

Spirituele zorg door de praktijkondersteuner GGZ

“Heb geduld
met het onopgeloste in het hart
en probeer de vragen zelf lief te hebben, als gesloten kamers
en als boeken, die in een heel vreemde taal geschreven zijn.
Het gaat er om alles te leven.
Als je de vragen leeft, leef je misschien geleidelijk aan,
zonder het te merken, op een goede dag
de antwoorden binnen.”

*Rainer Maria Rilke **

Pre-master werkstuk van de pre-master opleiding Religiewetenschappen
aan de Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen
van de Radboud Universiteit Nijmegen

Juni 2020

Auteur: Jos Somsen, S1014663, info@jossomsen.nl

Begeleidende docent: dr. Michael Scherer-Rath

Aantal woorden: 8.000

*)

“Man muss Geduld haben
mit dem Ungelösten im Herzen,
und versuchen, die Fragen selber lieb zu haben, wie verschlossene Stuben,
und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind.

Es handelt sich darum, alles zu leben.
Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht allmählich,
ohne es zu merken, eines fremden Tages
in die Antworten hinein.”

*fragment uit anoniem gedicht,
naar enkele zinnen van Rainer Maria Rilke uit ‘Briefe an einen jungen Dichter’,
vertaald door Jos Somsen*

Inhoud

Verklaring van eigen werk.....	4
Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
Probleemstelling.....	6
Doelstelling.....	6
Vraagstelling.....	6
Deelvragen	6
Methode en opzet van dit werkstuk	6
Hoofdstuk 1: Wat is spirituele zorg?	7
1.1. Spiritualiteit	7
1.2. Spirituele zorg.....	8
Hoofdstuk 2: Wie bieden spirituele zorg en wat is hun bijdrage?	11
2.1. De bijdrage van familie en vrienden	11
2.2. De bijdrage van diverse professionals.....	11
2.3. De geestelijk verzorger als spirituele zorg specialist	13
Hoofdstuk 3: Wat is er bekend over spirituele zorg door de POH-GGZ?	14
3.1. Huisartsen delegeren spirituele zorg aan POH's-GGZ.....	14
3.2. Tijdsdruk.....	14
3.3. Onbekendheid met de geestelijk verzorger	15
3.4. Gebrek aan visie op begeleiding bij spirituele zorgvragen door de POH-GGZ.....	15
Hoofdstuk 4: Welke aanknopingspunten biedt de functie van POH-GGZ voor spirituele zorg en wanneer is verwijzing naar de geestelijk verzorger aangewezen?	17
4.1. Kernwaarden van de functie POH-GGZ.....	17
4.2. Veelgebruikte interventies en modellen van de POH-GGZ.....	18
4.3. Wanneer is verwijzing naar de geestelijk verzorger de betere optie?.....	19
Hoofdstuk 5: Conclusie, aanbevelingen en afsluitende woorden.....	22
5.1. Conclusie	22
5.2. Aanbevelingen.....	22
5.3. Afsluitende woorden.....	24
Geraadpleegde literatuur	25
Bijlage: De POH-GGZ en de geestelijk verzorger	28

Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Jos Somsen, dat het voorliggende eindwerkstuk getiteld ‘Spirituele zorg door de praktijkondersteuner GGZ’ zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen zijn gebruikt dan die door mij zijn vermeld en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Veenendaal, 25 juni 2020

Samenvatting

Mensen met levensvragen komen steeds meer bij de huisarts, die de zorg hiervoor veelal delegeert aan de POH-GGZ. Er bestaat echter geen heldere visie op de bijdrage van POH’s-GGZ aan spirituele zorg, ook in relatie tot eerstelijns geestelijk verzorgers. Vanuit kernwaarden van de functie, zoals persoonsgericht, continu (levensloopzorg) en gericht op gezondheid als randvoorwaarde voor een zinvol leven, en met het handelingsrepertoire dat eigen is aan de functie, zijn POH’s-GGZ in een goede positie om spirituele zorgvragen te signaleren en begeleiding te bieden. Ook de grenzen van de functie worden besproken en wanneer verwijzing naar de geestelijk verzorger – de spirituele zorg specialist – geïndiceerd is. Tenslotte worden aanbevelingen gedaan voor versterking van de bijdrage van de POH-GGZ aan spirituele zorg.

Inleiding

Anja K., een vrouw van begin 30, komt regelmatig bij de huisarts met diverse lichamelijke klachten, waarvoor geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden. Omdat Anja desgevraagd aangeeft dat er wel wat stressvolle 'dingetjes' gebeurd zijn, vraagt de huisarts mij, de POH-GGZ¹, om haar te zien. In ons eerste gesprek vertelt Anja dat een goede vriend zichzelf ruim een jaar geleden van het leven beroofd heeft. Wekelijks bezoekt ze de plek waar dat gebeurde en komt daar steeds uitgeblust vandaan. Ze vraagt zich af of ze dit ritueel vol moet blijven houden, het put haar uit. Maar als ze dat niet doet, wie denkt er dan nog aan hem? En wat is zijn leven dan waard geweest? En wat is haar bestaan waard, nu ze niet in staat is geweest hem te redden? Heeft ze wel genoeg gedaan? Ze staat positief in het leven en denkt in oplossingen. Maar nu heeft ze niks op kunnen lossen. Hoe moet ze hier mee verder? Alles heeft zijn glans verloren.

Als POH-GGZ begeleid ik regelmatig mensen die geconfronteerd worden met ontwrichtende ervaringen als ernstige ziekte, verlies van een geliefde, confrontatie met geweld of de naderende dood. Ik ben opgeleid als psycholoog en POH-GGZ en heb 8 jaar in de GGZ gewerkt. Vanuit deze achtergrond heb ik een schat aan modellen, interventies, (gespreks-)technieken en richtlijnen die ik volop inzet. Het zijn – naast basisvaardigheden als aandachtig luisteren, structureren en ruimte maken voor gevoelens – veelal benaderingen 'van probleem naar oplossing'. In de begeleiding van Anja kan ik daar deels op varen. Maar in mijn beleving gaan dergelijke 'oplossingsgerichte' benaderingen voorbij aan de kern van Anja's vraag. Ze laten de existentiële vragen (Heb ik genoeg gedaan? Hoe moet ik verder? Wat is mijn leven waard?) buiten beschouwing.

Ik merk dat ik in de begeleiding van Anja vooral ook put uit de breukervaringen in mijn eigen leven, mijn werkervaring in de palliatieve zorg en mijn elementaire kennis van spirituele zorg, ondersteuning bij verlies en rituelen.

In de gesprekken vallen veel stiltes, we kijken elkaar regelmatig aan, ik luister, leef mee, ik vraag regelmatig iets en blijf heel dicht bij de beleving van Anja. Het zijn 'zoekende' gesprekken, op zoek naar wijsheid die ze in zichzelf kan vinden, metaforen en rituelen die kunnen helpen een begaanbaar pad te vinden. Ik ervaar het als gesprekken op het scherpst van de snede, de gesprekken raken me. Het zijn ontmoetingen van mens tot mens.

Anja toont zich blij met de gesprekken. Varend op 'intuïtie' en ervaringen vanuit verschillende vak- en levensgebieden, kan ik haar iets bieden waar ze zegt veel aan te hebben. Toch vraag ik me soms ook af wat ik precies aan het doen ben. Ik mis een stevige vakinhoudelijke achtergrond om uit te putten, en heb weinig kader van waaruit ik mijn handelen kritisch kan bevragen en daarmee kan verbeteren. Bovendien vraag ik me af of ik met mijn achtergrond en de positionering van mijn functie binnen de gezondheidszorg de best toegeruste persoon ben om deze gesprekken te voeren.

¹ Praktijkondersteuner GGZ in een huisartsenpraktijk, zie de bijlage voor een korte omschrijving van de functie.

Probleemstelling

Mijn ervaring staat niet op zichzelf. Huisartsen worden steeds meer geconfronteerd met zingevings- en identiteitsvragen (NHG 2007, 9) en lijken de zorg voor patiënten met deze vragen veelal te delegeren aan hun POH-GGZ (Molenaar 2016, 76). Toch lijkt het beroepsveld van de POH-GGZ de zorg rondom zingeving niet scherp op het netvlies te hebben staan. Signalering van zingevingsvragen, begeleiding hierbij en eventuele doorverwijzing naar het opkomende veld van de eerstelijns geestelijke verzorging is een nog nauwelijks uitgewerkt gebied voor de POH-GGZ. Zo wordt 'zingeving' in het vernieuwde functie- & competentieprofiel 'praktijkondersteuner huisarts GGZ' (LHV et al 2020) vrijwel niet benoemd en wordt in de post-HBO opleidingen tot POH-GGZ nauwelijks expliciet aandacht besteed aan zingeving². Onduidelijk is ook in hoeverre POH's-GGZ deze vragen oppakken en wat de kwaliteit is van de zorg die zij hierin bieden.

Doelstelling

De doelstelling van dit werkstuk is om de bijdrage te verhelderen die POH's-GGZ kunnen leveren aan spirituele zorg in de eerste lijn, en hoe deze bijdrage zich verhoudt tot die van geestelijk verzorgers, om daarmee de eerstelijns spirituele zorg te helpen versterken.

Vraagstelling

Wat kan de bijdrage zijn van de POH-GGZ aan spirituele zorg, ook in relatie tot eerstelijns geestelijk verzorgers?

Deelvragen

- 1) Wat is spirituele zorg?
- 2) Wie bieden spirituele zorg en wat is hun bijdrage?
- 3) Wat is er bekend over spirituele zorg door de POH-GGZ?
- 4) Welke aanknopingspunten biedt de functie van POH-GGZ voor spirituele zorg en wanneer is verwijzing naar de geestelijk verzorger aangewezen?

Methode en opzet van dit werkstuk

Om deze vragen te beantwoorden is gekozen voor uitvoering van een literatuuronderzoek. Deze vorm van kennisgebaseerd non-participatief onderzoek biedt de kans om nieuwe kennis te ontwikkelen door in wetenschappelijke publicaties verspreid staande inzichten "bij elkaar te brengen, met elkaar te confronteren en/of te beschouwen vanuit een nieuwe invalshoek" (Verschuren 2009, 298-299).

In vier hoofdstukken beantwoord ik de vier deelvragen, in hoofdstuk 5 trek ik conclusies en doe ik aanbevelingen voor versterking van de bijdrage van POH's-GGZ aan spirituele zorg in de eerste lijn.

Omdat de meeste beroepskrachten in de zorg vrouw zijn, duid ik in dit werkstuk zorgverleners (en patiënten) aan als 'zij', maar hiervoor kan ook 'hij' gelezen worden.

² Slechts één instelling (de Christelijke Hogeschool Ede) heeft 'Zingeving en spiritualiteit' als verplichte module opgenomen in de opleiding tot POH-GGZ.

Hoofdstuk 1: Wat is spirituele zorg?

Spirituele zorg vat ik in dit werkstuk op als zorg voor de dimensie van ‘spiritualiteit’³. In dit hoofdstuk ga ik allereerst in op het begrip ‘spiritualiteit’ (1.1.). Vervolgens benoem ik belangrijke kenmerken van spirituele zorg (1.2.). Veel literatuur die ik hier bespreek komt uit de palliatieve zorg, omdat daar de praktijk van en het onderzoek naar spirituele zorg veruit het meest ontwikkeld is.

1.1. Spiritualiteit

In dit werkstuk ga ik uit van de Europese consensus definitie van de Taskforce Spiritual Care van de European Association of Palliative Care (Nolan, Saltmarsh en Leget 2011, 88):

“Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.”⁴

In deze definitie onderscheid ik drie belangrijke aspecten:

1. Zin, betekenis (meaning) en bedoeling (purpose), die individueel, maar ook binnen een gemeenschap gezocht, uitgedrukt en ervaren kunnen worden
2. Verbinding met het direct aanwezige (the moment, self, others, nature)
3. Verbinding met iets dat overstijgend is (transcendence, the significant, the sacred)

Nolan, Saltmarsh en Leget (2011) voegen aan de definitie een nadere uitwerking toe van wat het spirituele domein omvat (eigen vertaling):

- “Existentiële vragen (rond bijvoorbeeld identiteit, betekenis, lijden en dood, schuld en schaamte, verzoening en vergeving, vrijheid en verantwoordelijkheid, hoop en wanhoop, liefde en vreugde).
- Op waarden gebaseerde overwegingen en attitudes (datgene wat voor iemand het meest belangrijk is, zoals de relatie met zichzelf, familie, vrienden, werk, dingen, natuur, kunst en cultuur, ethiek en moraal en het leven zelf)
- Religieuze overwegingen en bronnen (geloofsovertuigingen en -praktijken, iemands relatie met God of het ultieme)” (Nolan, Saltmarsh en Leget 2011, 88).

Zingeving en spiritualiteit

Hoewel ik ‘zingeving’ en ‘spiritualiteit’ veelal als synoniemen gebruik, duiden ze niet geheel hetzelfde aan. Van der Weegen et al (2019) merken op dat spiritualiteit vaak op een versimpelde manier wordt gekarakteriseerd als de zoektocht naar betekenis en zin (‘zingeving’), wat inderdaad onderdeel uitmaakt van bovenstaande definitie. Als de focus echter alleen ligt op zingeving, dan bestaat het gevaar van ‘concurrentie’ met andere domeinen van zorg, bijvoorbeeld een individuele

³ Spirituele zorg wordt ook vaak aangeduid met termen als ‘zorg voor het spirituele domein’, ‘zorg voor zingeving’ en ‘begeleiding bij levensvragen’. In navolging van de landelijke richtlijn ‘Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase’ (IKNL 2018, 1) gebruik ik in dit werkstuk dergelijke begrippen als synoniemen.

⁴ De richtlijn Zingeving en spirituele zorg (IKNL 2018, 1) neemt deze definitie ook als uitgangspunt en vertaalt deze als volgt: “Spiritualiteit is de dynamische dimensie van het menselijk leven die betrekking heeft op de manier waarop personen (individueel zowel als in gemeenschap) zin, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of zoeken en waarop zij zich verbinden met/verhouden tot het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige.”

psychologische invulling van betekenisgeving (Van der Weegen et al. 2019, 2037). Door de ervaring van het transcendente en de verbinding met bijvoorbeeld het moment, de natuur en het heilige in de definitie op te nemen, ontstaat deze het psychologische en sociale domein.

Religie en spiritualiteit

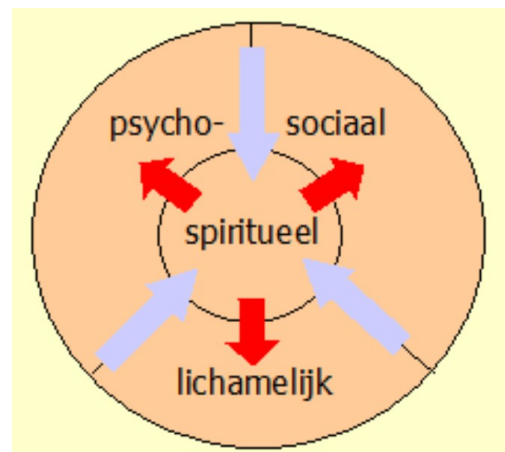
Spiritualiteit wordt wel eens gelijkgesteld met religie of levensbeschouwing. Die maken volgens Nolan et al (2011) inderdaad deel uit van het spirituele domein, maar spiritualiteit beperkt zich niet daartoe. Spiritualiteit gaat volgens deze definitie ook over existentiële vragen als “wie ben ik?” en “waarom overkomt mij dit?” en over datgene wat het leven betekenisvol en de moeite waard maakt.

Niet ‘op te lossen’

Zingeingsvragen worden met een term van Harry Kunneman ook wel aangeduid als ‘trage vragen’, verwijzend naar “ervaringen van kwetsbaarheid, schuld, eindigheid en oncontroleerbaarheid die niet via technische oplossingen te adresseren zijn. Het zijn de ‘onoplosbare problemen’” (Kunneman in Jacobs 2020, 32).

Verborgen

Over de wijze waarop spiritualiteit samenhangt met andere dimensies van het bestaan zegt de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit: “De positie van spiritualiteit is op te vatten als verborgen achter en vaak tot uitdrukking komend in de lichamelijke, psychische en sociale dimensie” (IKNL 2018, 4-5), zoals wordt verbeeld in de figuur hiernaast (IKNL 2018, 2). Het betreft een “verborgen, intieme, verbindende ‘onderlaag’” (IKNL 2018, 1). Spiritualiteit wordt hier dus niet gezien als een losstaand levensdomein, maar als een diepere onderlaag die ook zichtbaar wordt in de psychische, sociale en lichamelijke aspecten van het leven.



De ‘verborgenheid’ van de spirituele dimensie heeft mogelijk ook te maken met het ontbreken van taal om aan die dimensie uitdrukking te geven. Jonckheere beschrijft hoe gedeelde levensbeschouwingen manieren met zich meebrachten (zoals vieringen, rituelen en oefeningen) waarmee we knellende levenservaringen konden duiden en een plaats konden geven (Jonckheere 2016, 43). Nu deze levensbeschouwingen niet langer breed gedeeld worden, worden essentiële levensvragen niet meer aangeraakt, omdat we simpelweg “niet meer over taal beschikken om ze te benoemen” (Jonckheere 2016, 47). Mogelijk verwoorden mensen hun levensvragen nu meer als psychische problemen. Jonckheere vindt dit problematisch, want “De confrontatie met de tragiek van het leven geeft dan geen aanleiding meer tot het gezamenlijk stellen van de trage levensvragen die mensen als mens gemeenschappelijk hebben en die hen met elkaar verbinden. Nee, de vragen die eruit oprijzen worden gereduceerd tot problemen van individueel psychologisch functioneren: ‘Ik doe iets fout; met mij is iets fout’” (Jonckheere 2016, 44).

1.2. Spirituele zorg

Wat is kenmerkend voor de zorg voor het spirituele domein? Vermandere et al (2012) vroegen Nederlandse en Vlaamse spirituele zorgexperts (artsen, geestelijk verzorgers en onderzoekers) wat

de belangrijkste uitkomsten zouden moeten zijn van spirituele zorg. Zij verwoordden gezamenlijk drie uitkomstmaten, namelijk de mate waarin de patiënt 1. zich gehoord en serieus genomen voelt, 2. het gevoel heeft dat er ruimte is voor wat niet opgelost kan worden en 3. ervaart dat er ruimte is voor wat niet gezegd kan worden (Vermandere et al. 2012, 437)⁵. Spirituele zorg lijkt dus volgens deze experts vooral succesvol wanneer er iets gebeurt in de relatie (dat de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt) en wanneer de zorgverlener ruimte en erkenning biedt voor de aard van spirituele vragen, die zich – zoals hierboven benoemd– onder meer laat omschrijven als onoplosbaar en moeilijk in gesproken taal uit te drukken. Op deze aspecten ga ik hieronder nader in.

Relationeel

De nadruk op ‘zich gehoord en serieus genomen voelen’ zien we ook in een metastudie van Edwards et al (2010): Spirituele zorg krijgt vooral vorm in een (zorg-)relatie die respect uitdrukt voor de patiënt door “the way physical care was given, by focusing on presence, journeying together, listening, connecting, creating openings, and engaging in reciprocal sharing” (Edwards et al. 2010, 753). Dit komt overeen met wat patiënten aangeven dat zij nodig hebben om spirituele kwesties met hun huisarts te bespreken: dat zij ervaren dat de arts werkelijk met hen begaan is en hen respecteert, en dat er een vertrouwensband gegroeid is (Ellis en Campbell 2004, 1160-1161).

De begeleiding die de zorgverlener hierbij kan bieden is “een zaak van intense aanwezigheid bij de ander, van grote luisterbereidheid en van respect voor diens levensverhaal” (Cornette 2001, 1026). Het vraagt de “inzet van het mens zijn.” Meer dan bij andere dimensies van zorg is de persoon van de zorgverlener van belang. Pas wanneer zij open en gevoelig is voor onderliggende levensvragen, zullen mensen hun kwetsbare en intieme vragen durven uiten (IKNL 2018, 16). Een aandachtige (zorg-) relatie kan in zichzelf al bijdragen aan welzijn op de spirituele dimensie, doordat “patiënten zich gezien, erkend en verbonden weten. Het kan leiden tot een ervaring van betekenis, hoop en waardigheid”, aldus de richtlijn (IKNL 2018, 5).

Ruimte voor het onoplosbare

Spirituele zorg biedt ruimte voor wat onoplosbaar is (Vermandere et al. 2012, 437). Hiervoor is volgens Cornette een grondhouding van ‘verzoening met het onvolmaakte’ essentieel, naast ‘verlangzaming’ (vergelijk de term ‘trage vragen’) en ‘het kunnen bewaren van een “intieme afstand”’. Vanuit die grondhoudingen kan men de patiënt helpen de spirituele pijn “recht in de ogen te kijken en samen proberen uit te houden” (Cornette 2001, 1022). Ook als er niets meer ‘gedaan’ kan worden kan de zorgverlener ‘als mens’ beschikbaar en aanwezig blijven (IKNL 2018, 15-16). “Ook stilstaan bij pijn die niet op te lossen is maar wel om aandacht vraagt, is een belangrijke vorm van spirituele zorg die iedere zorgverlener kan geven,” aldus de richtlijn (IKNL 2018, 14).

Spirituele zorg overstijgt de oplossingsgerichte ‘klassiek-medische’ kijk op zorg. Binnen die kijk worden klachten geduid als ‘symptomen’ van onderliggende ziekte. Pas wanneer de ziekte wordt gediagnosticeerd kan een behandeling worden ingezet, waardoor het probleem (de ziekte) opgelost wordt (Warmenhoven et al. 2014, 236). Deze klassiek-medische benadering kan niets met vragen die

⁵ Tijdens het onderzoek kwamen ook allerlei inhoudelijke uitkomstmaten naar voren, zoals ‘doel en betekenis van het leven ervaren’ of ‘acceptatie van de naderende dood’ of ‘vrede ervaren met God’, maar uiteindelijk werd over geen van deze maten overeenstemming bereikt. De experts maakten onderscheid tussen het meten van uitkomsten van spirituele zorg en het meten van spiritueel welbevinden (Vermandere et al. 2012, 442).

'onoplosbaar' zijn. Uit diverse onderzoeken blijkt dan ook dat huisartsen ervaren dat zingevingsvragen om andere expertise en competenties vragen dan zij gewend zijn in te zetten. Waar bij medische vragen snelle analyse en probleemoplossing gewenst zijn, komt het hier meer aan op "rust, geduld en beschouwende reflectie" (Molenaar 2016, 30).

Ruimte voor het onzegbare

Spirituele zorg biedt ruimte aan het onzegbare (Vermandere et al. 2012, 437), door opmerkzaam te zijn voor wat niet gezegd wordt, maar wel op andere manieren zichtbaar, hoorbaar of voelbaar is of vermoed kan worden (IKNL 2018, 5). Daarnaast kan spirituele zorg bestaan uit hulp om op nieuwe manieren uitdrukking te geven aan dat waar geen woorden voor zijn (IKNL 2018, 17-18).

Nu ik de contouren van spiritualiteit en spirituele zorg heb geschetst, ga ik in het volgende hoofdstuk in op de zorgverleners die deze zorg kunnen bieden en hoe hun bijdrage er concreet uit ziet.

Hoofdstuk 2: Wie bieden spirituele zorg en wat is hun bijdrage?

Dit hoofdstuk gaat in op de bijdrage van familie en vrienden (2.1.) en van verschillende beroepsgroepen (2.2.) aan spirituele zorg. De bijdrage van de geestelijk verzorger wordt in 2.3. toegelicht.

2.1. De bijdrage van familie en vrienden

Zoals we zagen, krijgt de zorg voor het spirituele domein vorm binnen relaties. Hoewel dit niet de focus van dit werkstuk is, wil ik hier benadrukken dat mensen vaak veel steun hebben aan hun betekenisvolle relaties met familie en vrienden. Een belangrijke bijdrage van professionals kan dan ook zijn patiënten te helpen zich bewust(er) te worden van deze bronnen van sociale steun en deze te benutten, en waar gewenst mensen te helpen sociale verbindingen te vinden of te herstellen (Warmenhoven et al. 2016, 1).

2.2. De bijdrage van diverse professionals

In de richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL 2018) wordt op basis van literatuur en consensus het standpunt ingenomen dat spirituele zorg de gezamenlijke verantwoordelijkheid is van *alle* bij de zorg betrokken zorgverleners (IKNL 2018, 2). Niet alleen binnen de palliatieve zorg wordt er zo over gedacht. Onder veldpartijen die werden geconsulteerd ter voorbereiding van overheidsbeleid rond geestelijke verzorging werd breed gedeeld dat dit standpunt ook buiten de palliatieve zorg toegepast dient te worden (Zorgvuldig Advies 2018, 5). Het huidige overheidsbeleid rond eerstelijns geestelijke verzorging baseert zich op deze visie en zet in op nauwe samenwerking van onder meer huisartsen en POH's-GGZ met eerstelijns geestelijk verzorgers om goede spirituele zorg te realiseren voor mensen die thuis wonen⁶ (De Jonge 2018, 3). Deze visie is echter nog geen gemeengoed in de gezondheidszorg als geheel. De aandacht voor zingeving neemt wel toe (Jacobs 2020, 20), maar is nog marginaal: "Zingeving is een van de vele aspecten waar de professional 'iets mee moet'" (Jacobs 2020, 22-23). Voor een uitwerking van de bijdrage van verschillende beroepsgroepen aan spirituele zorg, put ik daarom toch vooral uit de palliatieve zorg literatuur.

Het karakter van spirituele zorg, dat – zoals we in hoofdstuk 1 zagen – te kenschetsen is als relationeel met ruimte voor het onoplosbare en onzegbare, vormt de basis voor de bijdragen van alle beroepsgroepen. In onderstaande de tabel op de volgende pagina, die uit de richtlijn is overgenomen (IKNL 2018, 17-18) wordt concreter gemaakt welk handelingsrepertoire de verschillende zorgverleners ter beschikking staat. Er blijkt een groot gemeenschappelijk handelingsrepertoire te zijn. Dit bestaat uit luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen, zoektocht volgen, in kaart brengen en doorverwijzen. Daarnaast delen psychosociale zorgverleners en de geestelijk verzorger nog het begeleiden en (soms) behandelen.

⁶ Het beleid voorziet onder meer in een overheidssubsidie voor actieonderzoek om de netwerken van geestelijk verzorgers in de eerste lijn (vaak Centra voor Levensvragen) en hun samenwerking met andere professionals te versterken. Eén van die onderzoeken (uitgevoerd aan de Universiteit voor Humanistiek) richt zich op de samenwerking van geestelijk verzorgers met POH's-GGZ.

		Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, psycholoog	Geestelijk verzorger	
	<i>Primaire focus, ingang en referentiekader</i>	<i>Somatisch</i>	<i>Psychisch Sociaal</i>	<i>Spiritueel</i>	
A	Aandacht (altijd)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen*	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen*	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen*, duiden	(representeren) en verbinden
B	Begeleiding (met instemming van patiënt)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen*	Zoektocht volgen, doorverwijzen (→), in kaart brengen*	Zoektocht volgen (←) doorverwijzen, in kaart brengen*, interpreteren en wegen*	
C	Crisisinterventie (indien aangewezen)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, behandelen, doorverwijzen (→)	Onderkennen, begeleiden, soms: behandelen, (←) doorverwijzen, interpreteren en wegen*	

* Zie (diagnostische) instrumenten in Diagnostiek

Luisteren, onderkennen, verkennen, in kaart brengen

Om de vragen binnen de spirituele dimensie te onderkennen en verkennen kan de zorgverlener actieve luister (en kijk-)vaardigheden inzetten, zoals open vragen stellen en benoemen wat ze ziet. Hierbij kan de zorgverlener speciaal alert zijn op non-verbale signalen die zicht geven op het spirituele domein, zoals metaforen of beeldspraak of symbolen in het uiterlijk of de omgeving van de patiënt (IKNL 2018, 5-6). Door deze te benoemen kan voor patiënten ruimte ontstaan om zich bewust te worden van zingevingsvragen, maar ook van datgene waar zij zin en kracht aan ontlene (IKNL 2018, 14). Ook vragen waarop geen direct antwoord te geven is, zoals "Waarom moet ik zo lijden?" (IKNL 2018, 13) of lichamelijke of psychosociale problemen die slecht op behandeling reageren (IKNL 2018, 6) kunnen wijzen op onderliggende levensvragen.

Belangrijk is om aandacht te hebben voor de betekenis die de patiënt zelf geeft aan gebeurtenissen (IKNL 2018, 14). Hierbij helpt het als vragen niet zozeer het cognitieve aanspreken ("Wat vindt u ervan?"), maar ruimte bieden voor diepere betekenislagen ("Hoe is dit voor u?" of "Wat betekent dit voor u?"). Ook belangrijk is ruimte geven aan emoties die bij dergelijke gesprekken vaak vrijkomen, door "een begripvolle opmerking of een korte stilte, waarin wel nabijheid voelbaar is" (Van Swaay, Tummers en Nogarede 2013, 9-10).

Om de spirituele dimensie verder in kaart te brengen kunnen zorgverleners handvatten voor gesprek inzetten, die in de richtlijn nader worden toegelicht (IKNL 2018, 19).

Ondersteunen, begeleiden en behandelen, zoektocht volgen en doorverwijzen

Onder begeleiden verstaat de richtlijn dat de zorgverlener met de patiënt in gesprek gaat over wat hem bezig houdt. Anders dan 'aandacht hebben voor de spirituele dimensie', wat altijd voor elke zorgverlener van belang is, wordt begeleiding alleen geboden wanneer de patiënt dit wenst. Om goede begeleiding te kunnen bieden moet de zorgverlener kennis hebben van spirituele processen,

waardoor zij het zingevingproces kan volgen en kan beoordelen wanneer dit vastloopt en verwijzing naar een andere discipline aan de orde is (IKNL 2018, 17).

2.3. De geestelijk verzorger als spirituele zorg specialist

“Geestelijke verzorging is professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing” aldus de ‘beroepsstandaard geestelijk verzorger’. Geestelijk verzorgers “gaan op zoek naar wat de cliënt kracht en inspiratie geeft, aansluitend bij diens levensverhaal en levensbeschouwelijke achtergrond” (VGZ 2016, 7). Voor geestelijk verzorgers is de zorg rond spiritualiteit en zingeving dus hun primaire focus en expertise (IKNL 2018, 25).

Kenmerkend voor hun werk is dat zij niet zozeer uit zijn op het vinden van ‘oplossingen’, maar helpen het unieke levensverhaal en de beleving van het moment te *verbinden* aan passende beelden, metaforen, voorwerpen met een bijzondere symbolische betekenis, rituelen, verhalen, muziek, gedichten, meditatieoefeningen of visualisatietechnieken, die helpen het onzegbare uit te drukken of (anders) te ervaren (IKNL 2018, 18). Hun vertrouwdheid met spirituele tradities biedt geestelijk verzorgers bijzondere bagage in de begeleiding van mensen met zingevingsvragen, want “in de spirituele tradities treft men heel wat universele inzichten aan, beproefde ankerpunten voor een zinvol leven” (Jonckheere 2016, 48).

Vaak (maar niet altijd) zijn geestelijk verzorgers verbonden met een bepaalde levensbeschouwelijke traditie, van waaruit zij andere werkelijkheden kunnen *representeren*, zoals een religieuze gemeenschap of God (IKNL 2018, 18). Mensen die actief in een levensbeschouwelijke traditie staan ervaren soms veel steun van een geestelijke uit de eigen geloofsgemeenschap of geestelijk verzorger vanuit de eigen traditie, die de rituelen en gebruiken kent en desgewenst kan toepassen. Soms is het juist verfrissend wanneer de geestelijk verzorger vanuit een heel andere levensvisie kijkt (IKNL 2018, 26). Wanneer iemands verbinding met een bepaalde levensbeschouwelijke traditie verbroken of versleten is, kan dat als bevrijding of gemis ervaren worden. In dat laatste geval kan het goed zijn een geestelijk verzorger te betrekken die kennis heeft van die traditie, maar niet nadrukkelijk die geloofsgemeenschap vertegenwoordigt (IKNL 2018, 25). Het behoort tot de professionaliteit van iedere geestelijk verzorger dat zij elke patiënt kan begeleiden bij het vinden van antwoorden op levensvragen, passend bij de geloofs- of levensovertuiging van de patiënt (VGZ 2016, 7-8).

Geestelijk verzorgers die voor mensen in de thuissituatie werken zijn veelal aangesloten bij regionale Centra voor Levensvragen. Hun ondersteuning wordt voor mensen van vanaf 50 jaar en mensen in de palliatieve fase gefinancierd vanuit een landelijke subsidieregeling (De Jonge 2019)⁷. Mensen met levensvragen kunnen laagdrempelig en zonder verwijzing van de huisarts bij een geestelijk verzorger terecht.

In dit hoofdstuk werd spirituele zorg besproken als een verantwoordelijkheid van alle betrokken zorgverleners, met een bijzondere bijdrage van de geestelijk verzorger als spirituele zorg specialist. Het volgende hoofdstuk richt zich op de bijdrage van de POH-GGZ aan spirituele zorg.

⁷ Voor mensen die buiten deze doelgroepen vallen werven sommige Centra voor Levensvragen particuliere fondsen, zodat ook zij kosteloos geestelijke verzorging kunnen ontvangen.

Hoofdstuk 3: Wat is er bekend over spirituele zorg door de POH-GGZ?

Wat is uit de literatuur bekend over de bijdrage van POH's-GGZ aan spirituele zorg? Het korte antwoord op deze vraag is: Weinig. Alleen de masterscriptie van Charlotte Molenaar (2016) over samenwerking tussen huisartsen en eerstelijns geestelijk verzorgers besteedt aandacht aan de bijdrage van de POH-GGZ. In deze paragraaf beschrijf ik wat uit die scriptie bekend is, met de aantekening dat het om een eerste verkenning ging bij een beperkt aantal POH's-GGZ (zes) en dat de resultaten daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Wanneer dit relevant is voor de bijdrage van de POH-GGZ bespreek ik zijdelings ook de rol van de huisarts.

3.1. Huisartsen delegeren spirituele zorg aan POH's-GGZ

Huisartsen lijken de zorg voor hun patiënten met zingevingsvragen ('mensen die ze vroeger naar de dominee verwezen') tegenwoordig veelal te delegeren aan hun POH-GGZ (Molenaar 2016, 76). Dat is niet verwonderlijk gezien de richtlijn Zingeving en spiritualiteit (IKNL 2018). Hierin worden naast geestelijk verzorgers vooral maatschappelijk werkers en psychologen (de beroepsachtergrond van veel POH's-GGZ!) benoemd als 'gespecialiseerde zorgverleners' waar de arts naar kan verwijzen voor begeleiding en crisisinterventie bij spirituele zorgvragen (IKNL 2018, 15).

Huisartsen delegeren de zorg niet alleen als ze gesignaleerd hebben dat er zingevingsvragen spelen, maar ook als de 'onderliggende vraag' nog verheldering behoeft. De 'verborgenheid van de spirituele dimensie' speelt hierin een rol. In Molenaars onderzoek geven verschillende huisartsen aan dat ze het lastig vinden zingevingsvragen te herkennen omdat patiënten die vaak zorgvuldig 'verpakken' op zo'n manier dat ze ermee bij de huisarts terecht kunnen. Patiënten vinden het gemakkelijker te beginnen over medische problemen dan over andere zaken. Het vraagt dan ook een grote zorgvuldigheid om die verborgen vragen weer 'uit te pakken' (Molenaar 2016, 63). Het 'uitpakken' oftewel het 'nader analyseren en uitdiepen van hulpvraag en klachten' is een centraal onderdeel van de functie POH-GGZ (LHV e.a. 2020, 6). Huisartsen zetten hen dan ook in als een 'extra screenings-instrument' om 'een betere intake te krijgen aan de basis' (Molenaar 2016, 71). Ze benadrukken daarbij de laagdrempeligheid van de POH-GGZ, die vaak al wel bekend is in het dorp of de wijk en bij wie patiënten niet de drempel ervaren van 'naar een psycholoog moeten' (Molenaar 2016, 76).

3.2. Tijdsdruk

Een begrip als 'trage vragen' (Jacobs 2020, 22) laat zien dat het gaat om vragen die tijd nemen om te stellen en om antwoorden op te vinden. Huisartsen geven aan dat zij 'niet in tien minuten én medische problemen én levensvragen kunnen oplossen' (Molenaar 2016, 32). POH's-GGZ hebben echter aanmerkelijk meer tijd dan huisartsen. De POH-GGZ heeft meestal 45 minuten voor een eerste gesprek en 30 minuten voor vervolggesprekken (Mok, Wenning en De Vries 2016, 7). Gemiddeld hebben patiënten 5 tot 7 gesprekken met de POH-GGZ (Noordman en Van Dulmen 2015, 645), maar er is geen maximum verbonden aan het aantal gesprekken dat POH's-GGZ mogen bieden. Toch zien de POH's-GGZ in Molenaars onderzoek hun tijd als beperkt en denken ze dat geestelijk verzorgers meer tijd kunnen besteden aan gesprekken over zingevingsvragen (Molenaar 2016, 73).

3.3. Onbekendheid met de geestelijk verzorger

Geestelijk verzorgers zien in huisartsen en POH's-GGZ belangrijke samenwerkingspartners om mensen met spirituele zorgvragen te bereiken, 'omdat mensen daar het eerste komen met hun zorgen en klachten' (Molenaar 2016, 77). De huisartsen en POH's-GGZ in Molenaars onderzoek zagen inderdaad mogelijkheden om patiënten naar geestelijk verzorgers te *verwijzen*, bijvoorbeeld wanneer het medisch moeizamer loopt, wanneer een medisch of sociaal probleem verweven is met levensbeschouwelijke vragen (Molenaar 2016, 69-70) of wanneer patiënten bij de POH-GGZ zijn uitbehandeld (Molenaar 2016, 76).

In Nederland staan geestelijk verzorgers echter nog nauwelijks op het netvlies van huisartsen. In de lange lijsten van zorgverleners waar de huisarts structureel mee samenwerkt komt de geestelijk verzorger niet voor (NIVEL 2015, 19-20)⁸. In hoeverre POH's-GGZ bekend zijn met geestelijk verzorgers is onbekend. Van de zes POH's-GGZ in Molenaars onderzoek waren twee onbekend met geestelijk verzorgers, de overigen wisten 'wel iets', vooral over hun werk in verpleeghuizen. Slechts één POH-GGZ had een geestelijk verzorger in zijn netwerk (Molenaar 2016, 72). Mogelijk wordt het aantrekkelijker voor – vaak praktisch ingestelde – huisartsen en POH's-GGZ om spirituele zorgvragen te signaleren, wanneer zij hier ook een concreet 'antwoord' op hebben, in de vorm van een eigen zorgaanbod of verwijzing naar een geestelijk verzorger.

Naast onbekendheid speelt de beeldvorming van huisartsen en POH's-GGZ over geestelijk verzorgers een rol. Molenaars onderzoek toont dat huisartsen en POH's-GGZ hen vaak niet zozeer zien als zorgverleners, maar eerder als religieuze beroepskrachten, vergelijkbaar met de predikant of pastor (Molenaar 2016, 67-68 en 75). Dat de meeste geestelijk verzorgers vanuit een bepaalde religieuze of levensbeschouwelijke traditie werken, houdt dit beeld mogelijk in stand. Anbeek (2013 in Molenaar 2016, 41) pleit dan ook voor geestelijke verzorging die niet zozeer vanuit traditionele levensbeschouwelijke tradities wordt vormgegeven, maar wordt uitgevoerd door professionals (Anbeek gebruikt de term 'zingevingsconsulenten') die – puttend uit meerdere tradities en over grenzen van levensbeschouwingen heen – een algemeen menselijk perspectief kunnen zien.

3.4. Gebrek aan visie op begeleiding bij spirituele zorgvragen door de POH-GGZ

Over hun eigen bijdrage aan *begeleiding* bij spirituele zorgvragen – ook in relatie tot geestelijk verzorgers – hebben POH's-GGZ geen heldere visie. Ze vermoeden wel overlap van hun werk met dat van geestelijk verzorgers (Molenaar 2016, 73). Veel van hun vragen over de samenwerking met geestelijk verzorgers betreffen dan ook die overlap, bijvoorbeeld: 'In hoeverre kan ik zelf geestelijke begeleiding bieden?', 'In hoeverre doen we hetzelfde?' of 'Kan ik jullie ook voor meer psychische klachten inzetten?' (Molenaar 2016, 75). POH's-GGZ en geestelijk verzorgers zien wel een verschil in de primaire insteek: gericht op zingeving en present zijn (geestelijk verzorgers) of meer op psychische klachten en gedrag (POH's-GGZ) (Molenaar 2016, 73). Sommige huisartsen zien dat POH's-GGZ meer gericht zijn op 'behandelen' en afgaan op 'symptomen', terwijl geestelijk verzorgers meer 'begeleiding' zouden bieden en afgaan op 'signalen in het levensverhaal' (Molenaar 2016, 74).

⁸ Mogelijk is daar met de komst van de nieuwe richtlijn Zingeving en spiritualiteit (IKNL 2018) en met de financiering van eerstelijns geestelijke verzorging voor een beperkte doelgroep (de Jonge 2019) al wel enige verandering in gekomen, maar daar zijn nog geen gegevens over.

Hoewel de POH's-GGZ dit verschil ook weer nuanceren: 'Wij zijn ook present' en 'Wij werken ook met het levensverhaal van de patiënt' (Molenaar 2016, 75).

Door huisartsen en POH's-GGZ worden diverse situaties benoemd waarin verwijzing overwogen kan worden: Ter ondersteuning van mantelzorgers, bij "specifieke levensbeschouwelijke en contextueel gebonden vragen, [...] 'Rouw en verlies', 'eenzaamheid', 'verlieservaringen (in brede zin)', 'seksueel misbruik', 'existentiële woede', 'euthanasievraagstukken', 'uitbehandeld' en 'Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)'." (Molenaar 2016, 83-84). Maar onduidelijk blijft wanneer mensen beter verwezen kunnen worden naar de geestelijk verzorger en wanneer de POH-GGZ dergelijke vragen prima kan oppakken. Voor veel van deze vragen hebben POH's-GGZ immers ook hun eigen begeleidingsrepertoire, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de paragrafen 'Rouw en verliesverwerking', 'Schokkende gebeurtenis', 'SOLK' en 'Ziekte of terminale patiënten en hun naasten' in het Handboek POH-GGZ (Mok, Wenning en De Vries 2016).

Om de bijdrage van POH's-GGZ te verhelderen bespreek ik in het volgende hoofdstuk de aanknopingspunten die hun functie biedt voor spirituele zorg en wanneer verwijzing naar de eerstelijns geestelijk verzorger aangewezen is.

Hoofdstuk 4: Welke aanknopingspunten biedt de functie van POH-GGZ voor spirituele zorg en wanneer is verwijzing naar de geestelijk verzorger aangewezen?

Op het eerste gezicht maakt de zorg voor zingeving nauwelijks deel uit van de functie POH-GGZ: 'zingeving' wordt in het functie- en competentieprofiel alleen benoemd als aandachtspunt bij stabiele chronisch psychiatrische patiënten (LHV et al 2020, 18). Termen als 'spiritualiteit', 'spirituele zorg' of 'levensvragen' komen in het profiel niet voor. Toch blijkt het functieprofiel bij nadere lezing wel aanknopingspunten te bieden om spirituele zorg vorm te geven. Die liggen in de kernwaarden van de functie (4.1.) en in modellen en interventies die door de POH-GGZ veel gebruikt worden (4.2.). De POH-GGZ dient ook haar grenzen te kennen als het gaat om spirituele zorg. Paragraaf 4.3. beschrijft daarom wanneer verwijzing naar en/of samenwerking met de geestelijk verzorger aangewezen is.

4.1. Kernwaarden van de functie POH-GGZ

Het nieuwe functieprofiel van de POH-GGZ benoemt kernwaarden, die voortvloeien uit de keuze om te werken vanuit het 'patiënten- en naastenperspectief' en om de functie te positioneren als (onderdeel van) 'huisartsenzorg' (LHV e.a. 2020, 6-7).

Onder 'patiënten- en naastenperspectief' worden kernwaarden benoemd die zijn gebaseerd op het visiedocument 'Focus op gezondheid' van de gezamenlijke patiënten- en naastenorganisaties in de GGZ (MIND 2018). De eerste kernwaarde is dat zorgverlener en patiënt gezamenlijk werken aan behoud, versterking en herstel van *gezondheid*. Gezondheid wordt hierbij uitdrukkelijk geplaatst in het licht van zingeving: "Gezondheid is geen doel maar een randvoorwaarde om een volwaardig en zinvol leven te leiden" (MIND 2018, 1). Het omarmen van deze kernwaarde biedt POH's-GGZ mijns inziens volop ruimte om klachten uit te vragen in het licht van wat deze persoon als zinvol ervaart en van daaruit ook de spirituele dimensie verder te verkennen.

Een tweede kernwaarde is de noodzaak om "aansluiting te zoeken bij de beleving van het individu en diens verhaal en context als uitgangspunt te nemen. [...] Kortom, zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket.*" De functie vereist dan ook een 'protocol-overstijgend denken en handelen' (LHV et al. 2020, 6): Niet de protocollen staan centraal, maar de mens en diens verhaal. Ook dit uitgangspunt overstijgt de 'klassiek-medische blik' (Warmenhoven et al. 2014, 236) en biedt ruimte voor de spirituele zorgdimensie.

Door de positionering van de functie als onderdeel van huisartsenzorg zijn ook de kernwaarden van huisartsenzorg van toepassing. Zoals de kernwaarde 'persoonsgericht' waarin het er om gaat dat de "hele mens binnen zijn context" centraal staat, en de kernwaarde 'continuïteit' die aangeeft dat huisartsenzorg continu en in verschillende fasen van de levensloop geboden wordt. (Het opbouwen van) een vertrouwensrelatie wordt hiervoor als voorwaarde benoemd (LHV et al. 2020, 7). Dit levenslopperspectief biedt eveneens een goede basis om aandacht te hebben voor de betekenis van klachten of ingrijpende life-events binnen iemands levensverhaal.

Al met al bieden de kernwaarden van waaruit de POH-GGZ werkt veel ruimte voor spirituele zorg. Maar hoe kan de POH-GGZ die zorg invullen?

4.2. Veelgebruikte interventies en modellen van de POH-GGZ

Allereerst kan de POH-GGZ de spirituele zorg bieden die tot het handelingsrepertoire van alle zorgverleners behoort, zoals beschreven in paragraaf 2.2. Er zijn aanwijzingen dat voor spirituele zorg essentiële vaardigheden als ‘luisteren’ en ‘erbij blijven wanneer een patiënt het moeilijk heeft’ tot het standaardrepertoire van de POH-GGZ behoren. Patiënten zoeken bij de POH-GGZ vooral een luisterend oor en hebben hoge waardering voor diens ondersteuning (Noordman en Van Dulmen 2015, 645), wat mogelijk betekent dat patiënten dat luisterend oor daadwerkelijk vinden. Bovendien bieden POH's-GGZ uitgebreid ruimte aan de onplezierige emoties van hun patiënten (Griep, Noordman en Van Dulmen 2016, 77). Het lukt hen blijkbaar om ‘er bij te blijven’ wanneer een patiënt het moeilijk heeft, wat volgens Cornette van groot belang is in het kunnen doorleven en helen van de spirituele pijn (Cornette 2001, 1026).

Naast het handelingsrepertoire dat POH's-GGZ delen met andere zorgverleners, benoemen het functieprofiel (LHV et al. 2020) en het Handboek POH-GGZ (Mok, Wenning en De Vries 2016) diverse modellen en interventies die behulpzaam zijn bij spirituele zorg. Ik benoem slechts enkele, als eerste indruk. In vervolgonderzoek kan worden verkend welke andere instrumenten POH's-GGZ hiervoor inzetten.

Uitdiepen van de hulpvraag

Voor het uitdiepen van de hulpvraag hoort de POH-GGZ onder meer kennis te hebben van de principes van ‘positieve gezondheid’ (LHV et al. 2020, 15). In dit model is ‘zingeving’ één van de zes levensdomeinen waarover verdiepende vragen worden gesteld (van Steekelenburg, Kersten en Huber 2016, 47).

Een ander model dat in het profiel wordt benoemd is het ‘KOP-model’ (LHV et al. 2020, 8). Met name de uitgebreidere versie van het model (KOP-LEEKs) brengt ook de eigen krachtbronnen en de sociale steun in kaart, wat prima handvatten biedt om het zoeken naar en inzetten van eigen krachtbronnen – eigen aan spirituele zorg – vorm te geven.

Begeleiding

De methodiek Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is sterk in opkomst onder POH's-GGZ. Uitgangspunt is niet het oplossen van problemen, maar het verdragen ervan “op zo’n manier dat het wordt geïntegreerd in een waardevol leven” (Mok, Wenning en De Vries 2016, 156). Mindfulness (het observeren van gedachten en ervaringen zonder oordeel), bewustwording van de waarden van waaruit iemand wil leven, toegewijd handelen volgens die waarden en het gebruik van beelden en metaforen vormen belangrijke onderdelen van de methodiek. Door de focus op het leren aanvaarden van wat niet ‘op te lossen’ is en door aandacht voor de waarden die iemands leven richting geven, biedt deze methodiek een kader voor zorg rond de spirituele dimensie (Mok, Wenning en De Vries 2016, 157-158).

In de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten wordt door POH's-GGZ veelal gewerkt vanuit de Herstelvisie. Ook hierin gaat het om acceptatie (van de beperkingen), maar ook om het

hervinden van een hoopvol perspectief (Mok, Wenning en De Vries 2016, 71). In deze benadering is veel aandacht voor 'existentieel herstel'. Niet de psychiatrische diagnose staat centraal, maar het ervaren van een zinvol bestaan, het realiseren van betekenisvolle eigen doelen en het voeden van de hoop dat dat mogelijk is (Delespaul, et al. 2018, 66).

In het Handboek POH-GGZ zijn meer handvatten te vinden voor het vormgeven van spirituele zorg. Enkele voorbeelden uit de paragraaf over rouw en verliesverwerking: ruimte geven om het eigen verhaal te vertellen, stimuleren om steun te zoeken in het sociale netwerk, normaliseren en geruststellen, uitleg geven over rouwprocessen, het schrijven van brieven om de gevoelens te doorleven, een ritueel voorbereiden en de patiënt voorbereiden op betekenisvolle momenten als een verjaardag of feestdag (Mok, Wenning en De Vries 2016, 101).

4.3. Wanneer is verwijzing naar de geestelijk verzorger de betere optie?

Zoals we in 3.1. zagen ligt het inschakelen van de POH-GGZ bij spirituele zorgvragen voor de hand voor huisartsen. Spirituele zorg past bij de kernwaarden van de POH-GGZ en zij heeft daarvoor het een en ander in huis. Maar is begeleiding door de POH-GGZ altijd de beste keuze? Wanneer volstaat signalering en begeleiding door de POH-GGZ en wanneer is verwijzing naar de eerstelijns geestelijk verzorger (en/of een andere zorgverlener) de betere keuze? In deze afweging speelt de POH-GGZ zelf een belangrijke rol: de huisarts adviseren over verwijzing is een belangrijke taak van de POH-GGZ (LHV et al. 2020, 6).

Ik bepleit hierin een stepped-care benadering, waarbij ik de zorg door de geestelijk verzorger opvat als specialistische zorg op het spirituele domein. Volgens het principe van stepped-care wordt gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de vraag en wordt zo nodig in de loop van de tijd opgeschaald naar zwaardere of meer specialistische vormen van zorg (NHG 2014, 1). Dat begint bij de signalering dat er een spirituele zorgvraag speelt en bij een inschatting van de ernst daarvan, die bepaalt op welke 'zwaarte' ingestoken wordt. Het kan zijn dat direct naar de geestelijk verzorger of een andere gespecialiseerde zorgverlener moet worden verwezen. Maar het kan ook zijn dat 'watchful waiting' een verantwoorde eerste stap is, wanneer je vermoedt dat de patiënt zelfstandig of met behulp van haar omgeving haar vragen een plek kan geven. Of je zet andere (tussen)stappen, zoals psycho-educatie (normaliseren van wat de patiënt meemaakt en uitleg geven wat deze kan verwachten en wat kan helpen), of je biedt zelf als POH-GGZ de eerste begeleiding.

Zoals eerder besproken is het belangrijk dat de POH-GGZ niet alleen spirituele zorgvragen kan signaleren, maar dat zij ook enige kennis heeft van spirituele processen, waardoor zij het zingevingproces van de patiënt kan volgen en kan beoordelen wanneer dit vastloopt en verwijzing aan de orde is. Er is volgens de richtlijn Zingeving en spiritualiteit een zekere mate van scholing nodig om dit goed te kunnen doen (IKNL 2018, 17).

Bij verwijzing rond spirituele zorg komt met name de eerstelijns geestelijk verzorger in beeld. Wanneer de spirituele zorgvraag verweven is met (ernstige) psychische of psychosociale problematiek dient ook een psycholoog, maatschappelijk werker of psychiater betrokken te worden (IKNL 2018, 27). Volgens de richtlijn Zingeving en spiritualiteit (IKNL 2018) is verwijzing aan de orde wanneer de zorgverlener van mening is dat zij zelf niet de spirituele zorg kan bieden waar de patiënt

recht op heeft. Het bewustzijn van de eigen grenzen is dus een belangrijke voorwaarde voor verwijzing. Die grenzen kunnen inhoudelijk, persoonlijk of praktisch van aard zijn (IKNL 2018, 24).

Inhoudelijke redenen

Van *inhoudelijke* redenen is bijvoorbeeld sprake bij een spirituele crisis⁹ of wanneer een beroep gedaan moet worden op handelingsrepertoire dat specifiek is voor de geestelijk verzorger, zoals de uitvoering van bepaalde rituelen (IKNL 2018, 24), het verbinden van het levensverhaal met passende beelden, symbolen en verhalen (IKNL 2018, 18) of het inzetten van non-verbale vormen van communicatie (IKNL 2018, 17).

Persoonlijke redenen

Bij *persoonlijke* redenen kun je denken aan de eigen expertise die tekort schiet, bijvoorbeeld omdat de benodigde 'grondhoudingen' als 'verlangzaming' of 'verzoening met het onvolmaakte' (Cornette 2001, 1022) onvoldoende ontwikkeld zijn, of omdat men onvoldoende kennis heeft van spirituele processen. Scholing op dit gebied kan POH's-GGZ helpen zich bewuster te worden van hun vaardigheden en deze verder te ontwikkelen, waardoor deze grens minder snel in zicht komt. Persoonlijke redenen kunnen ook aan de orde zijn wanneer de thematiek van de zingevingvraag raakt aan eigen worstelingen (IKNL 2018, 24) of wanneer de eigen emotionele grenzen in zicht zijn, bijvoorbeeld wanneer een patiënt die gaat overlijden kinderen heeft in de leeftijd van de eigen kinderen (IKNL 2018, 26).

Praktische redenen

Onder *praktische* redenen valt bijvoorbeeld tijdgebrek (IKNL 2018, 27). POH's-GGZ hebben meer tijd voor hun consulten dan huisartsen, maar gesprekken van 30 minuten kunnen nog steeds te krap bemeten zijn. Bovendien ervaren POH's-GGZ soms grenzen aan het aantal consulten dat zij kunnen bieden (Molenaar 2016, 73). Ook beschikbaarheid speelt een rol, een POH-GGZ zal bij een volle agenda eerder geneigd zijn te verwijzen (IKNL 2018, 27).

Op meerdere plaatsen pleit de richtlijn voor multidisciplinaire samenwerking in zowel de inschatting van de spirituele zorgvraag (IKNL 2018, 25) als in de begeleiding, bijvoorbeeld bij een spirituele crisis (IKNL 2018, 27). Dit zou in de eerste lijn pleiten voor nauwe samenwerking van geestelijk verzorgers met huisartsen en POH's-GGZ, maar ook met bijvoorbeeld de GGZ (psychologen en psychiaters), het maatschappelijk werk en andere partijen in de sociale teams.

Wanneer verwijzing of samenwerking aangewezen is, lijkt me vooral ook maatwerk. 'Beslisbomen' kunnen hier eventueel in ondersteunen¹⁰. Belangrijker dan sluitende antwoorden vinden is wellicht om hierover in gesprek te blijven, dingen uit te proberen en hierop te reflecteren.

⁹ Een spirituele crisis kan zich laten zien in: "Diepgaande vragen en/of twijfels over de betekenis van iemands eigen leven; Rouw of een gevoel van diep verlies, vaak als gevolg van een verstoring in gehechtheid van een persoon of een verbinding met zichzelf, anderen of een hogere macht (God); Een kritiek moment of keerpunt waarin een persoon wordt veranderd door de crisis; Cirkelend proces van zoeken maar niet vinden van evenwicht" (IKNL 2018, 10).

¹⁰ Er zijn er diverse in omloop, zie bijvoorbeeld https://geestelijkeverzorging.nl/wp-content/uploads/2019/12/Beslisboom-GV-MMW-PCLD-2019_geestelijkeverzorging.nl_.pdf, <https://www.agora.nl/wp-content/uploads/2020/06/Agora-infographic-zingeving-DEF.pdf> en https://centrum-levensvragen.nl/wp-content/uploads/2020/03/Levensvragen_FLY_Beslisboom_0320.pdf

Ik concludeer dat de POH-GGZ (vaak onbewust?) al veel in huis heeft om de spirituele dimensie te verkennen en begeleiding vorm te geven, vanuit de kernwaarden van haar functie en het handelingsrepertoire dat haar al ter beschikking staat. Voor een deel van de patiënten met spirituele zorgvragen zal dat voldoende zijn. Maar het is belangrijk dat de POH-GGZ ook haar grenzen kent, deze eventueel door scholing verlegt en zo nodig verwijst naar en/of samenwerkt met de geestelijk verzorger en andere gespecialiseerde zorgverleners.

Hoofdstuk 5: Conclusie, aanbevelingen en afsluitende woorden

Dit werkstuk vormt de weerslag van mijn speurtocht in de literatuur naar wat de bijdrage kan zijn van POH's-GGZ aan spirituele zorg, ook in relatie tot eerstelijns geestelijk verzorgers. Wat heeft deze speurtocht opgeleverd?

5.1. Conclusie

Ik kom tot de conclusie dat de POH-GGZ in principe goede papieren heeft om invulling te geven aan spirituele zorg. Allereerst is gebleken dat mensen met ingrijpende levenservaringen en levensvragen steeds meer bij de huisartspraktijk komen, dat de huisarts geneigd is mensen met deze vragen gesprekken met de POH-GGZ aan te bieden en dat haar zorg laagdrempelig wordt aangeboden. Vanuit de kernwaarden van haar functie, zoals persoonsgericht ("zie de mens, niet het etiket"), continu (levensloopzorg) en gericht op gezondheid als randvoorwaarde voor een volwaardig en zinvol leven, is zij in een goede positie om zorg op het spirituele domein te bieden. Naast het algemene handelingsrepertoire dat alle zorgverleners in kunnen zetten, heeft zij een aantal modellen en interventies in haar gereedschapskist die in het bijzonder behulpzaam zijn bij spirituele zorg. Tenslotte kan zij (de huisarts adviseren te) verwijzen naar en samen te werken met de specialist op dit vlak, de geestelijk verzorger.

Toch is er bij huisartsen, geestelijk verzorgers, beleidsmakers, onderzoekers en POH's-GGZ zelf nog weinig bewustzijn van de bijdrage die POH's-GGZ al hebben aan spirituele zorg en hoe die bijdrage versterkt kan worden. Hun functie biedt volop kansen, die nog maar ten dele waargenomen en verzilverd worden. Belemmerende factoren zijn onder meer gebrek aan bewustzijn bij huisartsen en POH's-GGZ over de aard van spirituele zorg, mogelijke beperkingen in kennis en vaardigheden rond signalering en begeleiding, beperkingen in tijd en gebrek aan kennis van samenwerkingsmogelijkheden met eerstelijns geestelijk verzorgers.

Deze situatie zie ik als een grote gemiste kans voor mensen in de thuissituatie die worstelen met zingevingsvragen die nu onvoldoende gesignaleerd en geadresseerd worden. De toenemende aandacht voor en structurele financiering van geestelijke verzorging in de eerste lijn zie ik als een belangrijke stap om spirituele zorg voor iedereen toegankelijk te maken. Maar ik denk niet dat de rol van huisartsen en POH's-GGZ zich moet beperken tot het signaleren en direct verwijzen van elke patiënt met een (mogelijke) spirituele zorgvraag naar een geestelijk verzorger. Huisartsen en POH's-GGZ hebben de patiënt vanuit hun vertrouwensrelatie zelf veel te bieden in de zorg voor het spirituele domein, in samenhang met de zorg op andere domeinen, zeker wanneer zij zich hiervan bewust zijn en hierin zo nodig (verder) geschoold worden. Door aandacht voor het spirituele domein zullen meer mensen zich gezien weten in hun levensvragen. Bovendien komt die aandacht de zorgrelatie ten goede (Vermandere et al. 2015, E294). Pas wanneer huisartsen, POH's-GGZ, andere partijen in de eerste lijn en geestelijk verzorgers de verbinding met elkaar zoeken en op dit vlak nauw met elkaar samenwerken, wordt spirituele zorg voor iedereen die dat nodig heeft bereikbaar.

5.2. Aanbevelingen

Om die kansen te verzilveren moet er naar mijn mening nog wel het een en ander gebeuren, wat ik verwoord in de volgende aanbevelingen:

- 1) Recentelijk wordt steeds meer bepleit het in de huisartsenzorg gebruikelijke biopsychosociale (BPS-)model uit te breiden met de spirituele dimensie (BPSS-model), zodat het model de gehele mens betreft, zoals dat in de palliatieve zorg al gebruikelijk is (De Vries-Schot 2013, 115). Ik sluit me hierbij aan. Spirituele zorg maakt nu wel impliciet deel uit van huisartsenzorg (in de kernwaarden), maar slechts op enkele gebieden (voornamelijk palliatieve zorg) wordt de zorg voor dit domein expliciet benoemd. Aandacht voor de spirituele dimensie is echter niet alleen van belang voor palliatieve patiënten, maar voor iedereen die worstelt met levensvragen en de impact van ingrijpende levensgebeurtenissen. Door de spirituele dimensie expliciet te benoemen in de uitgangspunten van huisartsenzorg kan zorg voor zingevingsvragen consequent worden doorgevoerd voor alle patiënten. Van daaruit kan spirituele zorg in het volgende functie- en competentieprofiel POH-GGZ ook een expliciete en uitgewerkte plek krijgen.
- 2) Neem als eventuele tussenstap de multidisciplinaire richtlijn Zingeving en spiritualiteit op in de richtlijndatabases van huisartsen en/of ontwikkel een NHG-standpunt rond de zorg voor levensvragen.
- 3) Onder huisartsen en POH's-GGZ is meer bewustzijn nodig van de aard van de spirituele dimensie en van hun kracht én grenzen in het bieden van spirituele zorg. Hiervoor is scholing nodig in de basisopleidingen tot huisarts en POH-GGZ en in bijscholingen. De richtlijn Zingeving en spiritualiteit adviseert scholing rond herkenning van spirituele zorgvragen en rond "attitudevorming en communicatietechnieken" (IKNL 2018, 36). Ook is kennis nodig van spirituele processen, waardoor POH's-GGZ en huisartsen kunnen inschatten wanneer zij zelf begeleiding kunnen bieden en wanneer verwijzing nodig is (IKNL 2018, 17). Naast scholing kan ook samenwerking met en consultatie door geestelijk verzorgers helpen om de benodigde vaardigheden verder te ontwikkelen (Molenaar 2016, 80-81).
- 4) Doe vervolgonderzoek naar interventies en modellen die POH's-GGZ nu al inzetten rond spirituele zorgvragen. Onderzoek daarnaast welke modellen en interventies vanuit de geestelijke verzorging bruikbaar zijn voor de POH-GGZ om spirituele zorg verder vorm te geven¹¹.
- 5) Neem de Centra voor Levensvragen op in de sociale kaarten en lijsten met zorgverleners waarnaar de huisarts kan verwijzen.
- 6) Voor Centra voor Levensvragen: Zet in op het bekendmaken van het aanbod van geestelijke verzorging bij huisartsen en POH's-GGZ. Zorg voor een gevarieerd aanbod van geestelijk verzorgers uit verschillende tradities en 'ongebonden' geestelijk verzorgers (die niet vanuit één bepaalde traditie werken).
- 7) Start structurele samenwerking (landelijk, regionaal en lokaal) op tussen (verenigingen van) huisartsen, POH's-GGZ en geestelijk verzorgers om elkaar te leren kennen, vertrouwen op te bouwen, eventuele incorrecte beeldvorming te corrigeren, van elkaar te leren en rond patiënten met elkaar samen te werken.

¹¹ De Richtlijn Zingeving en spiritualiteit noemt drie 'handvatten voor gesprek' rond spirituele zorg in de palliatieve fase, te weten het Ars Moriendi model, de FICA en de MVCN en licht deze ook toe (IKNL 2018, 19). Uit onderzoek onder Vlaamse huisartsen is gebleken dat zij het Ars Moriendi model behulpzaam vinden om spirituele kwesties met palliatieve patiënten te bespreken (Vermandere et al. 2015, E294). Ook de FICA zou – met een aantal linguïstische aanpassingen - bruikbaar kunnen zijn (Vermandere et al. 2012, e718). Bij het verder verkennen van mogelijk bruikbare modellen en interventies kan de 'Inventarisatie Zingeving en Geestelijke Verzorging Thuis/Eerstelijns' (Vruggink, Damen en Jacobs 2020) behulpzaam zijn.

5.3. Afsluitende woorden

Ik begon aan dit werkstuk met het vermoeden dat wij ons als POH's-GGZ in een goede positie bevinden om spirituele zorgvragen te signaleren en hierin (enige) begeleiding te bieden, maar had weinig woorden om onze bijdrage én de grenzen daaraan te duiden. Dit werkstuk heeft mij geholpen de aard van spirituele zorg en de kracht en eigenheid van onze bijdrage te verwoorden, waardoor ik met meer zelfvertrouwen vorm geef aan dit boeiende stuk van ons werk. Daarnaast heb ik meer zicht gekregen op de expertise van de geestelijk verzorger en op mijn persoonlijke en professionele grenzen. Met deze inzichten wil ik de komende tijd de samenwerking tussen POH's-GGZ en geestelijk verzorgers verder verkennen en vormgeven.

Een collega POH-GGZ zei na het lezen van een eerdere versie van dit werkstuk: "Opnieuw realiseerde ik me dat ons werk veel overeenkomsten heeft met de geestelijk verzorger." Die overeenkomsten zie ik ook, vooral in de manier waarop we 'er zijn'. Steeds opnieuw die ontmoeting, waarin we als medemens naast iemand staan in diens worstelingen met de ongerijmdheden van het menselijk bestaan. Dat vormt voor mij de kern van ons werk, in het spirituele, maar ook in de andere levensdomeinen. De op de persoon en het moment toegesneden inzet van vele prachtige modellen en richtlijnen in onze rugzak is daaraan dienstbaar. Ik ben blij dat de kaders van onze functie die kern ondersteunen.

Tenslotte wil ik mijn dank uitspreken aan mijn werkstuk-begeleider Michael Scherer-Rath en mijn mede-student Dirma van de Wetering-van de Haar voor hun stimulerende woorden en bruikbare tips bij de totstandkoming van dit werkstuk. En aan POH's-GGZ Daniëlle Verboom-de Vries, Els van Bezooijen, Tonnie de Vos, Fija van der Weide en Mirjam Unk en huisarts Maarten Wilschut die eerdere versies van dit werkstuk van hun waardevolle commentaar voorzagen en die mij bovenal steeds weer inspireren.

Ik hoop van harte dat dit werkstuk mag bijdragen aan de verdere ontwikkeling van spirituele zorg in de eerste lijn, met een heldere bijdrage van de POH-GGZ!

Geraadpleegde literatuur

- Anbeek, Christa, Jaap Schuurmans en Ger Palmboom. 2013. "De levensbeschouwelijke professional in transitie." *Handelingen, Tijdschrift voor Praktische Theologie en Religiewetenschap*, 3: 5-19.
- Cornette, Katrien. 2001. "Zorg voor Spirituele Pijn." *Tijdschrift voor Geneeskunde* 57: 1022-1028.
- De Jonge, Hugo. 2018. *Aanpak Geestelijke Verzorging/Levensbegeleiding. Kamerbrief 8 oktober 2018*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- De Jonge, Hugo. 2019. *Voortgang Geestelijke Verzorging en Levensbegeleiding. Kamerbrief 24 juni 2019*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- De Vries-Schot, Margreet. 2013 "Het Biopsychosociaalspiritueel Model (BPSS): Pragmatisch en Omvattend." *Psyche en Geloof*, 24(2): 112-118.
- Delespaul, Philippe, Michael Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink, en Jim van Os. 2018. *Goede GGZ! - Nieuwe Concepten, Aangepaste Taal en Betere Organisatie*. Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Edwards, Adrian, Naomi Pang, Vicky Shiu, en Cecelia Chan. 2010. "The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: a Meta-study of Qualitative Research." *Palliative medicine*, 24(8): 753-770.
- Ellis, Mark R., en James D. Campbell. 2004. "Patients' Views about Discussing Spiritual Issues with Primary Care Physicians." *Southern Medical Journal*, 97(12): 1158-1164.
- Griep, Esther C.M., Janneke Noordman, en Sandra van Dulmen. 2016. "Practice Nurses Mental Health Provide Space to Patients to Discuss Unpleasant Emotions." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23: 77-85.
- IKNL. 2018. *Zingeving en Spiritualiteit in de Palliatieve Fase. Landelijke Richtlijn, Versie: 2.0*. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland.
- Jacobs, Gaby. 2020. *Zin in Geestelijke Verzorging*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Jonckheere, Anne-Mie. 2016. "Zorg voor Zinbeleving Vandaag: Zoeken naar Taal voor wat Grond en Richting Geeft." In *Zin buiten beeld? Zorg voor Zinzoekers Vandaag*, door Hetty Zock, Jos Pieper en Walter Krikilion, 42-50. Tilburg: KSGV.
- LHV et al. 2020. *Functie- & Competentieprofiel 'Praktijkondersteuner Huisarts GGZ' 2020*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.
- MIND. 2018. *Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel*. Visiedocument, Amersfoort: MIND.
- Mok, Liesbeth, Harold Wenning, en Ietje de Vries. 2016. *Handboek POH-GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Molenaar, Charlotte. 2016. *Hart voor de Zorg en Zorg voor het Hart. Een Kwalitatief Onderzoek naar de Samenwerking tussen Huisartsen, Praktijkondersteuners GGZ en Geestelijk Verzorger*. Utrecht: Masterthesis Universiteit voor Humanistiek.
- NHG. 2007. *GGZ in de Huisartsenzorg*. Standpunt, Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- NHG. 2014. *Stepped Care. Bijlage bij Protocolair GGZ*. Protocol, Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

- NIVEL. 2015. *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, Waar Staat de Huisartsenzorg Anno 2014?* Utrecht: NIVEL.
- Nolan, Steve, Philip Saltmarsh, en Carlo Leget. 2011. "Spiritual Care in Palliative Care: Working Towards an EAPC Task Force." *European Journal of Palliative Care*, 18(2): 86-89.
- Noordman, Janneke, en Sandra van Dulmen. 2015. "Patiënten Zoeken Luisterend Oor bij POH-ggz." *Huisarts & Wetenschap*, 58(12): 645.
- Van der Weegen, Kim, Martin Hoondert, Madeleine Timmermann, en Agnes van der Heide. 2019. "Ritualization as Alternative Approach to the Spiritual Dimension of Palliative Care: A Concept Analysis." *Journal of Religion and Health*, 58: 2036-2046.
- Van Hassel, Daniël, Ronald Batenburg, en Lud van der Velden. 2016. *Praktijkondersteuners (POH's) in Beeld: Aantallen, Kenmerken en Geografische Spreiding in Nederland*. Onderzoeksrapport, Utrecht: NIVEL.
- Van Steekelenburg, Ellen, Ingrid Kersten, en Machteld Huber. 2016. *'Positieve gezondheid' in Nederland. Wie, Wat, Waarom en Hoe?* Inventarisatie, Amersfoort: Institute for Positive Health.
- Van Swaay, Agnes, Roos-Marie Tummers, en René Nogarede. 2013. "Het Spiegelgesprek. Handvatten voor het Bespreken van Spirituele Thema's." *Pallium*, 15(3): 8-10.
- Vermandere, Mieke, Yoo-Na Choi, Heleen De Brabandere, Ruth Decouttere, Evelien De Meyere, Elien Gheysens, Brecht Nickmans, et al. 2012. "GP's Views Concerning Spirituality and the Use of the FICA Tool in Palliative Care in Flanders, a Qualitative Study." *British Journal of General Practice: e718-e725*. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X656865>.
- Vermandere, Mieke, Franca Warmenhoven, Evie Van Severen, Jan De Lepeleire, en Bert Aertgeerts. 2015. "The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-methods Evaluation." *Oncology Nursing Forum*, 42(4): E294-E301. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.294-301>.
- Vermandere, Mieke, Jan De Lepeleire, Wouter Van Mechelen, Franca Warmenhoven, Bregje Thoonsen, en Bert Aertgeerts. 2012. "Outcome Measures of Spiritual Care in Palliative Home Care: A Qualitative Study." *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(5): 437-444.
- Verschuren, Piet. 2009. *Praktijkgericht Onderzoek. Ontwerp van Organisatie- en Beleidsonderzoek*. Den Haag: Boom Academic.
- VGZ. 2016. *Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger 2015*. Amsterdam: Vereniging van Geestelijk VerZorgers.
- Vruggink, Ben, Annelieke Damen, en Gaby Jacobs. 2020. *Inventarisatie Zingeving en Geestelijke Verzorging Thuis/Eerstelijns*. Inventarisatie in opdracht van ZonMw, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Warmenhoven, Franca, Peter Lucassen, Mieke Vermandere, Bert Aertgeerts, Chris van Weel, Kris Vissers, en Judith Prins. 2016. "'Life is Still Worth Living': A Pilot Exploration of Self-reported Resources of Palliative Care Patients." *BioMed Central Family Practice*: 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0450-y>.
- Warmenhoven, Franca, Mieke Vermandere, Peter Lucassen, Kris Vissers, en Jan De Lepeleire. 2014. "Somberheid in de Palliatieve Fase." *Huisarts & Wetenschap*, 57(5): 236-238.

Zorgvuldig Advies. 2018. *Verslag Consultatiebijeenkomst Geestelijke Verzorging 11-7-2018*. Utrecht:
Zorgvuldig Advies.

Bijlage: De POH-GGZ en de geestelijk verzorger

POH-GGZ

De functie die voluit heet ‘praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg’ (afgekort: Praktijkondersteuner GGZ of POH-GGZ) bestaat sinds 1 januari 2008 (LHV e.a. 2020, 4) en wordt uitgevoerd door professionals met diverse beroepsachtergronden op minimaal HBO-niveau. De POH-GGZ functioneert ter ondersteuning en onder verantwoordelijkheid van de huisarts en sluit nauw aan bij de huisartsenzorg voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten (LHV e.a. 2020, 5). De POH-GGZ houdt zich voornamelijk bezig met het “nader analyseren en uitdiepen van hulpvraag en klachten, begeleiding en kortdurende behandeling. Zo nodig vindt er verwijzing plaats.” (LHV e.a. 2020, 6). Volgens de laatste NIVEL-gegevens was in 2016 in 81% van de huisartspraktijken een POH-GGZ werkzaam (van Hassel, Batenburg en van der Velden 2016, 5).

Eerstelijns geestelijk verzorger

“Geestelijke verzorging is professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing.” aldus de ‘beroepsstandaard geestelijk verzorger’ (VGVZ 2016, 7). Geestelijk verzorgers “gaan op zoek naar wat de cliënt kracht en inspiratie geeft, aansluitend bij diens levensverhaal en levensbeschouwelijke achtergrond. Ook kunnen zij cliënten bijstaan met rituelen en sacramenten” (VGVZ 2016, 7). Geestelijk verzorgers zijn opgeleid in de theologie, humanistiek of religiewetenschappen op universitair masterniveau of HBO-masterniveau (VGVZ 2016, 8). Intramurale zorginstellingen zijn verplicht geestelijke verzorging aan te bieden aan hun bewoners. Sinds 1 januari 2019 wordt begeleiding door een eerstelijns geestelijk verzorger (veelal werkend vanuit een regionaal Centrum voor Levensvragen) ook vergoed, maar alleen voor thuiswonenden vanaf 50 jaar en mensen in de laatste levensfase en hun naasten, vanuit een landelijke subsidieregeling (de Jonge 2019). Voor mensen die buiten deze doelgroepen vallen werven sommige Centra voor Levensvragen particuliere fondsen, zodat ook zij kosteloos geestelijke verzorging kunnen ontvangen.