
Mag ik op uw erf komen?

Hoogleraar infectieziekten en dokter Tjip van der Werf over het ziekenhuis en de geestelijke verzorging

Met een wandeling langs infobalies, brede hallen en trapportieken leidt onze zoektocht in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) naar de afdeling infectieziekten. Midden tussen de gelijkvormige deuren in de lange gang vinden we de kamer van Tjip van der Werf. Prof. Dr. T.S. van der Werf is als hoogleraar infectieziekten verbonden aan het UMCG.

Job-Jan ten Horn, Elske Kroondijk

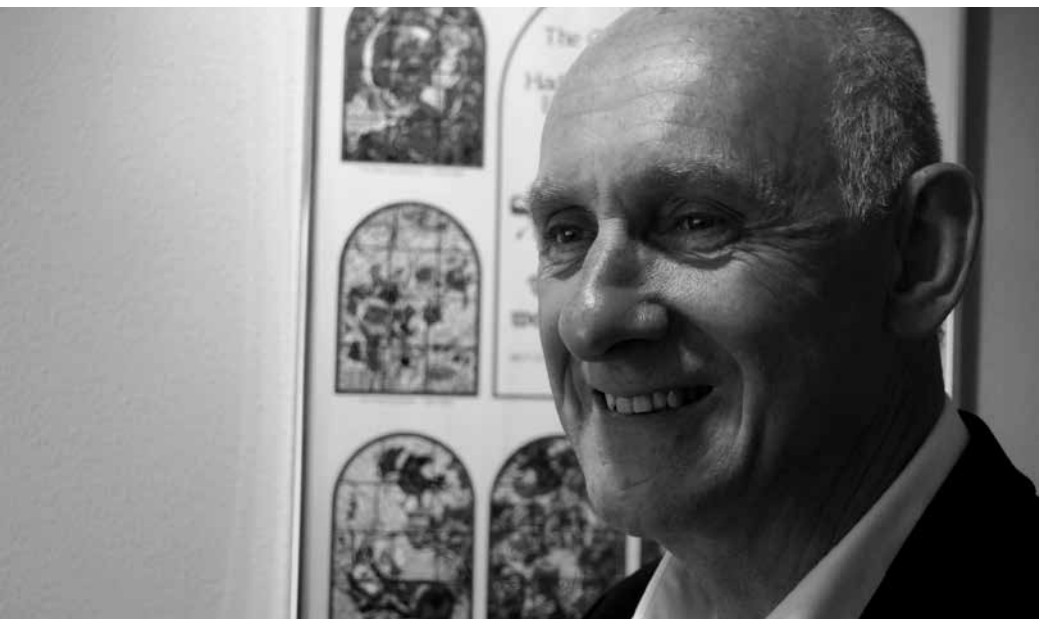
TJDENS ZIJN PROFESSIONELE CARRIÈRE heeft hij een grote betrokkenheid bij geestelijke verzorging getoond. Zo heeft hij nu ruim tien jaar zitting in de opleidingscommissie geestelijke verzorging van de Rijksuniversiteit Groningen. We kloppen aan en Tjip laat ons binnen. Binnengekomen is het eerste wat opvalt de verschillende kunstwerken aan de wand. Een bijbels tafereel, een kleurrijke Chagall... Een portret in woorden van een bewogen dokter.

We kennen jou, Tjip, van de tijd dat we samen in de opleidingscommissie van de opleiding geestelijke verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen zaten. Hoe ben jij daar ooit in terecht gekomen?

Ik ben ooit persoonlijk benaderd door de radiotherapeut-oncoloog professor Hans Verweij, die vóór mij in de opleidingscommissie had gezeten, en hij vroeg me of ik het stokje van hem wilde overnemen. Het is best leuk en je hoort eens wat anders, zei hij. Als oncoloog van de oude stempel (de vroegere oncologieafdeling was minder optimistisch dan nu) had hij gezien hoe belangrijk het was voor mensen om te plaatsen wat hen in het ziekteproces overkwam. In geestelijke verzorging zag hij een belangrijke mogelijkheid om mensen hierbij te helpen. Hij voelde daar echt wel wat bij. Op een dag kwam hij mij alle mappen brengen. Sindsdien ben ik het. Wat ik precies kom doen weet ik zelf ook niet altijd, maar ik heb eigenlijk geen reden om weg te gaan. Ik ben een soort *stayer*.

Toch zijn we wel nieuwsgierig naar je persoonlijke motivatie en betrokkenheid bij het vak.

Ik ben verbonden aan een kerkelijke gemeente maar beschouw mezelf als quasi randkerkelijk: in elk geval behoor ik niet tot



de *core* van de groep. Maar waar ik van houd zijn ritmen en vormen en van momenten van stilte. Een balans in je leven vinden – dat is wat ik mooi vind daarin. Ik heb geen specifieke voorstelling van zaken die mensen die heel gelovig zijn wel hebben. Maar ik heb wel een soort gevoel van vertrouwdheid, van rust en bezinning. Precies dat wordt aangetaast in een existentiële crisis.

Word je daar in je werk veel mee geconfronteerd?

Absoluut. Als dokter weet je dat je technische oplossingen kunt bieden, maar het lijden los je er niet mee op. Ik realiseer me dan dat mensen een veel groter probleem hebben dan een medisch-technisch probleem. Ze komen met de grenzen van hun bestaan in aanraking; rouwprocessen, verlieservaringen: dat je leven nooit meer wordt zoals het was. Dat is denk ik wat iedere dokter in zijn leven tegenkomt. Maar vaak lopen ze eraan voorbij.

Waarom is dat?

Waarom? Omdat er een machteloos gevoel bij komt kijken. Je wordt misschien dokter omdat je een optimistisch mens- en wereld-

beeld hebt. Een idee van maakbaarheid van het bestaan, maar dat is maar beperkt zo. Je kan af en toe kleine stapjes maken en het is

Geestelijke verzorging is een oase in de woestijn van het medisch geweld

mooi en dankbaar werk. Maar dokters leven zelf ook op de grens van hun eigen beperkingen. Het blijkt dan ook dat dokters in vergelijking tot soortgelijke professionals een veel hogere kans op depressieve stoornissen en suïcide hebben.

Wat leert dat ons over dokters?

Dat dokters niet per definitie gelukkige mensen zijn. Ze leven continu tegen de eigen grenzen van hun kunnen aan. Het is goed om je dit te realiseren. In het jaarlijkse college dat ik aan Master-studenten Geestelijke Verzorging geef, besloot ik het ook op de agenda te zetten. Wat ik heb aangekaart is de dokter als mogelijke gesprekspartner voor hen als geestelijk verzorgers. Daar schrokken ze van. Maar het is wel belangrijk. Je komt als GV'er in een organisatie en je kunt ervoor kiezen in de ethische com-

missie te stappen om op metaniveau over zorg mee te denken. Maar ook de mensen waarmee je werkt, de professionals, die hebben ook hun problemen. Het kan zijn dat je daar ook iets mee kan: in elk geval is het goed om te weten dat je met een groep academici werkt die zelf soms ook in existentiële moeilijkheden komen.

Zoeken GV'ers en dokters elkaar nu te weinig op?

Ik denk van wel. De ingang van de geestelijk verzorger is meestal via de verpleging. Die signaleert wie geestelijke verzorging nodig heeft. Dokters zijn daar niet zo sterk in. Maar beste geestelijk verzorgers, bedenk je dat je een academisch werk- en denkniveau hebt en communiceer met je collega's die ook op dat niveau zitten. Stap op een dokter af en vraag gewoon: 'Ik word gevraagd in contact te treden met deze patiënt. Het lijkt me goed dat ik even word bijgepraat over hoe jij daar tegenaan kijkt'.

Ik realiseer me dat mensen een veel groter probleem hebben dan een medisch-technisch probleem. Ze komen met de grenzen van hun bestaan in aanraking

Dokters roepen er snel een psycholoog of psychiater bij. En dat kan natuurlijk, dat op dat niveau iets moet worden opgelost. Het kan ook zijn dat patiënten het niet op een rij krijgen, dat ze hun levensverhaal niet meer op een rij krijgen. Met een beperking verder leven, met het besef van de eindigheid van het leven verder leven of het zal nooit meer worden zoals het was. De geestelijk verzorger kan natuurlijk ook geen *miracles* verrichten maar heeft wel een ingang waar een psycholoog niet bij komt of waar maatschappelijk werk niet aan de orde is. De geestelijk verzorger komt binnen als professional die als enige geen agenda bij zich heeft. Er is geen stappenplan van te voren.

Een geestelijk verzorger is de enige professional in het systeem die niet iets hoeft te bereiken, die is per definitie het luisterend oor. En dat is wel een soort verademing, een oase in de woestijn van het medisch geweld.

Wat heeft de geestelijke verzorging in te brengen in een zorginstelling?

De perceptie van het instituut is dat we iets moeten oplossen, er is een probleem dat we moeten oplossen. Het idee dat mensen misschien hun verhaal kwijt willen of zich moeten verzoenen met hun lot, dat idee leeft minder. En misschien kunnen jullie dat juist doen. Jullie kunnen de taal begrijpen of de taal vinden die mensen juist daarbij verder kan helpen. Daar liggen wel enorme uitdagingen met bijvoorbeeld de multiculturele samenleving en daarnaast de vraag hoeveel bagage je hebt na een eenjarige master.

Hoe verhoudt de 'agendaloze benadering' zich tot de vraag naar meetbare output? Naar resultaten? Hoe kan de geestelijk verzorger zich daartoe verhouden?

Ja, dat is een goede. Een van de voorgangers van Hetty Zock (voorheen hoogleraar godsdienstpsychologie aan de RUG en drijvende kracht achter de master GV, red.), Johan Bouwer, was op de toer dat je ook behandelaar bent, en ach, waarom ook niet? Maar dan heb je weer een agenda, en misschien moet je je juist zichtbaar maken door te zeggen 'wij zijn de enige zonder agenda'. Dit kan juist de meerwaarde zijn die je te bieden hebt.

Dat als *Unique Selling Point*?

Ja, in wezen. En misschien kunnen psychologen dat ook, maar je moet je proberen te verweren als beroepsgroep, tegen de terreur van outputmetingen. Maar goed, er zijn genoeg mensen die zeggen dat je wel degelijk een diagnose moet stellen als geestelijk verzorger en daar een behandelplan op moet maken. Er is wat mij betreft niks op tegen om het in een soort medisch-achtig model te stoppen, je wilt die persoon immers verder helpen. En dan ben je misschien behan-

delaar, prima. Waarom niet? Ik heb daar geen moeite mee. Maar misschien moet je toch juist de ruimte gaan opeisen voor een quasi agendaloze benadering.

Hoeveel kans van slagen heeft dat? Ook met het oog op de toekomst? Protocollisering neemt toe. Hoe realistisch is het?

Ik zit niet aan de managementkant, ik word ook in alles continu de maat genomen. Je eigen kwalificaties, je *continuous education points*, je herregistratie, je eigen na- en bijscholing. Je output, wetenschappelijk en qua patiëntenzorg. Dus hoe doe je dat dan? Iedereen zit in die outputgekte. De vraag is nou van: kun je misschien in de geestelijke verzorging die dans een beetje ontspringen? Waarschijnlijk niet helemaal, maar misschien moet je het aandachtspunt opeisen dat je een *added value* hebt.

Een *added value*?

Ja, *added value*. Jullie moeten niet in de valkuil stappen dat je een *business case* gaat schrijven voor geestelijke verzorging. Het is natuurlijk geen *business*. Maar het is wel een *value case*, jullie hebben *added value*. Jullie voegen iets toe voor patiënten die door een existentiële crisis gaan. Patiënten kunnen door zo'n crisis gaan terwijl ze hier liggen. Je kan de patiënt helpen zichzelf opnieuw te ontdekken, als een stofje in de kosmos dat dan toch zijn rustpunt kan vinden. Dat vind ik erg mooi. En dat naast alle geboden zorg die natuurlijk ook nodig is. Je kunt het niet verzilveren in een *business case*, maar misschien dus wel in termen van een *value case*, van 'wij bieden iets extra's'. Mensen komen natuurlijk voor een somatische of psychiatrische ziekte naar het ziekenhuis, maar jullie bieden dat meerdere, dat extra; dat kan het verschil geven.

Hoe zou je deze *value* kunnen concretiseren?

Wat kunnen jullie doen om mensen zich senang te laten voelen binnen de mogelijkheden van hun medisch probleem? Dat vertaalt zich bijvoorbeeld in tevredenheid-outputmetingen. Dat is nu allemaal heel



modern, ze krijgen allemaal enquêtes. Je moet klanttevredenheidonderzoeken. Daar zou het zich in kunnen vertalen. En het kan interessant zijn om te onderzoeken hoeveel vastgelopen zorgrelaties terug te voeren zijn op een existentiële crisis. Op de IC worden bijvoorbeeld per patiënt per dag ongeveer 200 beslissingen genomen. Statistisch gezien is het bijna onmogelijk dat het foutloos verloopt, het gaat dan meer om foutenreductie. Maar waar die klachten over gaan is misschien iets heel anders.