

Geestelijke zorg binnen ggz-casestudy's

Een trektocht met uit- en inzichten

In tegenstelling tot de vorige CSP-auteur merkt Hanneke Muthert in deze bijdrage op dat geestelijk verzorgers weliswaar beter dan vroeger kunnen communiceren waar ze voor staan, maar dat dit niet altijd door andere disciplines wordt erkend. Toch blijkt dat geestelijk verzorgers wezenlijk andere dingen doen dan hun medeprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg – en dat moet ook vooral zo blijven. De auteur stelt bovendien dat meer voor medewerkers kan worden gedaan dan tot nu toe het geval is.

Hanneke Muthert

MET ACHT DEELNEMENDE geestelijk verzorger-onderzoekers zijn we het avontuur aangegaan om elkaar, onze directe gesprekspartners (patiënten/bewoners) en collega-professionals te bevragen op goede praktijken van geestelijke zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op het moment van schrijven is die tocht nog niet ten einde, er liggen nog drie casussen in het verschiet. Een analytische slotbeschouwing bewaren we daarmee voor een ander moment. Het zou echter jammer zijn om vakgenoten niet alvast deelgenoot te maken van wat we onderweg zoal tegenkwamen.

In wat volgt, vertellen we dan ook graag iets over de ontwikkelingen in het vakgebied die we zien binnen ons werkveld, evenals over kansen en knelpunten die we als groep (hebben) ervaren. We beperken ons tot drie punten per onderwerp. Waar we gaandeweg steeds meer plezier in kregen, was het formuleren en bediscussiëren van thema's die als bijzonder of eigen voor ons vak oplichten tijdens de bespreking volgens het case-study-format. Dan staat de discussie op scherp – juist omdat het ons als groep inzicht toont in de waarde, de betekenis, het werkplezier en de spanningsvelden van ons vak. Graag delen we enkele van die thema's, in de hoop dat iets van de door ons beleefde meerwaarde op de lezer overspringt.

Ontwikkelingen voor de geestelijk verzorger-onderzoekers

Case Studies Project

Wat onwennig keken we elkaar aan bij de eerste ontmoeting, aangesproken als collega-onderzoekers: wat werd er van ons verwacht? Een beetje spannend was het ook wel: deel je je ervaring maar even open en bloot met wat jij ‘toevallig’ als goede geestelijke zorg beschouwt? Hoe zien anderen dat? Enige spanning kleurde het begin, waarna we constructieve wijze op pad gingen. Samen leerden we concrete praktijken te onderzoeken en precies uit te lichten wat werkt en ertoe doet. Die gemeenschappelijk ontwikkelde, onderzoekende houding bleek ook buiten de CSP-deelname vruchtbaar in het werk. Door de groeiende onderzoekersblik veranderde onze vakuitoefening, waar intervisie immers vooral persoonlijk functioneren stimuleert (al raken beide elkaar natuurlijk wel).

Communicatie

Naast de blik van collega's (geestelijk verzorgers/onderzoekers) vraagt de geestelijk verzorger ook respons van de directe gesprekspartner en van andere betrokken disciplines in de zorg binnen deze casus. Daarmee nemen we (op hernieuwde wijze) zo onze plek in, dat we duidelijk aangeven dat we professioneel (willen) handelen en ook daadwerkelijk openstaan voor die blik van anderen. 'Vroeger' waren we als beroepsgroep wellicht meer een soort eilandbewoners, 'working apart together'.

Niet alle reacties vanuit andere disciplines waren overigens even vrolijk stemmend. 'Niets nieuws onder de zon, dit verhaal. Dat kennen wij allang.' Of ze hadden meer het karakter van: 'Hartelijk bedankt, fijn dat je dit doet.' Dat leerde ons door te vragen: 'Kun je nog eens kijken? Waar zie jij vanuit jouw blik iets eigens in de geboden geestelijke zorg?' Soms zorgde dit ook voor een betere afstemming; we konden met andere hulpverleners en professionals beter communiceren over ons werk. Het zoeken naar zin en de zorg voor existentiële thematiek bleek bijvoorbeeld aanvullend op herstel en een goede daginvulling.

Body of knowledge

Verbonden aan de vorige twee punten hebben we ook geleerd onze activiteiten professioneler te omschrijven, door ze te onderbouwen en uit te leggen. Daarbij is het belangrijk dat we ons handelen ook verbinden met theorie en geleefde ervaring. Hoe resonanceert dat alles mee? Welke thema's, bronnen, concepten of disciplines geven ons handelen vorm? Hoe pakt dat uit? Is wat wij zien ook herkenbaar voor anderen (werkzaam) in de zorg? De bewustwording van ons belichaamde handelen nam hierdoor toe (zie Muthert, Van Hoof, Walton & Körver, 2019).

Knelpunten in het werk

Als je langdurig samenwerkt als een groep collega-onderzoekers en intensief verschillende case-study's bespreekt die zich afspelen binnen de verschillende ggz-organisaties, signaleer je naast kansen en ontwikkelingen voor het vak ook overkoepelende thema's waar het schuurt in het werk. Die knelpunten zijn niet per se nieuw, noch beperken ze zich tot ons werkveld. Toch is het goed ze te noemen.

Door de groeiende onderzoekersblik veranderde onze vakuitoefening

Inbedding

Binnen organisaties speelt inbedding een voornaam rol bij hoe we ons werk kunnen doen. Deels zijn we daarin afhankelijk van bereidwillige of zingevingssensitieve managers, ondersteunende cliëntenraden en geïnteresseerde behandelaars. Ook stellen groepsleden zich verschillend op en heeft de een nog meer dan de ander een neus voor waar kansen liggen. We signaleren daarbij dat goed samenwerken tot op zekere hoogte altijd persoonsafhankelijk zal blijven, maar daarbij behoeft ook het beroepsoverstijgend handelen continue expliciete aandacht. Dit knelpunt beperkt zich zeker niet tot de ggz-context. Positief is dat zingeving maatschappijbreed veel aandacht krijgt. Hoe brengen we onze expertise goed inbed (nog) sterker naar voren?

Geen primaire veranderfocus

Een tweede knelpunt is dat we niet linea recta beogen iemand te veranderen (of te genezen), waar die norm wel gebruikelijk is om succes aan af te meten. Tegelijk zien we dat het ruimte scheppen voor iemands verhaal – of dat menselijke nabij zijn op andere wijzen gestalte geven – wel degelijk goed kan doen in omstandigheden waarbij cliënten tussen wal en schip dreigen te vallen door lange wachtlijsten, niet in de groep passen, een doodswens, isolatie of het vertoeven in een wereld waarbij het contact of de ontmoeting met anderen moeilijk is. Hoe kunnen we deze attitude en inzet meer tot onze kracht maken

Intensief stilstaan bij onze praktijken leverde de nodige inzichten op

in de zorg voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid, wanneer die inspanningen niet eenduidig helder en ondubbelzinnig tot concrete resultaten leiden? Zeker in een maatschappij waar vooral transparante resultaten tellen, is dat lastig. Het zal goed zijn ons te verbinden aan professionals die dit herkennen – bijvoorbeeld binnen de herstellzorg – en de veranderde communicatie (zoals hiervoor beschreven) te continueren.

Ambulant contact

Een laatste knelpunt voor nu betreft de contacten met de (groeierende) groep ambulante cliënten. De betrokkenheid bij deze doelgroep lijkt groot, afgaande op de ingebrachte casestudy's. Wellicht past het ook goed om juist in die fase van behandeling je (levens)verhaal met een geestelijk verzorger te delen. De financiering van deze contacten staat echter onder druk vanuit de zorgorganisaties, waar doorverwijzing in de omgeving naar geestelijk verzorgers/pastores zonder psychiatrische expertise niet altijd wenselijk is. Samenwerking met de centra voor levensvragen is dan een mogelijke denkrichting, maar daar zitten nog haken en ogen aan. Hoe bewaak je zorgvuldig de diverse indicatiecriteria voor intradane wel extramurale zorg? En hoe ga je verantwoord om met druk vanuit de organisatie, waar



Gerline de Jong

men financiering van buiten aanmoedigt, met het oog op de eigen begroting?

Kansen voor de beroepsgroep

In onze uitwisselingen kwamen ook nieuwe kansen ter sprake, zoals de deelnemers die ervoeren in hun werk. We zagen ze tevens concreet terug in de casestudy's. We delen er opnieuw drie.

Meso en macro naast micro

Allereerst sluit onze professionele houding goed aan bij herstelgericht werken en bij de toenemende vraag binnen verschillende ggz-instellingen naar moreel beraad op afdelingen, waar mensen met steeds ernstiger problematiek verblijven (ten gevolge van het aangepaste landelijke opnamebeleid). Daarmee is een gerichtheid op wat we voor medewerkers kunnen betekenen,



ook op instellingsniveau, steeds belangrijker. De ervaring leert binnen onze groep dat zodra je op meerdere niveaus in beeld bent, je ook eerder bij nieuwe ontwikkelingen betrokken wordt; dit verstevigt een goede inbedding. Kortom: deze tijd nodigt uit om onze professionaliteit in de volle breedte te laten zien.

Vrijheid

Daarnaast biedt ons vak, in een tijd van richtlijnen en protocollen, nog steeds relatief veel professionele ruimte en (creatieve) vrijheid. Zo is ons vermogen om relaties op te bouwen (en die relaties zelf van betekenis te laten zijn) een kunde, waarover een van onze groepsleden op managementniveau in gesprek is, omdat de organisatie daar graag meer van wil leren. Een ander voorbeeld is dat verpleegkundigen in een tbs-setting

– waar alle activiteiten strak gereguleerd zijn – zien dat de vrijheid van spreken met de geestelijk verzorger mensen goed doet. Ook blijkt dat het aandachtig gebruikmaken van (door gesprekspartners gemaakte) kunst en poëzie daarbij passende rituelen biedt om te verhelderen wat er innerlijk speelt; een kracht van betekenis.

Publicatie

Het openbaar maken van onze casestudy's biedt kansen voor onderwijs, onderzoek en uitwisseling met derden. Voor de groepsleden zelf is publiceren niet vanzelfsprekend, maar het brengt veelal positieve feedback. In ons publicatieplan streven we ernaar van ieder ten minste één casus het daglicht te laten zien.

Bijzondere thema's

Uit de veelheid van besproken thema's lichten we er twee uit die in meerdere casestudy's doorklinken en daarmee voor ons specifieke werkveld belangrijk zijn.

Uitbehandeld zijn: het levensverhaal stolt

Uit het jaarverslag 2019 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie werd afgelopen september duidelijk dat euthanasie bij psychiatrisch lijden steeds vaker voorkomt. Rond die tijd behandelde onze groep een casus waarin de doodsgedachten en euthanasieaanvraag van een dertigjarige vrouw, Sophie, centraal staan bij doorverwijzing naar de geestelijk verzorger.

Sophie kampt met forse stemmingsklachten, PTSS en autisme. Het expertisecentrum waar zij verblijft, heeft haar te kennen gegeven dat ze is uitbehandeld, omdat ook elektroconvulsie therapie (ECT) geen soelaas heeft geboden. Deze mededeling ervaart ze als een doodvonnis, zo blijkt uit de casus. Het pad naar euthanasie lijkt hier eerder ingeslagen vanwege dit gegeven dan vanuit een doodsverlangen, zo merkt de groep op. En wat betekent dat hier precies, 'uitbehandeld zijn'? Welke boodschap geef je daarmee af? Vanuit wiens perspectief is dat een geldige term? En tot wie kun je je wenden als je daartegen 'in beroep' wilt gaan?

In de casus gaat de geestelijk verzorger zorgvuldig na hoe Sophie deze boodschap interpreteert en waarom die boodschap haar zo boos en onmachtig maakt in relatie tot haar levensverhaal.

Samen dagen zij dit ‘uitbehandeld zijn’ uit, waarna Sophie tot een andere conclusie komt. Stap voor stap trekken Sophie en haar partner, de geestelijk verzorger en behandelaar samen op, waarbij Sophie zoveel mogelijk de regie houdt. De context blijft ingewikkeld; een geschikte verblijfplek is amper te vinden. Het samen optrekken is nu echter gericht op traumabehandeling en niet langer op euthanasie.

We signaleerden naast kansen en ontwikkelingen ook thema's waar het schuurt

Uitbehandeld zijn wordt zo tot een thema om ook buiten deze casus kritisch te beschouwen. De casus maakt namelijk inzichtelijk dat zorg – net als de culturele en maatschappelijke context – eigen oogkleppen op heeft en daarbij soms ‘machtige taal’ hanteert; woorden met grote consequenties voor iemands zelfbegrip. Daarbij komt dat sommige ziektebeelden sowieso het reflecteren al bemoeilijken. En ook het gescheiden optrekken van enerzijds mantelzorg en familie en anderzijds professionals is niet bevorderlijk.

In zeker vijf casussen van de onderzoeksgroep speelt de doodswens of spelen doodsgedachten van de gesprekspartner een dominante rol. In de nabije toekomst zullen we die nog eens zorgvuldig naast elkaar leggen. Of de gesprekspartner nu kiest voor euthanasie of niet, de geestelijk verzorger kan betekenisvol bijdragen aan dit proces, zo luidt een conclusie. Daarbij lijkt in onze praktijken aan de orde wat bijvoorbeeld ook in de gerontologie gethematiseerd wordt: dat, wanneer het levensverhaal stolt (en dus niet zozeer het leven), aandachtige existentiële zorg gevraagd is.

Wat brengt tactiele nabijheid? Het non-verbale appel

Een andere casus belicht het leven van Judith, een 64-jarige vrouw die al meer dan dertig jaar in de psychiatrie verblijft.

Onlangs is Judith tweemaal overgeplaatst, in die periode is bovendien haar moeder overleden. De geestelijk verzorger constateert dat, waar eerder nog een gesprek mogelijk was, dit nu sterk veranderd is. De verlieservaringen, zoals die van een vertrouwde plek, maken haar woordeloos. Ze raakt steeds meer in zichzelf gekeerd. De pijn zet zich vast en laat geen ruimte meer voor anderen, aldus de geestelijk verzorger – vrij naar Levinas. Vanuit de kernwoorden ‘herkenbaarheid’ en ‘vertrouwen’ en een sterk gevoelde verantwoordelijkheid stelt de geestelijk verzorger zich ten doel opnieuw iets van een veilige relatie concreet vorm te geven. Handaanrakingen, een blik, op uitnodiging haar haren kammen, concreet blijven benoemen wat ze zag aan pijn en zwijsend naast haar op de grond zitten, blijken (mogelijk door de herhaling) iets teweeg te brengen. Een meer open blik, een knipoog soms. Steeds vaker zit Judith ook weer in haar stoel.

Tactiele nabijheid is hier de kern van geestelijke zorg. Op die wijze creëert de geestelijk verzorger een veilige situatie, een plaats waar de ander mag zijn. Daarbij is ze zich zeer bewust van de wijze waarop ze aanraakt, aangeraakt wordt en wanneer ze kan aanreiken of juist los moet laten. Een belangrijke ethische vraag en overweging daarbij is hoe je de grenzen van de ander goed in het oog kunt houden. En: was dit eigenlijk wel geestelijke zorg of had dit net zo goed door de activiteitenbegeleider gedaan kunnen worden? Ook op de afdeling werd Judith immers steeds weer uitgenodigd voor koffie, de dagelijkse zorg, enzovoort. Doet het er daarbij toe om het appel van Levinas en rouwreacties voor ogen te houden? Maakt dat uit in de wijze waarop je zwijsend dichtbij bent? Dat je je realiseert hoezeer tastzin het lijntje met het leven kan zijn en dat ook die belevingen worden opgeslagen ‘als een voetstap in het zand’?

Op een dag zijn er in de algemene activiteitenruimte ezeltjes op bezoek. De geestelijk verzorger is bekend met het aanvoelen van deze dieren en vraagt zich af hoe mevrouw Van Dijk op de dieren zal reageren. Ezeltjes hebben haast als vanzelfsprekend een natuurlijke warmte, rust en aandacht over zich. Met de gedachte dat deze patiënt die warmte, rust en aandacht zo gegund is, vraagt de geestelijk verzorger – na overleg met de verpleegkundigen en activiteitenbegeleidster – of het mogelijk is om ook met mevrouw Van Dijk naar de ezeltjes te gaan. Als

we met de dieren haar kamer binnengaan, keert ze zich letterlijk naar de dieren toe, toont zich zichtbaar (aan) geraakt en fluistert ze zachtjes in de oren.

We kregen gaandeweg steeds meer plezier in het formuleren en bediscussiëren van thema's

Tactiele nabijheid lijkt bij meerdere casussen een rol van betekenis te spelen, al wordt dat niet altijd helder verwoord. Maar niet alles heeft woorden nodig en bovendien zijn er niet altijd woorden voor wat we doen, zo lijkt het. Want hoe leg je 'transparant' uit wat geestelijke zorg inhoudt? Stel, je bent binnen een tbs-instelling met regelmaat een man nabij die duidelijk psychotisch is. Zijn woorden volgen niet logisch op wat je zegt – mocht je al ruimte krijgt om af en toe iets te zeggen. Maar je ervaart deze nabijheid toch als wettelijk goede geestelijke zorg, omdat deze man (even) iets van rust laat zien; je hoort dat ook terug van de verpleegkundigen. En je merkt bovendien dat de man ruimte krijgt voor zijn verhaal. Is niet ook dan de fysieke nabijheid in het geding? Is de concrete vorm waarin de geestelijk verzorger aandacht belichaamt, hier betekenisvol?

Tot besluit

In ons traject kwamen nog veel meer vragen en vermoedens aan de orde. Intensief stilstaan bij wat zich in onze praktijken voordoet en wat wij daarin herkennen als goede geestelijke zorg, le-

vert de nodige inzichten op. Die brengen we in (toekomstige) publicaties graag naar buiten, om in bredere kring het debat te voeren over hoe de expertise van onze beroepsgroep, goed ingebed, bijdraagt aan zorg en welzijn. Hoe houden we dat in deze drukke (corona)tijden trouwens zelf vol? Dat verklap ik graag: we hebben echt alles in huis: een taartenbakker, trouwe notulisten, een specialist kritieke thema's, leden die hun bijdragen verwoorden als was het poëzie, gastvrije ruimtebezorgers, de vrolijke noot, doorvragers ... We trekken nog even voort.

Met dank aan mijn collega-onderzoekers Marie-José van Bolhuis (GGZ Noord-Holland-Noord), Monique van Hoof (GGZ Oost Brabant), Ruud Jellema (GGZ Westelijk Noord-Brabant), Berthilde van de Loosdrecht (Dementia), Arnoud van der Mheen (GGZ Drenthe), Irene Plaatsman-van der Wal (Lentis), Thea Sprangers (GGZ Breburg) en Jacqueline Weeda-Hageman (GGZ Rivierduinen).

Dr. J.K. Muthert is universitair hoofddocent geestelijke verzorging en religiepsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zij werkte als geestelijk verzorger in de ggz en heeft een eigen praktijk. Tevens is zij voorzitter van de onderzoeksgemeenschap ggz van het Case Studies Project. E-mail: j.k.muthert@rug.nl.

Literatuur

- Muthert, H., Hoof, M. van, Walton, M. & Körver, J. (2019). Re-evaluating a suicide pact: embodied moral counseling in a Dutch case study of mental healthcare chaplaincy. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36 (2), 81-89.
- Regionale Toetsingcommissies Euthanasie (2020). *Jaarverslag 2019*. Internet: www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2019/april/17/index (9 oktober 2020).