

gekwalficeerd als geestelijk verzorger. Van-
daar die gouden standaard: iedereen die
zich geestelijk verzorger wil noemen moet
dat kunnen verantwoorden binnen de vari-
eteit van het beroep. En er is een extern be-
lang: instellingen, zorgverzekeraars, pati-
entenverenigingen en overheid weten dat
wie geregistreerd staan ook gekwalficeerd
zijn. Voor de samenleving en voor alle part-
ners in de zorg is er zo een norm en een aan-
spreekpunt en daar gaat het ons om.

Mr. P.R.M. van der Ven is Geestelijk verzorger
Ziekenhuis Rivierenland Tiel.

Drs. Trijnie Nielen-Rosier is Geestelijk verzorger
Pro Persona Tiel.

Website van de SKGV: <http://skgv.mijnregister.nl>

Noten

- ¹ Zie hiervoor het VGVZ-cahier 4 (2010), Ambtelijke Binding.

Aanbodgericht werken: een onderzoek

Wat doe je als je jarenlang vraaggericht gewerkt hebt en merkt dat het aantal aanvragen terugloopt? Francesco Kortekaas en Jowien van der Zaag zijn met dit gegeven aan het werk gegaan. Zij beschrijven hun ervaringen en doen verslag van een onderzoek naar een structureel aanbod van geestelijke verzorging. Het mondt uit in een pleidooi voor een actievere inzet van onze beroepsgroep, geïntegreerd in het multidisciplinaire zorgproces.

Francesco Kortekaas en Jowien van der Zaag

DE AFDELING GEESTELIJKE VERZORGING in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, een categoriaal ziekenhuis voor kankerpatiënten, heeft een ruim tienjarige traditie van vraaggericht werken. Dat wil zeggen dat de patiënt alleen op eigen vraag of na signalering door de verpleegkundige bezocht wordt door een geestelijk verzorger.¹ Daarnaast vindt doorverwijzing plaats door de specialist, de zaalarts of door collega's van de Dienst Begeleiding en Ondersteuning waar de afdeling geestelijke verzorging zelf ook deel van uitmaakt.²

Op de interne afdeling bleek de afgelopen jaren het aantal aanvragen terug te lopen. Dit riep bij de teamleiders en ons een aantal vragen op. Wat is hier precies aan de hand? Houdt dit verband met de toegenomen werkdruk op de werkvloer? Wijst dit op een teruglopende behoefte aan geestelijke verzorging? Of spelen andere factoren een rol?

Aan de tekentafel

Met het afdelingshoofd van de interne afdeling en één van de teamleiders zijn we vervolgens in gesprek gegaan. Dit resulteerde in het besluit om bovengenoemde vragen gedurende een afgebakende periode in een pilot te gaan onderzoeken. We hebben op dat moment een drieledig doel vastgesteld:

Onderzoeken of een structureel aanbod van geestelijke verzorging voor een aantal geselecteerde patiëntengroepen aansluit bij een al dan niet latente behoefte aan geestelijke zorg.

In beeld krijgen van de mate van die behoefte. Versterken en verbeteren van de samenwerking met de verpleegkundigen in hun signalerende rol.

Plaats van onderzoek is één van de vleugels van de interne afdeling. Deze afdeling heeft zestien bedden en neemt patiënten met verschillende soorten kanker op, die allen komen voor behandeling met intensieve chemotherapie. De patiën-

CATEGORIEËN	AARD VAN HET CONTACT
Geloof en spiritualiteit	Presentie
(Rel.) omgang met ziekte	Ondersteuning
Levensloop en perspectief	Geestelijke begeleiding
Zin en kwaliteit van leven	Ambtelijk / ritueel
Strijd, hoop en aanvaarding	
Omgang met afscheid en levenseinde	
Geestelijke nood	
Ethische vragen e.a.	

Figuur 1

ten selecteren we op grond van het criterium van behandelzwaarte en de mogelijke behoefte aan geestelijke ondersteuning hierbij. We kiezen voor patiënten die opgenomen zijn voor een perifere stamceltransplantatie, voor hen die in verband met een melanoom komen voor een experimentele behandeling, en voor de patiënten die een gecombineerde behandeling van chemotherapie en bestraling ondergaan.

We voegen hier patiëntendoelgroepen aan toe die om andere redenen behoefte zouden kunnen hebben aan geestelijke verzorging. Achtereenvolgens zijn dat patiënten in het Zorgpad Stervensfase en patiënten die langer dan twee weken opgenomen zijn, vaak ten gevolge van complicaties in de behandeling. Ten slotte ruimen we plaats in voor een groep 'Overige', met patiënten die voor de keuze staan van wel of niet doorbehandelen of bij wie een wens om euthanasie is geuit.

We stellen de pilot vast voor een periode van zes maanden. De communicatie met de verpleegkundigen op de werkvloer verloopt via de teamleider. Twee keer per week, op een vast moment, neemt één van ons samen met de verpleegkundige van afstemming³ de lijst van patiënten door, met speciale aandacht voor patiënten van de geselecteerde doelgroepen. In sommige gevallen houden we na selectie nog ruggespraak met de verpleegkundige van dienst⁴ om te horen of er redenen zijn om niet bij de geselecteerde patiënt langs te gaan. Bijvoorbeeld vanwege de medische of psychische situatie waarin de patiënt verkeert of een al eerder opgevangen signaal dat de patiënt geen be-

hoefte heeft aan ondersteuning van een geestelijk verzorger.

Uitvoering en verslaglegging

Nadat het kader van de pilot vastgesteld is, zijn we begonnen met de uitvoering. Bij ieder eerste patiëntenbezoek stellen wij ons voor in onze functie⁵ en inventariseren we de behoefte aan geestelijke ondersteuning. Mocht de behoefte en de gelegenheid er zijn, dan vindt direct een kort kennismakingsgesprek plaats met de patiënt en/of zijn/haar naaste(n).

Is er een teruglopende behoefte aan geestelijke verzorging?

Ongeacht of de patiënt gebruik maakt van het aanbod en ongeacht de duur van het contact, rapporteren we ieder feitelijk aanbod in het verpleegkundig zorgdossier. In het digitale registratiesysteem (Ezis) zijn aparte codes aangemaakt om de nieuwe gesprekscontacten en de vervolcontacten per patiëntendoelgroep te registreren.

Om het in de pilot niet alleen bij de kale cijfers te houden, voegen we aan deze registratie ook inhoudelijke gegevens uit de gesprekken toe.⁶ We doen dit aan de hand van een in onze praktijk ontwikkeld model van inhoudelijke registratie. We kunnen hiermee een gesprek typeren aan de hand van een categorie en de aard van het contact. Een categorie staat in dit model voor enkele

Afstemmen met verpleegkundige	Aanbod Eerste Contact	Per doelgroep		
46	54	Stamcel	9	17%
		Melanoom	2	4%
		Combinatie	5	9%
		Lange ligduur	21	39%
		Stervensfase	4	8%
		Overige	13	24%
TOTAAL	46	54	54	100%

TABEL 1: aanbod en respons per doelgroep

gespreksthema's, soms polair van karakter, die geclusterd zijn op grond van hun onderlinge samenhang (Figuur 1). De aard van het contact geeft aan welke vorm achteraf bezien het meest typerend is voor het contact. We onderscheiden *presentie*⁷ als het vooral gaat om het luisteren en aanwezig zijn, *ondersteuning* als deze, in haar meest basale zin, in het contact bepalend is, en *begeleiding* als het om geestelijke begeleiding gaat bij een groei- of veranderingsproces. Het *rituele* tenslotte is gereserveerd voor de contacten waar de ambtelijke rol en de rituele handeling voorop staan.

Per gesprek kunnen meerdere items gescoord worden, zowel naar categorie als naar aard. Hierdoor kan recht worden gedaan aan de dynamiek van een gesprek. De combinatie van bijvoorbeeld meerdere categorieën biedt zo een inzicht in het procesmatig verloop van het gesprek.

De cijfers aan het woord

In de onderzoeksperiode van zes maanden hebben we 46 keer een kort overleg met de verpleegkundi-

ge van afstemming.³ In totaal worden 54 patiënten benaderd met een aanbod van geestelijke verzorging.

Bij de verdeling over de patiëntendoelgroepen zien we dat de patiëntengroep met een lange ligduur (39%), de restgroep 'Overige' (24%) en de groep van de stamcelpatiënten (17%) het meest in beeld komen. (Tabel 1)

Wat opvalt, is dat de patiëntengroep 'Zorgpad Stervensfase' in aantal laag scoort, slechts 4 patiënten (Tabel 1). Dit kan te maken hebben met het feit dat door de regelmatige afstemming deze patiënten al in een eerdere fase door ons benaderd zijn.

De respons onder de patiënten is gevarieerd. Van de 54 benaderde patiënten geven 22 patiënten aan geen behoefte te hebben aan een gesprek. Bij 32 patiënten leidt het aanbod wel tot een gesprek, waarbij voor 10 patiënten een eenmalig gesprek volstaat.

Aanbod 54 patiënten	Geen behoefte	Eenmalig gesprek (EG)	Vervolg contact (VC)	Aantal vervolg-gesprekken	Gesprekken totaal EG + EC + VC	Afstemming verpleegkundige
ABSOLUUT	22	10	22	56	88	27
RELATIEF	40%	19%	40%	2,5 gesprek per patiënt		50%
		EG + VC = 59%				

TABEL 2: respons en afstemming EC = Eerste contact EG= Eenmalig gesprek VC= vervolgcontact

Vervolgcontacten (VC)	Verdeling VC over patiëntendoelgroepen	Duur gesprekken	Categorieën	Aard	
56 vervolg- gesprekken bij 22 patiënten	Stamcel	2	26 x K	5xC1 7xC5	Presentie 2x
	Melanoom	1	32 x M	6xC2 6xC6	Ondersteuning 17x
	Combinatie	2	20 x L	6xC3 4xC7	Begeleiding 4x
	Lange ligduur	12		8xC4 1xC8	Ritueel 7x
	Stervensfase	2			
	Overige	3			
TOTAAL		22	50 uur		

CATEGORIEËN	AARD VAN HET CONTACT	DUUR GESPREKKEN
1. Geloof en spiritualiteit	Presentie	Tot 20 min. = kort (K)
2. (Rel.) omgang met ziekte	Ondersteuning	15–45 min. = middel (M)
3. Levensloop en perspectief	Geestelijke begeleiding	45 min. en > = lang (L)
4. Zin en kwaliteit van leven	Ambtelijk / ritueel	
5. Strijd, hoop en aanvaarding		
6. Omgang met afscheid en levenseinde		
7. Geestelijke nood		
8. Ethische vragen e.a.		

TABEL 3: vervolggesprekken per doelgroep en inhoud

Bij 22 patiënten krijgt het eerste gesprek een vervolg in één of meerdere vervolggesprekken, gemiddeld 2,5 gesprek per patiënt. In totaal hebben we in de periode van onderzoek, inclusief de eenmalige ontmoetingen, 88 gesprekken, verdeeld over 32 patiënten. In 27 gevallen vindt na het gesprek met de patiënt een inhoudelijk relevante afstemming plaats met een van de verpleegkundigen (Tabel 2). De afstemming betreft aspecten die relevant zijn voor het zorgproces, niet de informatie die door de patiënt in vertrouwen gegeven is.

Vervolggesprekken

De meeste vervolggesprekken vinden plaats met patiënten die een lange ligduur kennen. Van de 21 benaderde patiënten in deze categorie vindt met 12 een vervolggesprek plaats. Dat is bijna 50%. Gezien de lange opnameduur ligt deze hoge score voor de hand.

De rest van de vervolggesprekken is nagenoeg gelijk verdeeld over de andere doelgroepen. De respons onder de toegevoegde groep 'Overige', dat zijn de patiënten waar een dilemma speelt met betrekking tot het al dan niet voortzetten van de behandeling of waar een euthanasiewens geuit is, steekt er relatief boven uit: van de 13 benaderde patiënten in deze categorie maken er 3 gebruik van ons aanbod (Tabel 3).

De cijfers over de inhoud van de vervolggesprekken brengen andere zaken aan het licht, al is hier enige interpretatie bij nodig. In geen van de vervolggesprekken komt slechts één inhoudelijke categorie ter sprake. Ook de eerste categorie 'geloof en spiritualiteit', die bij uitstek tot het domein van de geestelijke verzorging wordt gerekend, springt er niet uit. Een hogere score, afzonderlijk of in combinatie, behalen de categorieën 'zin en kwaliteit van leven', 'strijd, hoop en aanvaarding'

en 'omgang met afscheid en levenseinde'. Hier wordt inzichtelijk wat de centrale thema's zijn in de geestelijke verzorging aan oncologiepatiënten. Ook lezen wij eraan af hoe spiritualiteit en geloof in de beleving van mensen steeds meer verweven zijn met hun dagelijkse bestaan en de vragen die zich daarbij voordoen⁸ (Tabel 3).

De grote variatie in aard en inhoud van de gesprekken geeft inzicht in de specifieke bijdrage van geestelijke zorg. Dat ondersteuning het meest voorkomt (17x) is niet onverwacht. Soms gebeurt dit in de vorm van een gesprek, soms door aandacht en aanwezigheid (presentie), regelmatig door een ritueel (7x). Niet zelden is er sprake van meerdere vormen van geestelijke zorg, maar steeds van zorg op maat. Bij de patiënten voor de stamcelbehandeling valt bijvoorbeeld op dat, ook al is het aantal gering, juist hier presentie de kenmerkende vorm van contact is. Wij denken dat dit samenhangt met de gezondheidssituatie van deze patiënten, die vaak maar minimaal verbale steun aankunnen en vragen⁹ (Tabel 3).

Samenvattend: de behoefte aan geestelijke zorg is aanzienlijk gebleken. Van de in totaal 54 benaderde patiënten hebben er 32 gebruik gemaakt van ons aanbod. Dat is 59%. Een eenmalig gesprek volstond bij 10 patiënten (19%). Bij 22 patiënten werd een eerste contact gevolgd door een aantal vervolcontacten, gemiddeld 2,5 vervolgesprekken per patiënt (vgl. Tabel 1 en 2). Dat is bij 40 % van het totale aantal benaderde patiënten.

Ervaringen en conclusies

Na de cijfers komen we tenslotte toe aan het formuleren van onze ervaringen en conclusies. Deze vormen de vrucht van het gerichte en cijfermatig onderbouwde onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging.

Ervaringen met de methode van aanbod

Het werken met een aanbodmodel is voor ons, geestelijk verzorgers, een nieuwe weg. We realiseerden ons vooraf terdege dat een ongevraagd en onaangekondigd aanbod de patiënt zou kunnen overvallen of in verlegenheid zou kunnen brengen. Maar ook dat het ons zelf in de positie van 'leuren langs deuren' kon brengen. Toch zijn we dit gaandeweg anders gaan zien.

Het aanbodgericht werken vraagt om een andere stijl van onszelf presenteren en stelt ons voor de uitdaging om beknopt aan te geven wat het aanbod zou kunnen inhouden voor de patiënt. Het vergt meer zoeken en soms ook onderhandelen dan bij het vraaggericht werken.

Maar dit biedt ook voordelen. Het aanbieden van geestelijke verzorging door de geestelijk verzorger zelf sluit bijvoorbeeld beter aan bij de diversiteit aan levensbeschouwingen die we tegenwoordig bij patiënten aantreffen.¹⁰ Daar is namelijk actuele kennis van het veelkleurige levensbeschouwelijke landschap voor nodig en kunde om dit in een genuanceerd aanbod te formuleren. Het heeft ons na afloop van de pilot hardop de vraag doen stellen of deze veelkleurigheid in behoefte onderkend kan worden door een verpleegkundige in een enkele anamnesevraag, via signalering of door een score op de lastmeter.

Aanbod en autonomie

Volgens onze ervaring is het aanbieden van geestelijke verzorging, afgezet tegen de vraaggerichte methode, meer laagdrempelig en toegankelijk voor de patiënt. Het bezwaar dat deze werkwijze de autonomie van de patiënt 'overneemt' is niet terecht gebleken. Er waren geen uitgesproken negatieve reacties. Eén enkele patiënt reageerde geschrokken omdat zij aan het bezoek van de geestelijk verzorger de gedachte verbond dat het erg slecht met haar ging. Bij de meeste andere patiënten, ook bij hen die geen behoefte aan een gesprek hadden, ontvingen wij waardering en werd het aanbod als een uiting van zorg opgevat.

Verborgene behoefte

Het werken via de weg van aanbod blijkt in veel gevallen aansluiting te vinden bij een verborgene behoefte aan geestelijke zorg en ondersteuning. Verschillende reacties van patiënten onderbouwen dit. 'U komt op het juiste moment,' reageerde bijvoorbeeld een patiënt die zojuist gehoord had niet lang meer te zullen leven. Zijn dochter had hem aangeraden geestelijke ondersteuning te vragen, maar dat wilde hij niet: 'Ik heb niets meer met geloof.' In de twee daaropvolgende gesprekken ging het over afscheid en levenseinde, en over zijn geloof en spiritualiteit.

Een mevrouw met een uitbehandeld mammacarcinoom gaf aan: 'Ik wil wel de geestelijk verzorger zien, als hij het maar niet over geloof heeft.' Dit was de opmaat voor een aantal contacten waarbij het onder meer ging over haar eigen spiritualiteit, het naderende afscheid van haar leven en haar zorgbehoefte zoon.

Afstemming en samenwerking

De afstemming met de verpleegkundigen verliep aanvankelijk heel soepel, later wat stroever; dit laatste kwam meestal door tijdsdruk. Bij sommige specialisten en andere zorgverleners hebben we een zekere argwaan ten aanzien van het aanbodgerichte model moeten overwinnen omdat men dit kwalificeerde als ouderwets en achterhaald.

Wat wij als zeer positief hebben ondervonden was de ervaring volwaardig ingeschakeld te worden in het multidisciplinaire zorgproces. Bovendien kwamen ook andere aanvragen buiten de patiëntendoelgroepen in beeld. De terugkoppeling naar verpleegkundigen naar aanleiding van een patiëntcontact verliep makkelijker dan voorheen (bij 50 % van de contacten, zie tabel 2).

Behandelzwaarte als uitgangscriterium?

De veronderstelde relatie tussen de behandelzwaarte en de behoefte aan geestelijke ondersteuning is volgens ons geen goed en werkbaar criterium gebleken. Dat een behandeling zwaar is impliceert niet dat er vanzelfsprekend behoefte is aan geestelijke ondersteuning. Als wij terugkijken naar de patiëntendoelgroep die gebruik maakte van het aanbod en naar de inhoud van onze contacten, komen we tot de volgende criteria voor aanbodgerichte geestelijke verzorging:

- grensvlak van curatie en palliatie
- onduidelijk behandelbeleid
- complicaties
- lange ligduur
- ethische dilemma's (ten aanzien van het stoppen van de behandeling, wijzigen van de behandelcode of een euthanasiewens)

Dit alles kan leiden tot een onzeker levensperspectief, vragen over de kwaliteit van leven, terugblik op het leven, onzekerheid over een strategie van vechten of juist aanvaarden, en alle hieruit voort-

komende zinvragen, geloofsvragen en levensvragen. Het spreekt voor zich dat dit gebieden zijn waar geestelijke verzorging in veel gevallen een waardevolle bijdrage kan leveren.

Het vervolg

De uitkomsten van deze bescheiden pilot zijn inmiddels besproken met de verpleegkundigen, hun leidinggevenden en de groep internisten van de betreffende afdeling. Verpleegkundigen ervaren het structurele aanbod en het regelmatig overleg als een ondersteuning bij hun taak van psychosociale zorg. Leidinggevenden waarderen de unieke bijdrage van geestelijke verzorging naar inhoud en werkwijze. De internisten onderschrijven, met name in de context van ons ziekenhuis

Geïntegreerd in het multidisciplinaire proces van de afdeling

als behandelinstituut, het belang van geestelijke ondersteuning als de grenzen van de behandeling in zicht komen en patiënten om die reden langer opgenomen zijn. Unaniem is men van mening dat het aanbod van geestelijke zorg in structurele vorm voortgang moet vinden.

Met onze leidinggevende, hoofd van de Dienst Begeleiding en Ondersteuning, houden we nauw contact over deze nieuwe weg van aanbod gericht werken. Voor ons zelf heeft dit onderzoek bevestigd dat de vraag naar geestelijke ondersteuning (tegen de achtergrond van een maatschappelijk verbrokken levensbeschouwelijk landschap) ook in ons ziekenhuis in toenemende mate zo diffuus en verborgen is dat een actievere inzet van onze beroepsgroep gewenst en noodzakelijk is. Maar dan niet via het oude model van 'langs de bedden gaan', maar geïntegreerd in het multidisciplinaire zorgproces van de afdeling.

Drs F.M.B.T. Kortekaas en Drs J.W. van der Zaag werken als geestelijk verzorger in het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) in Amsterdam.

Noten

- 1 Uitzondering is de chirurgische etage waar patiënten die langer dan 14 dagen opgenomen zijn aanbodgericht bezocht worden. Dit gebeurt incidenteel, zonder getalsmatige registratie.
- 2 De Dienst Begeleiding en Ondersteuning bestaat uit: maatschappelijk werk, creatieve therapie, psycholoog, psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige, transferpunt, voorlichtingscentrum, coördinator vrijwilligerswerk en geestelijke verzorging.
- 3 Verpleegkundige van afstemming: verpleegkundige met voor die dag speciale verantwoordelijkheid voor afstemming binnen het team.
- 4 Verpleegkundige van dienst: verpleegkundige die op betreffende dag in zorg staat bij de patiënt.
- 5 Soms volstaat het noemen van de functienaam 'geestelijk verzorger', maar vaker is verdere uitleg nodig over wat geestelijke verzorging te bieden heeft.
- 6 Om praktische en logistieke redenen was dit alleen te realiseren bij de vervolcontacten.
- 7 Vgl. A. Baart, *Een theorie van de presentie* (Lemma, Utrecht 2001). Wij gebruiken het begrip presentie in engere zin, voor patiëntencontacten waarbij op grond van de situatie (ernstige ziekte, sedatie, pijn, misselijkheid) nauwelijks verbale communicatie mogelijk is en het contact zich kenmerkt door aanwezigheid en aandacht.
- 8 Vgl. G.J. Kronjee en M. Lampert, 'Leefstijlen en zingeving'. in: Van de Donk e.a. 2006 (vgl. noot 10), pp. 184-185.
- 9 Een reden waarom collega's van het maatschappelijk werk doorverwijzen naar geestelijke verzorging is de notie: 'bij jullie hoeven ze niet te praten, maar mag het ook stil zijn.'
- 10 Vgl. W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* (WRR; Amsterdam University Press 2006).