

14.6.3. Kansen en bedreigingen

Drs. W.v.d.Wouw

Inleiding

De totale gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Dat geldt zeker voor de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. In vele termen worden de

actuele ontwikkelingen geschetst. Door individualiseren, democratiseren, dereguleren, normaliseren en flexibiliseren moet de zorg in deze en komende tijd aan kwaliteit en beheersbaarheid winnen. Ook de geestelijke verzorging kan niet om die veranderingen heen en zal een gepast antwoord moeten geven. Hier en daar worden de contouren van nieuwe modellen van geestelijke verzorging al zichtbaar. Maar ook de bedreigingen en de kansen die deze ontwikkelingen met zich mee brengen. Kenmerkend daarbij is dat de geestelijke verzorging meer vanuit de zorgvraag en geïndividualiseerd aangeboden zal worden. De deconcentratie van residentiele verstandelijk gehandicapten leidt tot meer samenwerking met zowel andere geestelijk verzorgers, met andersoortige zorgvoorzieningen en met levensbeschouwelijke genootschappen. Ook zijn er reeds regionale centra ontstaan met een aanbod van geestelijke verzorging voor in principe alle verstandelijk gehandicapten en ondersteuners in een bepaalde regio.

Ontwikkelingen in zorgverlening en gevolgen voor de geestelijke verzorging
 Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap hangen samen met die in de gezondheidszorg en worden gevoed door de veranderingen in de samenleving. Die ontwikkelingen worden 'gestuurd' door de volgende algemene maatschappelijke trends: individualisering, democratisering, deregulering, normalisering en flexibilisering.

Individualisering

Cliënt uitgangspunt

Een van de belangrijkste kenmerken van de huidige samenleving is een toenemende individualisering. De mens beleeft zichzelf als een vrij en autonoom individu. Door het maken van eigen keuzen geeft hij zelf aan op welke wijze en met wie hij zijn leven wil inrichten. Vrijheid, onafhankelijkheid en autonomie zijn dan ook belangrijke waarden in onze samenleving. Individualisering in de zorg komt tot uitdrukking in het streven zorg op maat te leveren, waarbij de vraag en de keuze van de cliënt het uitgangspunt vormen. Zorg dient afgestemd te worden op de specifieke ondersteuningsbehoefte en wensen van de individuele zorgvrager, die zijn neergelegd in een zorgplan of persoonlijk plan. In een zorgcontract kan worden vastgelegd op welke wijze het zorgaanbod wordt gedaan. Voor de geestelijke verzorging betekent dit, dat hij die ondersteuning zal bieden welke aansluit bij de persoonlijke vraag van de cliënt tegen de achtergrond van zijn levensovertuiging. Het zorgplan zal ook hiervoor het uitgangspunt vormen. Cliënten die zelf niet of nauwelijks in staat zijn hun eigen vraag, keuzen en wensen kenbaar te maken, zijn in belangrijke mate afhankelijk van de vertaalslag die anderen daaraan geven. Ook de secularisatie in onze samenleving is een exponent van de toegenomen individualisering. Mensen zijn steeds minder bereid om zich te conformeren aan de opvattingen en regels van levensbeschouwelijke genootschappen, maar willen zelf zin en betekenis verlenen aan hun leven, ook in gelovig opzicht. Vanzelfsprekend moet ook de mens met een verstandelijke handicap de kans krijgen om kritisch zijn eigen zin- en betekenisverlening te

ontwikkelen. Maar niet iedere mens met een verstandelijke handicap is daartoe in staat of is minstens gemakkelijk te beïnvloeden. Zorgverleners dienen zich daarvan bewust te zijn. Bij de interpretatie van de zorgvraag zullen zorgverleners professioneel verantwoord moeten zoeken naar de authentieke ondersteuningsbehoefte ook op het vlak van zingeving, levensbeschouwing en geloof van degenen voor wie zij zorgverantwoordelijkheid dragen.

Financiering

Er vindt een omslag plaats in de financiering van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De basis vormt de zorgbehoefte, waarbij voor elke cliënt slechts die deelproducten worden gefinancierd die bij zijn specifieke zorgvraag horen. Dat betekent niet alleen zorg, maar ook de financiering op maat. Ook in de financiering komt de individualisering tot uitdrukking. Steeds vaker krijgen cliënten of hun vertegenwoordigers zelf in een of andere vorm de financiële middelen in handen om zelf de gewenste zorg in te kopen. Als een kritische consument heeft hij daardoor meer zeggenschap om die zorg te kunnen kiezen die bij hem past.

Gevolgen geestelijke verzorging

Als deze financieringsvorm meer gebruikelijk wordt, is het de vraag of geestelijke verzorging tot de basisvoorzieningen blijft behoren of afzonderlijk moet worden ingekocht.

Geestelijke verzorging is hierbij niet aangemerkt als een afzonderlijk deelproduct, maar behoort tot de basiszorg of overheadkosten. Tot nu toe zijn er bij de zorgbetrokken partijen geluiden te horen ten gunste van handhaving van geestelijke verzorging in het basispakket. Bovendien heeft Geestelijke verzorging –voor zover het de 24-uurs zorg betreft- in de Kwaliteitswet een wettelijke basis gekregen. Toch blijft het een punt van aandacht en zorg hoe de nieuwe uitgangspunten van financiering in de praktijk worden vertaald door de afzonderlijke zorgaanbieders.¹ Daarom zullen geestelijk verzorgers niet mogen afwachten, maar zij zullen zich 'op de markt' moeten gaan profileren. Zij zullen hun 'product' zo goed mogelijk moeten presenteren in een voor andere betrokkenen verstaanbare taal. Een onbekend of vaag product wordt immers niet gekocht. Dat is niet alleen een opgave voor de individuele geestelijk verzorger, maar in breder verband ook een actuele opgave voor de Vereniging Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen en voor de werkveldraad Geestelijk verzorgers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten in het bijzonder.

Democratisering

Burgers willen in toenemende mate meedenken, meepraten en meebeslissen over zaken die hun leven direct of indirect bepalen. Gezag wordt niet meer blindelings geaccepteerd, maar gezagsdragers zullen over hun beleid verantwoording moeten afleggen. Ook de mens met een verstandelijke handicap wordt gezien als een 'gewoon burger', met dezelfde rechten en plichten.

Kreeg eerder het democratiseringsproces binnen zorginstellingen mede inhoud door het functioneren van vormen van ouder- en familieparticipatie, waardoor het beleid door afspraken tussen de belangenbehartigers van cliënten en de

¹ Henstra, drs. H., Geestelijke verzorging en de markt. In: Tijdschrift Geestelijke verzorging, 5e jrg, nr. 25 (2002)

instelling concreet gestalte kreeg, nu heeft ook de cliëntenparticipatie een wettelijke basis gekregen. De overheid zal steeds meer terugtreden en zorgaanbieders kunnen steeds minder zelf uitmaken waaruit de het zorgaanbod zal bestaan. Zowel zorgverzekeraars als de zorggebruikers zullen steeds meer partij worden in de onderhandelingen welke zorg door wie en voor welke prijs geleverd dient te worden. Daarnaast heeft ook het concurrentiebeginsel zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg. Het aanbod zal vergeleken worden ook op de verhouding kwaliteit en prijs.

Daarom zullen ook voor de invulling van de geestelijke verzorging niet alleen de belangenbehartigers van de cliënten, maar ook de cliënten zelf de gesprekspartners zijn. Zij zullen ook een belangrijke taak krijgen in het bewaken van de kwaliteit van zorg. Aandacht voor zinbeleving, levensbeschouwing en ethiek vormen belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg. Niet alleen de cliënt, maar ook zijn belangenbehartiger op immaterieel gebied heeft door de invoering van de wet op het mentorschap een belangrijke formele status gekregen. De cliënt, zijn belangenbehartiger en zijn persoonlijk begeleider zullen steeds meer de directe gesprekspartners zijn voor de geestelijk verzorger.

Deregulering

Deregulering betekent dat de overheid steeds terughoudender wordt in het opleggen van regels en voorschriften en tegelijk de uitgaven van de gezondheidszorg tracht te beteugelen. Dit wordt mede zichtbaar in het streven naar decentralisatie in de zorg. De verantwoordelijkheid komt steeds maar daar te liggen waar de zorg werkelijk plaatsvindt. Tegelijk krijgen zorginstellingen meer ruimte voor het beheer, innovatie van zorgvernieuwingsprojecten en besteding van financiën, inclusief de wijze waarop bezuinigd moet worden. Het marktmechanisme heeft bovendien zijn intrede binnen de zorg gemaakt. Ook ten aanzien van geestelijke verzorging zal de overheid steeds minder regulerend optreden. Weliswaar vormt de geestelijke verzorging integraal onderdeel van de Kwaliteitswet, de overheid spreekt zich echter niet uit over de wijze waarop deze dient te worden ingevuld. Geestelijk verzorgers zullen in toenemende mate de marktpartijen in de zorg (cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) moeten zien te overtuigen van de noodzaak, functie, waarde en kwaliteit en met hen tot afspraken moeten zien te komen.

Gevolgen voor de geestelijke verzorging

Door zowel deconcentraties, meer variëteit in woonvormen, maar ook door fusies van intramurale met semi-murale en soms extramurale voorzieningen ziet men ook op het vlak van de geestelijke verzorging nog al wat ontwikkelingen.

Kwantiteit

Door fusies van zorginstellingen en de daarmee vaak samenhangende schaalvergroting kan het totale aantal cliënten bijzonder groot worden. Dit betekent, dat na een fusie het aantal beschikbare geestelijk verzorgers niet altijd gelijke tred houdt met het aantal cliënten. Zeker als het een fusie betreft met een semi-of

extramurale zorgvoorziening, omdat zij vanuit de historie veelal niet met geestelijke verzorging bekend zijn. Semi-murale en zeker extramurale voorzieningen beschikken van oudsher vaak niet over een eigen geestelijk verzorger. Zij vielen vroeger niet onder de Gezondheidszorg en alleen daar was er voor geestelijke verzorging een wettelijke basis voor zover het althans de 24-uurs zorg betrof. Dit criterium wordt ook in de huidige Kwaliteitswet gehanteerd.

Uitbesteding

Deconcentratie en genormaliseerd wonen leiden soms tot het uitgangspunt, dat cliënten die daaraan behoefte hebben voor hun geestelijke verzorging op de plaatselijke geloofsgemeenschap zijn aangewezen.² Hierbij wordt voorbij gegaan aan het feit, dat geestelijke verzorging meer inhoudt dan een geloofsgemeenschap kan bieden en dat een geloofsgemeenschap vaak ook niet geëquipeerd is voor de specifieke vraagstelling en benaderingswijzen van deze doelgroep. Die specifieke kennis en aanpak mag men niet zonder meer als bekend veronderstellen bij het reguliere pastoraat. Behalve aan specifieke ervaring ontbreekt het bovendien dikwijls aan menskracht. Maar bovenal wordt hierbij voorbij gegaan aan de brede optiek van geestelijke verzorging, die allermindst samenvalt met het kerkelijk georiënteerde pastoraat. De communicatie op het gebied van zingeving is dermate ingewikkeld, dat mensen met verstandelijke beperkingen op dat gebied extra gehandicapt zijn. Instrumenten van 'normale' dagelijkse geestelijke verzorging zijn lang niet altijd bruikbaar of moeten worden 'vertaald'; dat geldt ook voor instrumenten van professionele geestelijke verzorging. Bovendien gaat deze zienswijze over normalisatie ook voorbij aan het uitgangspunt, dat geestelijke verzorging een integraal onderdeel is van het totale ondersteuningsaanbod, waarbij de zorgondersteuners zowel mede-uitvoerders als doelgroep van de geestelijke verzorging zijn. Zoals hierboven aangegeven heeft de geestelijk verzorger ook taken naar de ondersteuners, familieleden van de cliënten en naar de instelling als geheel. Juist die bredere en specifieke optiek van geestelijke verzorging heeft de wetgever geïnspireerd om aanwezigheid van geestelijke verzorging vast te leggen in de Kwaliteitswet, waarmee zij ook uitspreekt dat geestelijke verzorging integraal onderdeel is van kwalitatieve zorg. Op een enkele plaats heeft integratie geleid tot geïntegreerde gemeenten, waarvan zowel mensen mét als mensen zonder een verstandelijke beperking deel uit maken.³

Wat hierboven gezegd is, geldt natuurlijk ook voor thuis- of zelfstandig wonende mensen met een verstandelijke beperking. Als er plaatselijk geen afspraken gemaakt zijn over transmurale zorgverlening of hiervoor de menskracht ontbreekt, zijn ook zij aangewezen op enkel ondersteuning door de plaatselijke geloofsgemeenschap. Afgezien van het feit dat een grote groep hiermee geen relatie zal onderhouden, hebben deze gemeenschappen of de daaraan verbonden ambtsdragers vaak weinig of geen affiniteit en deskundigheid met betrekking tot de eigen aard, de vraagstelling en de specifieke aanpak van deze doelgroep.

Verschuiving taakstelling

In toenemende mate ziet men dat tengevolge van al deze ontwikkelingen het accent van de functie van geestelijk verzorger zich verplaatst van de eerste naar de tweede lijn. Dat heeft

² Een voorbeeld hiervan kan men o.a. terugvinden binnen Stichting Philadelphia Zorg, welke in een groot aantal plaatsen in met name Midden-Nederland geïntegreerde woonvoorzieningen heeft.

³ Een voorbeeld hiervan kan men aantreffen in de wijk Oosterboer in Meppel, waar een integratieproject tot stand is gekomen van verstandelijk gehandicapten en niet-gehandicapten

niet alleen te maken met het grote aantal cliënten waarvoor de geestelijk verzorger zich tengevolge van fusies en gedeconcentreerd wonen gesteld weet, maar ook met veranderingen in de visie op geestelijke verzorging. Hierin speelt met name de integratie van de geestelijke verzorging in het geheel van zorg een grote rol, waardoor ook de verantwoordelijkheid van andere zorgondersteuners voor deze aspecten meer aandacht krijgt. De integrale aanpak van geestelijke verzorging vraagt de nodige inzet en aandacht van alle zorgondersteuners. Waar tot kwantitatieve beperkingen in de zorg wordt besloten of waar van een toenemende werkdruk of taakverzwaring sprake is, kan dit kwaliteitsaspect van zorg echter onder grote druk komen te staan.

Op een aantal plaatsen heeft deze ontwikkeling geleid tot het aanstellen van zogeheten levensbeschouwelijke consulenten. Zij zijn niet zelf als geestelijk verzorger werkzaam, maar hebben een voorwaarden scheppende taak. Deze kan bestaan uit het geven van bijscholingen, het verzorgen van themadagen, het ontwikkelen van materiaal of het coachen van groepen. Doelgroepen zijn dan meestal zorgondersteuners en soms vrijwilligers. Maar hun taak kan ook bestaan in het ondersteunen van plaatselijke parochies en gemeenten om de integratie van in de wijk wonende mensen met een verstandelijke beperking in de geloofsgemeenschap mogelijk te maken.⁴ Heeft men in het eerste voorbeeld geestelijke verzorging in de brede optiek op het oog, in het laatste voorbeeld gaat het voornamelijk om vormen van pastorale begeleiding en kerkelijke betrokkenheid.

Levensbeschouwelijke Centra

Belangrijke initiatieven vormen levensbeschouwelijke centra (mn. in Noord Nederland)⁵, die hun diensten meestal aanbieden aan een grote regio. Zowel grotere als kleinere voorzieningen, maar ook gemeenten en werkgroepen kunnen hiervan gebruik maken. Zij bieden een breed aanbod van begeleiding en coaching aan van diverse levensbeschouwelijke thema's, maar werken ook vraaggestuurd.

In Midden-Brabant (Tilburg en Breda) is levensbeschouwelijke ondersteuning reeds jarenlang onderdeel van de dienstverlening die door de Sociaal Pedagogische Diensten wordt verleend, waarbij ook een professionele geestelijk verzorger betrokken is.

Tot de ontwikkelingen behoort ook, dat in een aantal gevallen de geestelijk verzorger participeert aan een zogeheten Kenniscentrum, waarin allerlei vormen van specifieke expertise op het vlak van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is samengebracht. Zowel van binnen als buiten de instelling kan men een beroep doen op een dergelijk centrum. Vraagstellingen worden daar multidisciplinair behandeld.

De toename van de multiculturele samenstelling van zorgvragers in voorzieningen doet een groot beroep op de zorgondersteuners om zich in te kunnen leven in de situatie van mensen met een zeer verschillende achtergrond en de specifieke benadering die dit kan vragen. "Goed behandelen van deze mensen vraagt om een gedegen studie van cultuur en godsdienst."⁶ Gezien de eerder genoemde toename van werkdruk en taakverzwaring is het maar zeer de vraag wat hiervoor de reële mogelijkheden in de praktijk zullen zijn.

⁴ In de Provincie Zeeland heeft de Stichting Gever een dergelijke consulent in dienst. In deze Stichting participeren het Regionaal Dienstencentrum van de Protestantse Kerk in Nederland, de SPD en Arduin.

⁵ In Noord Nederland (Groningen) is een dergelijk centrum, het Provinciaal Steunpunt voor Levensvragen in Tolbert; in Zeeland is een dergelijk centrum in ontwikkeling.

Cfr. Brongers, drs. P., Geestelijke verzorging in de vorm van twee provinciale steunpunten. In: Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jrg 4 (1999), nr. 10.

⁶ Klapwijk, E, Beantwoording van levens- en geloofsvragen als criterium van zorgkwaliteit. In: Aandacht voor levens- en geloofsvragen. Verslagboek van symposium in Groningen. Groningen, Philadelphia Voorzieningen, 1993.