

Vergaderjaar 2009–2010

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 101

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 april 2010

1. Inleiding

Tijdens de voortzetting van de behandeling van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2008 (31 200-XVI) heeft mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink gesproken over geestelijke verzorging buiten de zorginstellingen. Zij heeft over dit onderwerp een motie ingediend (31200-XVI, nr. 56). Zij constateert dat de toegankelijkheid van geestelijke verzorging door de vermaatschappelijking van de zorg is afgenomen en verzoekt de regering te bezien hoe aan de geestelijke verzorging buiten zorginstellingen beter invulling kan worden gegeven.

In deze brief ga ik in op de wijze waarop voormalige Staatssecretaris Bussemaker de afgelopen tijd uitvoering heeft gegeven aan de motie. Aangezien mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink in haar motie een relatie legt tussen vermaatschappelijking en geestelijke verzorging ligt de nadruk van deze brief op geestelijke verzorging van mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg.

Deze brief is als volgt opgebouwd. Allereerst ga ik in paragraaf 2 in op het begrip geestelijke verzorging, hetgeen daarover is opgenomen in de Kwaliteitswet. Vervolgens zet ik in paragraaf 3 de huidige positie van geestelijke verzorging uiteen in het stelsel van de wettelijke verzekeringen: de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Daarbij ga ik in op de drie aspecten van geestelijke verzorging die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderscheidt. In paragraaf 4 ga ik in op vermaatschappelijking en wat nodig is om geestelijke nood als gevolg daarvan te voorkomen. Tot slot beschrijf ik een aantal concrete en waardevolle initiatieven op het gebied van zingevingsvraagstukken die mijn ministerie ondersteunt.

2. Geestelijke verzorging in de Kwaliteitswet Zorginstellingen

Het domein van de geestelijk verzorger kan heel kort worden aangeduid met de term «zinggeving». Het doel van het handelen van een geestelijk verzorger is dan ook het geestelijk welbevinden van de cliënt te bevorderen.

De verantwoordelijkheid van de instelling om in geestelijke verzorging te voorzien vloeit voort uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet legt zorgaanbieders de verplichting op geestelijke verzorging aan te bieden aan mensen die zijn opgenomen in de instelling. Veelal wordt door opname in een ziekenhuis, gehandicapteninstelling, GGZ-instelling of verpleeghuis de band met de vertrouwde thuissituatie en lokale geloofsgemeenschap doorbroken. De klassieke AWBZ-instelling is gesitueerd op een rustig terrein, op ruime afstand van familie en vrienden. De geestelijke verzorging die de verblijfsinstelling regelt, waarborgt dat de verzekerde die van zijn dagelijks leven afhankelijk is van de zorginstelling, bij iemand terecht kan met zijn levensvragen.

Het bestuur van de verblijfsinstelling heeft de verantwoordelijkheid voor en de bevoegdheid ten aanzien van de verdere invulling van de geestelijke verzorging. Het is niet aan de politiek om daarbij nadere doelstellingen te stellen of specifieke prioriteiten te formuleren. De instellingen bepalen zelf of zij geestelijke verzorgers kiezen die ook een ambtelijke binding hebben met een zendende organisatie. Bijvoorbeeld met een kerk, moskee of het Humanistisch Verbond. Wel is de politieke keuze gemaakt om instellingen te verplichten de wensen van patiënten en cliënten bij de invulling te betrekken. In de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen is vastgelegd dat cliënten in de instellingen een verzwaard adviesrecht hebben met betrekking tot het algemeen beleid op het gebied van de geestelijke verzorging. Het is belangrijk dat de stem van de cliënten wordt gehoord. Vanzelfsprekend is geestelijke verzorging ook een thema in het kwaliteitsbeleid. Eén van de thema's uit het toetsingskader bij de «visie op verantwoorde zorg» is het mentaal welbevinden. In de vragenlijst van de CQ-index is daarom de vraag opgenomen of de aangeboden geestelijke verzorging aansluit bij de behoefte van de cliënt. Ook worden in verschillende andere programma's op het gebied van de langdurige zorg de meer relationele aspecten nadrukkelijk betrokken.

Al geruime tijd is een ontwikkeling gaande waarbij de samenleving alternatieven heeft gevonden voor verblijf in een zorginstelling. Dit is waardevol, omdat opname in een zorginstelling pas wenselijk is als het echt niet anders kan. Een belangrijk uitgangspunt is dat de zorg zoveel mogelijk geleverd wordt op de plaats waar de verzekerde graag wil wonen. Ook het advies van de SER over de langdurige zorg ondersteunt deze opvatting.

Per 1 juli 2007 kunnen verblijfsgeïndiceerden kiezen voor een volledig pakket thuis (VPT). Men verzilvert de ZZP-indicatie dan buiten de instelling, dus op basis van scheiden van wonen en zorg. De geleverde zorg is vergelijkbaar met de zorg die men in de instelling zou ontvangen. Voor de vraag of en in hoeverre de zorginstelling dan ook gehouden is geestelijke verzorging buiten de instelling aan te bieden, heeft het CVZ in de uitvoeringstoets van 13 juli 2006 een heldere lijn getrokken die is overgenomen in antwoord op vragen van de Kamer (31 444 XVI, nr. 7)¹. Het CVZ onderscheidt bij de beantwoording van de vraag drie componenten van geestelijke verzorging:

a. *Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken.*

Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken is volgens het CVZ een normaal onderdeel van de nazorg en begeleiding bij medische

¹ Ook verwijs ik naar antwoorden van mijn ambtsvoorganger van 12 december 2006 op vragen van de Kamerleden Ferrier en Mosterd, Aanhangsel der Handelingen II, vergaderjaar 2006–2007, nr. 473.

zorg. Het is een vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening om een cliënt te begeleiden bij de verwerking van een probleem en te ondersteunen bij het een plek geven in de persoonlijke belevingswereld. Als het om ernstiger problemen gaat, kan de verzekerde zijn aangewezen op geneeskundige (psychiatrische) zorg of eerstelijnspsychologie. Ik kom hierop terug in de volgende paragraaf.

b. *Het bieden van een vrijplaats.*

Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen («zaken die hem dwars zitten») bij een geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. Het CVZ oordeelt dat de noodzaak om een vrijplaats te bieden aan de orde is als de verzekerde voor zijn dagelijks bestaan afhankelijk is van een instelling. Verblijfsgeïndiceerden die kiezen voor het VPT zullen in het algemeen ook die afhankelijkheid hebben. Dit aspect van geestelijke verzorging zouden instellingen volgens het CVZ dan ook buiten de zorginstelling moeten aanbieden als de integrale verblijfszorg wordt geleverd op basis van het volledig pakket thuis.

c. *Begeleiding bij religie en spiritualiteit.*

Begeleiding bij hun religieuze en spirituele leven maakt volgens het CVZ geen deel uit van de zorg die instellingen hoeven te leveren als gekozen is voor zorglevering buiten de instelling op basis van het VPT. Als de cliënt kiest voor het VPT, woont de verzekerde in een eigen woonsfeer. Mensen in hun eigen woonsituatie zijn in principe *zelf* verantwoordelijk zich al dan niet aan te sluiten bij een kerk of bij een bepaalde levensovertuiging. De instelling hoeft dus – volgens het oordeel van het CVZ – niet te voorzien in het ondersteunen bij religie en spiritualiteit als de zorg op basis van het volledig pakket thuis wordt geleverd.

Mijn conclusie is dat de levering van geestelijke verzorging niet in de knel komt als verzekerden ervoor kiezen het zorgzwaartepakket buiten de zorginstelling te verzilveren. Ook dan zal de instelling die het VPT levert de verzekerde begeleiden bij coping en zingevingsvraagstukken en een vrijplaats bieden. Ook buiten de muren van de verblijfsinstelling wordt dit aanbod dan dus toegankelijk.

Met ingang van 1 januari 2009 zijn de mogelijkheden om het VPT in te kopen en te leveren uitgebreid. Vooral nog wordt het VPT geleverd door verblijfsinstellingen die al vertrouwd zijn met het aanbieden van geestelijke verzorging.

3. Geestelijke verzorging in het stelsel van functiegerichte verzekeringsaanspraken

Zoals aangegeven is de verplichting aan instellingen om te voorzien in geestelijke verzorging vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet is van toepassing op zorgaanbieders en regelt dus geen aanspraken van individuele verzekerden. Zorgaanspraken zijn geregeld in de AWBZ en de Zvw. Geestelijke verzorging is geen zorg die is omschreven krachtens deze wetten. Relevante vraag is wel of de in de vorige paragraaf beschreven vormen van begeleiding onderdeel kunnen zijn van de in de wet omschreven vormen van zorg. Dit is wel het geval bij begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken, maar niet bij het bieden van een vrijplaats en begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Het CVZ geeft aan dat begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken een normaal onderdeel is van de verzekerde zorg. In de curatieve zorg is de begeleiding bij de verwerking en het omgaan met ziekte en behandeling, ook in de extramurale setting, onlosmakelijk onderdeel van de behandeling.

Indien problemen met «coping» zodanig ernstig zijn dat er sprake is van een psychiatrische aandoening, kan specifieke GGZ-hulp nodig zijn. Er is dan een beroep op de Zorgverzekeringswet (Zvw) mogelijk. Het kan dan gaan om hulp door bijvoorbeeld een psychiater, een psycholoog of psychotherapeut.

In het algemeen kent de Zvw voor zowel eerste als tweedelijns zorg functiegericht omschreven verzekeringsprestaties. Verzekerde zorg is daarbij omschreven als bijvoorbeeld «zorg zoals huisartsen die plegen te bieden». Daarnaast bestaat er een NZa-beleidsregel voor praktijkondersteuning van huisartsen (POH), die het mogelijk maakt dat kortdurende behandelingen worden gegeven door de praktijkondersteuner, wanneer deze behandeling in het verlengde ligt van wat de huisarts zelf aan behandel- en begeleidingscontacten doet. Het takenpakket van de POH-GGZ'er, welke minimaal een (afgeronde) HBO-opleiding heeft, omvat daarbij onder meer de consultatiefunctie, de vraagverduidelijking, de triage en het doorverwijzen alsmede de kortdurende begeleiding en behandeling.

De financiering van de POH-GGZ is gekoppeld aan de huisartsenbepos-ting.

Er bestaat ook een vergelijkbare, eigenstandige aanspraak voor eerste-lijnspsychologische zorg (ELP). De toegang tot deze zorg is met ingang van 1 januari 2008 bevorderd met de opname van de aanspraak op acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg in het te verzekeren pakket van de Zvw. Dit komt naast de begeleiding die de huisarts al kan bieden als onderdeel van huisartsenzorg. Eerstelijns gezondheidszorg wordt gekenmerkt door laagdrempelige toegang tot de hulp, aandacht voor sociale omstandigheden en vitale relaties van de cliënt, kortdurende interventies, kennis van de zogenaamde sociale kaart en intensieve samenwerking met andere eerstelijns disciplines.

Voor de tweedelijns geldt het recht op «zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden». Deze is vergelijkbaar met de eigenstandige aanspraak op «zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden». In dit geval gaat het dus om tweedelijns geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, die is gericht op behandeling van een psychiatrische aandoening. Hier is de ernstigere coping-problematiek bij inbegrepen.

De genoemde verzekeringsprestaties zijn functiegericht omschreven. Functiegericht betekent dat niet op voorhand is vastgesteld dat een bepaalde beroepsgroep eerste- of tweedelijnszorg mag bieden. De zorgverzekeraar is vrij om andere beroepsbeoefenaren te contracteren voor het leveren van verzekerde prestaties voor zover zij in staat zijn vergelijkbare, adequate zorg te leveren. Met uitzondering van de voorbehouden handelingen mag iedere professional die bevoegd en bekwaam is zorg aanbieden. De verzekeraar moet wel kwalitatief verantwoorde zorg inkopen, en zal dus wel degelijk naar de professionele achtergrond kijken. Verzekeraars kunnen dus afspraken maken met eerstelijnspsychologen of praktijkondersteuners, maar eveneens met geestelijk verzorgers. In dat geval kunnen zij zelfstandig zorg leveren, die valt onder POH of ELP. Het moet dan uiteraard wel gaan om zorg die conform de aanspraak valt te kwalificeren. De geestelijk verzorger die Zvw-zorg wil gaan leveren, moet dus wel die zorg bieden waarover men in de eerstelijns met de verzekeraar afspraken maakt.

Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken is – nadat de geneeskundige GGZ is overgeheveld naar de Zvw – voor patiënten die niet zijn opgenomen in een instelling – niet langer aan te merken als verzekerde AWBZ-zorg. De aanpak van geestelijk verzorgers is programmatisch en is

gericht op een specifiek doel. Het betreft methodisch handelen waarvoor deskundigheid op het niveau van behandelaar noodzakelijk is. Om deze reden kan begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken worden aangemerkt als geneeskundige zorg van artikel 2.4. Zvw, en is het dus geen AWBZ-zorg¹. Het gaat dan om de ernstige problematiek bij mensen die niet in de zorginstelling verblijven. Zoals hiervoor is uiteengezet, valt de begeleiding bij patiënten die zijn opgenomen onder de door die instelling te bieden zorg.

Begeleiding bij religie en spiritualiteit en het vinden van een vrijplaats zijn geen verzekerde zorgprestaties². Mensen die zelfstandig wonen maken zelf keuzes over bij wie men terecht wil met zingevingsvragen. Die keuzes zijn nauw verweven met de persoonlijke levenssfeer. Als mensen daar behoefte aan hebben kunnen zij hulp vragen bij het maatschappelijk werk, een vrijgevestigd geestelijk verzorger, een geloofsgemeenschap of een andere maatschappelijke organisatie. Het initiatief voor het inroepen van hulp ligt primair bij de thuiswonenden zelf en personen in hun persoonlijk netwerk. Zij zijn bij het maken van keuzes niet afhankelijk van een zorginstelling, daarom betreft het volgens het CVZ geen noodzakelijke zorg.

4. Toegankelijkheid van geestelijke verzorging buiten de instelling

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink maakt zich zorgen over de toegankelijkheid van geestelijke verzorging bij toenemende vermaatschappelijking. De kern van vermaatschappelijking is dat mensen zo lang en goed mogelijk volwaardig deelnemen aan de samenleving. Daarbij hoort een goede aansluiting van de zorg op de behoefte van de verzekerde. Hulp bij fysieke problemen in de thuissituatie is vanzelfsprekend, maar mensen hebben soms ook hulp nodig bij sociale en psychische problemen. Vaak benoemen de mensen een behoefte aan hulp bij levensvragen niet zelf. Het zijn familie, kennissen, burens, een consultatiebureau voor ouderen, huisarts, thuiszorg of behandelaars die deze behoefte signaleren. Ook is sprake van een breed spectrum van personen en instanties die adequaat bij zingevingsvragen kan begeleiden: van vrijwilliger, behandelaar, personen die verbonden zijn aan een geloofsgemeenschap, tot vrijgevestigd geestelijk verzorger. Alhoewel het naar mijn mening geen taak en verantwoordelijkheid van de overheid is om hierin te sturen, deel ik wel de opvatting van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink dat aandacht voor zingevingsvraagstukken een plaats verdient bij een meer integrale benadering van een extramurale hulpvraag. Ik juich de toenemende aandacht voor levensvragen op lokaal niveau toe. Er zijn verschillende mogelijkheden om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen.

Ten eerste kunnen de bestaande mogelijkheden om begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken als verzekerde Zvw-zorg te leveren, beter worden benut. Naarmate als gevolg van de vermaatschappelijking de complexiteit van de geleverde zorg thuis toeneemt, is meer behoefte aan professionele, doelgerichte therapieën voor mensen die worstelen met zingevingsvraagstukken. Het is aan de extramuraal werkende beroepsgroep zelf om hierover onderhandelingen te openen met verzekeraars, zich als deskundige te profileren en samenwerkingsverbanden aan te gaan³.

Evenals de voormalige staatssecretaris Ross-Van Dorp zie ik ook een belangrijke rol voor de lokale overheid en de samenwerkende zorg- en welzijnsinstellingen⁴. Een mogelijkheid is om bij de mantelzorgondersteuning aandacht te geven aan het signaleren en omgaan met levens-

¹ Voor verdere toelichting verwijs ik naar het GGZ-kompas van het CVZ op www.cvz.nl.

² Financiering van geestelijke verzorging, CVZ Magazine, september 2006.

³ In het artikel «Geestelijke verzorging buiten de muren van de instelling» Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 12^e jaargang nr. 52. doet Mw. Leny Snoep-Van Vliet een aantal suggesties.

⁴ Drs. Clémence Ross-Van Dorp in Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 7^e jaargang nr. 32.

vragen. Gemeenten maken op grond van de Wmo plannen die zijn gericht op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer, het zelfstandig functioneren en eenzaamheidsbestrijding. De Wmo-pilots hebben bewezen dat met beperkte middelen (bijvoorbeeld om ontmoetingsplekken te creëren of een sociaal steunpunt in te richten) veel resultaat kan worden behaald. Ook kan samenwerking tussen zorginstelling en gemeente ertoe leiden dat het aanbod van voorzieningen (het restaurant, deelname aan uitstapjes en overige recreatieve activiteiten, dagbesteding maar ook zorgverlening) toegankelijk wordt voor mensen met een beperking in de buurt. De sociale structuur van de buurt verstevigt hierdoor waardoor ouderen langer eigen regie behouden.

Een derde spoor om passende aandacht voor zingevingsvragen te bewerkstelligen, is om bij extramurale zorgverlening alert te zijn op een sociale en psychische hulpvraag en geestelijk welzijn. Ook dit is van belang voor cliënten die niet goed in staat zijn om zelf actief om hulp te vragen. Het signaleren daarvan, ook als het om een behoefte aan niet verzekerde zorg gaat – is een belangrijk kwaliteitsaspect van de zorgverlening. Daarom is het goed dat dit type aspecten van zorgverlening voor cliënten en zorgkantoren inzichtelijk worden.

Ik zie het primair als een verantwoordelijkheid van de samenwerkende partners op lokaal niveau om op de gesignaleerde hulpvraag in te springen. Gelukkig gebeurt dat ook. Het Nijmeegse Centrum Ouderen en Levensvragen (COL) ondersteunt ouderen die alledaagse problemen hebben met levensvragen, verlies, rouw, vereenzaming en zingeving. Een team van vrijwilligers is hiervoor opgeleid door geestelijke verzorgers. Het COL bereikt mensen via verwijzers als huisartsen, maatschappelijk werkers en ouderenconsulenten. Ook in andere steden komen initiatieven van de grond, vaak met steun van fondsen en gemeenten¹. Een ander voorbeeld van samenwerking is het initiatief «Buurtzorg Nederland» dat stuurt op zorgonafhankelijkheid en gezondheidswinst van de cliënt. Hier wordt met succes het informele netwerk rondom de cliënt en het formele netwerk rondom de zorgverlener met elkaar in verband gebracht. Dit initiatief wordt ondersteund in het kader van het Transitieprogramma. Een laatste voorbeeld van vruchtbare samenwerking op lokaal niveau is de opkomst van geïntegreerde indicatiestelling waarbij het Wmo-loket, CIZ en MEE op een centraal punt beoordelen op welke hulp de cliënt is aangewezen. Als blijkt dat begeleiding bij zingevingsvraagstukken nodig is, kan worden bezien welke instantie het best de hulpvraag kan beantwoorden.

5. Gerichte ondersteuning van ontwikkelingen en initiatieven

In deze paragraaf geef ik u een aantal concrete voorbeelden van maatregelen en initiatieven die eraan bijdragen dat buiten de instelling aandacht is voor zingevingsvragen van verzekerden.

Bevorderen van geestelijke verzorging als onderdeel van palliatief terminale zorg

Naarmate meer ouderen ervoor kiezen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, zal ook de laatste levensfase vaker buiten de instelling worden doorgebracht. In deze kabinetsperiode wordt een belangrijke verbeterslag gemaakt in de palliatieve zorg. Eén van de concrete doelstellingen daarbij is het verbeteren van de netwerkzorg. Het gaat dan om een goede aansluiting tussen de beroepsmatige zorg, de inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg en de geestelijke verzorging. Dit vindt u terug in de brief van 15 april 2009 (Tweede Kamer 2008–2009, 29 509, nr. 19) met het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010 als bijlage.

¹ Een overzicht van initiatieven die bekend zijn bij Vilans treft u aan op: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=76231>

Ook is het nuttig dat kennis en informatie over geestelijke verzorging in de palliatieve zorg wordt vergroot. Juist de combinatie van ervaring met levensbeschouwingsvraagstukken en kennis van ziektebeelden is van belang bij begeleiding van mensen in een laatste levensfase. In het kader van het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg hebben Agora en het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland (NPTN) geestelijke verzorging opgenomen in hun activiteiten. In het kader van het in 2008 ingestelde Platform Palliatieve Zorg is een project uitgevoerd waarin competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten zijn beschreven.

Er wordt een vervolgproject gestart dat is gericht op scholing en visieontwikkeling ten aanzien van spirituele zorg in de palliatieve fase. Daar waar het gaat om lokale netwerken van palliatieve zorg kan al professionele ondersteuning worden aangeboden door geestelijke verzorgers.

Project levensvragen van Vilans

Volgens Vilans is in zorg- en welzijnsveld behoefte aan agendering van het thema levensvragen. Nog te weinig wordt dit thema door beleidsmakers, financiers en managers erkend als onderdeel van goede zorg. Daarnaast krijgen waardevolle en creatieve initiatieven te weinig landelijke bekendheid. De kennis over wat goede geestelijke verzorging inhoudt en hoe je dat organiseert is verbrokkeld. Het project probeert hier verbetering in aan te brengen. In het kader van het project Levensvragen heeft Vilans het Expertisenetwerk opgestart. Dit is een samenwerkingsverband tussen samenwerkingspartners en beoogt een verbetering van ondersteuning van ouderen die worstelen met levensvragen. Het project wil meerdere resultaten boeken. Het gaat onder andere om het vergroten van aandacht voor levensvragen in het beleid van zorg- en welzijnsorganisaties, het bevorderen van toepassing van vernieuwende initiatieven, deskundigheidsbevordering, kennisbundeling en het bevorderen van uitwisseling van praktijkervaringen. Dit project wordt door het Ministerie van VWS financieel ondersteund. Het project loopt tot en met 1 april 2011. Meer informatie treft u aan op www.netwerklevensvragen.nl

Aandacht voor zingevingsvraagstukken bij scholing van zorgpersoneel

Nederland heeft een aanzienlijk aantal opleidingen voor geestelijke verzorgers. Maar mensen doen vaak ook een beroep op behandelaars in de GGZ, huisartsen en personeel van thuiszorginstellingen. Het ondersteunen bij coping en zingevingsvraagstukken, het bieden van een vrijplaats in de thuissituatie is niet het exclusieve het domein van een geestelijke verzorger. Het is daarom een goede zaak dat huisartsen, behandelaars in de GGZ en personeel van thuiszorginstellingen en vrijwilligers worden getraind in het omgaan met zingevingsvragen.

Integratie zingevings- en levensvragen in de dagelijkse zorgverlening

Het project «Zingeving als Business» wordt gesteund in het kader van het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg. Een samenwerkingsverband van 14 zorg- en welzijn- en woningorganisaties heeft een voorstel ontwikkeld om de gezamenlijke dienstverlening efficiënter en samenhangender in te richten. Inzet van deze samenwerking is dat het welbevinden van de mensen met een hulpvraag weer op de voorgrond moet staan bij de dagelijkse dienstverlening van zorg- en welzijnsprofessionals. Levensvragen en aandacht voor zingeving zijn centrale onderdelen van de hulpverlening. De geestelijke verzorgers vervullen hierin een voortrekkersrol. De initiatiefnemers denken hiermee het shoppen door cliënten, het onnodig doorschuiven van mensen naar andere professionals te

voorkomen. Het experiment kan dan ook aantonen dat door meer aandacht te schenken aan het welbevinden van de mens een beroep op de professionele zorg wordt voorkomen. Tot slot verwachten de initiatiefnemers dat ook het werk van professionals aantrekkelijker wordt. De resultaten van dit experiment zal ik graag met de Kamer delen. Mogelijk kunnen deze van belang zijn bij het versterken van de samenhang tussen AWBZ en de Wmo.

6. Slot

In deze brief heb ik aangegeven welke mogelijkheden er zijn om de toegankelijkheid van geestelijke verzorging buiten de muren van de zorginstelling te bevorderen. De mogelijkheden van het VPT zijn verruimd, waardoor de verblijfsinstelling ook mogelijkheden heeft om geestelijke verzorging buiten de zorginstelling ten laste van de AWBZ te leveren. Tevens wordt de toegankelijkheid van geestelijke verzorging in de palliatieve zorg bevorderd. Als verzekerden ernstigere problemen hebben rondom coping, zodanig dat sprake is van een psychiatrische aandoening, kan behandeling in de zin van de Zvw worden ingezet. In mijn beleving kunnen partijen de mogelijkheden die de Zvw biedt nog beter benutten.

Bij de zorglevering verdient het tijdig signaleren van hulp bij zingevingsvragen van cliënten aandacht. Dat is een belangrijk kwaliteitsaspect van de dienstverlening. Samenwerkende zorg- en welzijnsorganisaties kunnen op deze behoefte inspelen. Ook gemeenten en fondsen ondersteunen waardevolle lokale initiatieven die met vrijwilligers zeer nuttig werk doen. Via projectsubsidies en ondersteuningsprogramma's wordt gestimuleerd dat meer aandacht is voor zingevingsvragen van mensen met een aandoening of beperking. In deze brief heb ik u hiervan een opsomming gegeven.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink