
Levensbeschouwing en FACT

Levensbeschouwelijke zorg is primair een dimensie van alle zorg en niet primair een domein van een specifiek beroep. Vanuit dit uitgangspunt beschrijft Gerrit Jan van der Kolm de ontwikkeling van levensbeschouwelijke zorg in FACT-teams bij GGZ Yulius. Naast de specialist levensbeschouwelijke zorg zijn er aandachtfunctionarissen voor levensbeschouwing aangesteld.

Gerrit Jan van der Kolm

IN DE CHRONISCHE PSYCHIATRIE wordt de laatste tijd het werken met chronische psychiatrische cliënten steeds meer vanuit FACT-teams opgezet. FACT staat voor Functie Assertive Treatment Team en betekent dat één interdisciplinair werkend team alle chronische cliënten in een beperkt geografisch gebied ondersteunt. Door hun multidisciplinaire samenstelling (met o.a. ervaringsdeskundigen, psychiaters, verpleegkundigen en verslavingsdeskundigen) combineren ze psychiatrische behandeling met interventies die de integratie in de samenleving bevorderen. De FACT-teams werken individueel en herstelgericht, maar voor cliënten in crisis wordt (tijdelijk) de

zorgvraag geïntensiveerd naar dagelijkse zorg en behandeling. Daardoor worden opnames voorkomen of korter gemaakt en is er minder gevaar en overlast in de buurt.

De context van Yulius: een sterk ambulante organisatie zonder geestelijke verzorging

GGZ De Grote Rivieren, een van de fusiepartners van de in juli 2011 tot stand gekomen fusieorganisatie Yulius, was vanaf haar oorsprong (1990) een sterk ambulante GGZ-instelling.

Deze regio had tot aan de oprichting van dit APZ geen eigen psychiatrisch ziekenhuis 'in de bossen'. Chronische cliënten uit deze regio werden buiten de regio in één van de bestaande psychiatrische centra opgenomen. Vanaf het begin is ingezet op ondersteuning van cliënten in hun thuissituatie vanuit de rehabilitatiebenadering. De ontwikkeling van FACT-teams was hier een logische volgende stap. Als nieuwe en qua religie en levensbeschouwing neutrale organisatie gericht op de ambulante begeleiding van zelfstandig wonende cliënten, voelde de nieuwe GGZ-organisatie geen behoefte aan klassieke geestelijke verzorging zoals deze is ontwikkeld binnen de situatie van opgenomen patiënten in verzuilde psychiatrische ziekenhuizen, het uitgangspunt van Geestelijke Verzorging in de Instellingswet. Er werd van uitgegaan dat een cliënt die tot een lokale geloofsgemeenschap behoort,

daar vanzelf ook de noodzakelijke geestelijke verzorging zal ontvangen. Wel werd een commissie ingesteld om pastores uit het werkgebied middels studiedagen bekender te maken met psychiatrische problematiek en om te kunnen bemiddelen naar geestelijke verzorging indien daar vraag naar zou zijn vanuit cliënten.

Vanaf de jaren negentig veranderde het levensbeschouwelijke landschap: het werd pluriformer en individueler, de Islam kwam erbij en de traditionele kerkelijkheid nam sterk af. Met het afnemen van vanzelfsprekende zingevingskaders kwam de individuele zingevingsvraag op, juist bij cliënten die midden in de samenleving hun leven moesten zien vorm te geven terwijl hun toekomstperspectief ernstig ingeperkt werd door de psychiatrische problematiek. Tegelijk bleef in de specifieke context van de Bijbelgordel van Zuid-Holland-Zuid een deel van de cliënten stabiel behoren bij de orthodoxe vleugel, en er ontstonden hier enige grote (volle) evangelische gemeenten die grote aantrekkingskracht uitoefenden op cliënten en een aantal van hen in spanningsvolle relatie met de GGZ brachten.

In deze periode begon het klassieke negatieve beeld van religie in de psychiatrie te kantelen door vooral Amerikaans onderzoek, waaruit juist de steunende aspecten van het behoren bij een geloofsgemeenschap bleken. Bij GGZ De Grote Rivieren groeide mede onder invloed van deze ontwikkelingen het afgelopen decennium het besef dat aandacht voor deze aspecten ontbreekt in de behandeling van vooral chronische cliënten en in het eigen cursusaanbod voor interne opleidingen. Omdat zingeving en religie bij cliënten wel leeft, maar geen plaats heeft in het behandelaanbod, groeide het inzicht dat beleidsmatige aandacht voor zowel de individuele zingevingsvraag van cliënten als voor het netwerk van geloofsgemeenschappen waartoe veel cliënten behoren, de kwaliteit van de zorg kan verbeteren. In 2007 werd mij gevraagd hiertoe beleid en werkvormen te ontwikkelen.

Uitgangspunten levensbeschouwelijke zorg

Het nu bij Yulius ontwikkelde model bouwt voort op nieuwere inzichten en werkvormen in andere GGZ-instellingen en op de studie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) *Geloven in het publieke domein* en de daarin ontvouwd inzichten van Hans Schilderman. De volgende uitgangspunten zijn daarbij leidend geweest:

- Levensbeschouwelijke zorg is primair een *dimensie* van alle zorg en niet primair een *domein* van een specifiek beroep
- In principe alle professionals ongeacht hun functie komen met deze dimensie in aanraking
- Levensbeschouwelijke zorg is gericht zowel op herstel van zingevingskader als op levensaanvaarding van cliënten

Yulius ontwikkelt daarom levensbeschouwelijke zorg als integraal kwaliteitsaspect van de zorg. Levensbeschouwelijke zorg bij Yulius betekent: de professionele begeleiding van en hulpverlening aan cliënten bij de *zingevingdimensie* van de hulpvraag. Dit wordt, in variatie op de VGVZ-definitie, als volgt gedefinieerd:

Met zingeving wordt bedoeld het continue proces waarin ieder mens, in interactie met diens omgeving, betekenis geeft aan zijn of haar leven. Het zingevingproces speelt op verschillende niveaus: existentieel niveau (affectief en spiritueel) en op cognitief niveau (de al of niet expliciete, al of niet religieuze levensbeschouwing). Zingeving omvat niet alleen de actieve zingeving, maar evenzeer het kunnen afzien daarvan: de aanvaarding van onveranderbaar en als 'zinloos' beleefd verlies en lijden en het leren 'op zich nemen' van het eigen leven, inclusief de ziekte.

Aan deze dimensie wordt intern vormgegeven door alle professionals in het primaire zorgproces en extern bemiddeld in een netwerk van geestelijke begeleiders van diverse levensbeschouwelijke organisaties.

Om dit proces te ondersteunen en te borgen in de organisatie is een specialist levens-

beschouwelijke zorg aangesteld. Voor deze functionaris is de 'dubbele binding' doelbewust losgelaten: het mandaat van één kerkgenootschap is hinderlijk. Het is niet alleen onnodige ballast voor de open verhouding met *alle* cliënten en personeel, maar ook strijdig met de ambassadeursfunctie naar alle externe levensbeschouwelijke organisaties. Bepalend voor de functie is de professionele houding gebaseerd op een wetenschappelijke benadering.

Werkwijze specialist levensbeschouwelijke zorg

De strategische aansturing van de specialist levensbeschouwelijke zorg vindt plaats vanuit de Raad van Bestuur, terwijl de operationele aansturing plaatsvindt vanuit de Divisie Langdurende Zorg en Behandeling. De specialist werkt op grond van een door de Raad van Bestuur inhoudelijk goedgekeurd brondocument. In dit brondocument zijn de kerntaken van de specialist vastgelegd. De kerntaken van de specialist kunnen worden onderscheiden in vier gebieden:

1. *kerntaken gerelateerd aan de professionals in het primaire zorgproces.* Uitgangspunt hierbij is dat bij veel professionals de wil wel aanwezig is om aandacht te geven aan deze dimensie van zorg, maar dat door onvoldoende scholing en de dagelijkse routine en werkdruk deze dimensie minder aandacht krijgt dan wenselijk is. Deze kerntaak is gericht op vergroting van sensibiliteit, kennis en competentie van professionals voor existentiële en zingevingsvragen.
2. *kerntaken gerelateerd aan externe contacten.* Uitgangspunt hierbij is het belang van zowel de steun als de belemmering die cliënten kunnen vinden in hun zingeving door hun deelnemen aan een geloofsgemeenschap. Deze kerntaak is gericht op vergroting van het vermogen van geloofsgemeenschappen om vorm te geven aan de omgang met psychiatrie in de gemeente en op samenwerking tussen GGZ en geloofsgemeenschappen.
3. *kerntaken gerelateerd aan cliënten.* Uitgangspunt hierbij is dat de specialist als onder-

steuning van de twee eerste kerntaken zelf in het primaire zorgproces – afgestemd op behandeling – participeert daar waar zijn of haar specifieke hermeneutische deskundigheid vereist is of een hulpvraag op levensbeschouwelijk terrein intern of extern niet door andere professionals kan worden beantwoord.

4. *kerntaken gerelateerd aan organisatie en beleid.* Deze kerntaak is gericht op het scheppen van voorwaarden voor levensbeschouwelijke zorg. Dat kan door het ontwikkelen en voorbereiden van beleid en procedures en vormgeving van samenwerking met divisies en afdelingen, zoals opleidingen en preventie.

Een flink deel van de werktijd van de specialist bestaat uit interne en externe scholing en consultatie: intern wordt de specialist regelmatig om advies en ondersteuning gevraagd door collega's en teams bij levensbeschouwelijke en zingevingsvragen. Regelmatig worden cursussen, themabijeenkomsten en klinische lessen gegeven met als doel sensibilisering en deskundigheidsbevordering. Intussen heeft een dertigtal collega's een intensieve op intervisie gebaseerde cursus van zes dagdelen gevolgd en een veelvoud aan collega's heeft kortere themabijeenkomsten of teambegeleidingen gevolgd.

Ten behoeve van de externe scholing en begeleiding van geestelijk leiders van alle geloofsgemeenschappen is een signaleringsinstrument ontwikkeld en een cursus 'psychiatrie voor geestelijk leiders'. Deze cursus omvat acht maandelijkse bijeenkomsten van drie uur. In deze bijeenkomsten worden de belangrijkste ziektebeelden plus de omgang daarmee door steeds wisselende deskundigen uitgelegd, gevolgd door een bewustmakend en vaardigheidsbevorderend gesprek vanuit de praktijk van de geloofsgemeenschappen onder leiding van de specialist. Aan de cursus wordt deelgenomen door geestelijk leiders van zowel reformatorische, evangelische, pinkster- als PKN-achtergrond en een enkele keer ook door geestelijk leiders van niet-christelijke religies. De cur-

sus wordt door de grote belangstelling twee keer per jaar gegeven aan een groep van twaalf deelnemers. De cursus is inmiddels geaccrediteerd als nascholing van de PKN.

Doordat de cursus reeds een aantal jaren wordt gegeven, zijn contacten ontstaan met geestelijk leiders uit zeer diverse geloofsgemeenschappen in de regio, waardoor GGZ en geloofsgemeenschappen wederzijds een beroep op elkaar doen en elkaar aanspreken.

In de participatie in het primaire zorgproces ligt de nadruk op groepswerk. Er zijn twee vormen van groepswerk. Allereerst een laagdrempelige groep 'bezinning' voor cliënten in een acute ziektefase in de klinieken en woonvormen. Deze groepen hebben een vaste, voorspelbare methodiek, waarbij cliënten per bijeenkomst kunnen aanschuiven. Deze groepen zijn gericht op het zoeken van enige rust en afstand van het ziek-zijn door het benoemen van en stilstaan bij thema's uit het mens-zijn. Daarnaast is er een vaste groep 'levensvisie' in ieder FACT-team van zestien bijeenkomsten volgens het lot-genotenmodel voor stabiele cliënten. In deze groepen staat het beschouwende leergesprek over grote levensvragen centraal.

Beide groepen worden steeds begeleid zowel door een professional uit het desbetreffende FACT-team als door de specialist levensbeschouwelijke zorg.

De aandachtfunctionaris levensbeschouwing

De aanstelling van aandachtfunctionarissen in de FACT-teams is een volgende stap in de hierboven geschetste ontwikkelingen en activiteiten en bouwt daarop voort.

In ieder nieuw gevormd FACT-team is vanaf medio 2011 een aandachtfunctionaris 'levensbeschouwing' aangesteld. Meestal is dit een begeleider met SPH-opleiding, maar het kan ook een behandelaar met SPV-achtergrond zijn. De aandachtfunctionaris heeft drie hoofdtaken:

- Het opbouwen en onderhouden van een

databestand en van contacten met geloofsgemeenschappen en levensbeschouwelijke sleutelfiguren in het FACT-werkgebied om in voorkomende gevallen te kunnen adviseren, bemiddelen, doorverwijzen, afstemmen en samenwerken. Deze netwerkvorming bouwt voort op het door de cursussen en intervisie ontstane netwerk van relaties van de specialist levensbeschouwelijke zorg.

- Bij de patiëntenbespreking de aandacht richten op de aspecten zingeving, geloof en/of lidmaatschap van een levensbeschouwelijke organisatie. Speelt dit aspect een rol voor de cliënt, werkt het steunend of belemmerend, en zijn er externe of interne hulpbronnen die de cliënt hierbij kunnen ondersteunen?
- De bij de betreffende cliënt betrokken collega's ondersteunen in het vormgeven van deze zorg. De voorkeur gaat uit naar externe bronnen, bijvoorbeeld door levensbeschouwelijke organisaties en sleutelfiguren, als die aanwezig zijn voor de cliënt, of door bemiddeling, afstemming of inschakeling van hen, als de cliënt zelf geen contacten heeft. Soms kan dit ook leiden tot een kritisch gesprek met de geloofsgemeenschap. Intern kan dit leiden tot deelname door de cliënt aan een van de hierboven genoemde gespreksgroepen of tot individuele gespreksvoering over levensbeschouwelijke thema's, eventueel ondersteund door de specialist levensbeschouwelijke zorg. Meestal is de aandachtfunctionaris ook degene die met de specialist levensbeschouwelijke zorg de hierboven genoemde groepen begeleidt.

Voorwaarde om als aandachtfunctionaris te kunnen worden aangesteld is het volgen van de hierboven genoemde cursus voor personeel. De teamleider is verantwoordelijk voor de aanstelling, in overleg met de specialist levensbeschouwelijke zorg. De aandachtfunctionarissen worden inhoudelijk begeleid door de specialisten levensbeschouwelijke zorg: individueel 'op maat' en door twee maal per jaar als groep de ervaringen uit te wisselen en daarop voort te bouwen.

Een belangrijk uitgangspunt bij de vormgeving van deze functie is niet zozeer een nieuwe extra taak met extra uren voor een specifieke functionaris, maar de integratie van dit aspect in het normale werk van het FACT-team. Het gaat om een specifieke focus binnen hetzelfde werk, en om deze te garanderen neemt een teamlid deze portefeuille op zich. Er zijn vanzelfsprekend enige extra uren nodig voor scholing, netwerken en interview, maar het meeste werk vindt plaats binnen de normale 'productietijd'. Ofwel: hetzelfde werk, met andere focus.

De ontwikkeling van FACT-teams is nieuw en het functioneren van aandachtfunctionarissen daarbinnen is nog te pril om conclusies te trekken. Maar de aandacht voor zingeving als onderdeel van het zorgaanbod is geborgd en organisatorisch ingebed. En de eerste start is veelbelovend en inspirerend, omdat het een oefening is in anders kijken naar hetzelfde werk en het eigen functioneren van de professional en omdat het een nieuw perspectief biedt op cliënten en de mogelijkheden voor ondersteuning van het herstelproces van cliënten.

Dr. Gerrit Jan van der Kolm is specialist levensbeschouwelijke zorg bij Yulius, GGZ-instelling

in de regio Zuid-Holland. (Met dank aan Arthur van Gool voor diens kritische bijdrage aan het manuscript.)

Literatuur

- Arends, C. (2003). *Het verlangen erbij te horen. Transmuralisering en geestelijke verzorging in de GGZ*. KSGV, Tilburg.
- Becker, J., en J. 't Hart (2006). *Godsdienstige veranderingen in Nederland*. SCP, Den Haag.
- Castelein, C., e.a. (2010). 'Lotgenotengroepen voor mensen met een psychose verbeteren kwaliteit van leven', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154.
- Schilderman, H. (2006). 'Religie en Zorg in het publieke domein', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.) (2006). *Geloven in het publieke domein, verkenning van een dubbele transformatie*. WRR-rapport. Amsterdam University Press.
- Veldhuizen, R. van, M. Bähler, D. Polhuis, en J. van Os (red.) (2008). *Handboek FACT. De Tijdstroom*, Utrecht.

Noten

- 1 Hermeneutiek kan in dit verband gedefinieerd worden als het vermogen om de ervaringen rond ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van het levensbeschouwelijk referentiekader van de cliënt door verbinding te leggen tussen de situatie waarin de cliënt zich bevindt en diens levensbeschouwelijke achtergrond.