veel in het putje van de huisarts terecht.' (n=1)
- 'De patiënt staat centraal.' (n=12)
- 'Wij hebben (relatief) weinig tijd.' (n=9), 'Voor patiënten in de stervensfase hebben wij meer tijd.' (n=4)

Levensbeschouwing en geestelijk verzorgers:

- 'Wij hebben weinig kennis van veel religies.' (n=6)
- De eigen levensbeschouwelijke achtergrond: 'Dat ik niet gelovig ben.' 'Dat ik christelijk ben opgevoed.' (n=6)
- 'We behandelen patiënten respectvol, ongeacht levensbeschouwing.' (n=12)
- 'In onze opleiding hebben wij geen voorlichting gehad over geestelijk verzorgers' (n=14)
- 'Wij associëren geestelijk verzorgers vaak met religie.' (n=12)

Behoeften rondom samenwerking:

- 'Wij willen graag geïnformeerd worden over wie geestelijk verzorgers zijn, wat zij doen, welke vragen we met hen kunnen bespreken en hoe we hun kunnen bereiken voor overleg.' (n=5)
- 'Wij krijgen liever dingen aangereikt, dan dat we er zelf naar opzoek moeten gaan.' (n=3), 'We willen bijvoorbeeld kattenbelletjes van geestelijk verzorgers wanneer die betrokken zijn bij onze patiënten.' (n=5)
- 'Wij willen geestelijk verzorgers graag in ons netwerk.' (n=14)
- 'Wij willen het liefst samenwerken met geestelijk verzorgers uit de buurt, zodat de lijnen kort zijn.' (n=12)
- 'We willen geen overleg, maar de zorg om de patiënt heen organiseren.' (n=3)
- 'Als we patiënten hebben doorverwezen, verwachten we dat de terugkoppeling gebeurt op basis van wat de patiënt goedkeurt.' (n=6), 'Wij willen alleen de grote lijnen horen en wat het oplevert voor de patiënt.' (n=6)

Benodigde informatie

De informatie die huisartsen nodig hebben van geestelijk verzorger (zie linker tabel op de vorige pagina) heeft vooral betrekking op de levensbeschouwelijke achtergrond, opleiding en werkwijze van geestelijk verzorgers. Dit is basiskennis waarmee een beeld wordt verkregen van geestelijk verzorgers. Dit bevestigt eerder onderzoek waarin wordt gesteld dat huisartsen veelal onbekend zijn met geestelijk verzorgers. Daarnaast blijkt in lijn met eerder onderzoek dat huisartsen en/of POH-GGZ vaak een religieus beeld hebben van spirituele zorg en dit niet breed levensbeschouwelijk opvatten. De huisartsen kregen tijdens de focusgroepen en tandembijeenkomsten steeds meer gevoel voor wie geestelijk verzorgers zijn en wat zij kunnen bijdragen aan de zorg voor patiënten. Er werd benadrukt dat dit een noodzakelijke eerste stap is om te gaan samenwerken: op een ongedwongen manier met elkaar in contact komen en kennismaken met elkaar. Daarnaast blijkt dat huisartsen met betrekking tot de mogelijke samenwerking behoefte hebben aan praktische informatie over de bereikbaarheid en de financiering van geestelijk verzorgers. Uit de rechter tabel blijkt dat huisartsen het belangrijk vinden dat geestelijk verzorgers van hen weten dat ze oplossingsgericht zijn, dan wel dat patiënten naar hen toekomen voor oplossingen. Tevens wordt door hen benadrukt dat de patiënt centraal moet staan. Ook ontstaat de indruk dat huisartsen iets van hun eigen houding ten aanzien van religie en levensbeschouwing willen tonen.

Visie op samenwerking

De huisartsen in dit onderzoek kijken positief aan tegen samenwerking met geestelijk verzorgers. Niet alle huisartsen zijn direct positief. Door hen met geestelijk verzorgers in contact te brengen en er met hen over te spreken, lijken zij wel meer open te staan voor het verkennen van samenwerkingsmogelijkheden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit onderstaand gesprek tussen twee huisartsen halverwege een interview.

- Huisarts 1: Maar eigenlijk zou je ook, denk ik nu hè, een soort collega's kunnen zijn voor de zorg rond die patiënt, hè, die spirituele zorg. Maar, ik voel daar een enorme onzichtbare scheidslijn tussen zitten. Dat zijn gewoon andere zorgverleners, het zijn ook niet echt zorgverleners.
- Huisarts 2: Jawel, geestelijke zorgverleners, toch?
- Huisarts 1: Ja, maar ik zie het niet als zorgverlener in de zin van maatschappelijk werk (...)

Dat sommige huisartsen niet direct mogelijkheden voor samenwerking zien, heeft waarschijnlijk te maken met wat deze huisarts opmerkte: er is sprake van een onzichtbare scheidslijn en er bestaat een beeld van geestelijk verzorgers dat zij geen zorgverleners zijn. Het

eerste hangt samen met de verwachting dat huisartsen en geestelijk verzorgers niets gemeenschappelijks hebben. Het tweede hangt samen met dat geestelijk verzorgers worden geassocieerd met de dominee of pastor, waar huisartsen dan zelf niets (meer) mee hebben. Dit werd ook gezegd door andere huisartsen:

Ik heb zelf wel met wat mensen contact, maar dat komt omdat ik ook nog wel een periode kerkelijk actief geweest ben, dus dan heb je natuurlijk wel al een wat lagere drempel. Maar ik denk dat als ik voor mijn collega's in de regio praat, er niet heel erg makkelijk samengewerkt wordt. Dat het toch wel en beetje losse partijen zijn die bij dezelfde persoon uitkomen. (FG1)

Bij 'geestelijk verzorger' denken wij aan ons vroegere en soms nog wel bestaande overleg met de predikant en pastor. Met hen werken sommige huisartsen nog wel samen. (FG1)

Want, ja het is natuurlijk, als je niet naar de kerk gaat, wat moet je je dan bij een geestelijk verzorger voorstellen? Dan moet je het erover hebben. (FG2)

Ik vraag eigenlijk altijd of mensen gelovig zijn of steun hebben aan het geloof, met name dan ook in de laatste levensfase. Als dat zo is, dan zeg ik ook altijd, nou ik zou dan ook contact opnemen met geestelijke verzorging. Volgens mij bijt het elkaar ook niet. (I)

Dit wijst er mogelijk op dat beeldvorming een belangrijke rol speelt in de bereidheid van huisartsen om samen te werken met geestelijk verzorgers. Als zij een beeld hebben van geestelijk verzorgers dat ver van henzelf afstaat, zullen zij minder bereid zijn om samen te werken.

Huisartsen die positief zijn over de samenwerking met geestelijk verzorgers, geven daarvoor verschillende argumenten. Op de website van gezondheidscentrum Levinas wordt als argument aangedragen dat huisartsen worden geconfronteerd met (een toename aan) levensbeschouwelijke vragen:

Door de huidige ontwikkelingen in de zorg blijven ouderen en chronisch zieken langer thuis wonen en worden met name huisartsen steeds vaker geconfronteerd met levensbeschouwelijke vragen over onder meer verlies en rouw. Samenwerking met de geestelijk verzorger is dan ook helemaal van deze tijd. (Levinas, 2014)

Een huisarts beargumenteerde dat aandacht voor lichaam en geest cruciaal is voor het functioneren van mensen en dat aandacht voor beiden nodig is. Een andere huisarts merkt op dat er in de jaren '80 van de vorige eeuw reeds werd samengewerkt met de rabbijn, dominee en humanistisch raadsman en vindt het 'niet te filmen dat we daar nu allemaal weer opnieuw het wiel uit zitten te vinden' (FG1).

Met betrekking tot de samenwerking blijkt dat huisartsen graag met geestelijk verzorgers willen samenwerken en dit het liefst doen door een geestelijk verzorger uit de buurt te leren kennen. Daarnaast geven verschillende huisartsen aan dat zij willen dat geestelijk verzorger naar hen toekomen, bijvoorbeeld wanneer zij bij een patiënt van hen betrokken zijn. Overigens wordt het hierbij belangrijk gevonden dat de patiënt toestemming geeft voor het benaderen van de huisarts door de geestelijk verzorger.

De huisartsen gaven beschrijvingen van collega's waarvan ze verwachtten dat die al dan niet open staan voor samenwerking met geestelijk verzorgers. De komst van (parttime werkende) vrouwelijke huisartsen wordt in verband gebracht met meer openheid voor deze samenwerking. Opvallend is dat ook het merendeel (82 %) van de huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek vrouw is. Daarnaast wordt van de jongere generatie huisartsen gedacht dat zij meer openstaan voor deze samenwerking, omdat zij 'milder zijn ten opzichte van het geloof' en 'meer aandacht hebben voor spiritualiteit' en trends als 'mindfulness, yoga en mediteren'.⁴⁰ Ook van huisartsen die zelf gelovig zijn, wordt verwacht dat zij eerder bereid zijn om samen te werken met geestelijk verzorgers. Ten slotte worden de oudere generatie huisartsen, die in het verleden (tijdens de secularisering van de samenleving) bewust afstand hebben genomen van en/of zich hebben afgezet tegen het geloof, beschouwd als de groep die het minst positief staan ten aanzien van de samenwerking met geestelijk verzorgers.

Meerwaarde van samenwerken met geestelijk verzorgers

De huisartsen spreken vooral over samenwerking in de vorm van doorverwijzing van patiënten naar een geestelijk begeleider met als doel patiënten hen te ondersteunen. Zo vertelde een huisarts:

Hier is een goede mogelijkheid om samen te werken, maar het komt helaas niet eens zo vaak voor dat de patiënt daar ook naar vraagt. Ik kaart het wel eens aan. Soms lijkt het heel noodzakelijk ter ondersteuning. (...) En ik zie de meerwaarde regelmatig, zeker als het medisch wat moeizamer loopt. Ik blijf het wel een uitdaging vinden om ook zelf de patiënt en zijn familie zo goed mogelijk te begeleiden. (FG2)

⁴⁰ Aan dit onderzoek hebben overwegend oudere (> 40 jaar) huisartsen meegedaan. De onderzoeker heeft buiten dit onderzoek huisartsen in opleiding les gegeven over de visie van het humanisme op rouw en levenseinde. Tijdens deze scholing bleek dat deze huisartsen in opleiding (n=35) erg nieuwsgierig waren naar geestelijk verzorgers en vragen hadden over waar zij hen kunnen vinden (sociale kaart).

Uit dit citaat blijkt dat de huisarts meerwaarde ziet van begeleiding door geestelijk verzorgers, wanneer het medisch moeizamer loopt en dat zij ook graag zelf de patiënt en zijn familie wil begeleiden. Een huisarts van gezondheidscentrum Levinas vertelde:

Spirituele en levensbeschouwelijke vragen zijn vaak verweven met medische of sociale problemen. Soms komt iemand naar mij toe omdat hij zo slecht slaapt. Dan vraag ik door en blijkt bijvoorbeeld dat zijn vrouw ongeneeslijk ziek is en hij het gevoel heeft dat hij er helemaal alleen voor staat. Dan is het fijn als hij het gesprek aan kan gaan met een deskundige die ondersteuning biedt bij het verwerken van zijn angst en verdriet. Zo voorkom je vaak dat het probleem van kwaad tot erger wordt. (Levinas, 2014)

Deze huisarts ziet dat ondersteuning door geestelijk verzorgers kan voorkomen dat een probleem ‘van kwaad tot erger wordt’. Zij ziet een rol weg gelegd voor de geestelijk verzorger in de preventieve zorg. Dit blijkt tevens uit de verschillende casuïstiek die tijdens dit onderzoek naar voren kwam (zie Bijlage 10).

Huisartsen die bekend zijn (geworden) met geestelijk verzorgers, benoemden dat zij ‘een andere kijk hebben op zaken’, ‘een ander jargon gebruiken’ en ‘de zaken in een ander perspectief zetten’. Wellicht heeft dit enkel met de functie van de geestelijk verzorger te maken. Een geestelijk verzorger vertelde na een casusbespreking met een huisarts het volgende:

En we hadden nog een dat ook de patiënt anders praat omdat bij de arts, daar kan je wat van krijgen, die kan wat doen. Bij ons weten ze dat we niets gaan doen, dus daar wordt het gesprek al anders door, dus dan gaat de patiënt zich ook anders gedragen, die gaat ook andere vragen of antwoorden geven. (TB)

Daarnaast wordt gesteld dat geestelijk verzorgers ‘meer tijd hebben voor de patiënt’ en ‘meer de diepte in kunnen’.

Naast de ondersteuning van patiënten, zien sommige huisartsen dat samenwerking met een geestelijk verzorger voor henzelf iets kan opleveren. Huisartsen die reeds patiënten doorverwijzen, merken dat dit hen tijd kan schelen. Een andere huisarts die soms casuïstiek bespreekt met een geestelijk verzorger, vertelde dat ze daar ‘rustiger, blijer en meer gefocust’ van wordt. Een andere huisarts noemde dat ze door geestelijk verzorgers wordt ‘geïnspireerd’. Ten slotte zijn er huisartsen die verwachten dat zij zelf meer gevoeligheid krijgen voor de levensvragen van patiënten en hen beter kunnen begeleiden, wanneer zij samenwerken met geestelijk verzorgers.

7.1.2 Praktijkondersteuners GGZ

Tijdens het meelopen met twee huisartsen ontstond de indruk dat POH-GGZ een belangrijke partij zijn in de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Beide huisartsen bleken de POH-GGZ als ‘extra screeningsinstrument’ te gebruiken voor mensen met psychosociale problematiek. Zo vertelde de ene: ‘Ik stuur eigenlijk niemand meer direct naar een psycholoog, de POH-GGZ helpt meebepalen waar iemand heen kan.’ De andere huisarts lichtte toe dat de inzet van de POH-GGZ is bedoeld om ‘een betere intake te krijgen aan de basis’. De POH-GGZ kent vaak de weg in het hele psychosociale circuit en weet precies bij wie ze moeten zijn voor specifieke thema’s. Om te onderzoeken of POH-GGZ tevens bekend zijn met geestelijk verzorgers en welke verschillen en overeenkomsten er zijn tussen hen, is besloten de POH-GGZ in dit onderzoek te betrekken. Dit betekent dat de onderzoeksvragen worden aangevuld met een derde partij.

HOOFD- EN DEELVRAGEN:

Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers en welke factoren zijn van invloed op (het al dan niet tot stand komen van) deze samenwerking?

1. Hoe kijken huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers aan tegen samenwerken met elkaar en welke informatie hebben zij van elkaar nodig?
2. Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers en welke uitdagingen en mogelijke oplossingen noemen zij daarbij?
3. Welke factoren zijn van invloed op (de totstandkoming van) de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers?

Er is voor gekozen om eerst het perspectief van POH-GGZ te beschrijven en daarna die van geestelijk verzorgers, omdat eerstgenoemden onderdeel uitmaken van de huisartsenpraktijk. De POH-GGZ wordt eerst kort geïntroduceerd.

Introductie POH-GGZ

Sinds 2008 bestaat de functie POH-GGZ in de huisartsenpraktijk en deze is nog volop in ontwikkeling. De POH-GGZ is bedoeld voor de zorg voor patiënten met psychische en psychosociale problematiek. Inmiddels werkt in 70 procent van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ en dit aantal neemt flink toe (NHG, 2015). In 2014 is door de LHV een functie- en

competentieprofiel voor POH-GGZ geschreven. Een aantal elementen uit dit profiel worden hier beschreven.

Aanleiding voor de komst van de functie zijn de veranderingen in zorgtaken van de huisartsenpraktijken, de ambulantisering van de GGZ zorg en ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod. De POH-GGZ biedt zorginhoudelijke ondersteuning aan de huisarts bij zorgverlening aan alle patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard. ‘De kern van de activiteiten bestaat uit het differentiëren van de klacht naar aard en ernst en het beoordelen van de noodzaak tot interventie of verwijzing.’ (LHV, 2014, p. 11) De POH-GGZ functioneert op hbo werk- en denkniveau en werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts (LHV, 2014). Vooralsnog wordt de functie door professionals met verschillende achtergronden, opleidingen en competenties vervuld, wat onduidelijkheid met zich meebrengt (NHG, 2015). In gezondheidscentrum Levinas werken geestelijk verzorgers in een aantal uren van de POH-GGZ.

Bekendheid met geestelijk verzorgers

De POH-GGZ (n = 6) weten ‘niets’ tot ‘wel iets’ van geestelijk verzorgers en zijn nieuwsgierig naar hoe samenwerking met hen vorm kan krijgen. Twee POH-GGZ waren niet bekend met geestelijk verzorgers. Een andere POH-GGZ vertelde:

Ik weet van geestelijke verzorging wel wat, maar vooral instellingsgericht. En ik werk natuurlijk bij huisartsen, maar hoe dat de samenwerking dan kan, ambulant, geen idee. Dus daarom dacht ik: Ik ga in de op uitnodiging. Dat is de oorzaak. Hoe dat werkt. (FG1)

Een andere POH-GGZ kende de samenwerking met geestelijk verzorgers ook uit eerder werk. De afgelopen tien jaar heeft zij nauwelijks met hen samengewerkt en is nieuwsgierig:

Ik ben dus ook wel benieuwd eigenlijk. Ik had het me nog niet afgevraagd van hoe dat dan eigenlijk zit in die huisartsenpraktijken. Ik heb het hier en daar besproken, maar hele wisselende reacties gekregen. Sommigen [huisartsen] hadden van: Nou, wat moeten we daar nou mee? En anderen: Helemaal geweldig! En: Hartstikke leuk! Dus dat is ook wel wisselend hoe ze zijn. (FG1)

Uit dit citaat ontstaat tevens de indruk dat POH-GGZ een belangrijke ingang kunnen zijn voor geestelijk verzorgers bij de huisartsenpraktijk. Overigens heeft slechts één POH-GGZ een geestelijk begeleider in zijn netwerk.

Overlap met geestelijk verzorgers

De POH-GGZ verwachtten dat er veel overlap is tussen hen en geestelijk verzorgers. Tijdens de focusgroepen is er veel aandacht besteed aan het aftasten van de overeenkomsten en verschillen tussen hen. Onderstaand gesprek is daarvoor illustratief.

- GB 1: (...) Het eigene van de GV-er is dat het begint bij zingeving, dus de rede waarom je überhaupt iets doet. Als daar een knarsing komt, als daar een barst in komt, dan gaat de rest ook stokken, volgens mij. En dan krijgt dat problemen. En wij kijken naar wat is dat nou überhaupt, dat stukje zin? Waar bestaat dat uit en waar is dat bij jou uit opgebouwd en kunnen we daar wat mee? (...) Het eigene zit hem echt in dat stukje zingeving. Op dat niveau communiceren wij.
- POH-GGZ 1: Dat is present zijn. En wij gaan meer van klachten uit. (...)
- POH-GGZ 2: Psychische klachten misschien ook?
- POH-GGZ 1: Psychische klachten hè, doen wij vooral aan.
- GB 1: Ja, dus ik werk samen met de psycholoog en de psycholoog gaat veel meer over gedrag bij ons in de instelling en wij verwijzen onderling veel naar elkaar door. Ik ga over zin en wij kunnen gerust samen dezelfde cliënten bezoeken. Alleen het verschil is echt, wij houden ons daar netjes aan, ik ga niet over het gedrag, ik ga over de zin.
- GB 2: Je hoort ook wel eens van: ‘Gedrag, gevoel en gedachtes’ en dan heb je vervolgens eigenlijk de betekenisverlening. Al die dingen, dus gedrag of veranderingen daarin, maar wat betekent het voor je levensverhaal? Voor wat je verder gaat doen? Voor hoe je kan terugkijken op, hoe je het gedaan hebt? Dus dat soort vragen, daar komt andere thematiek in naar voren: ‘Schaamte, schuld’. Allemaal zware thema’s die niet zomaar uit te werken zijn en waar mensen ook niet makkelijk over spreken, maar die performatief doorwerken in eigenlijk alles, in de hele beleving, dus ook ziektebeleving en het hele bestaan eigenlijk.
- POH-GGZ 2: Ja, wat wij eigenlijk ook doen, alleen wij hebben maar mogelijkheid tot vier gesprekken en dan redden wij dat allemaal niet, hè. Daar zitten wel van die dingen in natuurlijk.

Uit dit gesprek blijkt dat geestelijk verzorgers gericht zijn op het domein van zingeving en betekenisverlening en POH-GGZ op het psychische domein, maar ook dat er sprake is van overlap. De POH-GGZ zijn echter door tijd beperkt. POH-GGZ uit een andere focusgroep bevestigden dat zij minder tijd hebben dan geestelijk verzorgers en stelde tevens dat zij meer klachtgericht zijn. Een POH-GGZ vertelde daarover:

Het is aan de ene kant de kracht die wij hebben, omdat we heel duidelijk kunnen zijn, maar aan de andere kant is het ook iets waar je ook voor op moet letten, is dat wij niet teveel in die klacht gaan zitten. Want sommige mensen zeggen: ‘Ja ik heb eigenlijk helemaal nergens last van, maar ik zit ergens mee.’ (...) Mensen zijn beter, zeg maar (...) dus als je het testmateriaal erop los laat, nou dan is het goed. Maar er sluimert, er smeult iets, er is iets wat dieper gaat en daar hebben we A

geen tijd voor. Misschien ook wel niet iedereen van ons ([onverstaanbaar]) en misschien het ook wel niet zien om er überhaupt iets mee te willen. (FG2)

Dit citaat laat zien dat er nuance nodig is om de verschillen te duiden. Daarnaast ontstaat de indruk dat POH-GGZ zich soms op het grensgebied begeven van psychische en existentiële of spirituele vragen en klachten. Dit kan ertoe leiden dat er gevoelens van concurrentie ontstaan. Ten slotte blijkt uit het citaat dat niet alleen tijd een belemmering kan zijn, maar ook het niet herkennen van het spirituele domein.

Tijdens een focusgroepen werd door huisartsen tevens onderscheid gemaakt. Een huisarts vertelde:

En dat je met de POH-GGZ, dat realiseer ik me nu, dat die toch meer in de behandelsector zitten en dat je op een gegeven moment wel uitbehandeld bent en dat mensen dan nog een stuk begeleiding nodig hebben, waarvoor bij de POH-GGZ geen geld is en wij geen tijd voor hebben. Ik denk: 'Dat zou heel prima opgevangen kunnen worden door de geestelijk verzorgers, maar dat moet wel gefinancierd worden, want anders schiet het nog niet op'. (FG2)

Deze huisarts stelt dat wanneer mensen 'uitbehandeld zijn' zij kunnen worden doorverwezen naar geestelijk verzorgers, maar dat hier wel financiering voor moet komen. Daarnaast maakt zij onderscheid tussen behandelen en begeleiden. In deze focusgroep werd beaamd dat geestelijk verzorgers mensen 'begeleiden' en 'meer steunend' zijn, terwijl POH-GGZ meer behandelen. In de andere focusgroep werd genoemd dat geestelijk begeleiders afgaan op 'signalen in het levensverhaal van mensen' en POH-GGZ afgaan op 'symptomen', waardoor ze sneller in 'een behandeltraject' zitten. Een huisarts ziet de nadruk op klachten bij POH-GGZ als gevolg van de doorverwijzing door de huisarts die bepaalde signalen (voor die klachten) heeft opgemerkt.

Benodigde informatie

POH-GGZ hebben behoefte aan informatie over wie geestelijk verzorgers begeleiden, bij welke thematiek en hoe zij dit doen (zie tabel op de volgende pagina). Waarschijnlijk hebben zij deze informatie nodig om te bepalen wat de overeenkomsten en verschillen zijn en welke mensen zij naar geestelijk verzorgers kunnen doorverwijzen. Opvallend is dat zij minder dan huisartsen vragen naar de religieuze of levensbeschouwelijke achtergrond, mogelijk omdat ze ervan uitgaan dat geestelijk verzorgers geloof- en godsdienst gebonden zijn. POH-GGZ geven van zichzelf een algemene beschrijving, wanneer hen wordt gevraagd wat geestelijk verzorgers van hen moeten weten. Mogelijk doen zij dit omdat zij ervan uitgaan dat geestelijk verzorgers niet bekend zijn met hun relatief jonge functie.

Wat POH-GGZ van geestelijk begeleiders willen weten

Professionaliteit van de geestelijk begeleider:

- 'Wat doen jullie?' (n=6) 'Wat krijgen jullie zoal aan hulpvragen binnen?' (n=6) 'Hoeveel van die hulpvragen bestaat uit stervensbegeleiding?' (n=2), 'Zijn jullie bekend met euthanasie?' (n=2), 'Werken jullie ook met vragen rondom euthanasie?' (n=3), 'Gebeurt het ook dat jullie naasten van mensen die euthanasie willen, begeleiden?' (n=3) 'Wat doen geestelijk begeleiders met stigmatisering?' (n=3)
- 'Worden jullie ook ingezet bij trauma of bij rampen?' (n=3),
- 'Hebben jullie specialisaties?' (n=5)
- 'Kan iedereen bij jullie terecht of zijn jullie geloofsgebonden?' (n=2)
- 'Wat is jullie methode of werkwijze?' (n=5)
- 'Hoe zijn jullie bereikbaar?' (n=5), 'Hoe komen jullie aan cliënten?' (n=2)
- 'Wat ontbreekt er echt bij jullie?' (n=2)

Vragen omtrent samenwerking:

- 'In hoeverre doen we hetzelfde?' (n=5), 'In hoeverre kan ik zelf geestelijke begeleiding bieden?' (n=1), 'Kan ik jullie ook voor meer psychologische klachten inzetten?' (n=3)
- 'Met welke vragen/indicaties kan ik bij jullie terecht?' (n=5), 'Kunnen jullie patiënten die bij ons behandeld zijn, overnemen?' (n=2), 'Kunnen we begeleiding vanuit de POH-GGZ combineren met de ondersteuning van een geestelijk begeleider?' (n=5)

Wat geestelijk begeleiders van POH-GGZ moeten weten

Professionaliteit van de POH-GGZ:

- 'Wij blijven met onze psychologische blik meer in het medische domein zitten.' (n=2), 'Wij krijgen echt psychische problemen, klachten, maar ook wel veel van relatie en sterven, rouw, ja van alles.' (n=3), 'We kunnen heel breed behandelen, maar er zitten ook wel limieten aan (...) door tijd.' (n=2)
- 'We behandelen klachten (...) en vermoeden en doorverwijzen.' (n=2), 'Huisartsen vragen ons: Wat is er nou precies aan de hand?' (n=2), 'Wij werken ook met E-health.' (n=2)
- 'Wij hebben POH-GGZ kind en jeugd en POH-GGZ volwassenen, dus dat wil zeggen dat we mensen tussen de leeftijd van zes tot en met 99 jaar begeleiden.' (n=20), 'Wij behandelen mensen met overspannen klachten (...), angst, depressie en relatieproblematiek.' (n=5)
- 'Wij zien mensen in het KOP-model (...): Wat zijn de klachten? Wat is er gebeurd in de omgeving waardoor die klachten zijn gekomen? En hoe diegene als persoon met verandering omgaat. Is die bestand tegen, zeg maar? Heeft hij persoonlijke kenmerken die hem nog verder naar beneden brengen? En daar moeten wij ook op kijken, van: Hoe we die het beste daarmee kunnen helpen.' (n=2)
- 'Wij hebben ruimte voor vier gesprekken.' (n=3), 'Wij hebben een limiet van gemiddeld vijf gesprekken die door de zorgverzekeraar worden betaald, uitzonderingen en lange trajecten zijn mogelijk.' (n=2), 'Per jaar mogen we één traject beginnen met een patiënt.' (n=5), 'We hebben lange trajecten voor mensen, bijvoorbeeld ter preventie van mensen die uitbehandeld zijn bij de GGZ.' (n=2)
- 'Wij hebben een mededeelzaam beroepsgeheim.' (n=2), 'Wij wisselen informatie uit met de huisarts, uitzonderingen daar gelaten.' (n=2)
- 'Wij worden vergoed door de verzekering.' (n=5)

Verschil en overlap:

- 'Ik denk dat we wel veel overlap hebben met geestelijk verzorgers.' (n=5)
- 'Wij zijn ook present.' (n=3), 'Wij werken ook met het levensverhaal van de patiënt.' (n=3)
- 'Wij gaan meer van (psychische) klachten uit.' (n=5)
- 'Ik denk dat jullie het meer over geloofsvragen hebben.' (n=3)

Samenwerking:

- 'Bij geestelijk begeleiders denken wij aan godsdienstige mensen.' (n=5)
- 'Ik denk niet aan jullie als verwijsmogelijkheid.' (n=3)

Laagdrempeligheid POH-GGZ

Een huisarts vulde tijdens een focusgroep aan dat het voor geestelijk verzorgers belangrijk is om te weten dat POH-GGZ laagdrempelig zijn voor patiënten. Zij vertelde:

Want jullie, wij verwijzen natuurlijk altijd, tenminste ik zelf, via de huisarts of de praktijk van de huisarts. Patiënten kennen ons al, kennen de assistentes, kennen jullie [POH-GGZ] dan nog niet, maar hebben er over in het dorp ook al gehoord. (...) Dus ik denk, wat dat betreft dat (...) degene die vroeger in een wat christelijker regio rondvoeren en velen regelrecht in de handen van de dominee kon spelen, die er vaak zelfs eerder was dan ik, die stuur ik nou allemaal naar de POH-GGZ. (FG2)

Uit het citaat blijkt bovendien dat deze huisarts mensen doorstuurt naar de POH-GGZ die ze vroeger naar de dominee verwees. Ook andere huisartsen blijken dit te doen. Door een POH-GGZ wordt de laagdrempeligheid als volgt verklaard: Mensen gaan naar een huisartsenpraktijk en 'hoeven niet naar een psycholoog'. Mensen schamen zich er vaak voor om naar een psycholoog te gaan. Een huisarts bevestigt dit en is van mening dat er patiënten zijn die met sociaal-emotionele klachten komen 'die zij het liefst over de somatische boeg behandeld willen zien, omdat zij geen psychologische ondersteuning willen'. Ook hij ziet weerstand om naar een psycholoog te moeten: 'Want ja, ik ben toch niet gek, dokter?' Voor de komst van de POH-GGZ bleven deze mensen vaak in het somatische domein zweven. Sinds de POH-GGZ er is, is de drempel voor patiënten lager en gaan veel van hen daarheen. Waarschijnlijk wordt deze laagdrempeligheid genoemd om duidelijk te maken dat geestelijk verzorgers zich ook zo laagdrempelig mogelijk moeten profileren.

Visie van POH-GGZ op samenwerking met geestelijk verzorgers

De POH-GGZ wilden na kennismaking en afstemming samenwerken met geestelijk verzorgers en zien hen als een extra verwijsmogelijkheid, voornamelijk voor mensen die bij hen zijn uitbehandeld. Zij zien dat geestelijk verzorgers meer de diepte in kunnen en meer tijd hebben voor patiënten.

7.1.3 Geestelijk begeleiders

De geestelijk verzorgers kijken positief aan tegen samenwerken met huisartsen en/of POH-GGZ en dragen als argument aan dat zij moeten mee veranderen met de zorg. Hoe meer wordt gestimuleerd dat mensen thuis zorg ontvangen, hoe belangrijker het wordt dat geestelijk verzorgers ook buiten instellingen werken. Verschillende geestelijk verzorgers vertelden steeds

vaker te worden geconfronteerd met aanvragen vanuit de thuissituatie. Daarnaast merken sommigen dat zij mensen vanuit de instelling niet kunnen overgedragen aan een geestelijk verzorger die bij de mensen thuis komt. Diverse geestelijk verzorgers werken naast hun baan in een instelling, deels extramuraal om dit op te vangen. En sommige instellingen geven geestelijk verzorgers wat ruimte om deze mensen thuis nog een enkele keer te begeleiden.

Voor de professionalisering van hun beroep vinden zij het belangrijk om samen te werken met andere zorgverleners extramuraal. Huisartsen zijn een belangrijke partij. Een geestelijk verzorger vertelde:

(...) en van daaruit lijkt het me gewoon heel belangrijk dat we met huisartsen werken. Dat daar een netwerk opkomt, want zij zijn de mensen die de eerste contacten met mensen hebben. Daar komen ze binnen. (FG1)

De geestelijk verzorger benadrukte dat het voor hen belangrijk is dat er rondom de huisartsen een netwerk opkomt, omdat mensen daar het eerste komen met hun zorgen en klachten. Verschillende geestelijk verzorgers verwachten dat dit mogelijk is.

De samenwerking die geestelijk verzorgers intern in een instelling soms wel met huisartsen hebben, missen zij extramuraal. Zo vertelde een geestelijk verzorger:

Ik doe zelf regelmatig aan stervensbegeleiding bij mensen thuis. En ik vind het heel prettig als ik dan huisartsen tegen kom, maar dat gebeurt niet altijd. En vrij recent ben ik betrokken geweest bij een vrij intensief euthanasietraject en daar ontmoette ik de huisarts na het sterven en ik was heel blij dat ik haar eindelijk zag en zij was ook blij met mij. En dat heeft me ook ervan overtuigd, voor mij was zij in dat hele traject iemand die op de achtergrond aanwezig was en waarvan ik checkte steeds bij mijn cliënt van: ‘Gaat het nog goed?’. En het heeft mij ervan overtuigd, dat hele traject, dat het zo goed zou zijn om in een veel eerder stadium dat contact te hebben. (FG2)

Uit dit citaat blijkt dat de huisarts en geestelijk verzorger beide (intensief) bij een patiënt betrokken kunnen zijn en elkaar toch niet ontmoeten, maar dat het wederzijds prettig wordt gevonden wanneer dit wel gebeurt. Onduidelijk blijft wat er precies prettig aan is voor beide partijen.

Samenwerken, maar hoe?

Er is geen twijfel over mogelijk dat geestelijk verzorgers willen samenwerken. De vraag blijkt vooral te zijn: ‘Hoe?’ want, vertelde de coördinator van het CvL, ‘de eerste ervaringen lijken erop te wijzen dat extramurale geestelijke begeleiding toch nog een andere tak van sport is dan intramuraal’. Verschillende geestelijk verzorgers beamen dit en noemen een aantal zaken waar dit mee te maken heeft, namelijk het ontbreken van een strategie, expertise en een netwerk en

Wat geestelijk begeleiders van huisartsen en POH-GGZ willen weten

Professionaliteit huisarts en POH-GGZ

- Huisartsen: 'Klopt het dat jullie met een medische blik naar de mens kijken?' (n=21), 'Is er een moment waarop je met die medische blik niet meer uitkomt?' (n=21), 'Herkennen jullie dit moment?/Komen jullie het tegen?' (n=6), 'Hoe gaan jullie om met moeilijke vragen, zoals voltooid leven?' (n=15)
- 'Komen jullie patiënten met zingevingsvragen in jullie praktijk tegen?' (n=27) 'Komen jullie spiritualiteit tegen bij de patiënten? En zo ja, hoe kom je het dan tegen?' (n=6), 'Betrekken jullie zingevingaspecten in de diagnose?' (n=6), 'Komen jullie zingevingsvragen of levensvragen tegen en kun je die herkennen?' (n=21), 'Als je zingevingsvragen of levensvragen tegen komt, wat doe je er nu dan mee?' (n=21),
- 'Bij wat voor soort mensen houdt jullie eigen begeleiding op?' (n=6)
- 'Kennen jullie de Richtlijn Spirituele Zorg?' (n=21)
- POH-GGZ: 'Wat is jullie taak en jullie domein en wat zijn indicaties om naar jullie door te verwijzen?' (n=12)

Samenwerken

- 'Is het voor jullie helder over wat voor soort ervaring of vragen het bij ons gaat, om welke dimensie?' (n=15), 'Hoe zien jullie geestelijk begeleiders en wat denken jullie dat wij doen?' (n=21), 'Maakt de geloofs- of levensovertuiging van de geestelijk verzorger uit voor jullie?' (n=15)
- 'Wanneer komt de gedachte op om een geestelijk begeleiders in te schakelen en komt die gedachte überhaupt op?' (n=6), 'Wanneer verwijzen jullie naar een geestelijk begeleider?' (n=21), 'Wanneer weten jullie niet door te verwijzen?' (n=6), 'Wanneer verwijzen jullie niet naar een geestelijk begeleider?' (n=15), 'Wat zou voor jullie een indicatie zijn om een geestelijk begeleider in te schakelen?' (n=15)
- 'Wat beweegt je om een geestelijk begeleider in te schakelen?' (n=6), 'Wat vinden jullie de meerwaarde van geestelijke zorg t.o.v. de eigen deskundigheid?' (n=15), 'Hebben jullie het gevoel dat als je een geestelijk begeleider zou inschakelen, dat het de huisarts of de POH-GGZ zou kunnen ontlasten?' (n=6)
- 'Wanneer kunnen wij inhaken op de zorg die jullie leveren?' (n=15)
- 'Wat hebben jullie nodig van ons?' (n=21)
- 'Hoe kunnen we huisartsen en POH-GGZ benaderen?' (n=6), 'Hoe kunnen we huisartsen benaderen die totaal niet geïnteresseerd zijn in levensbeschouwelijke problematiek van hun patiënten?' (n=6), 'Hoe kunnen we huisartsen benaderen die vinden dat zij al genoeg zaken aan hun praktijk hebben hangen?' (n=6)
- 'Kan een praktijkondersteuner vervangen worden door een geestelijk begeleider?' (n=15)
- 'Hoe kunnen wij onze drempel verlagen?' (n=6)

Wat huisartsen en POH-GGZ van geestelijk begeleiders moeten weten

Professionaliteit van de geestelijk verzorger

- 'Wij zijn een laagdrempelig vertrouwenspersoon.' (n=15), 'Wij zijn zorgverleners en geen hulpverleners, nutteloos en zinvol' (n=15)
- 'Wij zijn er niet alleen voor de palliatieve fase, maar ook voor leven.' (n=21), 'Wij zijn een eigen specialisme over zin en levensbeschouwing.' (n=6), 'Wij zijn deskundig op het gebied van rituelen, religieuze vraagstukken en ethische dilemma's.' (n=21), 'Bij ons gaat het over het omgaan met zingeving, zinverlies (verlies van zin), de grenservaringen in het leven en het einde daarvan' (n=6)
- 'Wij hebben een beroepsstandaard.' (n=27)
- 'Wij begeleiden cliënten ook als er geen oplossing is, als zij zijn uitbehandeld bijvoorbeeld.' (n=21)
- 'Wij kunnen tegelijkertijd met de psycholoog, maatschappelijk werker of andere discipline bij de patiënt aanwezig zijn.' (n=21), 'Wij geven geen begeleiding op het gebied van de psycholoog.' (n=6)
- 'Wij zijn divers en kunnen ook een divers publiek bedienen.' (n=15), 'Wij zijn niet alleen godsdienstig, spiritueel is veel breder dan godsdienstig.' (n=27), 'Wij zijn inzetbaar in een multiculturele setting.' (n=6)
- 'Er is verschil tussen geestelijk verzorgers en pastorale zorg.' (n=27)
- 'Wij nemen de tijd voor mensen' (n=21), 'Wij zijn altijd oproepbaar.' (n=21), 'Je kunt ons altijd bellen.' (n=21)
- 'De inhoud van het gesprek is vertrouwelijk.' (n=27)
- 'Wij zijn er ook voor de professional.' (n=21)

Samenwerking:

- 'Wij verwachten dat jullie behoefte hebben aan duidelijk over wie, wat, wanneer en hoe. Wij moeten het eigene van de GB-er aan jullie duidelijk maken.' (n=12)
- 'Wij willen dat jullie weten wat wij doen, bekend zijn met ons werkveld.' (n=21)

onvoldoende uitwisseling en ondersteuning van elkaar. In instellingen hebben geestelijk verzorgers een informeel netwerk en doen zij aan presentie,⁴¹ hetgeen vorm krijgt door een gespreksgroep of kerkdienst te houden waar mensen naartoe kunnen komen. In de eerste lijn is laatstgenoemde ‘eigenlijk uitgesloten’ of ‘veel moeilijker’, volgens de geestelijk verzorgers. Ook merkte een geestelijk verzorger op dat het niet makkelijk is om elkaar te vinden in de eerstelijnszorg, ‘omdat ja, dat is niet zo gegroeid op de een of andere manier’. Mogelijk weerhoudt de eenzijdige aandacht voor alle belemmeringen hen ervan om ergens te beginnen.

Benodigde informatie

De geestelijk verzorgers informeren bij huisartsen en POH-GGZ of zij de spirituele vragen van patiënten herkennen en tegenkomen en zo ja, wat zij hiermee doen (zie linker tabel op de vorige pagina). Daarnaast willen zij weten welk beeld zij van geestelijk verzorgers hebben. Specifiek van POH-GGZ willen geestelijk verzorgers weten wat hun domein is en op basis van welke indicaties patiënten naar hen worden doorverwezen. Daarnaast vragen geestelijk verzorgers wanneer en waarom huisartsen en POH-GGZ naar hen zouden doorverwijzen en wat zij van hen nodig hebben. Mogelijk doen geestelijk verzorgers dit omdat zij weinig zicht hebben op hoe zij kunnen inhaken op de zorg die huisartsen en POH-GGZ leveren.

Geestelijk begeleiders geven, net als POH-GGZ, een algemene beschrijving van zichzelf wanneer hen wordt gevraagd wat huisartsen en POH-GGZ van hen moeten weten. Tevens vinden zij het belangrijk te vermelden dat zij een beroepsstandaard hebben. Ook lijken zij een aantal vooroordelen te willen ontkrachten, namelijk dat zij:

- niet enkel stervensbegeleiding doen, maar begeleiding bij verlieservaringen in de brede zin van het woord;
- niet religieus zijn, maar breed levensbeschouwelijk. Er wordt benadrukt dat er verschillen bestaan tussen geestelijk verzorgers en pastorale zorg en dat zij uitgaan van een brede opvatting van spiritualiteit;
- niet enkel patiënten begeleiden, maar ook professionals.

⁴¹ Presentie is een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie h/zij daarbij voor de ander kan zijn.
(<http://www.presentie.nl/wat-is-presentie>)

CONCLUSIE DEELVRAAG 1:

De betrokken partijen kijken allen positief aan tegen samenwerking met elkaar, maar hebben daarvoor eerst informatie nodig om een adequaat beeld te krijgen van elkaar en om helder te krijgen wat zij aan elkaar kunnen hebben. De ontmoetingen die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden, hebben daaraan een wezenlijke bijdrage geleverd.

7.2 Samenwerkingsmogelijkheden

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag. In het overzicht op de volgende pagina staan de mogelijkheden voor samenwerking overzichtelijk beschreven. Het samenwerken tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers kan verschillende doelen hebben, waarvan de zorg voor patiënten en professionele ontwikkeling de belangrijkste zijn. Bij het eerste doel wordt uitgebreid stil gestaan aan de hand van de samenwerkingsmogelijkheid ‘het doorverwijzen van patiënten naar een geestelijk verzorger,’ omdat dit de meest besproken samenwerkingsmogelijkheid was. Eerst worden twee samenwerkingsmogelijkheden besproken die betrekking hebben op de professionele ontwikkeling, namelijk casuïstiekbesprekingen en scholing voor zorgverleners.

DEELVRAAG 2:

Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers en welke uitdagingen en mogelijke oplossingen noemen zij daarbij?

7.2.1 Scholing voor andere zorgverleners

Een doel van de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers is deskundigheidsbevordering van de betrokken partijen. Alle drie de partijen zien dat geestelijk begeleiders scholing voor andere zorgverleners kunnen verzorgen, bijvoorbeeld over het herkennen van levensvragen van patiënten of over de verschillende levensbeschouwelijke perspectieven op levenseinde en rouw. Scholing biedt de mogelijkheid voor huisartsen om meer gevoeligheid te ontwikkelen voor zingevingsvragen van patiënten, hetgeen kan bijdragen aan betere begeleiding door de huisarts zelf. Daarnaast wordt scholing gezien als een belangrijke manier voor geestelijk verzorgers ‘om zich zichtbaar te maken’ en draagt bij aan het krijgen van verwijzingen.

Samenwerkingsmogelijkheden

Huisartsen:

- Doorverwijzen
- 'Luisteruur' (i.p.v. spreekuur) door geestelijk verzorger in de huisartsenpraktijk
- Consulteren / Overleg met een geestelijk verzorger
- Casuïstiek besprekingen
- Tandemproject: elkaar bijscholen door intervisie
- Een structurele lunchgelegenheid (regionaal of lokaal)
- Aansluiten bij:
 - o Patiëntbesprekingen / Multidisciplinair overleg
 - o Palliatieve Thuiszorg (PaTZ) groepen / Palliatief zorgoverleg
 - o samenwerkingsverbanden rondom *integrative medicine*
 - o Gemeenteoverleg
- Scholing of praatje door geestelijk verzorger tijdens:
 - o Een gezamenlijke uitstap of bijeenkomst
 - o (Regionale) nascholing
 - o Waarneemgroep / huisartsengroep overleg
 - o Werkgroepen deskundigheidsbevordering
- Geestelijk verzorger als gespreksleider van intervisiegroep
- Geestelijk verzorger een dag laten meelopen
- Geestelijk verzorger als bemiddelaar bij conflict

POH-GGZ:

- Doorverwijzen
 - o Dagdeel op scholing/congres verzorgen voor POH-GGZ (Bijv. kwartaalbijeenkomsten)
- Aansluiten bij:
 - o Eerstelijns-overleg in de buurt
 - o Sociale wijkteam

Geestelijk verzorgers:

- Doorverwijzen
- In consult vragen
- Casuïstiek besprekingen
- Samenwerking met huisartsen rondom euthanasievraagstukken
- Ondersteuning / vertrouwenspersoon voor huisarts, POH-GGZ en andere zorgverleners
- Ondersteuning van zorgverleners bij moeilijke ethische beslissingen
- Moreel beraad begeleiden
- Aansluiten bij PaTZ-groepen
- Zorgverleners scholen in bijvoorbeeld 'aandacht voor zingevingsvragen'
- Structureel overleg met huisarts en POH-GGZ (maandelijks)
- Dag meelopen met de huisarts en POH-GGZ

Er werden twee uitdagingen geschetst:

1. Hoe kunnen geestelijk verzorgers toegang krijgen tot of uitgenodigd worden voor het verzorgen van scholing? Verwacht wordt dat scholing het meest effectief is door het zoveel mogelijk binnen het bestaande aanbod te passen, zoals de (meerdaagse) regionale scholingen voor huisartsen en POH-GGZ of bij lokale intervisiegroepen. Huisartsen en/of POH-GGZ kunnen hen uitnodigen of aandragen voor scholing en geestelijk verzorgers kunnen zelf naar regionale instanties toegaan die nascholing aanbieden, zoals DOKH.
2. Hoe kunnen geestelijk verzorgers deze scholing het beste vorm geven? Verwacht wordt dat deze scholingen casuïstiek moeten bevatten en dat er praktische handvaten worden geboden.

7.2.2 Casuïstiekbesprekingen

Een andere vorm van deskundigheidsbevordering is casuïstiekbesprekingen. Tijdens de focusgroepen en tandembijeenkomsten hebben de respondenten met elkaar casuïstiek besproken. Dit leverde de volgende resultaten op: kennismaken en vertrouwen krijgen in elkaar, zicht krijgen op elkaars werkwijze en hoe men elkaar kan aanvullen, van elkaar leren en een netwerk opbouwen. Voor huisartsen en POH-GGZ heeft dit als voordeel dat zij betere zorg kunnen leveren en meer bekend raken met geestelijk verzorgers. Opvallend was dat de casuïstiekbesprekingen volgens huisartsen bijdroegen aan dat ‘vooroordelen verdwenen’, geestelijk verzorgers ‘niet zo bedreigend’ meer waren en ‘meer gezicht’ kregen. Voor geestelijk verzorgers heeft het tevens als voordeel dat zij zich bekend kunnen maken onder deze professionals en via hen meer mensen kunnen begeleiden. Er werden geen uitdagingen beschreven.

7.2.3 In consult vragen en overleg


Er werden verschillende mogelijkheden genoemd om een vorm van overleg te creëren tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers. Deze overlegmomenten bieden de mogelijkheid om de zorg voor patiënten (beter) op elkaar af te stemmen. Het gaat met name om formele overlegmomenten, zoals patiëntbesprekingen, multidisciplinair overleg, palliatief zorgoverleg en eerstelijns-overleg. Er wordt geopperd dat geestelijk verzorgers zowel incidenteel als structureel bij deze overlegmomenten kunnen aansluiten. Tevens wordt gedacht aan het gezamenlijk bezoeken van patiënten door huisartsen en geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld bij euthanasievraagstukken. Geestelijk verzorgers kunnen in deze

samenwerkingsvormen een sparringpartner zijn die een ander perspectief inbrengen in de zorg voor patiënten alsook ondersteuning bieden aan de huisarts en/of POH-GGZ.

Voor geestelijk verzorgers ligt hierin een uitdaging om te bepalen welke rol zij hebben, bijvoorbeeld als zij meegaan op huisbezoek. Is dit ter ondersteuning van de patiënt of van de huisarts of ligt dit ergens in het midden? Verwacht wordt dat het belangrijk is om deze rol bespreekbaar te maken.

7.2.4 Doorverwijzen

De meest besproken samenwerkingsmogelijkheid is het doorverwijzen van patiënten door de POH-GGZ en de huisarts naar de geestelijk verzorger. De reden of thematiek om iemand door te verwijzen naar een geestelijk verzorger is divers. In bijlage 10 worden verschillende casus beschreven waaruit verschillende thema's oplichten, bijvoorbeeld ter ondersteuning van mantelzorgers en bij specifieke levensbeschouwelijke en contextueel gebonden vragen. Door



levinas
zorg voor welzijn

Geestelijke zorg in de eerste lijn

Wanneer kun je doorverwijzen naar een geestelijk verzorger?
Als er problemen of vragen zijn op het gebied van:

- 1. Zingeving**
 - bij gevoelens van leegte, zinloosheid, wanhoop, ontmoediging, schuld of chaos.
 - bij zoeken naar houvast, moed, troost, ordening, verzoening en perspectief.
- 2. Regie-/controleverlies, empowerment**
 - bij gevoelens van machteloosheid, afhankelijkheid, gelatenheid, somberheid, twijfel.
 - bij het zoeken naar regie, stuurmanskunst, kracht, inspiratie.
- 3. Verbondenheid en isolement**
 - bij het zoeken naar verbondenheid (met een groter geheel), integratie in een spirituele gemeenschap
 - bij het gevoel er helemaal alleen voor te staan, afgesneden te zijn
- 4. Coping**
 - bij het zoeken naar een eigen manier om om te gaan met de situatie.
 - bij verlies van controle, ontkenning, verdriet of woede
- 5. Levensbalans, keuzes maken**
 - bij het evalueren van het leven en het zoeken naar oriëntatie.
 - bij het zoeken naar een nieuw evenwicht, een goede 'afronding', acceptatie, verzoening
 - bij ethische dilemma's, vragen rond kwaliteit van leven
 - bij verlangen naar de dood, doodsangst, vragen over of om euthanasie
- 6. Geloofsovertuiging, rituelen**
 - bij vragen over of zoeken naar de relatie met God
 - als er vraag is naar specifieke religieuze rituelen

respondenten werd ook genoemd: ‘Rouw en verlies’, ‘eenzaamheid’, ‘verlieservaringen (in brede zin)’, ‘seksueel misbruik’, ‘existentiële woede’, ‘euthanasievraagstukken’, ‘uitbehandeld’ en ‘Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)’. Verschillende keren werd gesproken over mensen ‘die hun geloof missen’ en patiënten die steeds weer bij de huisarts komen met vragen, hetgeen ook wel de ‘frequente bezoeker’ wordt genoemd (zie Smits, 2014). De lijst met voorbeelden is lang en wordt hier niet uitputtend beschreven. Bij gezondheidscentrum Levinas is het volgende verwijfsformulier gemaakt.

Huisartsen uit dit onderzoek bevestigden verschillende voordelen die uit eerder onderzoek bleken met betrekking tot het doorverwijzen van patiënten naar geestelijk verzorgers. Het heeft een positieve invloed op het welzijn van patiënten, zij komen minder vaak bij de huisarts en huisartsen krijgen overwegend positieve reacties van patiënten over de begeleiding door de geestelijk verzorger. Daarnaast zien sommige huisartsen als voordeel dat de geestelijk verzorger henzelf kan ondersteunen. POH-GGZ zagen als voordeel van samenwerking met geestelijk verzorgers dat zij een extra verwijfsmogelijkheid hebben.

7.2.5 Uitdagingen bij het doorverwijzen van patiënten naar een geestelijk verzorger

Het doorverwijzen van patiënten naar een geestelijk verzorger roept verschillende uitdagingen op voor zowel huisartsen en/of POH-GGZ als geestelijk verzorgers. Eerstgenoemden noemden de volgende uitdagingen:

- A. ‘Waar kunnen verwijzers geestelijk verzorgers vinden?’
- B. ‘Hoe bepalen verwijzers naar welke geestelijk verzorger zij een patiënt doorverwijzen en op basis waarvan?’
- C. ‘Hoe bepaal je de kwaliteit van een geestelijk verzorger?’
- D. ‘Hoe kunnen verwijzers de geestelijk verzorger ter sprake brengen bij de patiënt?’

Geestelijk verzorgers noemden de volgende uitdagingen:

- E. ‘Wat koppel je terug over de patiënt en hoe registreer je?’
- F. ‘Welk bedrag vraag je als geestelijk verzorger voor een gesprek?’

A. De sociale kaart

Huisartsen (in opleiding) en POH-GGZ vragen waar zij geestelijk verzorgers kunnen vinden. Een huisarts merkt op dat je niet veel geestelijk verzorgers nodig hebt: ‘Als je er maar een paar hebt, dan is het goed.’ Toch ligt hier een uitdaging voor geestelijk verzorgers om zich gezamenlijk te profileren naar deze beroepsgroepen. Illustratief daarvoor is het volgende verhaal van een geestelijk verzorger.

Ik ging bij de huisartsengeneeskunde (...) werd ik als geestelijk verzorger gevraagd om iets te vertellen over ouderen en levensvragen. Dus ik had een verhaal voor die jonge bruisende huisartsen. Echt een ontzettende leuke club, maar die hadden natuurlijk heel terecht de vraag van: ‘Dat is heel mooi en dat weten we dan nu, maar naar wie kunnen we verwijzen?’ (...) dat is ook het moeilijke. Wat is er ambulante in Nederland waar je naartoe kunt verwijzen? (TB)

Er worden verschillende mogelijke oplossingen aangedragen. Er zijn diverse websites waarop (samenwerkingsverbanden van) vrijgevestigd geestelijk verzorgers te vinden zijn.⁴² Ook kan men via de VGVZ contact opnemen met de coördinatoren van de verschillende sectoren.⁴³ En via het Humanistisch Verbond zijn een aantal humanistisch geestelijk verzorgers vinden.⁴⁴ Bovendien kan men via google of LinkedIn zoeken naar een ‘geestelijk verzorger’ of ‘geestelijk begeleider’ in de buurt.

B. Op basis waarvan en naar wie doorverwijzen?

Als zichtbaar is waar men geestelijk verzorgers kan vinden, is de volgende uitdaging: welke moet men dan inschakelen en op basis waarvan? Huisartsen vinden het belangrijk om gelijk een goede verwijzing te doen. Een huisarts vertelde: ‘Oké, ik moet nu meteen goed schieten, want anders dan gaat het verkeerd.’ En een ander: ‘Want als ik de verkeerde kies, dan komt er geen één de deur meer in.’ Huisartsen hebben behoefte aan tips op basis waarvan zij geestelijk verzorgers kunnen selecteren en willen weten of hierover afspraken zijn gemaakt binnen hun beroepsgroep.

Duidelijk werd dat geestelijk verzorgers er zijn voor iedereen, ongeacht levensbeschouwing. Dit betekent, volgens een geestelijk verzorger, dat zij professioneel gezien ‘vanuit de algemeenheid start en niet vanuit de levensbeschouwelijke achtergrond.’ Daarnaast werden de volgende tips genoemd op basis waarvan een huisarts kan bepalen welke geestelijk verzorger geschikt is:

- Vraag aan de patiënt of hij/zij graag iemand met een bepaalde achtergrond wil hebben. Er kunnen zich situaties voordoen waarin de levensbeschouwelijke achtergrond van de geestelijk verzorger een belangrijke rol kan spelen voor de patiënt. De ervaring leert dat het mensen meestal niet uitmaakt welke levensbeschouwelijke achtergrond een geestelijk verzorger heeft en dat als er voorkeuren meespelen, dit meestal vrij gearticuleerd is. Bijvoorbeeld iemand die wil

⁴² <http://www.geestelijkeverzorging.com/> en <http://www.netwerklevensvragen.nl/enl/Expertisenetwerk-levensvragen-en-ouderen-Platform-Regionale-Initiatieven-Levensvragen-Overzicht-initiatieven.html>

⁴³ <http://www.vgvz.nl/sectoren>

⁴⁴ <http://www.humanistischverbond.nl/vrijgevestigd-humanistisch-geestelijke-verzorgers>

kunnen bidden of een specifiek ritueel wil. Ook kan het voorkomen dat iemand specifiek vraagt om een geestelijk verzorger met een andere levensbeschouwelijke achtergrond dan de eigen achtergrond.

- Soms is het van belang ‘dat je dezelfde taal spreekt’. Hiermee kan de moedertaal worden bedoeld, maar ook de specifieke levensbeschouwelijke taal.
- Soms is er voorkeur voor een man of een vrouw.
- Soms kan locatie de doorslag geven.

C. Vertrouwen opbouwen

Een derde uitdaging voor huisartsen is dat zij vertrouwen moeten hebben in de geestelijk verzorger om naar hen door te verwijzen. Zij vragen hoe zij de kwaliteit van een geestelijk verzorger kunnen bepalen. ‘Hoe krijg je daar zicht op?’ De mogelijke oplossing die daarvoor wordt aangedragen is elkaar te ontmoeten. Een huisarts vertelde:

Ik vind het toch een beetje aan elkaar snuffelen, elkaar leren kennen. Ik wil een somatisch specialist ook een beetje kennen voordat ik daar iemand naartoe verwijs. Wij willen dat dat klopt en dat er kwaliteit is en dat wil je met een geestelijk verzorger natuurlijk ook. (FG1)

Respondenten die al langer bezig zijn met deze samenwerking erkennen dit als een belangrijk thema: ‘Het persoonlijk contact tussen de huisarts en de geestelijk verzorger is essentieel.’ Een huisarts legde uit dat ‘je niet gaat doorverwijzen naar iemand die je niet kent’. Sommige huisartsen willen een vaste geestelijk verzorger naar wie ze kunnen doorverwijzen. En een coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg vertelde:

Ja, dat is ook iets wat ik terug hoor van mijn contactpersoon: Huisartsen willen eigenlijk een vaste geestelijk verzorger, geestelijk begeleider, dat ze diegene kennen en weten naar wie ze doorverwijzen. (I)

‘Daarom is het zo goed om elkaar te ontmoeten’, merkte één van de respondenten op, ‘anders krijg je nooit een beeld van iemand’.

D. Geestelijk verzorger ter sprake brengen bij patiënten

Een vierde uitdaging bij het doorverwijzen is het ter sprake brengen van de geestelijk verzorger bij patiënten. Huisartsen zeiden: ‘Ik vroeg me af als huisarts, hoe ik een GV-er kan “verkopen” aan de patiënt’ En: ‘Hoe motiveer je de patiënt om naar een geestelijk verzorger te gaan?’ En: ‘Maar ik zit wel even te denken... Hoe kondig je dat aan? Met name geestelijk verzorger, moet je toch wel even...’ Dit heeft te maken met de associaties die de naam geestelijk verzorger

oproept. Verschillende huisartsen vertelden over de reacties die zij van patiënten kregen toen zij deze naam gebruikten. ‘Geestelijk? Gees... Nee, maar ik ben helemaal niet christelijk. Ik ben echt helemaal niets!’ En: ‘Oh, maar ik ga niet naar de kerk hoor, dokter. Ik heb geen geestelijke verzorging nodig.’ En: ‘Oh, nee hoor, dat is echt niet voor mij, want ik heb helemaal niets met de kerk of God of wat dan ook.’ Ook vertelde een huisarts: ‘Ik heb helaas het woord geestelijk verzorger gebruikt, dus daar ging eigenlijk meteen de deur dicht’. Een huisarts vertelde:

Wat ik wel veel merk is dat mensen... ‘Geestelijk’ stuit op weerstand. Die denken dan aan religie (...) dan haken mensen soms af, terwijl ze wel vanuit hun achtergrond in het leven staan. (TB)

De uitdaging ligt bij de naam geestelijk verzorger, omdat je ‘heel erg [moet] oppassen dat iets in de leefsfeer negatieve reacties oproept, waardoor je eigenlijk de opening verliest’, aldus een van de huisartsen. Respondenten vinden de naam ‘geestelijk verzorger’ ‘niet juist’, ‘een beetje rottig’ en ‘gewoon niet goed’. Mensen hebben associaties met religie, hetgeen ‘oud zeer’ en ‘pijnplekken’ bij mensen kan oproepen, volgens verschillende respondenten. Deze associatie met religie hoeft niet altijd op weerstand te stuiten, omdat het soms ‘juist ook een behoefte’ is van mensen, die bijvoorbeeld willen bidden. De moeite met het benaderen van patiënten en de weerstand met de naam, wordt herkend door geestelijk verzorgers.

Er werd genoemd dat het ook een kwestie is van *kairos*, wachten tot het moment daar is om het in te brengen. Dit hangt samen met wat in hoofdstuk 7.1 is genoemd over dat huisartsen de vragen van hun patiënten moeten “uitpakken”. Patiënten hebben dit ‘met heel veel zorg’ gedaan, hetgeen om zorgvuldigheid van de huisarts vraagt. Een huisarts zei: ‘Je moet ze daarin ook recht doen (...) Ze moeten zich eerst erkend en gehoord voelen. En niet afgewezen, maar verwezen voelen’. Soms is ‘de tijd er nog eigenlijk niet rijp voor om het te benoemen’. Daarnaast wordt belangrijk gevonden dat men de tijd neemt om een uitleg te geven aan patiënten. Het kan een ‘belangrijk schakelmoment’ zijn, volgens een huisarts. Een geestelijk verzorger merkte op dat als je het uitlegt, ‘dan heb je ook wat’. Ten slotte worden verschillende inhoudelijke tips gegeven voor het introduceren van een geestelijk verzorger. Men kan ervoor kiezen om:

- de hele naam te vermijden en iets te zeggen in de trant van: Ik ken iemand ‘die over dit onderwerp heel veel weet’ of: ‘waarvan ik weet dat u er een heel fijn en vertrouwelijk gesprek mee kunt hebben’. Intramuraal blijken sommige geestelijk verzorgers deze naam ook niet te niet noemen. Zo vertelde een van hen: ‘Ja, dus ik geef een hand en ik ga praten en dan is het heel goed’.

- alternatieve namen gebruiken: Bestaansconsulent, zingevingconsulent, levenscoach, (spiritueel) consulent, familievertrouwenspersoon en luisteraar. Een geestelijk verzorger vertelde in haar instelling niet te komen als geestelijk verzorger, maar ‘als degene die vertrouwelijk komt luisteren en die de tijd heeft’.
- te benoemen ‘dat het niet per se om een religieus iemand gaat’ of dat ‘geestelijke verzorging’ betrekking heeft op ‘geestelijke draagkracht of een heldere geest’. Zo legt een geestelijk verzorger aan haar patiënten uit:

Het gaat om geestelijke draagkracht. Er is van alles aan de hand. Het is fijn als u op een of andere manier een heldere geest kunt hebben om dit te overzien en daarom heet ik geestelijk begeleider, want daar begeleid ik in. En dat heeft niets te maken met kerk, paus, psychiater... (FG2)

De huisartsen van gezondheidscentrum Levinas leggen aan hun patiënten uit dat deze problemen niet betekenen dat ze ziek zijn. Het zijn problemen die te maken hebben ‘met de levensvragen waarin ze verkeren’ en ‘met de dingen die ze meemaken’. Dan kan het helpen ‘om er met een iemand over te praten die daar verstand van heeft’ en hen kan helpen ‘door deze fase heen te komen, om te kijken hoe je dat het beste kan doen en waar je rust kunt vinden’. ‘Het gaat om een gezond stuk,’ drukken zij patiënten op het hart.

E. Terugkoppeling en registratie

Wanneer geestelijk verzorgers een patiënt krijgen doorverwezen, roept dit bij hen vragen op over of en zo ja, wat en hoe zij moeten registreren en terugkoppelen. Er wordt onderscheid gemaakt in dossiervorming voor jezelf en dossiervorming voor overdracht naar andere zorgverleners of zorgverzekeraars. Registreren voor de laatstgenoemden roept bij geestelijk verzorgers vragen op over hun geheimhoudingsplicht.

En je moet dan ook, en dat is wel van wat registreer je dan? (...) Vanuit je geheimhoudingsplicht, wat toon je zichtbaar aan de ander wat relevant is voor de arts en de patiënt en wat is in het geheim van je beroep of ambt dat je bij je houdt? (TB)

Geestelijk verzorgers nemen (intramuraal) verschillende standpunten in. Er zijn geestelijk verzorgers die niets registreren, noch voor zichzelf noch voor de instelling waarvoor ze werken. Bij sommige geestelijk verzorgers is dit gerelateerd aan vervelende ervaringen uit het verleden. Zo deed een geestelijk verzorger een beroep op zijn verschoningsrecht, toen deze voor de rechter moest verschijnen, waardoor vervolgens de verhoudingen binnen de instelling onder druk kwamen te staan. Sommige geestelijk verzorgers vinden het de verantwoordelijkheid van de patiënt. Zo vertelde een van hen:

Op het moment dat je in een gesprek signaleert: (...) dat wat hier gebeurt is, moet je met je psycholoog of met je huisarts, dan (...) vraag ik mijn patiënt: 'Ik denk dat het verstandig zou zijn als je dit bespreekt met je huisarts'. En ja (...) het [is] aan de patiënt of hij dat wel of niet doet. (...) En je kunt eventueel een stap verder en zeggen: 'Zal ik het misschien, als je het moeilijk vindt, wil ik dat wel bespreken'. Dat kan ook nog een stap zijn. Ik denk dat is heel wezenlijk voor de geestelijk verzorger, dat hij niet, hij is geen hulpverlener eigenlijk, meer een begeleider. Je zegt, het is echt de autonomie van de patiënt, je cliënt staat helemaal centraal. (FG2)

Een tweede positie die geestelijk verzorgers innemen, is dat zij enkel registreren dat ze bij de patiënt zijn geweest, 'zodat de instelling kan verantwoorden dat zij geestelijke verzorging in huis hebben'. En een derde positie is dat zij thematisch registreren. Zo vertelde een geestelijk verzorger:

Nee, ik schrijf wel, want dat laat ook wel zien van wat je doet en daarmee maak je de zorg ook weer... Ik vind de zorgverleners zijn de voelsprietten voor de geestelijk verzorger (...) Dat is het voordeel, je hebt geen verwijzing van de arts nodig, je kunt op eigen initiatief werken, maar ik probeer wel daarin... Niet te vertellen wat ik precies gezegd heb, maar wel wat ik doe en wel wat er speelt, want daarmee maak je het veel meer inzichtelijk en veel meer transparant wat doe jij en die is weer van: 'Oh dat doet GV, oké'. (TB)

Uit dit citaat wordt zichtbaar dat het thematisch registreren het doel dient om andere zorgverleners meer bekend te maken met wat een geestelijk verzorger doet. Tijdens de tandembijeenkomsten werd aan de hand van een artikel van Vandenhoeck (2009) geopperd dat registreren voor geestelijk verzorgers een manier is om hun professionaliteit te laten zien. Een geestelijk verzorger vindt het versterken van je eigen positie als reden om te registreren geen valide argument: 'Als je iets vastlegt, dan moet dat een bepaald doel dienen wat in het belang is van de patiënt, om die patiënt beter te dienen.'

Uit eerdere tandembijeenkomsten trekt men de lering dat bij het overdragen van informatie iedere keer moet worden gekeken wat wel en wat niet overgedragen wordt en dat 'de wederzijdse reacties helpen om helder te krijgen wat nodig is'. Huisartsen lijken niet geïnteresseerd te zijn in de inhoud van wat er wordt besproken tussen geestelijk verzorger en patiënt, maar willen wel weten 'dat er contact is geweest.' Dit blijkt bijvoorbeeld uit het volgende gesprek:

Huisarts: Ik ben niet geïnteresseerd in de inhoud van wat er besproken wordt, ik ben meer geïnteresseerd in wat de geestelijk verzorger mijn patiënt heeft kunnen brengen in de categorie steun, inzicht gevend of ontwarrend of wat dan ook. En daar mag je nog best een code aan hangen dat het levensfaseproblematiek is.

Gespreksleider: Hoef je ook niet meer te weten?

Huisarts: Nee, ik hoef echt niet meer te weten, het moet beter gaan. (TB)

Uit dit citaat blijkt bovendien dat de huisarts inzicht wil krijgen in wat het contact oplevert voor de patiënt. Verschillende huisartsen geven aan dat zij aan de patiënt kunnen vragen naar de inhoud. Wanneer er vragen zijn waar huisartsen iets mee moeten, krijgen zij dit wel graag teruggekoppeld. Geestelijk verzorgers kunnen dit ‘in overleg met de patiënt’ bespreekbaar maken en bepalen wat ze hiermee doen. Zowel huisartsen als geestelijk verzorgers noemden herhaaldelijk dat het inhoudelijk registreren en terugkoppelen wel met toestemming van de patiënt moet gaan om zijn vertrouwen niet te schaden.

In gezondheidscentrum Levinas wordt op twee manieren geregistreerd. De geestelijk verzorger en de patiënt vullen samen een registratieformulier in, waarbij ‘thematisch’ en ‘heel summier’ wordt opgeschreven waar het gesprek over ging. De huisarts registreert de doorverwijzing met een International Classification of Primary Care (ICPC)-code⁴⁵, meestal ‘overige psychische klachten’.⁴⁶ Dit laatste levert meetbare resultaten van geestelijke verzorging die worden gebruikt voor het verkrijgen van financiering.

En als je financiering zoekt dan moet je toch een taal vinden die de zorgverzekeraar kan horen.

We dachten van hoe doe je het minste geweld aan? Door een heel neutrale codering als de ICPC-codering te gebruiken. (TB)

Doordat in het gezondheidscentrum van het begin af aan is geregistreerd op geslacht, leeftijdscategorie, (levensbeschouwelijke) achtergrond, ICPC-code en aantal gesprekken per patiënt, konden zij aantonen dat wat geestelijk verzorgers doen lijkt op wat de POH-GGZ doet. Hierdoor konden zij de geestelijk verzorgers in een aantal uren van de POH-GGZ in dienst nemen.

⁴⁵ De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk (NHG, 2015).

⁴⁶ In de lijst met ICPC-codes staan, in navolging van de eerder genoemde doorverwijzingsthematiek, ook andere codes die voor een doorverwijzing naar een geestelijk verzorger mogelijk bruikbaar zijn. Dit zijn bijvoorbeeld: ‘Verzoek/gesprek over euthanasie’, ‘Angst voor de dood’, ‘Angstig/nerveus/gespannen gevoel’, ‘Crisis/voorbijgaande stressreactie’, ‘Down/depressief gevoel’, ‘Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag’, ‘Zich oud voelen/gedragen’, ‘Slapeloosheid/andere slaapproblemen’, ‘Levensfaseprobleem volwassene’, ‘Depressie’, ‘Suïcide(poging)’ en bijna alle Z-codes, waaronder: ‘Probleem met sociale/culturele achtergrond’, ‘Eenzaamheid’, ‘Probleem met pensionering’, ‘Empty nest syndrome’, ‘Probleem met ziek zijn’, ‘Seksueel misbruik’ en ‘Verlies/overlijden’.

F. Financiële vergoeding

De laatste uitdaging die bij het doorverwijzen is genoemd, gaat over financiering. Verschillende geestelijk verzorgers zijn benieuwd naar wat men ‘een redelijke prijs’ vindt voor een begeleidingsgesprek. Er zijn geestelijk verzorgers die gratis werken. Ook zijn er geestelijk verzorgers die het eerste of de eerste paar gesprekken gratis doen en daarna om betaling vragen. Sommigen vragen om een ‘bijdrage naar vermogen’ waarbij verschillende uurtarieven worden genoemd, variërend van 30 tot 125 euro. In gezondheidscentrum Levinas krijgen de geestelijk verzorgers 45 euro per uur en via het Centrum voor Levensvragen wordt 75 euro per uur gevraagd en kunnen de eerste drie gesprekken, bij onvoldoende draagkracht, worden vergoed.

Huisartsen reageerden kritisch op de lage vergoedingen. Een huisarts zei: ‘Je moet ook brood op de plank hebben, toch?’. En: ‘Je moet het ook niet te laag doen, denk ik, want ik bedoel, je bent wat waard.’ En een ander: ‘Als je geld vraagt is dat het effectiever.’ En weer een ander: ‘Maar 30 euro, daar kun je toch niet van leven?’ De meningen van geestelijk verzorgers bleven verdeeld. Door verschillende geestelijk verzorgers werd opgemerkt dat zij professionals zijn en hebben geïnvesteerd in opleiding, scholingskosten en kosten voor de vakvereniging en 80 euro een redelijk bedrag vinden. Een geestelijk verzorger zei:

Ik vind 80 euro dus heel redelijk voor het opleidingsniveau waar je het over hebt. Als je het vergelijkt met de salarisniveaus van geestelijk verzorgers is dat zelfs aan de lage kant, want wij zitten in de instellingen op het niveau van de academici, dus hoger dan de meeste therapeuten.

(TB)

Uit dit citaat blijkt dat geestelijk verzorgers in instellingen hoog zijn ingeschaald. In het extramurale werkveld moeten zij concurreren met elkaar en prijsafspraken maken met hun opdrachtgevers (patiënt, zorgverlener of zorgverzekeraar). Wanneer zij met huisartsen gaan samenwerken, is het relevant om te weten dat laatstgenoemden een uurtarief van ongeveer 60 euro ontvangen. De LHV mag van de ACM geen uurtarieven voorschrijven of collectieve prijsadviezen geven, hetzelfde geldt voor de VGVZ. Wel is laatstgenoemde bezig is met een indicatiebedrag voor extramurale geestelijke verzorging. De uitdaging van financiering komt terug in paragraaf 7.3.

CONCLUSIE DEELVRAAG 2:

De betrokken partijen zien verschillende mogelijkheden voor samenwerking. Ter bevordering van de professionele ontwikkeling zijn de scholing van zorgverleners door geestelijk verzorgers en casuïstiekbesprekingen besproken. Ter bevordering van goede zorg voor patiënten zijn vormen van overleg en doorverwijzing genoemd. Het doorverwijzen is uitgebreid besproken en kent verschillende (mogelijke) uitdagingen voor de betrokken partijen. Huisartsen en POH-GGZ weten niet waar zij geestelijk verzorgers kunnen vinden, welke ze moeten inschakelen en op basis waarvan, hoe zij hun kwaliteit kunnen bepalen en hoe zij de geestelijk verzorger ter sprake kunnen brengen bij de patiënt. Geestelijk verzorgers weten niet of en wat zij moeten registreren en terugkoppelen aan de verwijzer en wat een redelijk uurtarief is.

7.3 Beïnvloedende factoren op de samenwerking

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag. Voor de beantwoording van deze vraag wordt gebruik gemaakt van het in hoofdstuk 5.3 gemaakte onderscheid tussen systemische, organisatorische en interactionele determinanten.

DEELVRAAG 3:

Welke factoren zijn van invloed op (de totstandkoming van) de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers?

7.3.1 Systemische determinanten

Systemische determinanten zijn de sociale, culturele, professionele en onderwijs gerelateerde factoren die betrekking hebben op de omgeving buiten de organisatie waar samenwerking plaatsvindt. De volgende systemische determinanten hebben (mogelijk) een bevorderende (→) of belemmerende (←) invloed op de samenwerking:

- Open mentaliteit en aandacht voor spiritualiteit: In de huidige samenleving is er meer openheid voor spiritualiteit en levensbeschouwing dan pakweg dertig jaar geleden. Dit bevestigt eerder onderzoek. De positieve definitie van gezondheid van Huber wordt beschouwd als een ingang om samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers vorm te geven.
- Wetenschappelijk onderzoek: verschillende respondenten vinden het nodig dat er wetenschappelijk bewijs kan worden geleverd over de effecten of resultaten van geestelijke verzorging. Verwacht wordt dat huisartsen en zorgverzekeraars meer overtuigd zouden worden wanneer wetenschappelijk bewijs werd geleverd voor de resultaten van geestelijke verzorging.

- ← ‘Onbekend maakt onbemind:’ Huisartsen gebruikten dit spreekwoord om duidelijk te maken dat de onbekendheid met geestelijk verzorgers ertoe leidt ‘dat er niet aan hen wordt gedacht om mee samen te werken’. Huisartsen en/of POH-GGZ hebben geestelijk verzorgers niet of nauwelijks in hun (privé- en professionele) netwerk en andersom geldt hetzelfde. Wanneer men elkaar niet kent, wordt er niet makkelijk samengewerkt.
- ↔ Stereotype beeldvorming: Huisartsen en patiënten kunnen geestelijk verzorgers associëren met religie en geloof. Een geestelijk verzorger merkte op dat het kan gaan om twee drempels: ‘bij de huisarts zit weerstand en bij de patiënt zit weerstand’ (zie paragrafen 7.1.1 en 7.2.2 C). Deze associaties kunnen zowel belemmerend als bevorderend zijn voor de totstandkoming van de samenwerking, afhankelijk van of het geloof mensen aanspreekt. Dit bevestigt eerder onderzoek.
- ← Professionele ontwikkeling huisartsen: Patiënten verpakken hun zingevingsvragen, zodat ze ermee naar de huisarts kunnen. In opleidingen en nascholingen van huisartsen is weinig aandacht voor het herkennen van zingevingsvragen bij patiënten en voor samenwerking met geestelijk verzorgers.
- ← Vrijwillige basis: Geestelijk verzorgers die in het werkveld Eerste Lijn als professional gaan werken worden geconfronteerd met (gepensioneerde) collega’s die hun diensten gratis of voor veel minder geld (kunnen) aanbieden. Hierdoor worden degenen die met deze inkomsten in hun eigen levensonderhoud moeten voorzien weg geconcurrereerd en belemmert dit de professionele ontwikkeling van het werkveld.

7.3.2 Organisatorische determinanten

Organisatorische determinanten hebben betrekking op de omstandigheden binnen de organisatie, zoals de organisatiestructuur, bronnen en coördinerende mechanismen. De volgende organisatorische determinanten hebben (mogelijk) een bevorderende (→) of belemmerende (←) invloed op de samenwerking:

- Inbedding in huisartsenpraktijk: De samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers is het meest toegankelijk en laagdrempelig voor patiënten, wanneer geestelijk verzorgers zijn ingebed in de huisartsenpraktijk. Daarmee is duidelijk voor patiënten dat geestelijk verzorgers tot de eerstelijnszorg behoren. Bovendien biedt deze fysieke nabijheid de mogelijkheid voor kort overleg tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers. Ten slotte hebben zij meer zicht op elkaar, hetgeen kan leiden tot meer doorverwijzingen en ondersteuning van elkaar.

- Benaderen huisartsen via cliënten: Verschillende huisartsen noemen als mogelijkheid dat geestelijk verzorgers die reeds extramuraal werken zichzelf zichtbaar kunnen maken aan huisartsen door aan hun huidige cliënten te vragen of ze hun huisarts mogen benaderen. Het gaat erom dat ze ‘de huisarts laten weten dat ze bij zijn patiënt betrokken zijn’ en daarmee kennismaking kunnen initiëren en een gesprek kunnen openen.
- Ondersteuning VGVZ: Voor de lange termijn is de VGVZ in contact met Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS over de mogelijkheden om geestelijke verzorging vergoed te krijgen in de eerstelijnszorg. Binnen de palliatieve zorg zijn er recentelijk toezeggingen gedaan voor het financieren van geestelijke verzorging, hoewel de implementatie stroef verloopt.⁴⁷ Tevens wordt gestreefd om deze mogelijkheden op termijn breder in te zetten dan de palliatieve zorg.
- ↔ Het beschikbaar hebben van de bronnen taal en tijd: Huisartsen hebben tijd en taal nodig om de levensvragen van patiënten bespreekbaar te maken en een doorverwijzing te maken (zie paragraaf 7.2.2 C).
- ↔ Structurele ontmoeting: Er ontbreekt een structuur in de eerste lijn waar regionale of lokale zorgverleners elkaar op informele wijze kunnen treffen. Dit hangt samen met de eerder genoemde onbekendheid met geestelijk verzorgers. Geestelijk verzorgers kunnen zich aansluiten bij of worden uitgenodigd voor reeds bestaande (in)formele contact- en overlegmomenten.
- ← Structurele financiering: Er ontbreekt structurele financiering waarmee geestelijk verzorgers kunnen worden ingezet in de eerstelijnszorg. Het kost geestelijk verzorgers (en samenwerkingspartners) tijd en energie om zich te verdiepen in de mogelijkheden om (tijdelijke) financiering te krijgen.
- ← Individueel werken: Geestelijk verzorgers werken extramuraal veelal individueel, waardoor zij ieder voor zich ‘het wiel aan het uitvinden zijn’ en concurreren met elkaar. Zij moeten kennis en expertise uitwisselen en samenwerkingsverbanden

⁴⁷ Op 24 augustus 2015 is door de staatssecretaris van VWS bevestigd dat de palliatieve zorg onder de ZvW valt (Kamervragen, 24 augustus 2015). Ralph Smeets (2015), beleidsmedewerker bij de VGVZ, schreef daarover in een schriftelijk contact aan de onderzoeker: ‘Het is duidelijk dat GV in dat traject hoort, maar voordat het declarabel is moet er nog veel gebeuren. De VGVZ richt zich nu op de palliatieve geestelijke verzorging thuis als veld om de bestaande initiatieven te inventariseren, van evidence te laten voorzien en te kijken hoe ze breder in te zetten zijn. (...) We proberen nu in de palliatieve zorg thuis de declaratie rond te krijgen, zodat deze als format kan dienen voor andere vormen van geestelijke verzorging. Het zal wel een traject van enkele jaren zijn voordat er een goed lopend systeem is.’

aangaan om elkaar te ondersteunen en om een interessante samenwerkingspartner te worden voor huisartsen en andere zorgverleners.

7.3.3 Interactionele determinanten

Ten slotte zijn er factoren die betrekking hebben op de interpersoonlijke interacties tussen de samenwerkende partners. De volgende organisatorische determinanten hebben (mogelijk) een bevorderende (→) of belemmerende (←) invloed op de samenwerking:

- ↔ **Bereidheid om samen te werken:** Huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers moeten bereid zijn om met elkaar samen te werken. Geestelijk verzorger lieten blijken dat het ervaren van deze bereidheid onder huisartsen hen 'positieve energie' en 'hernieuwde zin' gaf om te gaan ondernemen in de eerstelijnszorg.
- ↔ **Uithoudingsvermogen geestelijk verzorgers:** Geestelijk verzorgers moeten geestelijk weerbaar zijn. Het vraagt om 'een lange weg van investeren' en 'je moet er tegen kunnen dat er keer op keer geen waardering is voor je vak', vertelde een geestelijk verzorger. Samenwerken is nodig om de tegenslagen het hoofd te bieden.
- ↔ **Expertise profileren:** Geestelijk verzorgers moeten zich beter gaan profileren, volgens verschillende respondenten. De zichtbaarheid van geestelijk verzorgers speelt een belangrijke rol voor samenwerking ('Onbekend maakt onbemind'). Huisartsen moeten weten dat geestelijk verzorgers bestaan, wat zij doen en hoe zij hen kunnen bereiken. Dit bevestigt eerder onderzoek.

CONCLUSIE DEELVRAAG 3:

De betrokken partijen zien verschillende belemmerende en bevorderende factoren die van invloed kunnen zijn op (de totstandkoming van) de samenwerking. Bevorderende factoren hebben vooral betrekking op de wijze waarop de verschillende partijen elkaar kunnen ontmoeten. Belemmerende factoren hebben vooral betrekking op de onbekendheid met en financiering van geestelijk verzorgers.

Conclusie

Met dit exploratieve onderzoek is een aanzet gedaan om de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers in de Nederlandse zorgcontext in kaart te brengen. In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord.

HOOFDVRAAG:

Welke samenwerkingsmogelijkheden zien huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers en welke factoren zijn van invloed op (het al dan niet tot stand komen van) deze samenwerking?

Samenwerkingsmogelijkheden

Samenwerking vooronderstelt het werken aan een gemeenschappelijk doel dat voor beide partijen voordelig is. De samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers kan twee gemeenschappelijke doelen dienen: professionele ontwikkeling en passende en goede zorg voor de patiënt. De professionele ontwikkeling kan vorm krijgen door geestelijk verzorgers scholing te laten verzorgen voor andere zorgverleners en door casuïstiekbesprekingen te organiseren. Samenwerkingsmogelijkheden die mogelijk bijdragen aan het leveren van passende en goede zorg aan patiënten zijn: overleggen met elkaar en patiënten doorverwijzen.⁴⁸ De voordelen van deze samenwerkingsmogelijkheden worden hieronder overzichtelijk weergegeven.

Patiënten:

- krijgen ondersteuning die een positieve bijdrage levert aan hun welzijn;
- komen minder vaak bij de huisarts, wanneer zij zijn doorverwezen naar een geestelijk verzorger;
- geven overwegend positieve reacties aan hun huisarts over begeleiding door een geestelijk verzorger.

Huisartsen en/of POH-GGZ:

- kunnen kennismaken met geestelijk verzorgers, zicht krijgen op hun werkwijze en op hoe zij elkaar kunnen aanvullen;
- kunnen de patiënt zelf (beter) begeleiden, doordat zij de levensvragen van patiënten (eerder) gaan herkennen en andere taal (leren) te gebruiken;

⁴⁸ Andere samenwerkingsmogelijkheden staan tevens beschreven in de tabel op pagina 82.

- hebben een extra verwijsmogelijkheid;
- kunnen zelf ondersteuning krijgen (bij ingrijpende gebeurtenissen).

Geestelijk verzorgers:

- kunnen kennismaken met huisartsen en/of POH-GGZ, zicht krijgen op hun werkwijze en op hoe zij elkaar kunnen aanvullen;
- kunnen hun zichtbaarheid vergroten in de eerstelijnszorg om via andere wegen toegang te krijgen tot die mensen in de samenleving die gebaat zijn bij hun begeleiding;
- kunnen mee veranderen met de verschuivingen in de samenleving en specifiek in de zorg en zich professionaliseren in dit werkveld;
- kunnen hun netwerk opbouwen.

Belemmerende en bevorderende factoren

Er zijn negen factoren die mogelijk van invloed zijn op (de totstandkoming van) de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers. Deze hebben betrekking op de aandacht voor spiritualiteit, onbekendheid met geestelijk verzorgers, ontmoetingsplaatsen, profilering door geestelijk verzorgers, financiering, wetenschappelijk onderzoek, inbedding van geestelijk verzorgers in de huisartsenpraktijk en de vaardigheden van huisartsen en geestelijk verzorgers. Dit onderzoek bevestigt verschillende in de literatuur genoemde factoren, biedt aanvulling op reeds bestaande inzichten en biedt nieuwe inzichten.

1. Aandacht voor spiritualiteit

Uit het literatuuronderzoek bleek dat er in de samenleving steeds meer openheid voor spiritualiteit en levensbeschouwing komt, hetgeen bevorderend kan werken voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Respondenten in dit onderzoek bevestigden dat er meer openheid is voor spiritualiteit en levensbeschouwing en verwachtten dat met name jonge huisartsen meer open zullen staan voor geestelijk verzorgers. Dit zou betekenen dat er meer bereidheid is onder huisartsen om samen te werken met geestelijk verzorgers.

2. Onbekendheid met geestelijk verzorgers

Eerder onderzoek wees uit dat patiënten en zorgverleners vaak religieuze associaties hebben bij geestelijk verzorgers. Deze bevinding werd bevestigd in dit onderzoek. Huisartsen en/of POH-GGZ, maar ook patiënten bleken veelal religieuze associaties te hebben bij geestelijk

verzorgers. Huisartsen en/of POH-GGZ bleken nauwelijks bekend met het onderscheid tussen pastorale zorg en geestelijke verzorging. Deze associaties met religie bleken de samenwerking zowel te kunnen bevorderen alsook te belemmeren, hetgeen zeer waarschijnlijk afhankelijk is van de eigen levensovertuiging van mensen. Mensen die zelf een religieuze achtergrond hebben, leken wel bereid tot samenwerking of doorverwijzing naar een geestelijk verzorger, waar mensen die niet-gelovig zijn hiertoe minder bereid leken.

Het voorgaande impliceert reeds dat huisartsen en/of POH-GGZ niet of nauwelijks bekend zijn met geestelijk verzorgers. In dit onderzoek bleek bovendien dat huisartsen of POH-GGZ en geestelijk verzorgers elkaar niet of nauwelijks ontmoeten in de zorg voor patiënten noch elkaar in hun netwerk hebben. ‘Onbekend maakt onbemind’ zeiden verschillende huisartsen in dit onderzoek. Zij stelden dat doordat zij niet met geestelijk verzorgers in contact komen noch bekend zijn met hen, zij er niet aan denken om met hen samen te werken.

3. Ontmoetingsmomenten

Uit dit onderzoek bleek dat de onbekendheid met geestelijk verzorgers op organisatorisch niveau wordt versterkt door het ontbreken van ontmoetingsmomenten tussen deze partijen, zoals een lokale lunchgelegenheid. De respondenten stelden dat er ontmoetingsmomenten nodig zijn waar zij elkaar kunnen leren kennen en zicht kunnen krijgen op elkaars werkwijze. Ook in hun opleiding bleken huisartsen niet te zijn voorgesteld aan geestelijk verzorgers. Mogelijk gaat het hier enkel om een oudere generatie huisartsen, aangezien in dit onderzoek bleek dat verschillende geestelijk verzorgers scholing geven aan huisartsen in opleiding. Desalniettemin werd door verschillende huisartsen opgemerkt dat er meer aandacht moet komen voor spirituele zorg in hun opleiding en werd gesuggereerd dat er interprofessionele onderwijs- en scholingsprogramma’s nodig zijn om bekend te raken met elkaar. Ook geestelijk verzorgers noemden het belang van interdisciplinaire samenwerkingsverbanden met andere (zorg)professies tijdens hun opleiding.

Het mogelijke belang van het elkaar ontmoeten bleek niet uit eerder onderzoek. Wel bleek uit eerder onderzoek dat het opbouwen van goede relaties zeer belangrijk is voor samenwerking, met name voor huisartsen om vertrouwen te krijgen in (de competentie of kwaliteit van) de geestelijk verzorger met wie zij samenwerken. Dit onderzoek bevestigt dat huisartsen vertrouwen willen hebben in geestelijk verzorgers en toont dat daarvoor ontmoetingen moeten plaatsvinden. Daarbij wordt in lijn met eerder onderzoek gesteld dat het opbouwen van vertrouwen tijd, inzet en geduld kost.

4. Profileren geestelijk verzorgers

De onbekendheid met geestelijk verzorgers blijkt tevens te worden versterkt doordat geestelijk verzorgers zich onvoldoende profileren, hetgeen eerder onderzoek bevestigd. Het maken van promotiemateriaal werd in de literatuur genoemd als factor die kan bijdragen aan het helder krijgen van de eigen expertise. In dit onderzoek zijn verschillende andere suggesties en mogelijkheden genoemd die geestelijk verzorgers kunnen gebruiken om zich te profileren, waaronder zichzelf te laten zien in de media, (na)scholingen te verzorgen voor zorgverleners en aan hun huidige cliënten vragen of zij hun huisarts mogen benaderen.

5. Financiering

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de beperkte en vooral diffuse financieringsmogelijkheden voor geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg belemmerend werken voor de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Deze bevindingen worden bevestigd in dit onderzoek, hoewel slechts enkele huisartsen het aandroegen als argument om geen geestelijk verzorgers in te zetten. Tevens bleek uit dit onderzoek dat het voor geestelijk verzorgers veel tijd en energie kost om zich te verdiepen in deze mogelijkheden en daadwerkelijk financiering te krijgen. Gesuggereerd werd dat het voor geestelijk verzorgers belangrijk is om kennis en ervaring te delen en samen te werken. Dit kan de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers bevorderen, doordat meer mensen kennis hebben over wat zogenaamde *best practices* zijn. Daarnaast is de ondersteuning die de VGVZ biedt ook bevorderend voor de samenwerking, omdat zij zich bezig houden met structurele financiering voor de lange termijn. Ten slotte werd gesuggereerd dat het registreren (middels ICPC-codes) bij doorverwijzing door huisartsen kan bijdragen aan het verkrijgen van financiering bij zorgverzekeraars.

6. Onderzoek naar resultaten geestelijke verzorging

Uit het literatuuronderzoek bleek dat verschillende partijen (huisartsen en verzekeraars) vinden dat er wetenschappelijk bewijs nodig is van de effecten van geestelijke begeleiding. Zo bleek dat het ontbreken van dergelijk bewijs huisartsen ervan weerhoudt om geestelijke verzorgers in te schakelen. Deze bevinding werd in dit onderzoek niet bevestigd, wel werd door verschillende respondenten verwacht dat meer huisartsen worden overtuigd om samen te werken met geestelijk verzorgers, wanneer wetenschappelijk bewijs wordt geleverd voor de resultaten van geestelijke verzorging. Ook waren verschillende respondenten van mening dat er inderdaad wetenschappelijk onderzoek moet komen naar de effecten van geestelijke verzorging.

7. Geestelijk verzorgers in de huisartsenpraktijk

Uit eerder onderzoek bleek dat het organiseren van geestelijk verzorgers in huisartsenpraktijken bevorderend werkt voor de samenwerking, omdat het de toegankelijkheid voor patiënten vergroot. Door respondenten in dit onderzoek werd dit onderstreept. Daarnaast verwachtten zij dat deze fysieke nabijheid van geestelijk verzorgers ervoor zorgt dat huisartsen vaker patiënten doorverwijzen, doordat zij de geestelijk verzorgers op de wandelgangen zien lopen. Bovendien biedt het de mogelijkheid om kort overleg te plegen en geeft het geestelijk verzorgers (zicht op) de mogelijkheid om de huisarts en/of POH-GGZ te ondersteunen.

8. Vaardigheden van huisartsen bij doorverwijzen

Huisartsen hebben vertrouwen, specifieke vaardigheden en (niet-medische) taal nodig voor het herkennen en bespreken van zingevingsvragen met patiënten. Met dit onderzoek werd bevestigd dat sommige huisartsen onzeker zijn over of zij de levensvragen van hun patiënten herkennen. Huisartsen uit dit onderzoek verwachtten dat, nu zij de geestelijk verzorger als verwijzingsmogelijkheid kennen en casuïstiek met hen hebben besproken, zij eerder zullen ingaan op spirituele kwesties van patiënten. Dit laat mogelijk zien dat het hebben van een doorverwijzingsmogelijkheid of sparringpartner, huisartsen zelf meer vertrouwen geeft om met patiënten over levensvragen te spreken.

Uit eerder onderzoek bleek daarnaast dat het investeren van tijd in het geven van uitleg over geestelijk verzorgers een bevorderende factor voor het samenwerken is. Dit onderzoek bevestigd dat huisartsen tijd nodig hebben voor het geven van deze uitleg aan patiënten en heeft inzichtelijk gemaakt dat zij daarvoor tevens taal nodig hebben, omdat ze op weerstand kunnen stuiten. Dit is weerstand ten aanzien van de term ‘geestelijk verzorger’. In dit onderzoek zijn verschillende suggesties gedaan die kunnen bijdragen aan minder weerstand en daarmee aan een samenwerking.

9. Vaardigheden en geestelijke weerbaarheid van geestelijk verzorgers

Ten slotte bleek uit eerder onderzoek dat wanneer geestelijk verzorgers zich teveel langs de traditionele lijnen van de denominaties bekennen, dit samenwerking met huisartsen kan belemmeren. Deze bevinding is niet bevestigd, wel is duidelijk geworden dat geestelijk verzorgers zich meer algemeen levensbeschouwelijk profileren. Daarnaast bleek uit dit onderzoek dat het werken in de eerste lijn om andere competenties vraagt van geestelijk verzorgers, zoals netwerken en profileren. Dit zijn niet zozeer andere competenties, maar mogelijk zijn deze competenties in de eerstelijnszorg veel belangrijker, omdat er geen structurele inbedding is. Met andere woorden: geestelijk verzorgers zijn van hun netwerk en

profilering afhankelijk. Uit dit onderzoek blijkt tevens dat geestelijk verzorgers uithoudingsvermogen nodig hebben. Zij moeten geestelijk weerbaar zijn tegen afwijzingen van geldverstrekkers, maar ook van zorgverleners die niet met hen willen samenwerken. Ten slotte werd duidelijk dat er een professionaliseringsslag nodig is, waarvoor geestelijk verzorgers het beste met elkaar kunnen gaan samenwerken om ervaringen en kennis uit te wisselen.

Stael (2015) is van mening dat het werken in de eerste lijn van geestelijk verzorgers vraagt dat zij gaan ‘ondernemen’: ‘Bewust weten *wat* je aan *wie* aanbiedt’. Zij ziet drie mogelijkheden die bijdragen aan succes: (1) aansluiten bij richtlijnen, trends en ontwikkelingen, (2) in gesprek gaan met de huisarts, en (3) zich binnen de geestelijke verzorging specialiseren op een actueel thema.

Discussie

Ter afsluiting van dit onderzoek wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan opvallende resultaten, wordt een kritische blik op het onderzoek geworpen en worden verschillende suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

Opvallende resultaten

Het eerste wat opvalt aan dit onderzoek heeft betrekking op het werven van respondenten, met name huisartsen, voor de focusgroepen. Voor deze werving is gebruik gemaakt van het persoonlijke netwerk van de vader van de onderzoeker, die huisarts is. Voor de eerste twee focusgroepen hebben zijn collega's zich voornamelijk aangemeld. De derde focusgroep is afgeblazen en zou plaatsvinden in de regio Amsterdam. Of dit te wijden is aan het ontbreken van dergelijk persoonlijk netwerk of dat dit tevens met andere factoren te maken heeft, zoals de vakantieperiode en het niet verkrijgen van studiepunten, blijft onduidelijk. Desalniettemin lijkt dit het belang van het hebben van een (indirect) persoonlijk netwerk in de eerstelijnszorg te benadrukken.

Daarnaast is opvallend dat geestelijk verzorgers zeer variëren in het uurtarief dat zij redelijk vinden voor een begeleidingsgesprek. Verwacht wordt dat geestelijk verzorgers hun diensten gratis of tegen een laag uurtarief aanbieden, zodat financiering geen belemmering vormt voor samenwerkingspartners, vanuit persoonlijke overtuigingen of omdat grote inkomsten niet nodig zijn (denk aan gepensioneerde geestelijk verzorgers). Geestelijk verzorgers die als zelfstandige werken in dit werkveld hanteren vaak een hoger uurtarief, omdat zij daarmee in hun eigen onderhoud moeten voorzien, een wetenschappelijke opleiding hebben genoten en bovendien nascholingskosten hebben om hun kwaliteit te garanderen. Het gevaar dreigt echter beide partijen met elkaar gaan concurreren, waardoor laatstgenoemden mogelijk gedwongen moeten stoppen en de professionalisering van geestelijk verzorgers in het geding kan komen. In ieder geval is duidelijk dat geestelijk verzorgers ervoor moeten waken dat zij met elkaar gaan concurreren en lijkt het daarom wenselijk om onderlinge samenwerkingsverbanden aan te gaan, waarmee hun professionaliteit tevens kan worden versterkt.

Kritische blik op het onderzoek

In dit onderzoek werd de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk verzorgers onderzocht. De betrokken partijen bleken positief aan te kijken tegen deze

samenwerking, hetgeen te verklaren is door de voorselectie van respondenten. In dit onderzoek zijn respondenten betrokken die bereid waren om de samenwerking tussen huisartsen en/of POH-GGZ en geestelijk begeleiders te onderzoeken. Verschillende huisartsen stelden dat zij geen “doorsnee” huisartsen zijn en POH-GGZ lieten blijken dat zij affiniteit hebben met of nieuwsgierig zijn naar de werkwijze van geestelijk verzorgers. Ook geestelijk verzorgers noemden zichzelf nieuwsgierig naar samenwerking met huisartsen en anderen bleken het zelfs noodzakelijk te vinden. Mogelijk is hierdoor een rooskleuriger beeld ontstaan ten aanzien van de visies op deze samenwerking en is dit een beperking van dit onderzoek. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de verschillende visies ten aanzien van samenwerking met geestelijk verzorgers en daarbij een bredere groep respondenten selecteren.

Daarnaast is het belangrijk kritisch te zijn op de achtergrond van de onderzoeker, omdat zij wordt opgeleid tot humanistisch geestelijk verzorger. Tijdens de participerende observaties werd door huisartsen en POH-GGZ soms een beroep gedaan op haar rol als geestelijk verzorger en bracht zij dit perspectief soms zelf in. Bovendien wilde zij met dit onderzoek de praktijk van geestelijke verzorging verder ontwikkelen. Deze achtergrond en het achterliggende motivatie voor het verrichten van dit onderzoek hebben mogelijk invloed op de overwegend positieve resultaten en op de interpretatie van de bevindingen. Desalniettemin is de onderzoeker kritisch geweest ten aanzien van haar eigen perspectief en heeft zij niet alleen de respondenten en mede-onderzoekers gevraagd daar kritisch op te zijn, maar ook degenen die haar onderzoek van feedback hebben voorzien.

Ten slotte kan worden opgemerkt dat dit onderzoek zeer degelijk is uitgevoerd en van waarde is voor de praktijk van geestelijke verzorging en voor de huisartsenzorg. Er zijn verschillende bevindingen uit eerder onderzoek bevestigd, hetgeen de validiteit van dit onderzoek bekrachtigt. Daarnaast zijn verschillende aanvullingen gedaan op het bestaande onderzoek en verschillende nieuwe inzichten verkregen die mogelijk richtinggevend kunnen zijn voor vervolgonderzoek.

Vervolgonderzoek

Er liggen verschillende mogelijkheden voor vervolgonderzoek. Vervolgonderzoek kan zich richten op waarom het vanuit het perspectief van de huisarts waardevol is om aandacht te hebben voor spirituele kwesties van patiënten. Tevens kunnen verschillende lopende samenwerkingsprojecten worden onderzocht op de effecten van die samenwerking of zogenaamde *best practices* worden onderzocht. Vervolgonderzoek zou bovendien gebruik kunnen maken van kwantitatieve methoden om een grotere doelgroep te bereiken. Bijvoorbeeld

een enquête onder huisartsen en/of POH-GGZ over hun bekendheid met geestelijk verzorgers en de Richtlijn Spirituele Zorg. Ook kan worden gedacht aan onderzoek naar het belang van een persoonlijk netwerk voor geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg en hoe een dergelijk netwerk op te bouwen.

Slotwoord

Dit onderzoek kan geestelijk verzorgers, huisartsen, POH-GGZ en andere eerstelijnszorgverleners informeren en inspireren over de mogelijkheden van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg. Op de volgende twee pagina's volgen tien aanbevelingen waarmee men concreet aan de slag kan gaan. De onderzoeker hoopt met dit onderzoek te hebben bijgedragen aan kennisdeling en haar lezers geïnformeerd en geïnspireerd te hebben.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek worden tien aanbevelingen gedaan voor de praktijk.

Randvoorwaarden

De eerste vijf aanbevelingen hebben betrekking op randvoorwaarden die het inzetten van geestelijk verzorgers en hun professionalisering kunnen bevorderen. Verschillende organisaties en instellingen kunnen hieraan bijdragen, maar ook geestelijk verzorgers zelf, eventueel in samenwerking met deze instellingen.

1. Er zou beleid moeten worden ontwikkeld om geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg te integreren en zichtbaar te maken voor andere zorgverleners. Dit kan vanuit de overheid en gemeenten worden ontwikkeld, maar ook geestelijk verzorgers kunnen zich verdiepen in en reageren op lokaal en nationaal beleid.
2. Er zou (structurele) financiering moeten komen voor geestelijk verzorgers. Zowel de beroepsverenigingen van de samenwerkende partners als de samenwerkende partners zelf kunnen zich hiervoor inspannen. Er liggen verschillende mogelijkheden bij zorgverzekeraars, gemeenten en donateurs.
3. Geestelijk verzorgers die extramuraal werken, zouden vindbaar moeten zijn via één sociale kaart, zodat andere zorgverleners hen kunnen vinden. Deze kaart kan vervolgens worden gebruikt voor bestaande verwijsgidsen van zorgverleners. Het Werkveld Eerste Lijn van de VGVZ kan hierin een coördinerende functie spelen.
4. In opleidingen voor geestelijk verzorgers zou meer aandacht kunnen worden besteed aan het extramuraal werkveld, waarin onder andere aandacht is voor samenwerking met andere disciplines en vaardigheden worden ontwikkeld die nodig zijn voor de eerste lijn.
5. Er zou meer onderzoek moeten worden verricht naar de effecten van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en naar de behoeften van mensen, wanneer zij worden geconfronteerd met levensvragen. Onderzoek kan bijdragen aan professionaliteitsontwikkeling, handvaten voor de praktijk en meer openheid voor geestelijk verzorgers en bereidheid om met hen samen te werken.

Geestelijk verzorgers

Deze aanbevelingen hebben betrekking op wat geestelijk verzorgers direct zelf kunnen doen.

6. Geestelijk verzorgers kunnen zich veel meer profileren en zichtbaar maken voor andere zorgverleners. In dit onderzoek zijn verschillende suggesties gedaan. Geestelijk verzorgers kunnen zich bijvoorbeeld profileren binnen het ‘gezonde’ domein: het gaat om levensvragen en levensfaseproblematiek. En ze ‘moeten’ erop uitgaan en zorgverleners en/of hun organisaties benaderen, bijvoorbeeld via de mensen die zij reeds bezoeken of door zich te richten op huisartsen(praktijken) die in hun gedachtegoed open staan voor spirituele zorg, zoals antroposofische en integratieve geneeskunde. Daarnaast kunnen geestelijk verzorgers zich laten zien op lokale ontmoetingsplekken en scholingsdagen voor zorgverleners uit de eerstelijnszorg.
7. Geestelijk verzorgers zouden met elkaar moeten gaan samenwerken, zodat zij elkaar kunnen ondersteunen in het ontwikkelen van dit werkveld en vermijden dat zij met elkaar gaan concurreren.

Huisartsen en andere zorgverleners

Deze aanbevelingen hebben betrekking op wat huisartsen en andere zorgverleners direct zelf kunnen doen.

8. Huisartsen die reeds samenwerken met geestelijk verzorgers zouden dit zichtbaar moeten maken in de eigen vakgroep, bijvoorbeeld door hierover artikelen te schrijven in vakbladen en casus te presenteren. Ook kunnen zij hun netwerk benaderen om lokale samenwerkingsverbanden te initiëren.
9. Huisartsen (die geïnteresseerd zijn in samenwerking met geestelijk verzorgers) zouden geestelijk verzorgers moeten uitnodigen in hun huisartsenpraktijk, bij hun vak- en intervisiegroepen en bij scholingsmomenten en bijvoorbeeld casuïstiek met hen kunnen bespreken om zicht te krijgen op de expertise van geestelijk verzorgers.
10. Huisartsen en andere zorgverleners die een lastige casus hebben of iets ingrijpends hebben meegemaakt, kunnen een geestelijk verzorger in consult vragen of ter begeleiding.

Referenties

- Agora (2010). *Spirituele zorg: Verbindende schakel in de palliatieve zorg*. Bunnik: Agora.
- Anbeek, C., Palmboom, G., Schuurmans, J. (2014). De levensbeschouwelijke professional in transitie. *Handelingen, Tijdschrift voor praktische theologie en religiewetenschap*, 3, 5–19.
- Anbeek, C., Schuurmans, J., Palmboom, G. (2013). Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams: Een verborgen vraag en mogelijkheden voor een nieuw aanbod. In: Erp, S. van, Goris, H. *De theologie gevierendeeld: Vier spanningsvelden voor theologiebeoefening in Nederland* (pp. 137–159). Nijmegen: Valkhof Pers
- Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., Kai, M., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology*, 25, 36, 5753–5757. doi: 10.1200/JCO.2007.12.4362
- Balboni, M. J. & Balboni, T. A. (2010). Reintegrating care for the dying, body and soul. *Harvard Theological Review*, 103, 2, 351–364. doi: 10.1017/S0017816010000672
- Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. *Journal of Religion and Health*, 53, 1586–1898. doi: 10.1007/s10943-014-9901-8
- Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2005). The pursuit of meaningfulness in life. In: C. R. Snyder & S. J. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 608–618). New York: Oxford University Press.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer*, 22, 1333–1339. doi: 10.1007/s00520-013-2091-1
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Bohlmeijer, E. (2007). Herinneringen, levensverhalen en gezondheid. In: E. Bohlmeijer, M. Lausanne, & G. Westerhof. *De betekenis van levensverhalen – Theoretische*

beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk (pp. 29–40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Brink van den, A., Dulmen, van A.M., Schellevis, F.G., Bensing, J.M. (2004). *Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.* Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).

Burgers, J. & Tasche, M. (2001). Een pleidooi voor een ‘narratieve’ benadering. *Huisarts en Wetenschap*, 5, 187.

Burgess, T. A., Brooksbank, M., & Beilby, J. J. (2004). Talking to patients about death and dying. *Australian Family Physician*, 33, 85–86.

Butalid, L. (2014). Changes in doctor-patient communication in general practice [proefschrift]. Utrecht: NIVEL.

Crescioni, A. W. & Baumeister, R. F. (2013). The four needs for meaning, the value gap, and how (and whether) society can fill the void. In: J.A. Hicks & C. Routledge, *The experience of meaning in life (pp. 3–15).* Springer.

Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B. (2014). *Oxford textbook of spirituality in healthcare.* Oxford: University Press

Derkx, P. (2011). *Humanisme, zinvol leven en nooit meer ‘ouder worden’.* Een levensbeschouwelijke visie op ingrijpende biomedisch-technologische levensverlenging. Brussel: Uitgeverij VUBPRESS.

Doolaard, J. (2006). *Nieuw handboek geestelijke verzorging.* Kampen: Uitgeverij Kok.

Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24, 8, 753–770.

Ellis, M.R. & Campbell, J. D. (2005). Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 44, 1, 39-53. doi: 10.1007/s10943-004-1144-7

- Ellis, M. R., Campbell, J. D., Detwiler-Breidenbach, A., & Hebbard, D. K. (2002). What do family physicians think about spirituality in clinical practice? *The Journal of Family Practice*, 51, 3, 249–254.
- Ellis, J. & Lloyd-Williams, M. (2012). Palliative care. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 257–264). Oxford: University Press
- Fengren, G. B. (2014) Medicine and religion: A historical perspective. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 3–10). Oxford: University Press.
- Financiering geestelijke verzorging binnen het kader van de WMO. (2015). Gevonden op <http://vgvz.nl/actueel/nieuws>
- Frank, A. (1995). The wounded story-teller. Body, illness and ethics. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Geer, J. van de, Leget, C. (2012). How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme. *Progress in Palliative Care*, 20, 2, p. 98–105.
- Goudswaard, N. (2006). Geestelijke verzorging in het verleden. In: J. Doolaard, *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- GWish (2015). Dr. Christina Puchalski. Gevonden op <https://smhs.gwu.edu/gwish/gwish/about/dr-puchalski>
- Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N. (2014). Veranderende samenwerking in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Handreiking ‘Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’ (2010). Uitgave van KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Galek, K., & Tannenbaum, H. P. (2008) Spiritual care, pastoral care, and chaplains: Trends in the health care literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 14:2, 99–117. doi: 10.1080/08854720802129067

- Hartley, N. (2014). Spirituality and the arts: Discovering what really matters. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 265–272). Oxford: University Press.
- Hollaway, M., Adamson, S., McSherry, W., & Swinton, J. (2011). *Spiritual care at the end of life: A systematic review of the literature*. Staffordshire/Aberdeen: University of Hull.
- Holmes, S. M., Rabow, M. W., & Dribble, S. L. (2006). Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23, 1, 25–33.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I. Meer, J. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1-3. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Humanistische canon (2015). Humanisering en zingeving. Gevonden op http://www.humanistischecanon.nl/humanisering_en_zingeving
- Illich, I. D. (1984). Grenzen aan de geneeskunde: Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid? Weesp: Het wereldvenster.
- Jochemsen, H. (2008). Spiritualiteit en spirituele zorg in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86, 2, 71–72.
- Kroondijk, E. & ten Horn, J-J. (2014). Het beroep van de toekomst. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 17, 76, 4–8.
- Kunneman, H. (2009). *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme. Deel 1*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Lans, J. van der (1992). Zingeving en levensbeschouwing: een psychologische begripsverkenning. In: F. Eijkman (red.), *Weer zin leren: Over levensbeschouwing en educatie* (pp. 7–20). Best: Damon.

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) & Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2012). Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat. Utrecht: LHV
- Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE, 2015). *Samenwerken in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners*. Gevonden op <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/scrivo/asset.php?id=567665>
- Leget, C. (2012). *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tielt: Lannoo.Linde, M., van der (2007). *Basisboek geschiedenis sociaal werk in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Leget, C. (2014, oktober 11). Ook de geestelijk verzorger zal moeten uitleggen wat hij oplevert. *Friesch Dagblad*, p. 13.
- Lo, B., Ruston, D., Kates, L. W., Arnold, R. M., Cohen, C. B., Faber-Langendoen, K., et al. (2002). Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 6, 749-754. doi:10.1001/jama.287.6.749
- Lo, B., Quill, T., & Tulsky, J. (1999). Discussing palliative care with patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 9, 744–749. doi:10.7326/0003-4819-130-9-199905040-00015
- Looijse, R. (2015, maart 10). Zorg bij niet-behandelen kan beter. *Trouw*, p. 22.
- Lubbers, W. J. & Hammelburg, R. (2014). Bedrijfscultuur en samenwerking. In: Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N., *Veranderende samenwerking in de zorg (pp. 45–49)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kamerstuk Tweede Kamer der Staten-Generaal (2007, 15 november). 31200-XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008. Nr. 56 Motie van het lid Wiegman-Van Meppelen Scheppink C.S.
- Maso, I. & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Milstein, J. M. (2008). Introducing spirituality in medical care, transition from hopelessness to wholeness. *JAMA*, 299, 20, 2440–2441.

- Migchelbrink, F. (2014). Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Monroe, M. H., Bynum, D., Susi, B., Phifer, N., Schulz, L., Franco, M., MacLean, C. D., Cykert, S., & Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of International Medicine*, *163*, 2751–2756.
- Mowat, H., Bunniss, S., Munro, G., Saunders, K., Shadakshari, T. K., Warwick, G. (2011). *Community, chaplaincy, listening. Your story. Your time. Your wellbeing*. Full report on the national Scottish action research project. First cycle: March 2010 – March 2011.
- Mowat, H. & Bunniss, S. (2012). *Community, chaplaincy, listening. Your story. Your time. Your wellbeing*. Full report on the national Scottish action research project. Second cycle: May 2011 – September 2012.
- Mowat, H., Bunniss, S., & Kelly, E. (2012). Community chaplaincy listening: Working with general practitioners to support patient wellbeing. *The Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, *15*, 1, 21-26.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2003). General practitioners and their possible role in providing spiritual care: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, *53*, 957–959.
- National Library of Medicine (2013). Gevonden op 13 april 2015 op http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2013/MB_cgi
- Nauta, N. (2004). Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Rotterdam: Optima Grafische Vormgeving.
- Nauta, N. (2014a). Noodzaak voor samenwerking. In: Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N., *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 10–16). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nauta, N. (2014b). Definities, terminologie en meten van samenwerking. In: Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N., *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 17–22). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Nauta, N. (2014c). Complexiteit van samenwerken, het speelveld. In: Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N., *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 23–26). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- NHG (2015). Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Uitwerking toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Versie 9 juni 2015
- NIVEL (2015). De toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL.
- Nissen, P. (2015). XXI. World congress of the international association for the history of religions. Gevonden op 24 november 2015 op <http://www.iahr2015.org/iahr/3278.html>
- Olson, M. M., Sandor, M. K., Sierpina, V. S., et al. (2006). Mind, body, and spirit: Family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care. *Journal of Religion and Health*, 45, 2, 234–247. doi: 10.1007/s10943-006-9020-2
- Oppy, G. (2014). Philosophy. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 77–82). Oxford: University Press.
- Pellegrino, E. D. (2014). Foreword. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: University Press.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings* (Baylor University Medical Center), 14(4), 352–357.
- Puchalski, C. M. (2014). Restorative medicine. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 197–210). Oxford: University Press
- Puchalski, C. M., Blatt, B., Kogan, M., & Butler, A. (2014). Spirituality and health: The development of a field. *Academic Medicine*, 89, 1, 10–16. doi: 10.1097/ACM.0000000000000083
- Puchalski, C. M., Ferrell, B., Virani, R. et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2010). Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning. Den Haag.
- Richtlijn Spirituele Zorg (2010). *Spirituele zorg. Landelijke richtlijn, versie 1.0*. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). Gevonden op <http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg>
- Rumbold, B. (2014). Models of Spiritual Care. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* (pp. 177-184). Oxford: University Press
- Saguil, A., Fitzpatrick, A. L., & Clark, G. (2011). Is evidence able to persuade physicians to discuss spirituality with patients? *Journal of Religion and Health*, 50, 289-299. doi: 10.1007/s10943-010-9452-6
- San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 132–147
- Schuurmans, J., Veldhoven, C. (2011). Het belang van geestelijke verzorging of zingevingsconsulent in de eerste lijn. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 14, 64.
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I., Leget, C., (2014). Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and Symptom Management*, 48, 4, 518–531. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020
- Siddal, P. J., Lovell, M., & MacLeod, R. (2015). Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine? *Pain Medicine*, 16, 51–60.
- Smaling, A. & Alma, H. (2010). *Waarvoor je leeft. Studies naar humanistische bronnen van zin*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Smelik, A. M., Buikema, R. L., & Meijer, M. J. H. (1999). *Effectief beeldvormen. Theorie, praktijk en analyse van beeldvormingsprocessen*. Assen: Van Gorcum.
- Smits, F. (2014). Why do they keep coming back? Persistent frequent attenders in primary care. Gevonden op 15 september op <http://dare.uva.nl/record/1/430856>

- Snelder, W. (2006). Beknopte geschiedenis van de VGVZ tot 2000. In: J. Doolaard, *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- Stael, A. (2015). Een steen verleggen in de rivier. Geestelijk verzorgers in de eerste lijn. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 18, 79, 38-42.
- Starterspakket Geestelijke Verzorging in de WMO (2015). Gevonden op 13 mei 2015 op http://www.vgvz.nl/werkvelden/Eerste_Lijn
- Swift, C., Handzo, G., & Cohen, J. (2014). Healthcare chaplaincy. In: Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B., *Oxford textbook of spirituality in healthcare (pp. 185–190)*. Oxford: University Press.
- Tanyi, R. A., McKenzie, M., Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *The Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 12, 690–697.
- Trappenburg, M. J., (2005). Cure, care en concurrentie. *Socialisme & Democratie*, 62, 5, p. 22–26.
- Vandenhoeck, A. (2009). Op de kaart! Registratie vanuit pastoraal perspectief. *Pastorale Perspectieven*, 143, 2, 6-16.
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ), (2015). Beroepsstandaard geestelijke verzorging. Gevonden op 12 juni 2015 op http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz/beroepsstandaard
- Vermandere, M., Bertheloot, K., Buyse, H., Deraeve, P., Roover, S., de, Strubbe, L., Immerseel, I., van, Vermandere, S., Voss, M., & Aetgeerts, B. (2013). Implementation of the ars moriendi model in palliative home care: A pilot study. *Progress in Palliative Care*, 21, 5, 278–285. doi: 0.1179/1743291X12Y.0000000048
- Vermandere, M., Lepeleire, J. de, Smeets, L., Hannes, K., Mechelen, W. van, Warmenhoven, F., Rijswijk, E. van, Aertsgeerts, B. (2011). Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis. *Britisch Journal of General Practice*, 749–760. doi: 10.3399/bjgp11X606663

Visser, J. (2014, februari 6). Arts-onderzoeker Machteld Huber over de vraag wat gezondheid eigenlijk is. 'Het vermogen om zelf de regie te voeren.' *Medisch Contact*, 246–248.

Vreugdenhil, L., Ottevanger, L. (2009). *21^{ste} eeuw. Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerste lijn? Onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam en omstreken.

Vries, J. de (2013). De levensbeschouwelijke identiteit van de ongebonden geestelijk verzorger. *Tijdschrift voor religie, recht en beleid*, 3, 1-11.

VWS (2014). Grotere rol voor eerstelijnszorg. Gevonden op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>

Wat is het spreekuur geestelijke zorg? (9 december 2014). Gevonden op http://www.gc-levinas.nl/op_luisterspreekuur_bij_de_geestelijk_verzorger__001.news

Bijlagen

Bijlage 1. Methode literatuuronderzoek.....	119
Bijlage 2. Beslisboom ‘Levensbeschouwelijke, maatschappelijke en/of psychische nood’ ..	124
Bijlage 3. Informatie over het project Community Chaplaincy Listening (CCL).....	125
Bijlage 4. Informanten en respondenten verkennende gesprekken.....	127
Bijlage 5. Opzet vragenlijst verkennende gesprekken	129
Bijlage 6. Informatie over Tandembijeenkomst Gezondheidscentrum Levinas	130
Bijlage 7. Uitnodiging geestelijk begeleiders voor focusgroep	133
Bijlage 8. Uitnodiging aan huisartsen	135
Bijlage 9. Programma focusgroepen	137
Bijlage 10. Casuïstiek.....	139

Bijlage 1. Methode literatuuronderzoek

In deze bijlage wordt een toelichting gegeven op de gehanteerde methode voor het verrichtte literatuuronderzoek, welke staat weergegeven in de hoofdstukken 2 t/m 5. Het literatuuronderzoek dient ter verkenning van het onderwerp spirituele zorg in de eerstelijnszorg en samenwerkingsverbanden daaromtrent en kan helpen bij het selecteren van elementen die bij dit onderzoek moeten worden betrokken (Maso & Smaling, 2004). Er wordt aandacht besteed aan de zoektermen en een schematisch overzicht gegeven van de gebruikte artikelen, om deze op hun impact te kunnen beoordelen.

Zoektermen

Het literatuuronderzoek is voornamelijk verricht op basis van wetenschappelijke literatuur uit het buitenland, wegens onvoldoende wetenschappelijke literatuur over het onderwerp in de Nederlandse zorgcontext. Er is gezocht naar wetenschappelijke literatuur via de bibliotheek van de Universiteit van Amsterdam (UvA, CataloguePlus) en de Universiteit van Utrecht (UU, CATALOGUS) met de volgende zoektermen en combinaties daarvan: ‘spiritual care’, ‘spirituality’, ‘spiritual*’, ‘spirit*’, ‘general practitioner’, ‘general pract*’, ‘gp’, ‘primary care physician’, ‘chaplaincy’, ‘chaplain’, ‘pastoral care’, ‘collaboration’, ‘collaborative care’, ‘collabor*’, ‘health team’, ‘care team’, ‘interprofessional team’, ‘interdisciplinary team’, ‘determinants’, ‘factors’. Deze zoektermen zijn tevens in het Nederlands gebruikt. Na een selectie van relevante artikelen, is middels de sneeuwbal methode verder gezocht naar relevante literatuur. Daarnaast zijn handboeken op het gebied van spirituele zorg, geestelijke verzorging en huisartsenzorg geraadpleegd.

Schematisch overzicht

Er zijn verschillende onderzoeken over de visies op en de behoefte aan spirituele zorg geselecteerd op basis van de volgende criteria: spirituele zorg wordt breed opgevat, het onderzoek heeft betrekking op huisartsen of de huisartsenpraktijk en de literatuur is Nederlands of Engels. Om de impact van deze verschillende onderzoeken te kunnen bepalen, is een schematisch overzicht gemaakt.

Onderzoek	Jaar	Onderzoeksvraag	Land	Deelnemers	Data collectie	Data analyse
Anbeek, Schuurmans, & Palmboom - <i>Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams.</i>	2013	Is er sprake van een verborgen vraag en is het mogelijk een nieuw aanbod te creëren van bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams?	NL	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsen (n=8) Geestelijk verzorgers (n=?) 	Interviews en verkennende gesprekken, logboeken, huisbezoeken bij terminale patiënten door huisartsen en bestaansconsulent samen of doorverwijzing door huisarts naar GB-er en intervisie.	Thematische analyse aan de hand van casuïstiek (n=20)
Anbeek et al. - <i>De levensbeschouwelijke professional in transitie.</i>	2014	Welke mogelijkheden liggen er voor geestelijk begeleiders in de eerstelijnszorg?	NL	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsen (n=6), huisarts in opleiding (n=1) 	Onderzoek uit bovenstaande artikel, aangevuld met een focusgroep met huisartsen	Thematische analyse
Astrow et al. - <i>Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care?</i>	2007	Is er een verband tussen het niet bespreken van de spirituele behoeften van kankerpatiënten en hun perceptie van de kwaliteit van en tevredenheid met zorg?	US	<ul style="list-style-type: none"> Patiënten (n=369) 	Vragenlijst	Beschrijvende data in gemiddelden en percentages
Best, Butow, & Olver - <i>Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor.</i>	2014	De aard van spirituele ondersteuning voor patiënten en hun behoeften daarin ten aanzien van artsen	AUS	<ul style="list-style-type: none"> Kankerpatiënten (n=15) 	Semigestructureerde interviews door een palliatieve kaderarts	Thematische analyse (preliminary codes)
Borsteede et al. - <i>Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts.</i>	2008	Welke aspecten van de zorg in de laatste levensfase waarderen patiënten en huisartsen?	NL	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsen (n=20) Patiënten (n=30) 	Kwalitatieve semigestructureerde interviews	Thematische analyse
Brink et al. - <i>Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland.</i>	2004	Hoe verloopt de communicatie in de spreekkamer van de huisarts en zijn de communicatiestijlen van huisartsen en patiënten in de loop der tijd veranderd?	NL	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsenpraktijken (n=104), Huisartsen (n=142) Patiënten (n=377) 	Documentanalyse, video observaties, enquêtes	Factoranalyse, statistische analyse
Burgess et al. - <i>Talking to patients about death and dying.</i>	2004	Welke uitdagingen liggen er voor huisartsen in het praten over de dood en sterven met patiënten (gezond en ziek)?	AUS	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsen (n=16) 	2 Focusgroepen, gestructureerd interview	Thematische analyse

Onderzoek	Jaar	Onderzoeksvraag	Land	• Deelnemers	Data collectie	Data analyse
Butalid - <i>Changes in doctor-patient communication in general practice</i>	2014	In hoeverre zijn huisartsen gevoelig voor de angst van patiënten en hun communicatie over psychosociale factoren, voor en na de introductie van de klinische richtlijn voor lage pijn in de onderrug (1996)?	NL	<ul style="list-style-type: none"> • Video opnames van consulten (huisarts-patiënt, n=150) 	Video observaties middels RIAS en VR-CoDES	Statistische analyse
Edwards et al. - <i>The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care.</i>	2010	Wat is spiritualiteit en spirituele zorg voor patiënten en voor zorgverleners in de palliatieve zorg?	AUS, CA, IE, JP, UK, US, TW	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (n=178) • Zorgverleners (n=116) 	Systematisch meta onderzoek, review. Onderzoeken over patiënten (n=11) en zorgverleners (n=8)	Meta-etnografische analyse, <i>lines-of-argument</i> synthese (Interpretatieve methode)
Holmes, Rabow, & Dribble. - <i>Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life</i>	2006	Welke spirituele zorgen hebben ernstig zieke patiënten en hoe gaan huisartsen hiermee om?	US	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (N=65) • Huisartsen (n=67) 	Vragenlijsten voor patiënten: self-assessment, 29 items op Likertschaal. Vragenlijsten voor huisartsen: 21-items.	Statistische analyse
Lo et al.- <i>Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians</i>	2002	Hoe kunnen artsen reageren wanneer patiënten of familie over spirituele of religieuze zorgen beginnen?	US	<ul style="list-style-type: none"> • Casus (n=3) 	Casus analyse	Interpretatieve methode
Murray et al. - <i>General practitioners and their possible role in providing spiritual care: A qualitative study.</i>	2003	Vinden huisartsen dat zij een rol hebben in het verlenen van spirituele zorg? En wat zien huisartsen als belemmerende en bevorderende factoren in het onderzoeken van spirituele behoeften en in het verlenen van spirituele zorg?	UK	<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsen (n=?) van 20 patiënten met longkanker en 20 patiënten met hartfalen. 	Telefonisch interview 3-maandelijks (voor de duur van maximaal 1 jaar)	Thematische analyse
Mowat et al. - <i>Full report on the national Scottish action research project. First cycle: March 2010 – March 2011</i> (& Mowat, Bunniss, & Kelly	2011 2012)	Hoe wordt de luisterservice ontvangen door patiënten en huisartsen?	SCH	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (n=18), • huisartsen (n=12), • geestelijk verzorgers (n=8), • managers en bestuurders (n=4) 	Actieonderzoek door geestelijk verzorgers (n=4) in samenwerking met onderzoekers, enquêtes en semigestructureerde interviews	Thematische analyse

Onderzoek	Jaar	Onderzoeksvraag	Land	• Deelnemers	Data collectie	Data analyse
Mowat & Bunniss - <i>Full report on the national Scottish action research project. Second Cycle: May 2011 – September 2012</i>	2011	Hoe wordt de luisterservice ontvangen door patiënten en huisartsen?	SCH	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (n=18 en beschrijvende gegevens van n=250) • Huisartsen (n=6 en zes focusgroepen, n=?) • Geestelijk verzorgers (n=13) 	Actieonderzoek. Thematische interviews, focusgroepen, interviews, email vragenlijsten en beschrijvende statistieken van patiënten verzameld door geestelijk verzorgers.	Thematische analyse
Saguil, Fitzpatrick, & Clark - <i>Is evidence able to persuade physicians to discuss spirituality with patients?</i>	2011	In hoeverre zijn huisartsen bereid om met patiënten over spiritualiteit te spreken?	US	<ul style="list-style-type: none"> • Tweede en derdejaars huisartsen in opleiding (n=363) 	Cross-sectionele vragenlijst	Statistische analyse
Selman et al. - <i>Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians.</i>	2014	Is er noodzaak tot meer onderzoek in de spirituele zorg en zo ja, selecteer de vijf meest belangrijke onderzoeksthema's uit een lijst van 15 topics?	87 landen	<ul style="list-style-type: none"> • Clinici en onderzoekers (n=971), waaronder: • Palliatieve kaderartsen (n=293) • Verpleegkundigen (n=112) • Geestelijk verzorgers (n=111) 	Online cross-sectional mixed-methods vragenlijst	Thematische analyse en statistische analyse
Vermandere et al. - <i>Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis.</i>	2011	Welke visie hebben huisartsen op hun rol in de spirituele zorg en welke belemmerende en bevorderende factoren spelen volgens hen een rol in het onderzoeken van de spirituele behoeftes?	US, AUS, SCH	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken (n=7) zie tabel op de volgende pagina 	Literatuurreview van kwalitatieve onderzoek naar het onderwerp, geselecteerd op basis van de JBI tool.	Thematische analyse

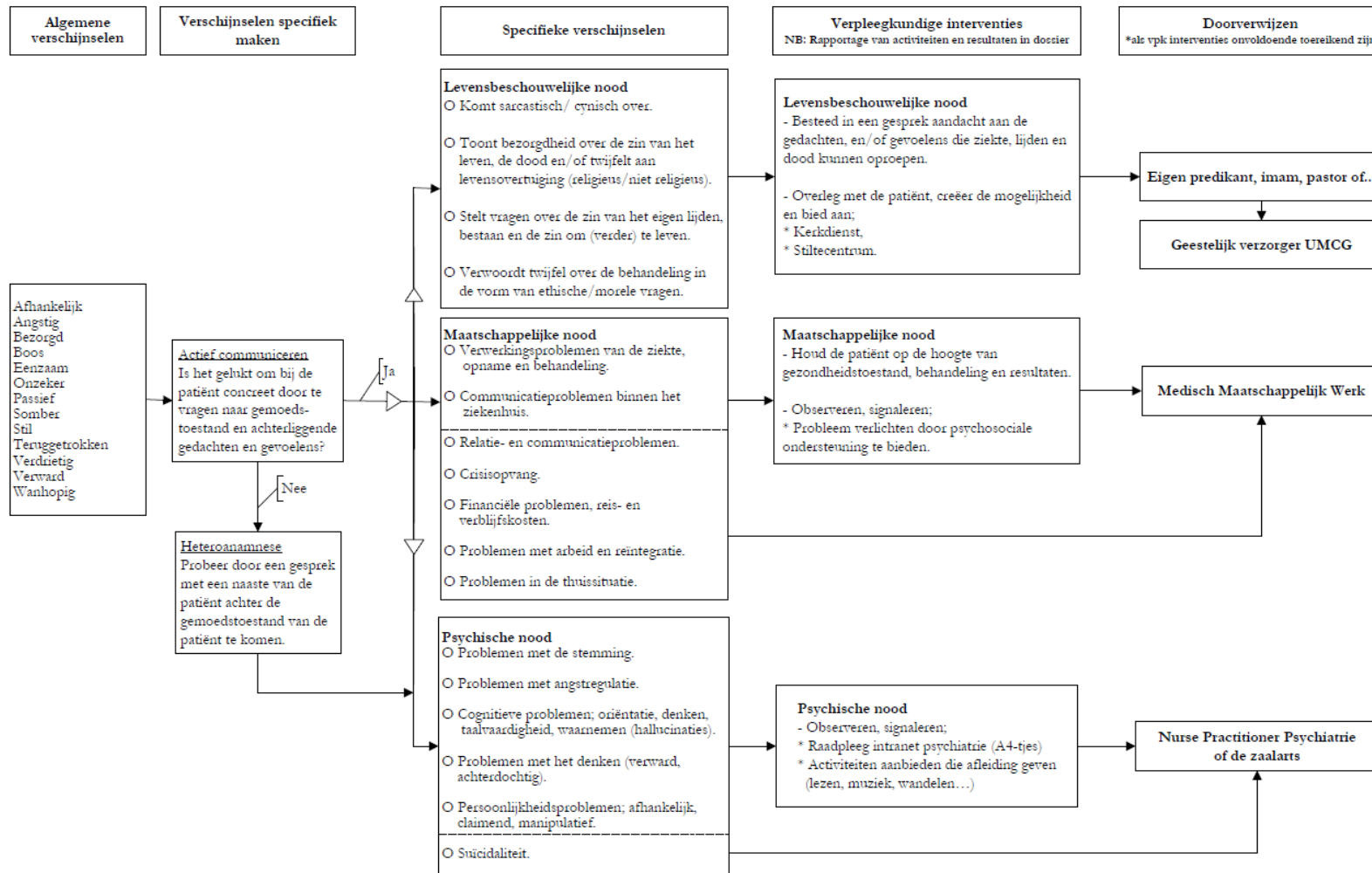
Table 1. Characteristics of the included qualitative studies

Study and characteristics							
	Tanyi <i>et al</i> , 2009 ²⁹ How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice	Kelly <i>et al</i> , 2008 ³⁰ GPs' experiences of the psychological aspects in the care of a dying patient	Olson <i>et al</i> , 2006 ³¹ Mind, body, and spirit: family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care	Ellis and Campbell, 2005 ²⁷ Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study	Murray <i>et al</i> , 2003 ²⁸ GPs and their possible role in providing spiritual care: a qualitative study ²⁸	Ellis <i>et al</i> , 2002 ²⁶ What do family physicians think about spirituality in clinical practice?	Grant <i>et al</i> , 2004 ³² Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study
Country	US	Australia	US	US	Scotland	US	Scotland
Study participants	3 male GPs, 5 female nurse practitioners, and 2 male physician assistants	15 GPs (8 males and 7 females)	17 GP residents (11 males and 6 females)	10 GPs (7 males and 3 females) and 10 patients of these GPs	40 GPs (no information about male/female distribution)	13 GPs (10 males and 3 females)	20 GPs (no information about male/female distribution)
Setting	GPs employed in three large clinics in the Minneapolis/St Paul area	GPs who referred their patient to a hospice/home care specialist palliative care service	Third-year GP residents completing residency training in a Southwest US medical school	Board-certified Missouri GPs caring for a patient with chronic or terminal illness	GPs of 20 patients with inoperable lung cancer and 20 patients with New York Heart Association (NYHA) grade III or IV cardiac failure	Board-certified Missouri GPs from different practice types (academic/community practice; urban/rural)	GPs of 20 patients with a range of advanced malignant and non-malignant illnesses (cancer, cardiac failure, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), motor neurone disease)
Data collection	Semi-structured interviews	Individual case-review discussions guided by key questions within a semi-structured format	In-depth interviews	Semi-structured interviews	Serial telephone interviews	Semi-structured interviews	In-depth interviews
Data analysis	Phenomenological methodology described by Colaizzi (1978) ³³	Analysis to identify convergence of key topics that were presented and then categorised into common themes	Grounded theory	Constant comparative method	Thematic analysis	Iterative process to make an initial template for coding data; code revisions until consensus was reached about salient issues or themes	Analysis ongoing throughout fieldwork; emergent themes fed back into data collection and coding strategy; review of the evolving themes

Bron: Vermandere *et al*. (2011). *Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis*.

Bijlage 2. Beslisboom 'Levensbeschouwelijke, maatschappelijke en/of psychische nood'

Beslisboom 'Levensbeschouwelijke, maatschappelijke en/of psychische nood'



Bijlage 3. Informatie over het project Community Chaplaincy Listening (CCL)

Bronnen: Deze pagina (Mowat & Bunniss, 2012, p. 15-16), volgende pagina (Mowat et al., 2012, p. 23-24)

Practicalities: how the service operates?

Chaplains were based in the GP surgeries, using a room in the practice. Patients were typically referred by their GP and made an appointment via the GP reception. Patients were seen within a few days of making the appointment and sometimes (exceptionally) the same day. Patients would be introduced to the idea of the listening service by their GP or from promotional materials and then again at the beginning of their first session with the chaplain. The chaplain would emphasise the confidentiality of the service. Patients were then invited to tell their story and the chaplain - experienced in listening and discernment - would use a variety of ways in which to hold and reflect that story and to discuss possible next steps, which might include further appointments. Patients can then make further appointments to return at any time to with or without further discussion with their GP.

Why patients come: Reported reasons for using the CCL service

Reasons for using CCL	%
Bereavement	32.24
Relationship Issues	16.33
Stress	9.39
Depression	9.39
Ill health (self or close others)	6.94
Fear/anxiety	6.94
Self esteem/confidence/identity issues	3.67
Loss of purpose/lifestyle issues	3.27
Drugs/alcohol issues	2.45
Loneliness	2.04
Ageing	0.82
Guilt	0.82
Unattributed	5.71

Overall the chaplains summarised three categories of presenting problem.

- SEARCH for meaning understanding and reconciliation
- LOSS – loneliness, anguish, confusion, “lostness” sense of abandonment
- SHOCK – with consequent symptoms of anxiety, trauma and depression

Results

Findings Summary of Main Findings

Patients overwhelmingly reported having a positive experience with the CCL service.

- GPs found the CCL service helpful.
- Setting up the CCL service carefully, building good relationships and providing clear information/marketing materials was very important.
- Clearly articulating the concept of spiritual listening and how it is distinct from other types of listening was essential.
- Listeners reported largely positive experiences of providing the CCL.
- NHS Managers would like to see the CCL as part of a suite of talking therapies.
- The use of chaplaincy volunteers as listeners in the CCL requires careful consideration.
- Having a settled space to provide the CCL service helped patients and listeners.

Patients

Overall, patients felt that:

- their expectations and experience of the service was positive
- they had been able to do things differently as a consequence of the service
- they would go back if they needed the service again
- the spiritual and religious component expressed through the chaplaincy link of the listening service was at least 'not an issue' and at best a helpful addition.
- There was evidence that the patients who used the service felt able to change their

behaviour as a consequence of the listening sessions in ways that enhance their wellbeing.

In particular, two patients expressed the positive impact of CCL on their own wellbeing:

I feel more positive about my situation and I try and take one day at a time instead of looking too far ahead. I also realise that I'm not on "my own".

I think it helped me to evaluate my own self-worth, through articulating emotional pain in the past, its negative effect on my present life, and have a positive structure for the future.

GPs

The GPs reported benefits from the service in terms of:

- having an additional resource to which they can refer patients
- the subsequent consultations with the patients
- the possibilities of reduction in medication prescribing
- increasing confidence in how to explain the service to patients which covers the chaplaincy link and the idea of spiritual listening.

In relation to CCL, GPs made the following particular comments

- It is well recognised by the patients and GPs that counselling services are very valuable but in extremely short supply from health board provision (currently waiting times can be in excess of one year). This service is an excellent and important addition.
- A useful and effective service will produce good positive outcomes for the patient and also positive outcomes for the doctors. It seems that this service has the capacity to do both.

• The patients I have referred have found it helpful. The patients have not come back to me to discuss the same problem at length.

• They have become more confident and are happy managing their own problems once more.

• Doctors tend to try and find medical solutions to problems. Often means a prescription. What you really need to do is to look at your life, a tablet might aid your motivation to change, but may not be the best thing. A lot of people who see the listener may also need medication. I think (the listener) has reduced our prescribing at the margin and made the prescription more effective by helping the person more.

• Other services are helped in that the CCL service can ease the pressure on counselling and other talking therapies. In filling an important gap it provides comfort and support to the GPs as well as the patients.

• Before the service existed.... tried to be supportive... which meant that consultations overrunning hugely. No benefit to other patients or myself. Structured self-help counselling offered a route for some patients. But patients who have had a tough time and asking the why question that approach often didn't help. The way that they could be if they had been provided with a listening service.

• Nobody suggested stopping the service. All the comments were about expansion and consolidation.

• It would be a useful service to engage with and it certainly fulfils a niche that is otherwise lacking. People who are not severely depressed but do need to talk and share their experiences and be listened to.

Listeners / chaplains

One of the most useful findings was the clarity with which listeners were able to characterise their listening work as distinct from other talking therapies. One chaplain explained his reflection on his practice in this way:

- *It is a bit different maybe because of two things. For me, I do have counselling skills and a certificate in counselling. I cannot distinguish too much but they are overlapping, the skills I gain in my counselling courses I tend to use them for listening and probing and the model I'm using is actually Egan – he explains three clear stages enabling a person to come to terms with where they are, where they wish to go and how to get there...Maybe one of the differences is maybe I'm not so much focussing on how to get there. So basically listening, they are discovering and they are making alternative plans. In the counselling we usually take them through all those processes – maybe I'm not so much dwelling in the third process of helping them to get there.*
- It became clear that the listeners needed to form close relationships with the GPs in the practices for the process to work. However there were still a number of challenges in accessing the GPs and encouraging referrals.

The message and lessons learnt from this early pilot was that the effort spent in explaining the service and clarifying the process is worth it. This then means that referrals are appropriate and patients benefit.

Managers

Overall the managers saw the potential of community chaplaincy listening as positive with recognition that the service sat alongside talking therapies and CBT, freed up doctors time to see people who are more ill, and gave doctors another specialised referral option for patients.

The managers spoke in strategic terms about how they saw the potential of the CCL service, in particular,

the way in which the listening service could fit into a range of talking therapies.

- *I became aware of it because we were looking at our own mental health strategy and there is a lot of work around shifting the balance of care. I saw some of the outcomes about how this service was helpful, didn't feel forced to talk, non medicalised, non labelling service and this gives them choices. Sounds to me like its carried out at the individuals own pace. Certainly the feedback does seem to suggest that it has helped people access the service.*

They were able to identify the listening service as distinct from other services.

- There are different types of counselling based around particular models. Some types are directive focussed, empathy, non judgemental etc. How that compares with the listening service I don't know. I imagine its less directive, no pressure on the individual to give something.

The managers' concerns related to the acceptance of this service by health care professionals from a variety of disciplines who might feel threatened or confused by the service. They also expressed concerns around the capacity to deliver the service.

Challenges are around the perception of some of the health care professionals who have not seen the chaplaincy model as relevant. There are challenges for chaplains to convince GP's and wider society that their approach is as valuable as and sometimes more valuable than the higher end highly expensive interventions. There are challenges for patients to understand that the doctor and the nurse may not be the right person to help them

When asked what it would take for a service like this to be absorbed and acceptable to other staff the managers' viewpoint was that proper governance procedures would have to be in place and the quality of the service assured.

Bijlage 4. Informanten en respondenten verkennende gesprekken

Humanistisch geestelijk begeleider van het gezondheidscentrum Levinas⁴⁹

Naar aanleiding van een oproep in de nieuwsbrief van het Humanistisch Verbond over tandembijeenkomsten voor huisartsen en geestelijk verzorgers⁵⁰, heeft de onderzoeker contact opgenomen met het organisatoren daarvan. Zij verwezen haar door naar de humanistisch geestelijk begeleider die aangesloten is bij het project. De onderzoeker wilde graag meedoen aan de tandembijeenkomsten en werd uitgenodigd voor een verkennend gesprek. Dit gesprek leidde tot de mogelijkheid om wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de in het gezondheidscentrum Levinas reeds aanwezige samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers, zoals het onderzoek van Mowat et al. (2011). Dit onderzoek zou dienen als ‘ondersteuning’ van de uitkomsten van de samenwerking, waarmee de geestelijk verzorgers naar verzekeraars konden gaan. Ondanks de geweldige mogelijkheid voor een afstudeeronderzoek, heeft de onderzoeker dit aanbod uiteindelijk vanwege persoonlijke omstandigheden afgeslagen. Tevens werd de onderzoeker gratis toegang verleend tot drie plenaire tandembijeenkomsten in de periode januari tot april 2015, welk aanbod zij heeft aangenomen.

Humanistisch geestelijk begeleider van het Centrum voor Levensvragen (CvL)⁵¹

In het eerste gesprek met Christa Anbeek, adviseerde zij de onderzoeker contact op te nemen met deze geestelijk verzorger, omdat zij een project zou hebben die raakte aan het onderwerp van dit onderzoek. De geestelijk begeleider is werkzaam in de regio Zaanstreek-Waterland en verrichte tevens coördinerende taken voor het CvL. Er is verschillende malen telefonisch contact geweest, waaruit samenwerking ontstond. Het CvL bleek behoefte te hebben om de lijn met de huisarts te ontwikkelen, omdat zij in de opzet van alle CvL's onvoldoende aandacht hebben besteed aan de huisartsen als verwijzer. De onderzoeker kreeg de mogelijkheid om gebruik te maken van het CvL en kreeg de contactgegevens van een coördinator van het netwerk palliatieve zorg uit Noord-Holland.

Coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg⁵²

⁴⁹ Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 10 december 2014 in gezondheidscentrum Levinas (90 minuten).

⁵⁰ ‘Januari-juni 2015: Training tandembijeenkomsten Geestelijke Zorg in de 1e lijn

Patiënten hebben er baat bij als geestelijk verzorgers en huisartsen meer samenwerken, maar dit gebeurt nog maar weinig. Daarom kijken we in deze training naar de praktijk van (huis)artsen of andere relevante eerstelijns hulpverleners en geestelijk verzorgers, met als doel de samenwerking te verbeteren. We doen dit in tweetallen (tandems) van arts/eerstelijns hulpverlener en geestelijk verzorger. De training start begin 2015 en is opgebouwd uit gezamenlijke bijeenkomsten afgewisseld met casuïstiekbespreking tussen huisarts en geestelijk verzorger. Je kunt je als duo of alleen aanmelden.’ (Raadsliedenforum.nl, 2014).

⁵¹ De gesprekken hebben plaats gevonden op 5 januari 2015 (60 minuten) en op 22 april 2015 (25 minuten)

⁵² Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 29 januari 2015 in ZoNH te Heerhugowaard (60 minuten).

Via bovenstaande humanistisch geestelijk begeleider kwam de onderzoeker in contact met deze coördinator. De coördinator is werkzaam in de kop van Noord-Holland (vrouw, middelbare leeftijd) en heeft verteld over het CvL en haar werkzaamheden. Daarnaast is er gebrainstormd over een mogelijk onderwerp voor onderzoek en is gekeken naar de mogelijkheden voor samenwerking. Het gesprek is opgenomen en uitgewerkt. Tevens verwees zij mij door naar een humanistisch geestelijk begeleider in de regio Amsterdam-Diemen, die onderzoek heeft gedaan naar geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg.

Huisartsen(opleiders) van het Academisch Medisch Centrum⁵³

De onderzoeker had tijdens haar stage contact gehad met een huisarts, die tevens onderwijs geeft aan huisartsen in opleiding. Een gesprek met deze huisarts leek de onderzoeker relevant ter verkenning van het onderzoek en gezien haar ervaring met de Dienst Geestelijke Verzorging in het Academisch Medisch Centrum (AMC). Zij stond open voor een gesprek en stelde voor een dubbelgesprek te houden met haar collega. Beiden zijn (vrouwen, middelbare leeftijd) huisartsen werkzaam in verschillende regio's in Nederland, opgeleid tot kaderartsen palliatieve zorg en huisartsopleiders aan het AMC. Voor dit gesprek is een semigestructureerde vragenlijst gebruikt (zie Bijlage 4) en van dit gesprek is een audio-opname gemaakt. Dit gesprek heeft geleid tot eerste inzichten over de huisartsengroep en welke vragen huisartsen kunnen stellen over geestelijk verzorgers.

Humanistisch geestelijk begeleider van het CvL⁵⁴

De geestelijk begeleider (man, middelbare leeftijd) verrichtte coördinerende taken voor het CvL in de regio Amsterdam-Diemen. Ter voorbereiding op het gesprek heeft hij het onderzoeksvoorstel van dit onderzoek gelezen. Tijdens het gesprek vertelde hij over zijn eigen afstudeeronderzoek en brainstormde over de invulling van dit onderzoek.

⁵³ Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 28 januari 2015 in het AMC (60 minuten).

⁵⁴ Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 13 maart 2015 in Verpleeghuis Groenelaan te Amstelveen (60 minuten).

Bijlage 5. Opzet vragenlijst verkennende gesprekken

In het kader van mijn scriptie, ter voorbereiding op het onderwerp huisartsen en geestelijke/spirituele zorg aan patiënten en eventuele samenwerking met geestelijk verzorgers. Het is een verkennend gesprek om te onderzoeken wat interessant zou zijn om te onderzoeken, wat leeft er onder huisartsen, waar is vraag naar?

Achtergrond informatie

1. Opleiding en werkzaamheden
2. In hoeverre zijn jullie bezig met het spirituele domein in de zorg?

Voorbeeld vragen

1. In hoeverre is er interesse onder huisartsen voor spiritualiteit, zingeving en goede geestelijke zorg aan patiënten?
2. In het kader waarvan ontstaat deze interesse? (welke context) / Waardoor worden huisartsen geïnspireerd om aandacht te hebben voor het spirituele domein in de zorg?
3. Is er een typering van deze huisartsen te maken? (leeftijd, geslacht, achtergrond, e.d.)
4. Wat willen huisartsen (i.o.) weten rondom spiritualiteit, zingeving en goede geestelijke zorg aan patiënten?
5. Wat zou rondom dit thema interessant/actueel zijn te onderzoeken? Welke vragen hebben jullie?
6. Wat beschouwen huisartsen als hun eigen verantwoordelijk rondom spiritualiteit, zingeving en geestelijke zorg aan patiënten?
7. Hoe wordt er gedacht over doorverwijzing / samenwerking met geestelijk verzorgers?
8. Wat moeten geestelijk verzorgers weten van de huisartsen om die samenwerking mogelijk te maken?
9. En wat willen de huisartsen van de geestelijk verzorgers weten?
10. Zijn jullie bekend met samenwerkingsverbanden?

Bijlage 6. Informatie over Tandembijeenkomst Gezondheidscentrum Levinas

Tandemproject: Huisartsen en geestelijk verzorgers hebben wat aan elkaar!

Op 20 januari start de workshop Tandem over de samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers. Aanmelden kan vanaf nu op [onze website](#) (zie hieronder).

Hoewel er tot nu toe nog niet veel geestelijk verzorgers in de eerste lijn werkzaam zijn zal dit in de nabije toekomst naar verwachting veranderen. Door ontwikkelingen in de zorg wonen mensen langer thuis met complexe chronische ziektebeelden en ontvangen daar palliatieve zorg en/of overlijden thuis. Hierdoor zullen huisartsen in toenemende mate geconfronteerd worden met existentiële vragen van verlies en rouw. Medische en sociale problematiek zijn dan verweven met levens- en zingevingsvragen, het expertisegebied van de geestelijk verzorger. Leerhuizen Palliatieve Zorg geeft vorm aan verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg en is enthousiast over toenemende samenwerking tussen beide professionals in de eerste lijn. In de toekomst kunnen geestelijk verzorgers mogelijk een pool vormen die in crisissituaties advies en ondersteuning kunnen bieden aan patiënten in de laatste levensfase. Naast deze workshop Leerhuizen Palliatieve Zorg ook onder meer de Masterclass spiritualiteit in de palliatieve zorg aan.

In het ontwikkelingsproces van deze workshop werd op 8 oktober jongstleden een informatiebijeenkomst georganiseerd in Gezondheidscentrum Levinas te Rotterdam. Hieronder volgt nog een korte impressie van deze bijeenkomst:

"De cliënt vertelde mij een schokkende gebeurtenis uit haar leven, iets wat ze met niemand eerder gedeeld had. Door samen te kijken welke impact het had op haar zelfbeeld en haar levensovertuiging kon zij deze gebeurtenis beter afsluiten en aanvaarden hoe het gelopen is".

Dit voorbeeld verteld door een geestelijk verzorger tijdens de informatiebijeenkomst over de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartsen in de eerste lijn, gaf opnieuw aan hoe belangrijk de samenwerking tussen deze groepen voor patiënten is. De andere ogen van de geestelijk verzorger kunnen de patiënt een nieuwe kijk geven op gebeurtenissen en daarmee herstel versnellen.

Er waren veertig geestelijk verzorgers, huisartsen en enkele andere zorgverleners aanwezig op 8 oktober. Liesbeth Gerritsen (geestelijk verzorger) en Corine Baar-Poort (huisarts) gaven uitleg over hoe in gezondheidscentrum Levinas sinds al enkele jaren wordt samengewerkt. Aspecten hierbij zijn: gezamenlijke training, casusbesprekingen, financiering.

Hierna volgde een bespreking van twee casus waarbij een geestelijk verzorger betrokken was. Naast het uitwisselen van informatie werd er gediscussieerd; onder meer over het nut van de inzet van geestelijke zorg, over de manier waarop dit praktisch georganiseerd kan worden en de terugkoppeling

naar de huisarts. Uit de casuïstiek kwam naar voren dat door een vroegtijdige inzet van een geestelijk verzorger soms een heel traject van hulpverlening, bij bijvoorbeeld de psychotherapeut, voorkomen kan worden en dat dit dus kostenbesparend kan werken. De huisartsen die ervaring met de geestelijke zorg hadden waren daar zeer positief over. Financiering van geestelijke zorg in de eerste lijn wordt bij gezondheidscentrum Levinas geregeld via de POH-GGZ-regeling. Hans Eggers, relatiemanager bij Achmea ging in op de vragen hierover en op andere vragen over het financieren van geestelijke zorg in de eerste lijn.

Workshop Tandem, huisartsen en geestelijk verzorgers hebben wat aan elkaar!

20 januari 2015 - 14 april 2015

LEERDOELEN VOLGENS CANMEDS: De wereld van de patiënt centraal: Hoe de samenwerking tussen de huisarts en de Geestelijk verzorgers de patiënt ondersteunt.

- Verhelderen van verwachtingen en mogelijkheden over en weer tussen huisartsen/geestelijk verzorgers
- Wanneer verwijst je een patiënt door
- Welke informatie wissel je uit? Wat bespreek je en wat schrijf je?
- Op welke manier kan er goed worden samengewerkt?
Mogelijkheden m.b.t. financiering van geestelijke zorg naast/binnen de HAP

1. Tandem-bijeenkomst (plenair) op 20 januari 2015, 19:30-21:30 uur.

- a. Kennismaking en uitleg
- b. Verwachtingen
- c. Met alle leer-tandems een keer proefdraaien aan de hand van een gezamenlijke casus. Daarin wordt aandacht besteed aan:
 1. het verhaal
 2. de tandems gaan met elkaar in gesprek
 3. waar liggen de gezamenlijke aspecten
 4. op welke manier besteedt een ieder hier aandacht aan
 5. hoe analyseert de huisarts, en hoe de GV-er
 6. wat is nodig om tot samenwerking te kunnen komen
 7. benoemen naar elkaar van verwachtingen en inzichten n.a.v. de casus

De uitkomsten hiervan worden plenair besproken.

Er worden per leertandem vervolgsafspraken voor de 2e en de 4e bijeenkomst gemaakt.

2. Tandem-bijeenkomst (als tandem, datum wordt onderling afgestemd) (Huiswerkopdracht: casuïstiekbespreking, duur: 1 uur)

- a. In deze bijeenkomst vindt uitwisseling en bespreking van casuïstiek plaats tussen huisarts en GV-er(s) binnen de tandems. De huisarts levert hiervoor casuïstiek aan uit de eigen praktijk.
- b. Bespreking volgens aangereikt model.
- c. Huiswerk van tevoren inleveren opdat de inhoud van 3e bijeenkomst daarmee gefocust kan worden.

3. Tandem-bijeenkomst (plenair) op 3 maart 2015, 19:30-21:30.

- a. Uitwisseling en gezamenlijke reflectie op de resultaten van de twee bijeenkomsten van de leertandems.
- b. De leertandems komen met voorstellen tot een vorm van gerichte reflectie en terugkoppeling. Het is belangrijk, dat de diverse geestelijk verzorgers daarbij gaan zien, hoe zij de huisartsen kunnen ondersteunen bij het vaststellen van geestelijk lijden van de patiënten en dat de huisartsen gaan zien, hoe zij duidelijker in hun diagnostiek naar de diverse geestelijk verzorgers kunnen toewerken én kunnen doorverwijzen.
- c. Met elkaar komt men tot een voorstel voor een conceptverwijsformulier/terugkoppelingsformulier.
- d. Opdrachten voor de volgende huiswerkopdracht: een daadwerkelijke verwijzing van een patiënt door de huisarts aan de GV-er en het testen van de afgesproken processen.

4. Tandem-bijeenkomst (als tandem, datum wordt onderling afgestemd) (Huiswerkopdracht: casuïstiekbespreking, duur: 1 uur)

- a. In deze bijeenkomst vindt uitwisseling en bespreking van casuïstiek plaats tussen huisarts en GV-er(s) binnen de tandems. De casus van de verwezen patiënt wordt besproken.
- b. Verwijzing en terugkoppeling worden besproken.
- c. Huiswerk van tevoren inleveren opdat de inhoud van 5e bijeenkomst daarmee gefocust kan worden.

5. Tandem-bijeenkomst (plenair) op 14 april 2015, 19:30-21:30 uur (afronding)

- a. Uitwisseling en gezamenlijke reflectie op de resultaten van de bijeenkomsten van de leertandems.
- b. Reflectie over aanpak, verwijzing en terugkoppeling.
- c. Concrete vervolgstappen. Hoe kan je samen verder vorm geven en wat heb je daar voor nodig?
- d. Bespreking van praktische aspecten van samenwerking en van mogelijkheden voor financiering van geestelijke zorg binnen de 1e lijn.

Bijlage 7. Uitnodiging geestelijk begeleiders voor focusgroep

Beste geestelijk verzorger van het Centrum voor Levensvragen,

Er is al een en ander gecommuniceerd over een onderzoek naar de samenwerking met huisartsen. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van mijn afstudeerscriptie aan de Universiteit voor Humanistiek. Ik onderzoek of huisartsen en geestelijk begeleiders samenwerkingsmogelijkheden zien en welke factoren van invloed zijn op hun samenwerking.

Graag wil ik u uitnodigen voor een focusgroep (het liefst in uw eigen regio). In de bijlage vindt u alle informatie.

Hartelijke groet,

Charlotte Molenaar



Amsterdam, 26 mei 2015

Beste geestelijk verzorger van het Centrum voor Levensvragen,

Er is al een en ander gecommuniceerd over een onderzoek naar de samenwerking met huisartsen en POH-GGZ. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van mijn afstudeerscriptie aan de Universiteit voor Humanistiek. Ik onderzoek of huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk begeleiders samenwerkingsmogelijkheden zien en welke factoren van invloed zijn op hun samenwerking. Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u terecht [op deze website](#).

Graag wil ik u uitnodigen voor het volgende:

In samenwerking met het CvL wordt in juli een drietal focusgroepen georganiseerd in de regio Noord-Holland. Tijdens de focusgroepen wordt de mogelijkheid geboden om op een ongedwongen manier kennis te maken met huisartsen en POH-GGZ, casuïstiek met hen te bespreken en bekend te raken met de werkwijze van huisartsen en POH-GGZ. Tevens wordt een groeps gesprek gehouden over de mogelijkheden voor samenwerking tussen huisartsen, POH-GGZ en geestelijk verzorgers.

Wilt u deelnemen aan één van deze focusgroepen? Hieronder staan de data per regio vermeld. U kunt zich opgeven voor één van de focusgroepen, het liefst in uw eigen regio. Deelname is gratis.

Aanmelden kan door een email te sturen aan charlotte.molenaar@student.uvh.nl

Accreditatie is aangevraagd.

Regio Noord-Holland Noord

Datum en tijd: 9 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Forum, Stationsplein 39, 1703 WD Heerhugowaard

Regio Zaanstreek-Waterland

Datum en tijd: 13 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Zaans Medisch Centrum

Regio Amsterdam-Diemen

Datum: 16 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Amsterdam, wordt nog bekend gemaakt

Bijlage 8. Uitnodiging aan huisartsen



centrum voor levensvragen



Amsterdam, 26 mei 2015

Beste huisarts en praktijkondersteuner GGZ,

Merkt u bij uw terminale patiënten dat u niet altijd kunt bieden wat u zou willen? Wordt u geconfronteerd met levensvragen en zingevingsvragen van patiënten in uw praktijk waar u het gevoel heeft met lege handen te staan? Weet u niet goed naar wie u uw patiënt kan doorverwijzen? Samenwerking met een geestelijk begeleider heeft wellicht meerwaarde. Bent u geïnteresseerd in een dergelijke samenwerking? Lees dan verder.

Bij een geestelijk begeleider of verzorger denkt u misschien allereerst aan een religieuze professional. Er bestaat echter ook geestelijke begeleiding op humanistische of algemene basis, voor mensen die geen gelovige achtergrond hebben, of geen affiniteit (meer) hebben met godsdienst.

In Noord-Holland bestaat het Centrum voor Levensvragen (CvL), gesteund door het Netwerk Palliatieve Zorg. Binnen het CvL zijn circa 35 geestelijk begeleiders beschikbaar voor o.a. Palliatieve zorg. [U kunt hier meer lezen over het CvL.](#) In juli wordt een drietal focusgroepen georganiseerd over samenwerking tussen huisartsen, POH-GGZ en geestelijk begeleiders in de regio Noord-Holland. Tijdens de focusgroepen (met 12 personen) krijgt u de mogelijkheid op een ongedwongen manier kennis te maken met geestelijk begeleiders, casuïstiek uit uw eigen praktijk met hen te bespreken en bekend te raken met de werkwijze van het CvL. Tevens wordt een groeps gesprek gehouden over de mogelijkheden voor samenwerking.

Deze focusgroepen vinden plaats in het kader van een afstudeerscriptie aan de Universiteit voor Humanistiek van Charlotte Molenaar. Zij onderzoekt of huisartsen, POH-GGZ en geestelijk begeleiders samenwerkingsmogelijkheden zien en welke factoren van invloed zijn op hun samenwerking. Van deze scriptie zal een wetenschappelijk artikel worden geschreven. Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u terecht [op deze website](#).

Wilt u deelnemen aan één van deze focusgroepen? Hieronder staan de data per regio vermeld. U kunt zich opgeven voor één van de focusgroepen, het liefst in uw eigen regio. Deelname is gratis. Het programma vindt u op de volgende pagina.

Regio Noord-Holland Noord

Datum en tijd: 9 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Forum, Stationsplein 39, 1703 WD Heerhugowaard

Regio Zaanstreek-Waterland

Datum en tijd: 13 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Zaans Medisch Centrum

Regio Amsterdam-Diemen

Datum: 16 juli (19:00 – 21:30 uur)
Locatie: Amsterdam, wordt nog bekend gemaakt

Aanmelden kan door een email te sturen aan charlotte.molenaar@student.uvh.nl. Accreditering is aangevraagd.



Mogelijkheden voor samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners ggz en geestelijk begeleiders

Patiënten hebben er baat bij als geestelijk verzorgers en huisartsen/praktijkondersteuners GGZ meer samenwerken. Toch blijkt dat in de praktijk de samenwerking, door verschillende oorzaken vaak niet tot stand komt. Op deze avond kijken we naar de praktijk van de huisartsen, POH-GGZ en geestelijk verzorgers met als doel de samenwerking te verkennen.

PROGRAMMA

1. Introductie en kennismakingsronde

Wat leert men uit de casus? Hoe kijken de partijen aan tegen samenwerking? Bij welke patiënten?

2. Waar liggen de gezamenlijke aspecten en de verschillen?

Brainstormen met de eigen professionele groep.

Belemmerende en bevorderende factoren? Hoe kan de samenwerking vorm krijgen? Wat is nodig om tot samenwerking te kunnen komen? Zowel inhoudelijk als praktisch.

3. Informatie over het Centrum voor Levensvragen

PAUZE

6. Follow-up deskundigheidsaanbod

Waar liggen in de praktijk mogelijkheden om de samenwerking verder vorm en inhoud te geven?

3. Casuïstiek bespreking

OPDRACHT: Neem een casus mee uit uw eigen praktijk die mogelijk relevant is voor samenwerking met de andere professie. Kies één casus. Hoe analyseren de huisarts, POH-GGZ, en de geestelijk verzorger?

En welke methode gebruiken ze? Wat zou samenwerking kunnen betekenen in de casus?

5. Groepsgesprek

Bijlage 9. Programma focusgroepen

Gespreksleider: Tim Blaauw (medestudent)

Observanten: Charlotte Molenaar (onderzoeker) en Bart Molenaar (huisarts)

Aanwezigen: Marjo van Bergen (coördinator CvL), huisartsen, POH-GGZ en geestelijk begeleiders

1. Kennismakingsronde a.d.h.v. lijnoefening (15-20 min, kennis maken, beeldvorming)

- Op alfabetische volgorde → voornaam
- Professie → huisarts, geestelijk verzorger, POH-GGZ
 - o Hoeveel jaren werkzaam in het vak (0 -)
 - o Hoeveel personen van de andere professie je kent
- Bij hoeveel patiënten heb je samengewerkt met een huisarts/gv'er?
- Bij hoeveel patiënten zou je in de toekomst willen samenwerken met de andere professie?

2. Groep verdelen in huisartsen en geestelijk verzorgers: brainstormen (5 min, beeldvorming)

- Wat moet de ander van jou weten?
- Wat wil jij van de ander weten?

Opschrijven elementen op flap-over, na beide groepen te hebben gehoord opvallende verschillen en overeenkomsten benoemen, ruimte voor verhelderingsvragen (15 -20 min)

3. Uitleg over Centrum voor Levensvragen (Marjo van Bergen) (10 min, informeren)

- Ontstaan
- Werkwijze
- Financiering
- Praktijkvoorbeelden van gv'ers die door huisartsen/patiënten zijn ingeroepen

PAUZE (15 min)

3. Casuïstiek bespreking in koppels/ha-gv(-poh) (15 min, koppelen, beeldvorming 'checken')

De huisartsen is gevraagd een casus mee te nemen: vertel erover en ga met elkaar in gesprek.

- Gv'er mag huisarts bevragen
- Samen bedenken wat de meerwaarde van samenwerken zou kunnen zijn

5. Groepsgesprek (50 min, oogsten voor onderzoek) over:

- Hoe kijken huisartsen en gv'ers aan tegen samenwerking via CvL?
- Is er sprake van een gat in de gezondheidszorg?

- Belemmerende en bevorderende factoren?
- Welke mogelijkheden liggen er?
- Op welke niveaus kan men samenwerken?
- Wat is er nodig? Waar is behoefte aan?

6. Follow-up deskundigheidsaanbod (10 min, actie)

Wat kan er vanuit het CvL nu worden georganiseerd om in samenwerking te investeren?

Wat werkt er bij huisartsen? Hoe werken zij momenteel? Waar kunnen geestelijk verzorgers worden geïntroduceerd? (intervisiegroepen, moreel beraad, etc.)

Attentie meegeven, boekje van Marieke Vis.

Bijlage 10. Casuïstiek

CASUS 1

Een huisarts vertelt over een vrouw die voor haar zieke man zorgt. De man slokt alle aandacht op en de vrouw is ‘iemand die gezien moet worden’, vertelt de huisarts. Ze heeft de vrouw naar een geestelijk verzorger doorverwezen. Het resultaat, volgens de huisarts, is dat de vrouw ‘minder vaak naar de huisarts komt’ die daaruit opmaakt dat ze ‘minder klachten heeft’. De vrouw vertelde aan de geestelijk verzorger dat ze weer verder kon en ‘weer een beetje lucht’ had.

CASUS 2

Een huisarts vertelt over een Marokkaanse vrouw wiens puberdochter is weggelopen. De vrouw weet niet wat ze moest doen en of ze dit aan de mannen uit de familie kan vertellen uit angst voor eerwraak. De huisarts heeft haar doorgestuurd naar de islamitisch geestelijk verzorger, omdat er ‘zoveel zaken bij [zaten] die specifiek met hun context te maken hadden’. Dit heeft de huisarts ‘heel veel ellende’ bespaart en de geestelijk verzorger kon hier ‘empathisch op ingaan’ en ‘de dingen uit elkaar halen’, waar de huisarts ‘weinig zicht’ op heeft. De vrouw was heel blij met de begeleiding, volgens de huisarts.

CASUS 3

De huisarts verwees een 88-jarige man door, wiens echtgenote dementerend was. De vrouw moest opgenomen worden in een verpleeghuis en hij was daar zeer verdrietig over.

Reden van de doorverwijzing: ondersteuning bij de rouw hierover. De man had ook een goed contact met zijn predikant.

Manier van doorverwijzen: de huisarts zei tegen de man: “Ik ken iemand waarvan ik weet dat u er een heel fijn gesprek mee kan hebben”. Ze vertelde hem ook dat de gesprekken vertrouwelijk waren, maar dat zijn casus geanonimiseerd in een leersituatie gebruikt zou worden.

Ervaring patiënt: Hij vond dat het gesprek met de GV-er een toegevoegde waarde had naast het contact met de predikant.

Ervaringen GV-er: Het was een lang gesprek (2½ uur). De man had een groot levensverhaal. Het was een heel zinvol gesprek. Zij kent de betreffende predikant ook en is op het vlak van religie een stapje terug gegaan.

Financiering: De GV-er werkt voor het Centrum Levensvragen. Dit is een stichting die geld krijgt uit particuliere fondsen. De GV-er declareert € 30,- per uur bij de stichting. Cliënten kunnen zelf bepalen hoeveel ze voor een gesprek betalen aan de stichting. De arts heeft de patiënt bij de doorverwijzing geïnformeerd over deze manier van financieren. De man kon de gesprekken niet zelf bekostigen.

Vervolg: Een vervolggesprek is gepland.

CASUS 4

De huisarts had een Hindoestaanse patiënte doorverwezen naar de pandit en vroeg zich af of ze ook naar een GV-er met een andere achtergrond had kunnen verwijzen. Het groepje heeft de casus, samen met de pandit, besproken. Opvallend was dat de pandit, naast gesprek ook veel tijd inruimde voor ritueel en gebed. De pandit werd door de cliënte kritisch bevraagd over zijn eigen achtergrond. De pandit kon de cliënte helpen tot een besluit te komen over het al dan niet afreizen naar Suriname. Culturele en rituele aspecten waren van belang in deze casus en de conclusie was dat verwijzing naar een GV-er met een specifieke achtergrond in dit geval zeker zinnig was.

CASUS 5

De huisarts verwijst een echtpaar door dat iedere maand een uur komt praten. Ze hebben verschillende (chronische) ziekten. De vrouw kan door haar ziekte niet meer naar de kerk en mist dat erg.

Reden van de doorverwijzing: behoefte aan het doen van hun verhaal, behoefte aan geloofsbeleving.

Manier van doorverwijzen: De arts zei: "Ik ben een GV-er tegengekomen en dacht, dat is echt iets voor u".

Ervaring GV-er: Zij is bij deze mensen op huisbezoek geweest. Het was vooral een kennismakingsgesprek. Er bleek veel behoefte aan rituelen te zijn. Ze bekijkt in hoeverre ze hieraan tegemoet kan komen (de GV-er is protestant, de cliënten RK) en is van plan deze mensen eens in de 4 à 6 weken te blijven bezoeken.

Financiering: de GV-er heeft dit vrijwillig gedaan in het kader van het experiment.

CASUS 6

De huisarts verwijst een patiënt door die in de laatste levensfase is. Hij geeft zelf bij de huisarts aan dat hij niet meer gelooft, maar ondanks dat zijn geloof mist. Verder is er sprake van moeite met loslaten en eenzaamheid.

Reden van doorverwijzing: de patiënt is bang voor de dood.

Ervaring GV-er: in een korte periode zijn 4 gesprekken met deze man gevoerd. De GV-er heeft geprobeerd "gaten te slaan in de paniek". Hij heeft niet na kunnen gaan of dit geholpen heeft. Oplossen zou een te grote doelstelling geweest zijn. De man is inmiddels overleden.

Ervaring patiënt: hij waardeerde de gesprekken. Financiering: er is van tevoren door de GV-er en patiënt een bedrag per gesprek afgesproken.