
Het belang van de geestelijk verzorger in de eerste lijn

IN DE HUISARTSENGENEESKUNDEZORG wordt uitgegaan van de volgende drie kernwaarden:

- *Continuïteit van zorg*; zorg van de wieg tot het graf, middels een zorgplicht van 24 uur per dag en 7 dagen per week.
- *Integrale zorg*; dat wil aangeven dat er bekommering en aandacht is voor de hele mens die worstelt met ziekte of met psychisch ongemak zonder op voorhand onderscheid te maken tussen soorten aandoeningen.
- *Persoonlijke zorg*; bij de huisarts staat ieder ingeschreven op naam en wordt er rekening gehouden met ieder als persoon. Tegelijkertijd is er ook de persoon achter de dokter.

De huisartsenopleiding in Nederland bestaat grotendeels uit de meester-gezelstructuur, waarin een erkende huisartsenopleider, de leermeester, de huisarts in opleiding, de gezelschapsgenoot, in zijn praktijk gedurende een jaar opneemt en begeleidt. In de opleiding is vooral in het eerste jaar veel aandacht voor de specifieke huisartsengeneeskundige benadering op het gebied van ziekten, urgentiebepaling en wijzen van diagnostiek. Later verschuift de aandacht meer naar de organisatie, preventie en begeleiding van chronisch zieken en palliatief terminale zorg thuis. Gedurende de gehele opleiding wordt aandacht besteed aan communicatieve as-

Extramurale geestelijke verzorging is veelal een onontgonnen gebied. Maar levensvragen beperken zich niet alleen tot de intra- of transmurale setting. Ook in de eerste lijn komen huisartsen vragen tegen waarbij het vermoeden is dat er sprake is van een zogenaamde vraag-achterde-vragen. Juist in de laagdrempelige huisartsenzorg kunnen deze aan het licht komen. Twee huisartsen schetsen hun ervaringen met levensvragen en doen een oproep aan geestelijk verzorgers.

Jaap Schuurmans en Carel Veldhoven

pecten en worden consultvaardigheden geoefend en getoetst aan de hand van observaties. Specifieke aandacht wordt besteed aan het luisteren en aan methodieken om de hulpvraag (de vraag achter de vraag) te verhelderen.

Gedragstherapeuten hebben binnen de universitaire opleiding voor huisartsen een belangrijke rol. De benadering gaat uit van een

ziektemodel dat indeelt in fysieke en psychische categorieën. Zowel de arts als de patiënt hebben hieraan een sterke behoefte. Veel patiënten komen naar de huisarts met terugkerende problemen waar geen fysieke oorzaak aan ten grondslag ligt, maar waar psychosociale factoren een oorzakelijke rol spelen.

De laagdrempelige toegang (lokaal en niet ten koste van het eigen risico) tot de huisarts vereist het zien van een groot aantal patiënten op een dag. Zowel in de opleiding als in de honorering door verzekeraars wordt standaard uitgegaan van 10 minuten per patiënt. Klachten wijzend op een eenduidig ziektebeeld en uitsluitend passend binnen het medisch model worden in een huisartsenpraktijk zelden gezien. Toch is de verwachting van veel patiënten dat er wel een duidelijke verklaring of oorzaak gegeven kan worden. Allerhande problemen worden als lichamelijke klachten gepresenteerd. Het geven van een medische diagnose en behandeling schept tevredenheid, ook bij onbegrepen lichamelijke klachten, zelfs als de behandeling niet helpt. Dat binnen het medisch model geen fouten worden gemaakt weegt zwaar, zowel bij professionals als ook maatschappelijk gezien. Beroepsmatig wordt de huisarts binnen het medisch model (medisch tuchtcollege) afgerekend op het al dan niet professioneel handelen. Hierdoor ontstaat een spagaat: Patiënten eisen een medische benadering en bieden hun vragen ook aan als medische problemen, maar hierdoor is vaak onvoldoende aandacht voor hun diepere hulpvragen. Voor dit ingewikkeld en tijdrovend 'spel' van werkelijk kunnen ingaan op levensvragen is de huisarts niet voldoende opgeleid. Een uitweg voor de huisarts is dan vaak een verwijzing naar een psycholoog, maar dit is in veel gevallen ook een sterk gemedicaliseerde benadering.

Over het algemeen zal de huisarts onderkennen dat er ook problemen zijn rondom levensvragen, maar vindt dan dat zijn/haar primaire taak hier niet ligt en ook dat er te weinig tijd voor beschikbaar is. In tien

minuten kunnen niet én medische problemen én 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 dan wordt dit als een medisch/psychologisch probleem gezien en dus als somatische pathologie benaderd.

Verwachte ontwikkelingen

Binnen de *eerstelijnsgezondheidszorg* zijn er een aantal aandachtspunten. Demografische modellen voorspellen een toename van het aantal ouderen. Dit betekent meer zorg en aandacht voor chronische aandoeningen, zoals pijnklachten en bewegingsbeperkingen bij artrose en chronische vermoeidheid bij longaandoeningen en hart- en vaatziekten. Een tweede belangrijk aandachtspunt bij ouderen vormen opstapelende verlieservaringen, al dan niet gepaard gaand met sociale isolatie. Verder is er een grote angst voor autonomieverlies. In het rapport van de gezondheidsraad (2009) wordt sterke nadruk gelegd op de bevordering van de autonomie en zelfstandigheid van ouderen. Nederland kenmerkt zich door goede eerstelijnsvoorzieningen die het mogelijk maken dat een ruime meerderheid van het aantal ouderen in staat wordt gesteld om thuis te wonen (85% van de 85-jarigen woont zelfstandig). Mantelzorgers (vaak de partner) maken in veel gevallen mogelijk dat patiënten met chronische aandoeningen, zoals beginnende dementie, nog langdurig in staat zijn om thuis te blijven wonen. Toename van het aantal ouderen betekent ook een toename van het aantal mensen met oncologische of andere levensbedreigende aandoeningen. De aandoeningen die te genezen zijn (=curatief) vergen vanwege de intensiteit en de duur van de behandeling een intensieve begeleiding. Tegelijkertijd zal ook het aantal mensen met een niet te genezen (al dan niet oncologische) aandoening (=palliatie) toenemen.

Ouderen met bovengeschetste problemen krijgen vaak te maken met veel verschil-

lende professionals binnen de gezondheidszorg. Traditioneel is de regierol bij uitstek een taak van de huisarts. Huisartsen nemen behalve de strikt medisch-biologische benadering ook nadrukkelijk sociale en welzijnsaspecten mee in hun overwegingen omtrent de patiënt. Dit past binnen een holistisch gegeneraliseerde kijk op de gezondheid. Van oudsher is het gebruikelijk dat de huisarts *alle taken zelf* op zich neemt, en deskundig is op alle terreinen. Het leveren van een continue, integrale en persoonlijke zorg, is echter niet meer haalbaar door één persoon. Zo is de (huis)arts bijvoorbeeld voor het werkelijk goed ingaan op levensvragen onvoldoende opgeleid, en voor een goed verloop en begeleiding ontbreekt de tijd. Voor de integrale aanpak van alle dimensies op fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel/existentieel vlak is nauwe samenwerking in teamverband noodzakelijk. Dat is in het belang van zowel de patiënt als de arts. Het is moeilijk en belastend voor patiënten en hun naasten om een ziekte- en rouwproces door te maken. Maar het proces kan ook een zware tol eisen van de betrokken arts(en) en andere professionals, zeker in het geval van een bijzondere of hechte band tussen arts en patiënt.

Multidisciplinair team

Bij mensen met chronische ziekten en levensvraagstukken doen zich vaak complexe problemen van lichamelijke, emotionele, psychosociale, existentiële en organisatorische aard voor. De dokter kan, mag en wil hierin niet het enige aanspreekpunt zijn. Zorg zoals deze geleverd wordt vanuit het hospice is patiënt-gecentreerd en gaat tegelijkertijd uit van de teambenadering. Een dergelijk zorgmodel is niet alleen in het hospice zeer vruchtbaar gebleken, maar wordt ook binnen de verpleeghuiszorg en in toenemende mate ook binnen het ziekenhuis met palliatieve zorgteams toegepast. Elementen uit dit zorgmodel zouden ook in de eerste lijn kunnen worden toegepast.

Om de regie-taak als huisarts beter vorm te kunnen geven worden de laatste ondersteu-

ningsgelden beschikbaar gesteld, zodat de huisarts taken kan delegeren, met name voor gespecialiseerde verpleegkundige hulp. Dit gebeurt zowel op het gebied van preventie als van somatische en psychologische zorg. In teamverband zal op een breder terrein multidisciplinair samengewerkt kunnen worden.

Wij zouden een pleidooi willen voeren om de geestelijk verzorger een plek te geven in het multidisciplinair team in de eerste lijn, naast de standaard samenstelling van praktijk- en wijkverpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut, maatschappelijk werker en psycholoog. Er is in onze ogen behoefte aan aandacht voor levensvragen als een onmisbaar onderdeel van het integrale zorgaanbod.

Expertisegebieden en taken van de geestelijk verzorger/zingevingconsulent

Een geestelijk verzorger is deskundige in het begeleiden van levensvragen en het verhelderen van morele vragen in de zorg. Zij kunnen worden ingezet voor:

- Spirituele en existentiële begeleiding van patiënten rondom levensvragen, ziekte en eindigheid.
- Spirituele en existentiële begeleiding van naasten en mantelzorgers gedurende het ziekteproces en gedurende de rouwverwerking.
- Ondersteuning en begeleiding van professionals die worden geconfronteerd met levensvragen
- Ondersteuning van behandelteams verwikkeld in morele/ethische vragen, onder andere door middel van moreel/ethisch beraad.

Van de geestelijk verzorger opererend binnen het generalistisch georiënteerd behandelteam wordt een interlevensbeschouwelijke visie en werkmethode verwacht.

Drempels

De huidige toegankelijkheid van een geestelijk verzorger laat helaas nog veel te wensen over. Hiervoor zijn ons inziens een viertal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste profileren geestelijk verzorgers hun specifieke expertise onvoldoende. Ten tweede bekennen de traditionele geestelijk verzorgers zich veelal langs de lijnen van de verschillende denominaties. Zo zijn er katholieke, protestante, joodse, islamitische, hindoeïstische, boeddhistische en humanistische geestelijk verzorgers. Om tegemoet te komen aan de levensvragen van dat deel van de bevolking dat zich niet meer tot een religieus instituut rekent (60%) is er ook behoefte aan zingevingconsulenten die goed onderlegd zijn in de verschillende levensbeschouwelijke tradities, maar tegelijkertijd over de grenzen van de (eigen) levensbeschouwingen heen kunnen kijken naar een algemeen levensperspectief. Ten derde zijn de financieringsmogelijkheden voor hulp bij levensvragen in de extramurale zorg zeer beperkt. Vrijgevestigde zingevingconsulenten zijn er bijna niet omdat hier binnen de eerste lijn geen financiering voor is. Er is geen inbedding in de reguliere gezondheidszorg, zoals de eerstelijnspsychologen deze wel hebben verkregen. Verzekeraars lijken soms de mogelijkheden te zien van begeleiding bij levensvragen, maar komen pas echt over de brug als wetenschappelijk aangetoond is dat begeleiding door zingevingconsulenten meer effect heeft dan het werken met vrijwilligers. En tenslotte, op de vierde plaats, worden levensvragen zowel door professionele hulpverleners als door hulpvragers niet als zodanig onderkend en worden deze

vragen regelmatig gemedicaliseerd. Illustratief in dit opzicht is de recentelijk verschenen online handreiking: www.knmg.nl/praten-over-overlijden. Hierin staat uiteraard en gelukkig de patiënt centraal. Maar als gesprekspartner wordt er uitsluitend de arts genoemd.

Tot slot zal er vanuit de geestelijke verzorging de bereidheid moeten zijn om binnen een eerste lijn teamverband te willen en kunnen werken. Dat kan ons inziens als er niet meer uitsluitend wordt uitgegaan van een 'vrijplaats'. Het wordt een vereiste om een onmededeelzaam beroepsgeheim om te buigen in een mededeelzaam beroepsgeheim, zoals ieder teamgenoot dit onderschrijft. Dat wil zeggen dat, na toestemming van iedere betrokkene, er binnen een behandelteam gecommuniceerd mag worden, daar buiten niet.

drs. J. Schuurmans en drs. ir. C. Veldhoven zijn beiden vrijgevestigd huisarts met specialisatie in de palliatieve zorg

Literatuur

C.W. Anbeek en J. Schuurmans (2010).

'Zingevingvragen in een huisartsenpraktijk', *Tijdschrift voor Humanistiek*, 11 (42), 99-104.

I.D. Illich (1984). *Grenzen aan de geneeskunde: Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid?* Weesp: Het Wereldvenster. 5de druk.

Lud. van der Velden en François Schellevis (2011). 'Toekomstige zorg voor patiënten met kanker', *Huisarts en Wetenschap* 54 (6).