

Etje Verhagen

‘Beschikbaarheid geestelijke zorg in 1^e lijn, mag wat kosten’

Ze is sinds 1 januari 2015 de enige geestelijk verzorger én de enige gz-psycholoog die in de eerste schil van een regionaal consultatieteam palliatieve zorg zit: Etje Verhagen. Vanuit haar eigen praktijk ontmoet ze veel ongeneeslijk zieke patiënten. Ze maakt zich sterk voor een betere beschikbaarheid van geestelijke zorg in de eerste lijn. “De begeleiding en behandeling die ik vanuit mijn praktijk bied, wordt door de zorgverzekeraar niet vergoed. Die misstand mag wat mij betreft onmiddellijk verdwijnen.”

Door Rob Bruntink
Foto Vincent Boon

Bijzonder, maar ook wat raar, dat je de enige geestelijk verzorger en gz-psycholoog in de eerste schil van een palliatief consultatieteam bent.

“Ja, dat vind ik ook. En als je kijkt naar de definitie van palliatieve zorg zoals de WHO die al tientallen jaren gebruikt, kán dat helemaal niet. Volgens de definitie behoort psychosociale en spirituele zorg net zo goed tot palliatieve zorg als de aandacht voor lichamelijke klachten van een patiënt. Toch bestaat de overgrote meerderheid van de teams uitsluitend uit artsen en verpleegkundigen. Vaak zitten er wel deskundigen op het gebied van psychosociale en spirituele zorg in een tweede schil van het team – en natuurlijk wil ik niet zeggen dat artsen en verpleegkundigen niet in staat zijn om die zorg te verlenen – maar hun focus is toch wezenlijk anders dan de focus van een geestelijk verzorger of psycholoog. Ik kan het nog niet helemaal hard maken – daar is meer onderzoek voor nodig – maar het is op zijn minst opmerkelijk dat in ‘mijn’ team het aantal keer dat spirituele of existentiële onderwerpen aan de orde waren hoger ligt dan in teams die geen geestelijk verzorger in de eerste schil hebben. Op het recente EAPC-congres in Kopenhagen had ik daar een poster over gemaakt. Zorgt de aanwezigheid van geestelijk verzorgers in teams voor meer aandacht voor spirituele vragen, of duidt het relatief lage aantal spirituele vragen op het ontbreken van de noodzaak van geestelijk verzorgers in consultatieteams? Het lijkt een kip-en-eiverhaal. Ik zou daar graag meer onderzoek naar willen doen.”

Rob Bruntink is publicist en hoofdredacteur van *Pallium*.

IKNL is een belangrijke partij als het gaat om de vorming en inhoud van consultatieteams palliatieve zorg. Heb je dit aan hen voorgelegd?

“Ja. Het antwoord is om de kern van een consultatieteam uit artsen en verpleegkundigen te laten bestaan. Geen andere disciplines dus. Ik vind dat een beperkte visie op palliatieve zorg, die – zoals gezegd – geen recht doet aan de visie op palliatieve zorg van de WHO. Een visie die, dacht ik, breed gedragen wordt. Wat ik hoopvol vind, is dat bij de consultatieteams die door ziekenhuizen worden opgericht al wel veel vaker een geestelijk verzorger en/of psycholoog betrokken is. Dus wie weet is het een kwestie van tijd voordat dat inzicht doorsijpelt naar de teams die buiten de ziekenhuizen werken.”

In de richtlijn spirituele zorg is duidelijk sprake van een opbouw: aandacht geven en begeleiding bieden op gebied van spirituele vragen moeten de artsen en verpleegkundigen kunnen doen, pas bij crisis-situaties komt ‘de expert’ aan bod. Wordt dat volgens jou beleving goed toegepast?

“Daar kan ik niet zoveel over zeggen. In het algemeen gesproken weten we wel dat artsen en verpleegkundigen de palliatieve richtlijnen van IKNL slechts beperkt gebruiken. Ik zou er niet van opkijken als zij daarbij ook nog eerder naar de richtlijn voor de behandeling van benauwdheid of pijn kijken dan naar de richtlijn over spirituele zorg. Waarmee ik overigens niet wil zeggen dat artsen en verpleegkundigen niet geïnteresseerd zijn in vragen rond spiritualiteit en existentiële crises.”

In welke situaties word je bij een consultvraag betrokken?

“Dat zijn ontzettend veel verschillende situaties. Als er angst bij een patiënt speelt, als er geloofsproblemen aan de orde zijn, als er sprake is van irritatie of slechte communicatie binnen een gezin of tussen de patiënt/naasten enerzijds en de zorgverleners anderzijds, als er vragen spelen over de begeleiding van kinderen... In principe geef ik de consultvragers een advies over hoe hij verder zou kunnen gaan, maar soms vraagt de consultvragers mij om de patiënt te bezoeken. Ons team biedt de mogelijkheid voor bedside-consultatie. Zo'n bezoek kan aanleiding zijn om contact te houden. Uiteraard gebeurt dat in nauw overleg met de consultvragers.”

Wat biedt zo'n consultteam jou?

“Ik vind het prettig om met artsen en verpleegkundigen te werken en ik vind het medische terrein ook erg interessant. Dat wist ik al vrij snel nadat ik in 1979 als psycholoog was afgestudeerd. In het consultatieteam komt dit allemaal bij elkaar. Ik merk in mijn eigen praktijk (www.debekenzwolle.nl, -red.) dat patiënten het prettig vinden als blijkt dat ik ook medische kennis heb. Daardoor ben ik op de hoogte van wat er op lichamelijk gebied allemaal kan spelen, als een patiënt bijvoorbeeld chemotherapie krijgt. Dat wekt vertrouwen. Om diezelfde reden lees ik ook veel ervaringsverhalen van mensen die ziek zijn. Ik schrik daardoor niet zo snel meer van de verhalen die mensen mij vertellen. Zodoende kan ik makkelijker bij de inhoud van hun verhaal blijven, in plaats van afgeleid te worden door mijn eigen emotie.”

Je hebt je jarenlang met hart en ziel ingezet voor een inloophuis voor mensen met kanker in Zwolle, De Zonnesteen. Recent verhuisde dat naar Hattem. Waarom maken inloophuizen nauwelijks onderdeel uit van de palliatieve zorgketen?

“Waarschijnlijk omdat de overgrote meerderheid van de bezoekers vooral bezig is met herstel, met genezing. Daardoor is palliatieve zorg niet in beeld. Ik moet zeggen dat ik het wel geprobeerd heb hoor, door een gespreksgroep te starten voor palliatieve lotgenoten. Maar er bleek geen behoefte aan. Mijn ervaring is dat palliatieve zorg in één-op-éénsituaties beter aandacht kan krijgen dan in groepen. Ik heb ook diverse voorlichtingsactiviteiten ontplooid rondom palliatieve zorg, gericht op patiënten. Niet alleen vanuit het inloophuis, maar ook samen met de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) of met de Universiteit voor de derde leeftijd (U3L). Iedere keer weer bleek dat er minimale belangstelling voor was; ik was al blij met een handvol bezoekers. Misschien is het toch een te confronterend thema om in groepsverband te bespreken? In het inloophuis was overigens wel behoefte aan een gespreksgroep voor de partners van palliatieve patiënten. Natuurlijk, ook dat was heftig voor de deelnemers – als mensen uitvallen uit de groep omdat hun partner is overleden is dat enorm confronterend – maar men ontleende wel veel steun aan elkaar. Er spelen veel zaken die de partners niet



Wilt u reageren op dit artikel?

Stuur uw reactie naar

mieke.vandalen@bsl.nl.

makkelijk elders kunnen spuien. Hoeveel moeite ze hebben met afscheid nemen, hoe lastig ze de combinatie werk en zorg vinden, de vermoeidheid, de irritatie over de copingwijze van de partner, de druk van het ‘zo gewoon mogelijk’ blijven opvoeden van de kinderen... Het zijn geen onderwerpen waarover ze met familie of vrienden praten, en al helemaal niet met de partner. In die groep konden ze die onderwerpen makkelijk delen. Dus op die manier kwam palliatieve zorg wel het inloophuis binnen.”

‘Levensproblemen die niet de aandacht krijgen die nodig is, kunnen zich vertalen in somatische klachten’

In je praktijk spreek je veel mensen die geen band meer hebben met een kerkelijke gemeenschap, of mensen die deze band nooit hebben gehad. Zodra zij een ernstig life-event meemaken, hebben zij geen gemeenschap – en bijbehorende levensbeschouwelijke visie – om op terug te vallen, voor steun en/of troost. Is de hulp die je biedt voor iedereen toegankelijk?

“Nee, helaas niet, dat zou veel beter geregeld kunnen worden. In feite is het alleen toegankelijk voor mensen die daar geld voor over hebben, of kunnen hebben. Want de begeleiding en behandeling die ik vanuit mijn praktijk bied, wordt door de zorgverzekeraar niet vergoed. Die misstand mag wat mij betreft onmiddellijk verdwijnen. In de polissen zou moeten komen staan: ‘Bij die en die problematiek, vergoeden wij – bijvoorbeeld – zes gesprekken met een geestelijk verzorger.’ Het is immers oneerlijk: woon je in een verpleeghuis of verblijf je in een ziekenhuis, dan kun je zonder kosten te hoeven maken een beroep doen op de geestelijk verzorger die aan de instelling verbonden is. Woon je thuis, dan is er niemand waar je met je geestelijke vragen of problemen naartoe kunt. Die zorgen zijn inherent aan ernstige life-events als ongeneeslijk ziek zijn en weten dat je op korte

termijn zult overlijden. Ik heb in mijn regio vooral te maken met mensen die oorspronkelijk van protestant-christelijke huize zijn. Velen hebben afstand van het geloof gedaan, en gaan niet meer naar de kerk. Tegen de tijd dat een ernstige ziekte zich opdringt, worden sommige mensen bang voor wat er na de dood komt. ‘Stel dat alles over die hel en verdoemenis wáár is...’ Ze kunnen met hun zorgen niet naar de dominee, want daar hebben ze zich juist van afgekeerd. Daarnaast is er een niet te verwaarlozen groep met mensen die nooit opgevoed zijn vanuit een levensbeschouwelijke traditie. Zij geloven wel in ‘iets’, maar hebben geen gemeenschap of rituelen waarop zij kunnen terugvallen.

Voor hun worstelingen, en de levensvragen die zij hebben, is gespecialiseerde begeleiding of behandeling nodig. De zorgen nemen in het algemeen gesproken volgens mij eerder toe dan af, omdat het geloof in de maakbaarheid alsmáar toeneemt. Een ongeneeslijke ziekte tast die maakbaarheidsgedachte enorm aan, en laat zien dat wij kwetsbare mensen zijn. Velen weten zich daar niet toe te verhouden, en raken in de knoop. Een deel van hun problemen kan misschien in enige mate opgepakt worden door een maatschappelijk werker, psycholoog of POH’er, maar de echte expertise op het gebied van levensvragen ligt toch bij de geestelijk verzorgers. Het is ook niet voor niets dat het aanbod groeit; er bestaat blijkbaar een groeiende behoefte. Zie bijvoorbeeld het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen en het Platform Regionale Initiatieven Levensvragen. Het wordt tijd dat daar ook vanuit financieringsperspectief naar gekeken wordt. Het mag wat kosten om geestelijke zorg in de eerste lijn beschikbaar te stellen voor iedereen die het nodig heeft. Aan de andere kant ben ik ervan overtuigd dat het een goede investering is. Tijdig op dit soort onderwerpen ingaan, heeft preventieve waarde en bespaart daardoor waarschijnlijk fors geld in de gezondheidszorg. Levensproblemen die niet de aandacht krijgen die nodig is, kunnen zich nou eenmaal vertalen in somatische klachten.” •