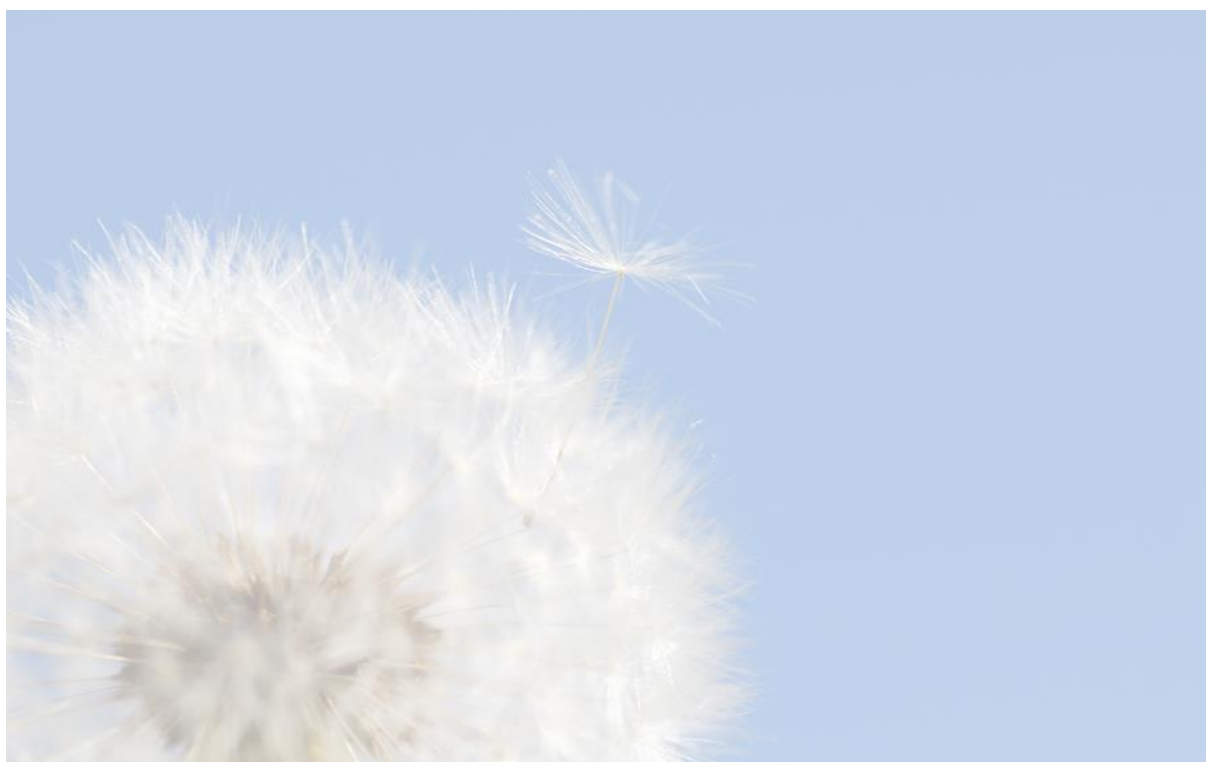


Geestelijke Verzorging

Een inventariserend onderzoek naar de huidige situatie omtrent bereikbaarheid en financiering



zorg **V**uldig advies

Betreft	Eindrapportage
Datum	8 oktober 2018
Auteurs	Ed Maagdelyjn, Michiel Verkoulen, Willem Jan Meerding, Laura van Steenveldt, Piet de Bekker

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting: conclusies en hoofdpunten	3
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en korte terugblik.....	7
1.2 Vraagstelling.....	7
1.3 Aanpak	8
2 Domeinafbakening geestelijke verzorging	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Betekenisgeving en spirituele zorg	9
2.3 Wat is geestelijke verzorging?	10
2.4 Wie zijn geestelijk verzorgers?.....	11
2.5 Geestelijke verzorging in de zorgpraktijk.....	12
2.6 Conclusie van dit hoofdstuk.....	14
3 Bereikbaarheid van de geestelijke verzorging.....	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Bekendheid	15
3.3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid	17
3.4 Conclusie van dit hoofdstuk.....	21
4 Financiering van de geestelijke verzorging	22
4.1 Inleiding.....	22
4.2 Aanspraak op geestelijke verzorging	22
4.3 Geestelijke verzorging buiten de muren van een zorginstelling	24
4.4 Geestelijke verzorging binnen de muren van een zorginstelling.....	27
4.5 Ervaren knelpunten.....	28
4.6 Conclusie van dit hoofdstuk.....	30
Bijlage 1 Motie 34 775 XVI, nr 96	32
Bijlage 2 Bronnen	33
Geraadpleegde documenten	33
Gesprekspartners interviews	34
Gesprekspartners focusgroepen	34
Bijlage 3 Interviewleidraad: Onderzoek Geestelijke Verzorging	36

Managementsamenvatting: conclusies en hoofdpunten

Inleiding en vraagstelling

De directe aanleiding voor dit onderzoek is een motie van Tweede Kamerleden Dik-Faber en Slootweg, waarin de leden de regering “oproepen om een thematisch onderzoek te laten verrichten naar de bereikbaarheid en vergoeding van geestelijke verzorging ...” maar er is al jaren discussie over het onderwerp geestelijke verzorging. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft verzocht een inventariserend onderzoek uit te voeren.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- a. Hoe is de bereikbaarheid van geestelijke verzorging geregeld in alle zorgdomeinen?**
- b. Hoe is de financiering van geestelijke verzorging geregeld in deze zorgdomeinen?**

Het onderzoek richt zich niet alleen op de regelgeving, maar ook op de knelpunten in de praktijk.¹

Domeinafbakening geestelijke verzorging

De behoefte aan zingeving is alledaags en universeel, maar is tegelijk heel persoonlijk en kan meer existentieel worden bij situaties van ziekte, lijden en dood. In deze situaties raakt het alledaagse proces van zingeving verstoord, en worden veel mensen geconfronteerd met levensvragen met betrekking tot bijvoorbeeld eenzaamheid, verlies, schuld en spijt. De begeleiding van deze levensvragen kan veel verschillende vormen aannemen.

Geestelijke verzorging is de professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing. Deze definitie van de beroepsgroep van geestelijk verzorgers sluit aan bij de overlap die bestaat tussen concepten als zingeving, levensbeschouwing, spiritualiteit en religie. Het zijn diffuse en gelaagde concepten.

De laatste jaren is er meer aandacht voor spiritualiteit en zingeving in de zorg, onder invloed van een bredere interpretatie van het begrip gezondheid. Spirituele zorg wordt door de veldpartijen gezien als integraal onderdeel van het zorgproces. Geestelijk verzorgers werken in individuele relaties met patiënten en naasten, maar ook in teamverband met zorgprofessionals, en adviseren zorgorganisaties bij levensbeschouwelijke en ethische thema's. Het beroepsdomein van geestelijk verzorgers overlapt voor wat betreft het begeleiden bij coping en zingeving met de zorg die andere professionals zoals huisartsen en (klinisch) psychologen plegen te bieden, maar geestelijk verzorgers hebben aanvullende specifieke expertise als het gaat om het reflecteren op ethische, levensbeschouwelijke en religieuze thema's. In de praktijk zijn begeleiding bij coping en zingeving en bij religie en spiritualiteit met elkaar verweven, er is niet altijd een strikte scheiding aan te brengen.

¹ In het inventariserend onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere bronnen: literatuur, interviews en focusgroepen. Tijdens interviews en focusgroepen zijn knelpunten gesignaleerd. Respondenten hebben die op persoonlijke titel ingebracht, soms onder verwijzing naar ervaringen van huisartsen, wijkverpleegkundigen of andere zorgprofessionals. De respondenten verwoorden daarmee echter niet de mening van een complete beroepsgroep, daarvoor was de steekproef te beperkt.

Bereikbaarheid van de geestelijke verzorging

De bereikbaarheid van geestelijke verzorging is niet optimaal, zo blijkt uit literatuur en wordt bevestigd door gesprekspartners. Dit heeft meerdere oorzaken die zich op verschillende niveaus bevinden. Ten eerste is een intrinsiek kenmerk van de behoefte aan ondersteuning bij vragen op het gebied van zingeving, omgaan met ziekte, lijden en dood, dat deze zich niet eenvoudig vertaalt in een hulpvraag. Het zijn 'trage vragen' die veel mensen niet goed kunnen verwoorden, en die vorm krijgen in interactie met een hulpverlener die deze vragen weet te ontleden.

Een andere oorzaak is dat patiënten, naasten en zorgverleners niet weten waar ze met hun levensvragen terecht kunnen, en onvoldoende bekend zijn met de deskundigheid van geestelijk verzorgers. Vaak bestaat verkeerde beeldvorming, gevoed door vroegere ervaringen met geestelijken. Vanwege de onvoldoende bekendheid met het deskundigheidsgebied van geestelijk verzorgers ontstaan situaties van niet of te laat doorverwijzen. Omdat patiënten en hun naasten zelf maar in beperkte mate actief contact zoeken met een geestelijk verzorger, is het beantwoorden van de behoefte aan ondersteuning bij levensvragen afhankelijk van het initiatief van geestelijk verzorgers zelf en van verwijzingen door zorgprofessionals. Dit laatste gebeurt eerder als zorgprofessionals bekend zijn met het deskundigheidsgebied van geestelijk verzorgers en deze erkennen, als geestelijk verzorgers hun deskundigheid actief onder de aandacht brengen door bijvoorbeeld een klinische les en als geestelijk verzorgers onderdeel uitmaken van het zorgteam, bijvoorbeeld een palliatief team.

Een derde oorzaak van gebrekkige toegankelijkheid is dat geestelijk verzorgers organisatorisch niet altijd integraal onderdeel uitmaken van het zorgproces. Dit laatste is met name het geval in de eerstelijnszorg. Hier zijn geestelijk verzorgers doorgaans geen onderdeel van de zorgorganisatie. Deze situatie gaat steeds meer wringen nu mensen langer thuis wonen met zorg en ondersteuning.

Verder neemt het aantal geestelijk verzorgers in ziekenhuizen sterk af en zijn er signalen dat er op geestelijk verzorgers bezuinigd wordt in de langdurige zorg. De beschikbaarheid van geestelijke verzorging varieert tussen zorginstellingen en regionaal voor ondersteuning in de thuissituatie. Hoewel de kleinere formatie in ziekenhuizen deels verband houdt met de kortere ligduur, neemt de behoefte aan zingeving en spirituele zorg niet af. Bovendien ontstaat hierdoor een situatie dat mensen sneller naar huis gaan en langer thuis wonen, zonder dat de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie goed geregeld is.

Hoofdpunten uit het rapport: Hoe is de bereikbaarheid van geestelijke verzorging geregeld in alle zorgdomeinen?

- De bereikbaarheid van geestelijke verzorging is niet optimaal.
- In zorginstellingen die 24 uur per dag verblijf bieden is de beschikbaarheid wettelijk verplicht, maar de vorm is vrij. In de thuissituatie geldt geen verplichte beschikbaarheid van geestelijk verzorgers.
- Een behoefte aan ondersteuning vertaalt zich niet eenvoudig in een hulpvraag.
- Er is onvoldoende bekendheid met de deskundigheid van geestelijk verzorgers, onder meer door een verouderde beeldvorming.
- Geestelijk verzorgers zijn niet altijd een integraal onderdeel van het zorgproces.
- De beschikbaarheid in instellingen varieert en neemt af, terwijl de beschikbaarheid in de thuissituatie niet goed geregeld is.

Financiering van de geestelijke verzorging

De financiering van geestelijke verzorging is een lappendeken, en vertoont vooral in de thuissituatie gaten. Bij partijen in de eerstelijnszorg bestaan onduidelijkheden over de aanspraak en over de voorwaarden waaronder geestelijke verzorging kan worden ingezet. Deze inzet is in de praktijk afhankelijk van de bereidwilligheid en kennis over financieringsmogelijkheden van de huisarts en de thuiszorginstelling. Door de schotten in de financiering is er geen continuïteit van geestelijke verzorging bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum. Deze discontinuïteit geldt overigens voor meer zorgfuncties.

Voor een zelfstandige aanspraak op geestelijke verzorging is aangetoonde effectiviteit op meetbare uitkomsten nodig om te voldoen aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Hoewel sommigen hiertoe mogelijkheden zien en er ook onderzoek plaatsvindt, bestaan er ook twijfels of de aard van de begeleiding door geestelijk verzorgers past binnen het beoordelingskader van het Zorginstituut.

Zorginstellingen zijn op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden als de cliënt gedurende een etmaal of langer in een accommodatie verblijft. Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) is er dan financiering van de geestelijke verzorging als men in een instelling verblijft. Goede ziekenhuiszorg en goede verpleeghuiszorg begint bij wat een patiënt of bewoner nodig heeft. Er is echter geen afzonderlijke prestatie gedefinieerd, en daarmee is de bekostiging een aandachtspunt. Geestelijk verzorging is in ieder geval zorg die via een diagnose-behandelcombinatie (DBC) of een zorgprofiel bekostigd wordt.

De omvang van de formatie aan geestelijke verzorgers verschilt per instelling en locatie. Deze verschillen zijn niet evenredig aan de behoefte, hebben deels te maken met de ruimere financiering voor palliatieve zorg, en zijn voor het overige het resultaat van het begrotingsbeleid, interne onderhandelingen en de financiële situatie van de zorginstelling.

Als belangrijkste knelpunt komt naar voren dat het wenselijk is om de mogelijkheden voor financiering van geestelijke verzorging in de eerste lijn, zowel in palliatieve zorg als zorg in breder perspectief (levensbegeleiding) te vergroten. In dat kader zijn er succesvolle experimenten, zoals het aanbod van geestelijke verzorging via centra voor levensvragen, financiering van consulten door een geestelijk verzorger via de netwerken palliatieve zorg en initiatieven van gemeenten om vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) middelen beschikbaar te stellen.

Hoofdpunten uit het rapport: Hoe is de financiering van geestelijke verzorging geregeld in alle zorgdomeinen?

- De financiering van geestelijke verzorging is een lappendeken.
- Een aanspraak op geestelijke verzorging ontstaat als de cliënt gedurende een etmaal of langer in een accommodatie verblijft. Het is geen zelfstandig verzekerde zorgprestatie (Zvw of Wlz), maar kan onder voorwaarden deel uitmaken van geneeskundige of verpleegkundige zorg zoals bijvoorbeeld huisartsen plegen te bieden.
- Voor de aanspraken maakt het Zorginstituut onderscheid tussen begeleiding bij coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats, en begeleiding bij spiritualiteit en religie.
- De vrijplaatsfunctie maakt noodzakelijk onderdeel uit van het verblijf in een institutionele omgeving. In de thuissituatie is er geen aanspraak op deze functie.
- Begeleiding bij coping en zingeving (wel aanspraak) en de begeleiding bij spiritualiteit en religie (geen aanspraak) zijn in de praktijk lastig te onderscheiden.
- Naast bekostiging van geestelijke verzorging vanuit de Zvw en Wlz, zijn er voorbeelden van bekostiging vanuit de Wmo, subsidies, fondsen, de aanvullende verzekering of eigen betalingen.
- De netwerken palliatieve zorg zijn initiatieven gestart om geestelijk verzorgers te kunnen bekostigen voor (palliatieve) patiënten en hun naasten in de thuissituatie, waar de grootste knelpunten ervaren worden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en korte terugblik

De directe aanleiding voor dit onderzoek is een motie van Tweede Kamerleden Dik-Faber en Slootweg, waarin zij de regering “oproepen om een thematisch onderzoek te laten verrichten naar de bereikbaarheid en vergoeding van geestelijke verzorging binnen de relevante zorgdomeinen en de Kamer hierover voor het zomerreces 2018 te informeren” (Tweede Kamer, 34 775 XVI, nr 96, dd. 14 december 2017).

Er is al jaren (politieke) discussie over de toegankelijkheid en financiering van geestelijke verzorging in de zorg (Tweede Kamer, 25 424, nr 101, dd. 6 april 2010; Tweede Kamer, Aangangsels Handelingen, nr. 748, dd. 1 december 2015). Deze zou met name in de eerstelijnszorg buiten de zorginstellingen te kort schieten, maar niet alleen. Hierdoor kan geestelijke verzorging voor patiënten te laat komen of helemaal niet beschikbaar zijn. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is beschreven wat goede zorg inhoudt, en op basis hiervan zijn zorginstellingen als er sprake is van verblijf dat langer duurt dan een etmaal verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden “die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.” In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut, januari 2017) is bij de handreikingen voor wonen en welzijn het thema Zingeving uitgewerkt: “Ik kan een geestelijke verzorger spreken van mijn levensbeschouwelijke signatuur.” Ook in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (IKNL, september 2017) is bij de domeinen Multidisciplinaire Zorg en bij Rouw en verwerking de beschikbaarheid van geestelijk verzorgers opgenomen.

In het regeerakkoord (2017) heeft het kabinet een intensivering van de geestelijke verzorging afgesproken. Bij het Algemeen overleg over wijkverpleging en palliatieve zorg (februari 2018) gingen de leden Ellemeet (GroenLinks), Segers (ChristenUnie) en Van der Staaij (SGP) uitgebreid in debat met Minister De Jonge over de toegankelijkheid en financiering van geestelijke verzorging. De uitkomsten van onderhavig onderzoek zullen door het ministerie van VWS worden benut om een plan van aanpak op te stellen voor de besteding van extra middelen die in het regeerakkoord zijn uitgetrokken voor levensbegeleiders/geestelijke verzorging in het kader van het manifest ‘Waardig ouder worden’. Met dit plan van aanpak wordt tegemoet gekomen aan de motie Segers en Slootweg (Kamerstukken 29 538, nr 257, dd. 5 april 2018). De geestelijke verzorging staat expliciet benoemd als onderdeel van persoonsgerichte zorg in het programma Thuis in het Verpleeghuis (april 2018) en heeft een plek in de eerste actielijn bij het programma Langer Thuis (juni 2018).

1.2 Vraagstelling

In de motie van Dik-Faber en Slootweg (34 775 XVI, nr 96) overwegen de Kamerleden dat geestelijke verzorging onder druk staat. Er lijkt onvoldoende gebruik te worden gemaakt van geestelijke verzorging. Dit heeft mogelijk te maken met knelpunten omtrent de bereikbaarheid en/of de vergoeding en bekostiging van geestelijke verzorging. Het ministerie van VWS heeft verzocht een inventariserend onderzoek uit te voeren naar de huidige situatie omtrent de bereikbaarheid en financiering van de geestelijke verzorging binnen de diverse zorgdomeinen (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet).

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- a. Hoe is de bereikbaarheid van geestelijke verzorging geregeld in alle zorgdomeinen?**
- b. Hoe is de financiering van geestelijke verzorging geregeld in deze zorgdomeinen?**

Het onderzoek richt zich niet alleen op de regelgeving, maar ook op de knelpunten in de praktijk. Het vraagstuk bereikbaarheid valt uiteen in meerdere vormen van toegankelijkheid van geestelijke verzorging: weet een patiënt of cliënt ervan af, wordt men er op gewezen (door bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleegkundige of verpleeghuisarts), zijn zorgprofessionals bekend met het aanbod, en is er dan ook een geestelijke verzorger beschikbaar? De mogelijkheden voor financiering worden bepaald door de wijze waarop geestelijk verzorgers ingeschakeld (kunnen) worden, de verzekerde aanspraak en wettelijke voorzieningen, en eventuele mogelijkheden om geleverde zorg te bekostigen binnen de genoemde zorgdomeinen.

1.3 Aanpak

Om antwoorden te vinden op de onderzoeksvragen hebben we een documentenanalyse en literatuuronderzoek uitgevoerd. Samen met de bureaustudie vormen inzichten van de stakeholders de primaire bron van informatie als het gaat om het inventariseren, analyseren en verifiëren van knelpunten omtrent de bereikbaarheid en financiering van geestelijke verzorging. We hebben in totaal 15 experts geïnterviewd (zie bijlage 2 voor de gesprekspartners). Deze interviews waren semigestructureerd en volgden een vooraf vastgestelde set van onderwerpen en vragen. De interviewleidraad is als bijlage 3 bijgevoegd.

Tot slot hebben we twee focusgroepen georganiseerd om de bevindingen te verifiëren, te duiden en aan te vullen; één voor veldpartijen uit de diverse zorgdomeinen en één voor institutionele/beleidspartijen (in bijlage 2 staan de deelnemers aan de focusgroepen).

Tijdens interviews en focusgroepen zijn knelpunten gesignaleerd. Respondenten hebben die op persoonlijke titel ingebracht, soms onder verwijzing naar ervaringen van huisartsen, wijkverpleegkundigen of andere zorgprofessionals. De respondenten verwoordden daarmee echter niet de mening van een complete beroepsgroep, daarvoor was de steekproef te beperkt.

2 Domeinafbakening geestelijke verzorging

2.1 Inleiding

Geestelijke verzorging is een discipline waarover in de literatuur en in de zorgpraktijk verschillende beelden bestaan. Dit houdt mede verband met de inhoudelijke ontwikkeling die het vak doormaakt, waaronder een verbreding van levensbeschouwelijke oriëntaties, en met de verschillende wijzen waarop geestelijke verzorging in de zorg is geïntegreerd.

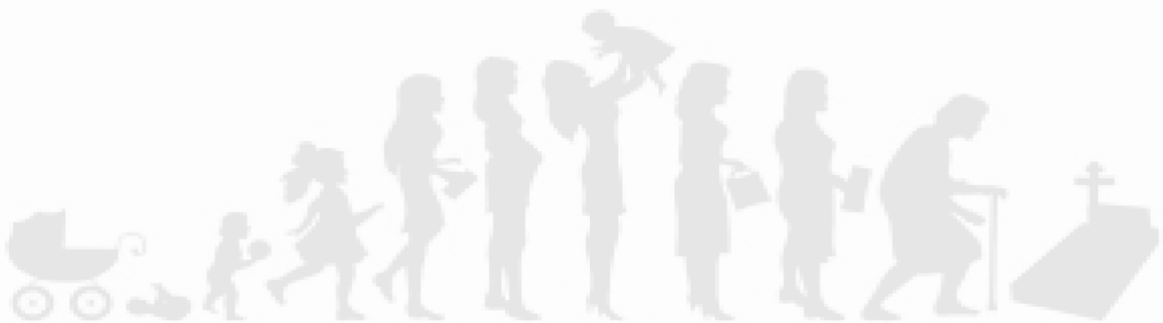
In dit hoofdstuk proberen we hierin enige ordening aan te brengen, duidelijkheid te scheppen in wat onder geestelijke verzorging wordt verstaan, wie geestelijk verzorgers zijn en hoe geestelijke verzorging in de zorgpraktijk een plaats vindt. Zo bakenen we dit onderzoek af.

2.2 Betekenisgeving en spirituele zorg

Betekenisgeving is een kernbehoefte van ieder mens. Het is iets alledaags en bepalend voor hoe mensen hun bestaan ervaren en omgaan met de grenzen en uitdagingen ervan. Dit proces van betekenisgeving kan echter verstoord raken bij situaties van ziekte, lijden en dood. In deze situaties worden veel mensen geconfronteerd met meer existentiële of levensvragen en kunnen dan houvast zoeken bij meer overkoepelende ideeën en opvattingen over het bestaan. Betekenisgeving wordt dan zingeving (Leget in: ZonMw signalement Zingeving, 2016, p.25).

Zingeving, levensbeschouwing, spiritualiteit en religie zijn concepten die sterk verband houden met elkaar en zelfs als synoniem worden gebruikt. Dit blijkt onder meer uit het ZonMw signalement waarin zingeving of spiritualiteit wordt gedefinieerd als “het levensbeschouwelijk en/of religieus functioneren van mensen” (ZonMw, 2016, p.11). Vanuit een pragmatische of functionele invalshoek kan religie worden gezien als een breder fenomeen dan de gevestigde godsdiensten en omvat het ook nieuwe vormen van religiositeit en levensbeschouwing.

Figuur 1: Levensfasen en de partners in de zoektocht naar betekenisgeving



***Ouders – School – Gezin – Vrienden – Religie – Verenigingsverband –
Spiritueel geïnspireerde maatschappelijke activiteiten (denk aan yoga, mindfulness)***

Al enige jaren is sprake van een beweging die onder de noemer spirituele zorg aandacht heeft voor zingeving, met name in de palliatieve zorg. Hierbij gaat niet alleen de aandacht uit naar de patiënt, maar ook naar de persoonlijke waarden en drijfveren van zorgverleners. Opvallend is dat het niet de

geestelijk verzorgers maar artsen en gezondheidswetenschappers zijn die in deze beweging het voortouw nemen (ZonMw signalement). Een van de resultaten hiervan is de Richtlijn “Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase” (IKNL, 2015).

De praktijk laat zien dat in de palliatieve zorg relatief veel aandacht is voor zingeving en spiritualiteit. Dit sluit aan bij de WHO-resolutie over palliatieve zorg (*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, WHA67.19, 24 mei 2014). De aandacht is echter niet beperkt tot de palliatieve zorg en past in een ontwikkeling om ook de definitie van gezondheid breder te interpreteren dan voorheen. De spirituele/existentiële dimensie is één van de zes dimensies van het concept positieve gezondheid, dat mede gebaseerd is op empirisch onderzoek onder patiënten en zorgverleners (Huber). Het gaat dan over aspecten die bijdragen aan optimaal geestelijk welbevinden, zoals doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief en acceptatie ervaren (ZonMw, 2016).

Zingeving is een universele behoefte die niet beperkt is tot mensen die zichzelf religieus noemen, en de behoefte is ook niet minder geworden nu steeds minder mensen zijn aangesloten bij een kerk. Het gaat niet alleen om de laatste levensfase, en niet alleen om het medische of zorgdomein. Iedereen kan te maken krijgen met vragen rondom eenzaamheid, verlies, spijt, schuld en de zin van het leven, vaak bij scharniermomenten in het leven. In interviews is opgemerkt dat het begeleiden van patiënten bij zingeving en omgaan met ziekte en lijden intrinsiek onderdeel uitmaakt van het zorgproces.

2.3 Wat is geestelijke verzorging?

De Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ), de landelijke beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers, gaat in hun beroepsstandaard (2015) uit van de volgende definitie van geestelijke verzorging:

Geestelijke verzorging is de professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing (VGVZ Beroepsstandaard, 2015, p.10).

De definitie sluit aan bij wat hiervoor is gezegd over de overlap tussen zingeving, spiritualiteit en levensbeschouwing. Bij levensbeschouwing is sprake van meerdere dimensies (existentieel, spiritueel, ethisch en esthetisch) die in wisselende mate de boventoon voeren in de zorgpraktijk. Dit kan per individu of situatie verschillen.

Voor de beoordeling of geestelijke verzorging in aanmerking komt voor vergoeding op basis van de Zvw en Wlz heeft het Zorginstituut onderscheid gemaakt in een aantal activiteiten die al dan niet een logisch onderdeel van het zorgproces zouden zijn (CVZ, 2006). Dit betreft de volgende activiteiten:

- a. Begeleiding bij coping en zingeving:
Het leren omgaan met ziekte en beperkingen en het accepteren ervan (coping) behoort tot de normale begeleiding van patiënten in een behandeltraject. Voor zwaardere problematiek is het mogelijk dat extra professionele zorg nodig is.
- b. Het bieden van een vrijplaats:
Dit is aan de orde als iemand zijn leven in een instituut (bijvoorbeeld het leger, gevangenis,

zorginstelling) doorbrengt en van dat instituut afhankelijk is voor zijn dagelijks leven. In deze situaties is vrije toegang tot geestelijke bijstand nodig zodat mensen vrij kunnen praten, ook over zaken als schuld, schaamte en afscheid van het leven, zonder dat een zorgverlener hiervan op de hoogte is.

c. Begeleiding bij religie en spiritualiteit:

Religie en spiritualiteit zijn zaken die normaal gesproken tot de eigen verantwoordelijkheid van burgers behoren. Bij verblijf in zorginstellingen is de natuurlijke verbinding tussen de thuissituatie en kerk of levensbeschouwelijke gemeenschap verbroken, en wordt de mogelijkheid voor beleving van religie en spiritualiteit vaak door de instelling geboden.

Vanwege de overlap tussen zingeving, spiritualiteit en levensbeschouwing is te verwachten dat in de praktijk begeleiding bij coping en zingeving en bij religie en spiritualiteit met elkaar verweven zijn en dat hierin niet altijd een strikte scheiding is aan te brengen. Uit de interviews blijkt dit in de praktijk ook het geval te zijn. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de verzekerde aanspraken. Hier constateren we dat beide perspectieven onderling schuren.

2.4 Wie zijn geestelijk verzorgers?

Gesprekken en andere activiteiten die verband houden met zingeving en spiritualiteit kunnen plaatsvinden met familie, vrienden, een pastor, levenscoach, of in een groter verband in een yoga klas, commune of religieuze gemeenschap. Ondersteuning vanuit de samenleving biedt echter niet in alle situaties soelaas, om uiteenlopende redenen, wat zorgt voor een behoefte aan professionele begeleiding.

Geestelijk verzorgers hebben een opleiding in de theologie, humanistiek of religiewetenschappen op universitair masterniveau of hbo-masterniveau, en die de mogelijkheid tot specialisatie in geestelijke verzorging bieden. Hun bevoegdheid ontlenen zij ofwel aan zending door een maatschappelijk erkend levensbeschouwelijk genootschap ofwel aan een machtiging door de Raad voor Institutioneel Niet-Gezonden Geestelijk Verzorgers (RING-GV).

Zij hebben competenties passend bij de context en het werkterrein (zorg, justitie, defensie) waar geestelijk verzorgers actief zijn (VGVZ Beroepsstandaard, 2015):

- Alle geestelijk verzorgers kunnen reflecteren op levensbeschouwelijke, spirituele en ethische thema's die zich in het persoonlijk leven en binnen organisaties voordoen.
- Inhoudelijk hebben geestelijk verzorgers een brede kennis van zingevingsprocessen en levensbeschouwing, van godsdienst en spirituele bronnen, en van ethiek.
- Procesmatig zijn geestelijk verzorgers in staat om hun kennis en reflecties te delen met anderen, en verbindend aanwezig te zijn.
- Geestelijk verzorgers hebben een persoonlijk doorleefde spiritualiteit, die zij actief onderhouden en die de basis vormt van waaruit zij hun werk doen.

Geestelijk verzorgers houden hun kennis en vaardigheden op peil door gerichte bij- en nascholing, en hebben een eigen beroepsregister (Stichting Kwaliteitsregister Geestelijk Verzorgers, SKGV).

Het beroepsdomein van geestelijk verzorgers vertoont overlap met dat van (klinisch) psychologen,

praktijkondersteuners van huisartsen, en maatschappelijk werkers als het gaat om het begeleiden van patiënten bij het omgaan met ziekte, beperkingen en de naderende dood. Wel is er onderscheid in rollen, methodieken, werkwijzen en kennisbronnen. Dit sluit aan bij de verschillende rollen die de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL/autorisatieversie, 31 mei 2018) onderscheidt in de multidisciplinaire samenwerking rondom patiënten.

Langs de lijnen van het zogenaamde ABC-model (aandacht, begeleiding, crisis) leveren alle zorgverleners een bijdrage aan de spirituele dimensie van palliatieve zorg², waarbij de specifieke bijdrage van de geestelijk verzorger zit in het helpen duiden van levensvragen, en in het interpreteren en wegen (zie ook: VGVZ, Spirituele zorg in de palliatieve fase in de eerste lijn, 2016).

Tabel 1: Vormen van zorg

		Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, psycholoog	Geestelijk verzorger	
	<i>Primaire focus, ingang en referentiekader</i>	<i>Somatisch</i>	<i>Psychosociaal</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 (op verzoek 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	

Bron: Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL), op basis van LKNG (Kun je uit de hemel vallen, december 2001)

2.5 Geestelijke verzorging in de zorgpraktijk

Omdat mensen onderling verschillen kunnen antwoorden op levensvragen veel vormen aannemen. Voor sommige mensen ligt het accent bij zingeving op het gevoelsleven (bijv. bidden, genieten van de natuur, literatuur, muziek, kunst) of activiteiten (mediteren, rituelen voltrekken of zich inzetten voor een goede zaak), anderen beleven het meer intellectueel (contemplatie, studie). Het is een diffuus concept. In de zorg betekent het vaak dat een geestelijk verzorger patiënten en hun naasten ondersteunt door met hen in gesprek te gaan over levensvragen, en door het begeleiden van rituelen en sacramenten, individueel of in groepsverband. Zij zijn tevens beschikbaar voor andere zorgprofessionals en adviseren zorgorganisaties op het gebied van levensbeschouwing en ethiek, verzorgen scholing en dragen bij aan het levensbeschouwelijk klimaat in een instelling (VGVZ, 2015).

² De richtlijn gaat specifiek over de palliatieve zorg, maar zoals al in paragraaf 2.2 is opgemerkt: de aandacht voor de spirituele dimensie en daarmee ook gebruik van het ABC-model geldt ook in andere zorgdomeinen.

Figuur 2: Geestelijke verzorging in alle levensfasen



Volgens de VGVZ-beroepsstandaard zijn geestelijk verzorgers deskundig in het reflecteren op levensbeschouwelijke, spirituele, en ethische thema's die zich in het persoonlijk leven en binnen organisaties voordoen. Zij gaan op zoek naar wat de cliënt kracht en inspiratie geeft, door aan te sluiten bij diens levensverhaal en levensbeschouwelijke of religieuze achtergrond. Door de mens met zijn vragen en behoeften als uitgangspunt te nemen, heeft de geestelijk verzorger oog en oor voor spiritualiteit en existentie in het gesprek. Dit betekent dat in de praktijk geestelijk verzorgers in principe voor iedereen toegankelijk zijn, ongeacht diens levensbeschouwelijke achtergrond. Doel is het bevorderen van spirituele groei, veerkracht, weerbaarheid, eigen regie en het verminderen van kwetsbaarheid (VGVZ Beroepsstandaard, 2015). Dit gebeurt door gesprekken, rituelen, presentie en andere ondersteunende werkzaamheden. Daarnaast horen vieringen, kunstvormen, projecten, bemiddeling, advisering en onderwijs tot het werkkerrein.

Geestelijk verzorgers zijn werkzaam binnen zorgorganisaties en (steeds vaker) als zelfstandig beroepsbeoefenaren. Zij opereren individueel en in samenwerking met andere zorgprofessionals, bijvoorbeeld in multidisciplinair overleg of bij moreel beraad. Zij maken vaak deel uit van palliatieve teams, maar dit is niet standaard.

Binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers bestaan verschillende opvattingen over wat geestelijke verzorging zou moeten zijn, los van de verschillen in levensbeschouwelijke oriëntaties. Een opvatting is dat geestelijke verzorging instrumenteel kan zijn aan het bijdragen aan (mentale) gezondheid en het reduceren van kwetsbaarheid. Een meer methodische werkwijze en het meten van effecten is hier onderdeel van. Een andere opvatting zet de (kwaliteit van de) relatie centraal, het "er zijn" (presentie) met aandacht voor de hele persoon. Niet zozeer het reduceren maar het accepteren van kwetsbaarheid is van belang, omdat dit een wezenlijk onderdeel uitmaakt van het mens zijn. Deze twee benaderingen kunnen op gespannen voet met elkaar staan.

2.6 Conclusie van dit hoofdstuk

De behoefte aan zingeving is alledaags en universeel, maar is tegelijk heel persoonlijk en kan meer existentieel worden bij situaties van ziekte, lijden en dood. In deze situaties raakt het alledaagse proces van zingeving verstoord, en worden veel mensen geconfronteerd met levensvragen met betrekking tot bijvoorbeeld eenzaamheid, verlies, schuld en spijt. De begeleiding van deze levensvragen kan veel verschillende vormen aannemen.

Geestelijke verzorging is de professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing. Deze definitie van de beroepsgroep van geestelijk verzorgers sluit aan bij de overlap die bestaat tussen concepten als zingeving, levensbeschouwing, spiritualiteit en religie. Het zijn diffuse en gelaagde concepten.

De laatste jaren is er meer aandacht voor spiritualiteit en zingeving in de zorg, onder invloed van een bredere interpretatie van het begrip gezondheid. Spirituele zorg wordt door de veldpartijen gezien als integraal onderdeel van het zorgproces. Geestelijk verzorgers werken in individuele relaties met patiënten en naasten, maar ook in teamverband met zorgprofessionals, en adviseren zorgorganisaties bij levensbeschouwelijke en ethische thema's. Het beroepsdomein van geestelijk verzorgers overlapt voor wat betreft het begeleiden bij coping en zingeving met de zorg die andere professionals zoals huisartsen en (klinisch) psychologen plegen te bieden, maar geestelijk verzorgers hebben aanvullende specifieke expertise als het gaat om het reflecteren op ethische, levensbeschouwelijke en religieuze thema's. In de praktijk zijn begeleiding bij coping en zingeving en bij religie en spiritualiteit met elkaar verweven, er is niet altijd een strikte scheiding aan te brengen.

3 Bereikbaarheid van de geestelijke verzorging

3.1 Inleiding

Een mensenleven speelt zich vaak grotendeels af buiten het medische- of zorgdomein. Aandacht voor zingeving en spiritualiteit is daarmee onderdeel van het leven van alledag. Vroeger voorzag de pastoor of dominee veelal in de ondersteuning bij levensvragen. Tegenwoordig is het niet meer vanzelfsprekend dat mensen hun steun zoeken bij een geloofsgemeenschap. De behoefte aan betekenisgeving en levensbegeleiding lijkt echter onverminderd groot.

In de eerdergenoemde motie Dik-Faber wordt de wens geformuleerd om geestelijke verzorging *binnen de relevante zorgdomeinen* te bestuderen. Dit hoofdstuk schetst hoe de *bereikbaarheid* van geestelijke verzorging *in de zorg* is.³ Omdat geestelijke verzorging bij 24 uur verblijf per etmaal onderdeel uitmaakt van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gaan we in dit hoofdstuk tevens in op de relatie tussen de kwaliteitskaders en de beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

3.2 Bekendheid

Bekendheid bij cliënten en zorgverleners (zorgaanbieders, hulpverleners)

“Patiënten en naasten ervaren regelmatig problemen op geestelijk gebied, maar kunnen die vaak niet goed verwoorden en weten niet waar ze er mee terecht kunnen.” Deze passage is te lezen in de publicatie ‘De wereld van de trage vragen’ (Agora, oktober 2016). Agora presenteert daarin een inventarisatie van de vragen, knelpunten en verbeterpunten van de geestelijke begeleiding thuis in de palliatieve fase.

Uit onze inventarisatie blijkt dat deze tekst van toepassing is in het ziekenhuis, een verpleeghuis, instelling voor gehandicaptenzorg of ieder ander zorgdomein. Patiënten en hun naasten weten vervolgens niet goed waar ze met hun vragen op gebied van betekenisgeving, zingeving, religie of levensbegeleiding terecht kunnen. Hierdoor blijven ze zitten met existentiële of ethische vragen en dilemma’s die ze niet goed kunnen verwoorden als hulpvraag, of ‘verpakken’ deze als een medische vraag of lichamelijke klacht.

Daarnaast laat de inventarisatie van Agora laat zien dat er onder patiënten, hun naasten en onder zorgprofessionals onvoldoende bekendheid is met de rol en expertise van geestelijk verzorgers. Verwijzing naar een geestelijk verzorger blijft regelmatig uit vanwege een gebrek aan bewustzijn van en bekendheid met geestelijke begeleiding bij andere zorgverleners.

³ In de zorg spreekt men soms van patiënten (veelal gaat het daarbij om begeleiding bij chronische aandoeningen of op genezing gerichte behandelingen, bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet) en soms van cliënten (veelal gaat het daarbij om op verpleging en verzorging gerichte ondersteuning, bekostigd vanuit de Wlz). In dit inventariserend onderzoek worden beide termen door elkaar heen gebruikt.

Het rapport somt veel concrete ervaren knelpunten op, die invulling geven aan het onderwerp van het onderhavige onderzoek (Agora, 2016):

- Patiënten, naasten en zorgverleners zijn onvoldoende bekend met het aanbod aan geestelijke verzorging/begeleiding. Hierdoor ontstaat beeldvorming die een drempel kan zijn om gebruik te maken van geestelijke verzorging.
- Zorgprofessionals hebben onvoldoende tijd (werkdruk) om levensvragen van cliënten te signaleren, uit te vragen en hieraan aandacht te besteden.
- Zorgprofessionals hebben onvoldoende competenties om levensvragen van cliënten te signaleren, uit te vragen en te begeleiden.
- Zorgprofessionals verwijzen niet of te laat door naar geestelijk verzorgers.
- Geestelijk verzorgers worden niet voldoende erkend in hun professionaliteit.

De gebrekkige expertise en competenties van zorgprofessionals om levensvragen te signaleren en hieraan aandacht te besteden houdt mogelijk verband met de ruimte die er is voor de geesteswetenschappen in het opleidingscurriculum. Een huisarts die juist veel affiniteit heeft met psychosomatiek en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), en daardoor goed bekend is met het aanbod van geestelijke verzorging, vertrouwde ons toe: *‘Iedere dag komt zingeving ter sprake in de spreekkamer’*

De bekendheid met de geestelijke verzorging hangt samen met de vormgeving in de (zorg)praktijk. Intramuraal is er enige mate van institutionalisering. De functie is traditiegetrouw vaak beschikbaar in ziekenhuizen, ggz-instellingen, verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en in de gehandicaptenzorg⁴. Dat is doorgaans meer dan elders het geval in (voorheen) confessionele instellingen. De bekendheid en zichtbaarheid van geestelijk verzorgers is sterk afhankelijk van hun eigen initiatief. Het helpt als bijvoorbeeld een Raad van Bestuur waarde hecht aan deze functie, zo geven gesprekspartners in meerdere interviews aan.

Extramuraal is de bekendheid zeer beperkt. Geestelijk verzorgers worden veelal geassocieerd met kerk en religie. Het domein van de geestelijk verzorger raakt sterk aan zaken die voor veel mensen een meer vanzelfsprekend aangrijpingspunt zijn, zoals de kerk, psycholoog, bladen, lezingen of yoga). Er is naast geestelijke verzorging een breed aanbod voor mensen met levensvragen en die invulling willen geven aan hun behoefte tot spiritualiteit en zingeving. In dat kader is discussie mogelijk over de vraag in hoeverre geestelijke verzorging in de thuissituatie onderdeel zou moeten worden van de verzekerde aanspraak.

Een verklaring voor de beperkte bekendheid wordt gevonden in onduidelijkheid over het begrip geestelijke verzorging, zoals blijkt uit hoofdstuk 2. Uit de interviews leiden we echter af dat er vaak sprake is van een latente, onuitgesproken vraag (of behoefte), zowel bij cliënten/patiënten als bij zorgverleners. Zoals een gesprekspartner zei *“De vraag naar geestelijke verzorging ontstaat tijdens een gesprek”*.

⁴ In het onderzoek hebben we ingezoomd op eerstelijnszorg, ziekenhuizen en de langdurige zorg voor ouderen. Hoewel we niet specifiek onderzoek hebben gedaan naar de GGZ en gehandicaptenzorg lijkt de situatie op basis van literatuur en informatie op websites vergelijkbaar als in andere domeinen.

Activiteiten om de bekendheid te vergroten

In de praktijk ondernemen instellingen en geestelijk verzorgers zelf diverse activiteiten om de bekendheid met geestelijke verzorging te vergroten. Activiteiten richten zich enerzijds op (collega) zorgprofessionals en anderzijds direct op patiënten/cliënten.

Zichtbaar worden bij mensen gebeurt onder meer door de beschikbaarheid van geestelijke verzorging expliciet te benoemen bij een intake in een instelling. Geestelijk verzorgers nemen zelf het initiatief om met patiënten het gesprek aan te gaan. Tijdens een wandeling over de gang is er ruimte voor het spontane gesprek. Veel zorginstellingen hebben een stiltecentrum, verzorgen kerkdiensten, en hebben een boek of schrift waar mensen hun levensvragen of opmerkingen kwijt kunnen.

Recent heeft het Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Brabant een brochure ontwikkeld om mensen te wijzen op het aanbod van geestelijke begeleiding in de thuissituatie. Om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van deskundigen op het gebied van zingevingvragen te verbeteren hebben de Netwerken Palliatieve Zorg in Noord-Holland Noord, Zaanstreek-Waterland en Amsterdam-Diemen een Centrum voor Levensvragen opgericht. En ook op andere plaatsen in Nederland zijn dergelijke centra actief of in oprichting, zoals in Rotterdam en Gooi en Vechtstreek.

Aan de andere kant zijn veel initiatieven er op gericht om bekendheid over geestelijke verzorging te realiseren onder zorgverleners. In de interviews werd onder meer genoemd dat geestelijk verzorgers presentaties, trainingen of een klinische les geven aan zorgprofessionals om alert te zijn op de behoeften van mensen. Daarnaast schuiven geestelijk verzorgers regelmatig aan bij multidisciplinair overleg, bijvoorbeeld in palliatieve teams of het PaTz-overleg). Tijdens interviews en focusgroep werd ook opgemerkt dat zorgprofessionals minder schroom hoeven te hebben om mensen met levensvragen te wijzen op het aanbod dat vanuit een geloofsgemeenschap beschikbaar is⁵.

3.3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid

Wkkgz en kwaliteitskaders

Er is een verschil tussen zorginstellingen die tevens een verblijfsfunctie hebben, en zorginstellingen of zorgaanbieders die dat niet hebben. Veelal wordt door opname in een ziekenhuis, gehandicapteninstelling, GGZ-instelling of verpleeghuis de band met de vertrouwde thuissituatie en lokale geloofsgemeenschap doorbroken. De beschikbaarheid van geestelijke verzorging in een instellingen die “zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt” is wettelijk vastgelegd in de Wkkgz (art. 6 sub a). Instellingen zijn dus verplicht deze aan te bieden. Het gaat om geestelijke verzorging “die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.”

⁵ In dit kader werden we gewezen op een publicatie van de Raad van Kerken die in 2018 is uitgebracht: *Nu ik oud word* (<https://www.raadvankerken.nl/fman/9785.pdf>)

Er zijn geen algemeen geldende kwantitatieve normen voor het niveau waarop voorzieningen zoals geestelijke verzorging aanwezig moeten zijn in instellingen. Wel is in de Wkkgz het volgende bepaald: “De zorgverlener organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen (...) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.”

Veldpartijen hebben in verschillende kwaliteitskaders de beschikbaarheid van geestelijke verzorging als onderdeel van goede zorg omschreven. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017) is bij de handreikingen voor wonen en welzijn het thema Zingeving als volgt uitgewerkt. Voor cliënten: “Ik kan een geestelijke verzorger spreken van mijn levensbeschouwelijke signatuur.” Voor zorgverleners: “Geestelijke verzorging is bereikbaar voor cliënten, hun naaste(n) en medewerkers, passend bij hun levensbeschouwing.” Instellingen kunnen met elke cliënt afspraken maken over de geestelijke verzorging in het zorgplan.

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (IKNL, 2017) bevat onder meer standaarden voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van palliatieve zorg, waarbij de generalistische zorgverlener in elke zorgsetting de mogelijkheid dient te hebben om zo nodig de ondersteuning van een gespecialiseerde zorgverlener, dus ook een geestelijk verzorger, in te roepen. Bij het domein Multidisciplinaire Zorg is de beschikbaarheid van geestelijk verzorgers opgenomen als vast onderdeel van het palliatieve team en bij het domein Rouw en verwerking als beschikbare beroepsgroep bij complexe rouwverwerking. In de kwaliteitskaders wordt dus steeds gesproken over geestelijk *verzorgers* in plaats van een functionele benadering van geestelijke *verzorging*.

In de genoemde kwaliteitskaders zoals door veldpartijen vastgesteld wordt geestelijke verzorging gezien als integraal bestanddeel van goede zorg. Wat als goede zorg is gedefinieerd is echter niet automatisch verzekerde zorg. De verplichte beschikbaarheid van geestelijke verzorging is ruimer gedefinieerd in de Wkkgz dan de verzekerde aanspraak, zo zal blijken uit hoofdstuk 4. De concrete wijze waarop zorginstellingen dit invullen is open gelaten. De spanning en onduidelijkheid hierover, wordt ervaren als een knelpunt.

Zorginstellingen die 24 uur per etmaal verblijf bieden zijn dus verplicht om geestelijke verzorging te organiseren, waarbij het aan het instellingsbestuur is om hieraan invulling te geven. Instellingen bepalen bijvoorbeeld zelf of zij geestelijke verzorgers aanstellen die ook een ambtelijke binding hebben met een kerk, moskee, het Humanistisch Verbond, of andere organisatie. De cliëntenraden van zorginstellingen hebben op basis van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen adviesrecht als het gaat om het beleid aangaande de geestelijke verzorging. Het oogmerk hiervan is dat deze zo goed mogelijk aansluit bij de wensen van cliënten en bewoners (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, art. 3).

Ontwikkelingen in de praktijk

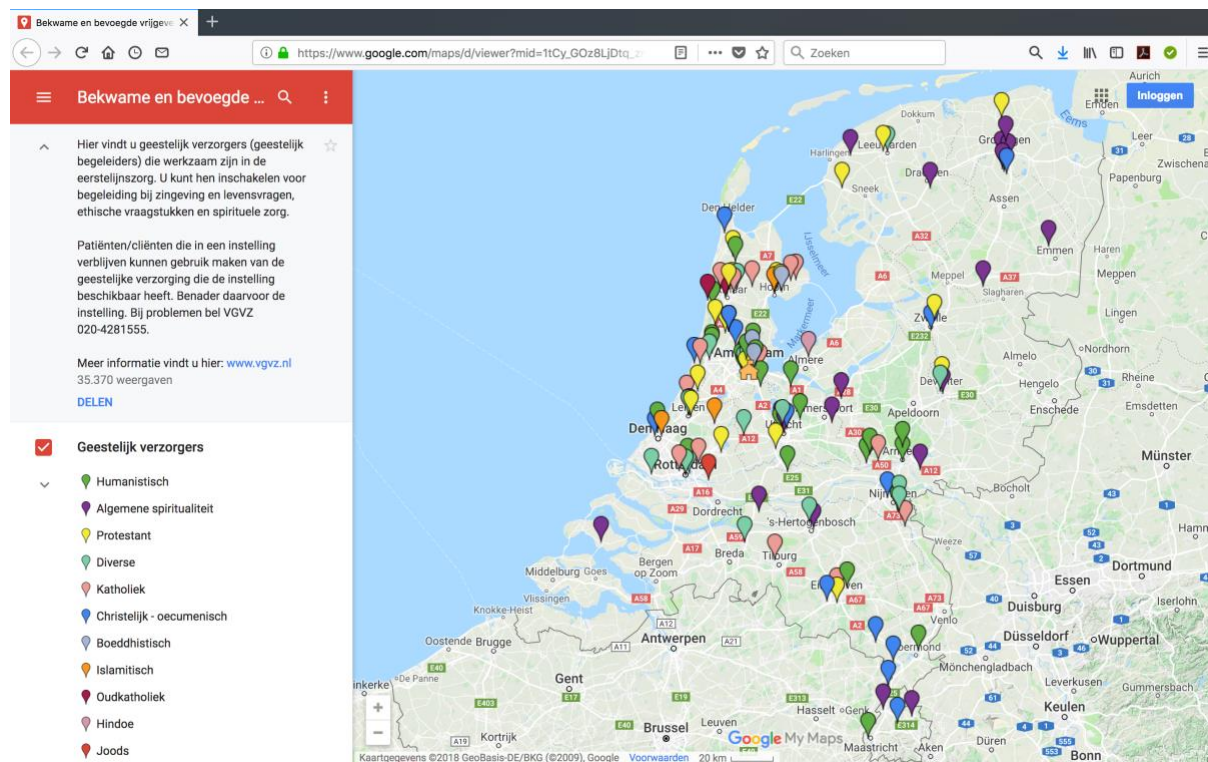
De interviews en rapportages geven een consistent beeld over de beschikbaarheid en toegankelijkheid in de praktijk.

In algemene zin valt op dat in de afgelopen decennia de aandacht voor levensvragen in de maatschappij sterk verandert. Dit is terug te zien in de feitelijke ontwikkelingen:

- In algemene ziekenhuizen is het aantal geestelijk verzorgers in een aantal jaar met meer dan 25% teruggelopen. Werden in 2011 nog 206 arbeidsplaatsen gerapporteerd op een totaal van 130.462 arbeidsplaatsen in ziekenhuizen, in 2016 was dit aantal teruggelopen tot 136 geestelijk verzorgers op in totaal 128.663 arbeidsplaatsen (DHD, meerdere jaren).
- In verpleeghuizen zijn geen cijfers over beschikbaarheid. Maar er zijn wel signalen, zowel in rapportages als in interviews, dat in andere domeinen dan de ziekenhuiszorg wordt bezuinigd op geestelijke verzorging. Een gesprekspartner merkte op dat vacatureruimte die ontstaat na vertrek van een geestelijk verzorger niet wordt opgevuld.
- Bij Wlz-cliënten en andere cliënten in de thuisituatie is er veel onbekendheid over de mogelijkheden om geestelijke verzorging te ontvangen. Er komen weliswaar steeds meer vrijgevestigde geestelijk verzorgers, maar er is geen goede landelijke dekking (zie figuur 3).

De strekking van meerdere interviews is dat geestelijke verzorging beschikbaar is als mensen vragen uiten of als huisartsen of verpleegkundigen hen wijzen op een patiënt waar ze een behoefte signaleren. Maar de (latente) vraag is vele malen hoger, zo werd gesteld in diverse gesprekken. De kerk is veelal verdwenen uit de maatschappij, maar de behoefte aan zingeving/levensbegeleiding niet. *“Er is zeker drie keer meer werk dan er formatieplaatsen voor geestelijk verzorgers zijn”*.

Figuur 3: Overzicht van vrijgevestigde geestelijk verzorgers in Nederland



Bron: VGVZ-website via <https://vgvz.nl/werkvelden/eerste-lijn/> (bezoekt op 14 augustus 2018)

Als meest prominente knelpunt komt de beperkte beschikbaarheid in de eerstelijns naar voren. Dat wordt zowel ervaren als gevolg van het langer thuis wonen van mensen, als specifiek na een transfer tussen ziekenhuis/verpleeghuis en thuissituatie.

De masterthesis 'Hart voor de zorg en zorg voor het hart' van Charlotte Molenaar (jan 2016) bevat een uitgebreid literatuuronderzoek en empirisch onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts, praktijkondersteuner GGZ en de geestelijk verzorger. Hierin worden diverse belemmeringen voor toegang tot geestelijke verzorging in de eerstelijns genoemd:

- Doordat mensen minder zijn aangesloten bij een religieuze gemeenschap komen levensvragen nu meer terecht bij de huisarts en andere zorgprofessionals, vooral als mensen ingrijpende life events meemaken.
- Mogelijk worden deze spirituele vragen gemedicaliseerd, omdat huisartsen de vragen niet als zodanig herkennen en/of omdat patiënten hun vragen verpakken tot een medisch of psychisch probleem. Dit wordt zelfs omschreven als het "zorgvuldig inpakken" van levensvragen tot medische vragen omdat dat makkelijker praat. Het ontbreekt huisartsen en patiënten aan taal om spirituele behoeften onder woorden te brengen. Onderliggende hulpvragen worden dan als een medisch of psychologisch probleem geduid.
- Over de eigen rol opvatting van huisartsen bij spirituele zorg: veel huisartsen beschouwen het wel als hun taak om aandacht te geven aan spirituele behoeften. Huisartsen die dat niet doen associëren spirituele zorg met religie. Bij terminale zorg zijn huisartsen meer bereid om spirituele kwesties te bespreken.
- Huisartsen ontberen de competenties en het zelfvertrouwen om spirituele behoeften van hun patiënten te bespreken. Genoemd wordt dat Nederlandse huisartsen oplossingsgericht zijn en taakgericht communiceren, en dat voor het bespreken van spirituele behoeften persoonsgerichte zorg en affectgericht communiceren nodig zijn. De richtlijn "Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase" is nauwelijks bekend onder huisartsen.
- Ook wordt de tijdsdruk genoemd als belemmerende factor. Levensvragen zijn 'trage vragen' die tijd kosten om onder woorden te brengen en oplossingen voor te vinden.
- Huisartsen weten niet naar wie zij patiënten met levensvragen kunnen doorverwijzen. Hierbij wordt ook verwezen naar eerder onderzoek. Huisartsen zijn niet bekend met geestelijk verzorgers en ontmoeten hen ook nauwelijks, waardoor zij er niet aan denken met hen samen te werken. Ook zien sommige huisartsen de GV niet als zorgverlener. Zij sturen patiënten met levensvragen door naar de praktijkondersteuner GGZ omdat zij hiermee bekend zijn en dit dichtbij is.

Discontinuïteit in geestelijke verzorging bij opname en ontslag hangt samen met de financiële schotten: de beschikbaarheid van geestelijke begeleiding door een intramuraal werkende geestelijk verzorger met wie een patiënt goed contact had tijdens een opname, is in de thuissituatie vrijwel niet mogelijk. Omgekeerd mogen geestelijk begeleiders de zorg voor een patiënt thuis, niet continueren (en declareren) als de patiënt wordt opgenomen in een zorginstelling.

Deze discontinuïteit bij opname en ontslag is niet uniek voor geestelijke verzorging maar geldt evenzeer voor andere zorgfuncties zoals de huisarts of verpleegkundige.

3.4 Conclusie van dit hoofdstuk

De bereikbaarheid van geestelijke verzorging is niet optimaal, zo blijkt uit literatuur en wordt bevestigd door gesprekspartners. Dit heeft meerdere oorzaken die zich op verschillende niveaus bevinden. Ten eerste is een intrinsiek kenmerk van de behoefte aan ondersteuning bij vragen op het gebied van zingeving, omgaan met ziekte, lijden en dood, dat deze zich niet eenvoudig vertaalt in een hulpvraag. Het zijn 'trage vragen' die veel mensen niet goed kunnen verwoorden, en die vorm krijgen in interactie met een hulpverlener die deze vragen weet te ontleden.

Een andere oorzaak is dat patiënten, naasten en zorgverleners niet weten waar ze met hun levensvragen terecht kunnen, en onvoldoende bekend zijn met de deskundigheid van geestelijk verzorgers. Vaak bestaat verkeerde beeldvorming, gevoed door vroegere ervaringen met geestelijken. Vanwege de onvoldoende bekendheid met het deskundigheidsgebied van geestelijk verzorgers ontstaan situaties van niet of te laat doorverwijzen. Omdat patiënten zelf maar in beperkte mate actief contact zoeken met een geestelijk verzorger, is het beantwoorden van de behoefte aan ondersteuning bij levensvragen afhankelijk van het initiatief van geestelijk verzorgers zelf en van verwijzingen door zorgprofessionals. Dit laatste gebeurt eerder als zorgprofessionals bekend zijn met het deskundigheidsgebied van geestelijk verzorgers en deze erkennen, als geestelijk verzorgers hun deskundigheid actief onder de aandacht brengen door bijvoorbeeld een klinische les en als geestelijk verzorgers onderdeel uitmaken van het zorgteam, bijvoorbeeld een palliatief team.

Een derde oorzaak van gebrekkige toegankelijkheid is dat geestelijk verzorgers organisatorisch niet altijd integraal onderdeel uitmaken van het zorgproces. Dit laatste is met name het geval in de eerstelijnszorg. Hier zijn geestelijk verzorgers doorgaans geen onderdeel van de zorgorganisatie. Deze situatie gaat steeds meer wringen nu mensen langer thuis wonen met zorg en ondersteuning.

Verder neemt het aantal geestelijk verzorgers in ziekenhuizen sterk af en er zijn signalen dat er op geestelijk verzorgers bezuinigd wordt in de langdurige zorg. De beschikbaarheid van geestelijke verzorging varieert tussen zorginstellingen en regionaal voor ondersteuning in de thuissituatie. Hoewel de kleinere formatie in ziekenhuizen deels verband houdt met de kortere ligduur, neemt de behoefte aan zingeving en spirituele zorg niet af. Bovendien ontstaat hierdoor een situatie dat mensen sneller naar huis gaan en langer thuis wonen, zonder dat de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie goed geregeld is.

4 Financiering van de geestelijke verzorging

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen ervaren knelpunten aan de orde in de toegang en bereikbaarheid van geestelijke verzorging voor zover deze te maken hebben met de financiering ervan. Voordat we ingaan op de ervaren knelpunten gaan we in op hoe de verzekerde aanspraak op geestelijke verzorging is gedefinieerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), en hoe deze aanspraak is vertaald in zorgprestaties die de basis vormen voor de declaratie van geleverde zorg. Buiten het domein van de zorgverzekeringen hebben gemeenten mogelijkheden om geestelijke verzorging in te zetten in het kader van de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en is er via fondsen en subsidies ruimte om de beschikbaarheid van geestelijke verzorging te financieren.

4.2 Aanspraak op geestelijke verzorging

4.2.1 Kwaliteitskaders, de Wkkgz en de uitvoeringstoets geestelijke verzorging

Artikel 6, sub a van de Wkkgz luidt: “De zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt, draagt er zorg voor dat geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.” Dit is overgenomen in de Kwaliteitskaders voor verpleeghuiszorg en voor palliatieve zorg.

Volgens bovengenoemd artikel is er een aanspraak op geestelijke verzorging bij verblijf gedurende het etmaal. De invulling in de praktijk is echter niet eenduidig. Er is een recht op goede zorg, en in dat kader moet er bijvoorbeeld rekening worden gehouden met leefwensen van mensen. Maar dat houdt nog niet automatisch in dat een vergoeding via de verzekering geregeld is voor de vorm waarin het aanbod wordt ingericht.

De Wkkgz is van toepassing op zorgaanbieders en regelt dus geen aanspraken van individuele verzekerden. Zorgaanspraken zijn geregeld in de Zvw en Wlz. Geestelijke verzorging is echter geen zorg die is omschreven krachtens deze wetten. Voor zicht op de aanspraken grijpen we terug naar de Uitvoeringstoets van het toenmalige CVZ (nu: Zorginstituut) en de drie functies die onderscheiden worden.

- a. Begeleiding bij coping en zingeving.
- b. Het bieden van een vrijplaats.
- c. Begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Het Zorginstituut heeft in 2006 aan de hand van de pakketcriteria beoordeeld of geestelijke verzorging in aanmerking komt voor vergoeding op basis van de Zvw en Wlz (CVZ, 2006). De pakketcriteria zijn: zorg moet noodzakelijk zijn, effectief zijn, kosteneffectief zijn en moet uitvoerbaar zijn.

Voor de vrijplaatsfunctie geldt dat die noodzakelijk onderdeel vormt van het verblijf in een institutionele omgeving. Mensen hebben recht op een veilige plek om alles te kunnen bespreken wat ze willen bespreken. Over het voorzien in begeleiding bij religie en spiritualiteit in een extramurale

situatie concludeert het CVZ dat het onder de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde valt.

Hoe iemand omgaat met zijn ziekte en behandeling, dus de begeleiding bij coping en zingeving, is een onderdeel van de behandeling. De wijze waarop professionele begeleiding wordt geboden, is echter open. Het zal van de aard van het probleem afhangen of deze zorg het beste door een gedragswetenschapper als een psycholoog kan worden geboden, of door iemand met een andere professionele achtergrond zoals een SPV-er, of door iemand die de problematiek vanuit een levensbeschouwelijke hoek benadert. De functiegerichte aanspraken in de Zvw en Wlz maken het mogelijk dat iedere hulpverlener die bekwaam en (voor zover aan de orde) bevoegd is, die zorg kan bieden. Waarbij geldt dat die zorg moet voldoen aan het criterium van de stand van wetenschap en praktijk, met andere woorden: voldoende bewezen effectief moet zijn.

4.2.2 Zorgverzekeringswet

Zorgvormen zoals de eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, en geestelijke gezondheidszorg vallen onder de Zorgverzekeringswet. De verzekerde zorg voor zover deze onder de Zorgverzekeringswet valt is omschreven in het Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit betreft onder meer geneeskundige zorg “zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden,” (art. 2.4 lid 1 Bzv). Bij geneeskundige zorg moet sprake zijn van een stoornis, aandoening of beperking. Huisartsenzorg biedt ruimere mogelijkheden want daar wordt ook sociale problematiek vergoed. Verpleegkundige zorg voor niet in een instelling verblijvende verzekerden is omschreven als “Verpleging en verzorging ... zoals verpleegkundigen die plegen te bieden” (art 2.10 Bzv).

Geestelijke verzorging is dus geen zelfstandige verzekerde zorgprestatie maar kan onder voorwaarden wel onderdeel uitmaken van geneeskundige of verpleegkundige zorg. Als voorwaarde geldt dat geestelijke verzorging moet voldoen aan het pakketcriterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’: “De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.” (art. 2.1 lid 2 Bzv). Voor wat in een bepaald vakgebied geldt als gangbaar kan worden afgegaan op richtlijnen en zorgstandaarden. Verder geldt het recht op zorg voor zover iemand daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (art. 2.1 lid 3 Bzv).

In de curatieve zorg is de begeleiding bij de verwerking en het omgaan met ziekte en behandeling (coping) onlosmakelijk onderdeel van de zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit behoort tot normale begeleiding van patiënten in een behandeltraject, ook in de extramurale setting.

In de Zorgverzekeringswet zijn zorgprestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat niet is voorgeschreven *door wie* begeleiding bij coping en zingeving wordt gegeven. Indien problemen met coping zodanig ernstig zijn dat er sprake is van een psychische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stoornis of angststoornis, dan kan specifieke GGZ-hulp nodig zijn. Het kan dan gaan om hulp door bijvoorbeeld een psychiater, een psycholoog of psychotherapeut.⁶ Zorgverzekeraars zijn

⁶ Een uitzondering hierop vormt de behandeling van aanpassingsstoornissen, omdat die wettelijk is uitgesloten.

vrij om andere beroepsbeoefenaren te contracteren, zolang deze in staat zijn om adequate, aantoonbaar vergelijkbare zorg te leveren zoals bijvoorbeeld huisartsen of verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit betekent dat dit voor huisartsenzorg ook een geestelijk verzorger, SPV-er, of iemand met een andere professionele achtergrond kan zijn. Een uitzondering zijn de voorbehouden handelingen waarvoor specifieke eisen van bevoegdheid en bekwaamheid gelden (Wet BIG).

4.2.3 Wet langdurige zorg

Mensen die vanwege een aandoening of beperking zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg, kunnen een beroep doen op zorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Het betreft hier overwegend verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg.

Ook voor de zorg onder de Wlz geldt dat geestelijke verzorging geen afzonderlijke prestatie is, maar onderdeel uitmaakt van prestaties die in art 3.1.1 van de Wlz zijn omschreven, waaronder verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en behandeling.

De zorg kan in verschillende vormen ook aan thuiswonende cliënten worden geleverd – dit wordt behandeld in paragraaf 4.3.4.

4.2.4 Wet maatschappelijke ondersteuning

Behalve de Zvw en Wlz biedt ook de Wet maatschappelijke ondersteuning mogelijkheden voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wmo ligt bij gemeenten.

Er is in de Wmo geen sprake van een verzekerde aanspraak maar van voorzieningen met als doel bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van burgers. Gemeenten kunnen aanbieders contracteren die geestelijk verzorgers in dienst hebben of zelfstandig werkende geestelijk verzorger contracteren. Geestelijke verzorging kan bijvoorbeeld ingezet worden om eenzaamheid tegen te gaan, sociale relaties te versterken en om andere professionals, vrijwilligers en mantelzorgers te ondersteunen. Gemeenten hebben beleidsvrijheid ten aanzien van wie zij ondersteunen en door wie deze ondersteuning geboden wordt. De mogelijkheden voor geestelijke verzorging in het kader van de Wmo kunnen dus per gemeente verschillen.

Van enkele gemeenten is bekend dat zij ondersteuning bieden bij levensvragen, of dat geestelijk verzorgers er aansluiting vinden bij het welzijnswerk, bij GGZ-aanbieders of andere relevante partijen: o.a. Rotterdam, Nijmegen, Zwolle, Utrecht, Tynaarlo (Vilans, 2012; RuG/VGVZ Starterspakket Wmo, 2018). Een landelijk overzicht ontbreekt echter en was in het kader van dit onderzoek ook niet mogelijk.

4.3 Geestelijke verzorging buiten de muren van een zorginstelling

4.3.1 Huisartsenzorg

Wanneer er geneeskundige zorg nodig is in de thuissituatie, dan zijn het vooral de huisarts, de verpleegkundige en de verzorgende die deze zorg verlenen. De begeleiding bij het verwerken en omgaan met (een levensbedreigende) ziekte en beperkingen is een onlosmakelijk onderdeel van deze zorgverlening. Daar waar het gaat om begeleiding bij religie en spiritualiteit en het vinden van

een vrijplaats, is dit geen verzekerde zorg volgens de Zvw – conform de uitvoeringstoets van het CVZ (2006). In interviews en de focusgroep met veldpartijen werd wel opgemerkt dat *zingeving op recept* een wenselijke uitbreiding zou zijn van het “behandelarsenaal” van de huisartsen.

Er is geen structurele financiële inbedding van geestelijke verzorging in de eerste lijn. Wel hebben we uit interviews en literatuur diverse mogelijkheden voor financiering aangereikt gekregen. Ook de Taskforce Geestelijke verzorging zorg buiten de instellingen van de VGZ heeft met een werkgroep Financiering onderzocht welke, vaak creatieve, constructies worden gebruikt om gesprekken of groepsactiviteiten vergoed te krijgen (VGZ, 2018).

Geestelijk verzorgers kunnen in dienst van of als onderaannemer van een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum worden ingezet voor begeleiding bij *zingeving/coping*, mits zij adequate, aantoonbaar vergelijkbare zorg leveren overeenkomstig het criterium “zorg zoals huisartsen plegen te bieden”. Een voorbeeld is gezondheidscentrum Levinas in Rotterdam waar geestelijk verzorgers deels vanuit het POH-GGZ-budget worden betaald. De huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum fungeert dan als hoofdcontractant. Geestelijke verzorging – ongeacht door wie deze wordt geleverd, dat kan een huisarts zijn maar even zo goed een geestelijk verzorger – kan gedeclareerd worden via de volgende manieren:

- Als regulier (dubbel) consult (S1-segment huisartsenbesteding), bijvoorbeeld bij terminale patiënten.
- Als praktijkondersteuning ggz (POH-GGZ) bij patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische klachten.
- Als onderdeel van zorgvernieuwing (S3 segment) als het gaat om begeleiding van specifieke patiëntengroepen. Hiervoor heeft de huisarts een contract met de zorgverzekeraar nodig met afspraken over resultaatbeloning.

Deze declaratieroutes leiden tot verschillende uurtarieven, variërend van €38 (POH-GGZ) tot circa €70 (dubbel intensief consult).

4.3.2 Wijkverpleging

Thuiszorginstellingen kunnen geestelijke verzorging aanbieden als onderdeel van de wijkverpleegkundige zorg, waarbij de geestelijk verzorger in dienst is of als onderaannemer optreedt. Ook hier geldt dat het moet gaan om adequate, vergelijkbare zorg overeenkomstig het criterium “zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden”. Een voorbeeld is de begeleiding bij *coping* en *zingeving* bij terminale patiënten. Voorwaarde is dat een indicatie nodig is van de verpleegkundige van de thuiszorgorganisatie, afhankelijk van afspraken die gemaakt zijn met de zorgverzekeraar.

4.3.3 GGZ

In de GGZ kunnen geestelijk verzorgers als werknemer of als onderaannemer worden ingezet in een FACT-team als ondersteunend personeel voor de begeleiding bij *coping* en *zingeving*. FACT-teams begeleiden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die zelfstandig wonen. De geestelijke verzorging is onderdeel van het DBC-zorgproduct, dat als basis dient voor de declaratie (NB: niet als aparte zorgactiviteit).

4.3.4 Wlz-zorg thuis

Cliënten die permanent toezicht of 24-uurs zorg nodig hebben kunnen met een Wlz-indicatie deze zorg thuis ontvangen in de vorm van een modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt) of gebruik maken van een persoonsgebonden budget (pgb), eventueel in combinatie (mpt plus pgb). Cliënten met een mpt en/of pgb zijn voor geestelijke verzorging aangewezen op de verzekerde aanspraken voor huisartsenzorg of wijkverpleging op basis van de Zorgverzekeringswet (Palliactief/IKNL, Handreiking financiering palliatieve zorg, 2018). De bekostiging vindt plaats zoals hierboven omschreven.

Er is tegenstrijdige informatie over de mate waarin geestelijke verzorging onderdeel uitmaakt van de zorg die aangeboden moet worden in geval van vpt. De website van het Zorginstituut met toelichting op de leveringsvormen vpt, mpt en pgb volgt de aanspraken uit de Wkkgz en vermeldt: “Geestelijke verzorging is geen onderdeel van vpt.”⁷

In een brief aan de Tweede Kamer uit 2010 (25 424, nr 101) staat echter: “Per 1 juli 2007 kunnen verblijfsgeïndiceerden kiezen voor een volledig pakket thuis (vpt). Men verzilvert de ZZZ-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.” (...) “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”.

De antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Van der Staaij (SGP), Bruins Slot (CDA) en Dik-Faber (CU) over de financiering van geestelijke begeleiding bij palliatieve zorg in de thuissituatie hebben dezelfde strekking (Tweede Kamer, Aangangsels Handelingen, nr 748): “Indien een cliënt zijn zorg met een volledig pakket thuis (vpt) invult, dan maakt de begeleiding bij coping en zingeving en het bieden van een vrijplaats hier onderdeel van uit. De begeleiding bij religie en spiritualiteit is geen onderdeel van het vpt, aangezien de cliënt in de eigen woonsfeer verkeert en hier zelf verantwoordelijk is voor de begeleiding bij religie en spiritualiteit” (Tweede Kamer, Aangangsels Handelingen, nr. 748, dd. 1 december 2015).

De brieven van het ministerie daarmee geven een bredere interpretatie dan de ruimte die feitelijk in de wet is gegeven. Dit is een bron van onduidelijkheid.

4.3.5 Wmo

Gemeenten zijn vrij in hoe ze de maatwerkarrangementen in de Wmo bekostigen. Dit geldt dus ook voor de geestelijke verzorging als onderdeel hiervan. Gemeenten zijn onder meer vrij in welke leveringsvorm wordt gebruikt, als maatwerkarrangement (zorg in natura) of pgb. Voor maatwerkarrangementen geldt dat de wijze waarop deze wordt bekostigd afhankelijk is van de afspraken hierover met aanbieders. In het algemeen is sprake van een ontwikkeling waarbij meer voor uitkomsten (bijvoorbeeld cliënttevredenheid) wordt betaald dan voor productie (aantal uren).

⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg//leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

4.3.6 Subsidies, fondsen, aanvullende verzekering of eigen betalingen

Een laatste mogelijkheid om de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie te organiseren is financiering via subsidies, fondsen, de aanvullende verzekering of eigen betalingen.

Netwerken palliatieve zorg ontvangen voor hun werkzaamheden subsidies en bijdragen vanuit fondsen. Deze netwerken zijn initiatieven gestart om geestelijk verzorgers te kunnen bekostigen voor (palliatieve) patiënten en hun naasten in de thuissituatie. Een voorbeeld is het Centrum voor Levensvragen in Amsterdam dat per cliënt drie gesprekken vergoed krijgt via het Netwerk Palliatieve Zorg, waarbij onder meer gebruik wordt gemaakt van middelen vanuit de subsidieregeling ‘Palliatief Terminale Zorg’. Ook andere Netwerken Palliatieve Zorg hebben dergelijke routes, waarbij creatief met bestaande mogelijkheden wordt omgegaan om praktische oplossingen te vinden voor concrete situaties waarin behoefte bestaat aan geestelijke verzorging. Dit sluit aan bij onderzoek waarin coördinatoren van de palliatieve netwerken aangeven dat ze de geestelijk verzorger als de expert van de spirituele dimensie zien (Damen, 2017). Wel geldt soms de eis dat er sprake is van levenseinde problematiek. Uit interviews blijkt dat deze route niet – of niet altijd – bruikbaar is bij levensvragen voor mensen in de thuissituatie die niet in een palliatieve fase verkeren

Mensen met een aanvullende verzekering kunnen aanspraak maken op geestelijk verzorgers die verbonden zijn aan het Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA). Tot slot: sommige patiënten betalen de kosten voor de inzet van een geestelijk verzorger in de thuissituatie zelf (Molenaar et. al. in Medisch Contact, 2018).

4.4 Geestelijke verzorging binnen de muren van een zorginstelling

4.4.1 Algemeen

In zijn algemeenheid geldt dat voor cliënten die in een instelling verblijven – in een ziekenhuis, verpleeghuis, instelling voor gehandicaptenzorg, of ggz-instelling – de geestelijke verzorging integraal onderdeel uitmaakt van de zorg, van het instellingsbudget en van de zorgproducten die in rekening worden gebracht: als DBC voor zorg die onder de Zvw valt of als zorgprofiel in de Wlz. De geestelijk verzorger is vaak onderdeel van de kostenplaats “ondersteunend personeel”.

In de productstructuur van deze sectoren is geestelijke verzorging geen aparte zorgactiviteit. Dit betekent dat het al of niet bieden van geestelijke verzorging geen consequenties heeft voor de afleiding van het zorgproduct (DBC, zorgprofiel) dat in rekening wordt gebracht. Een uitzondering hierop vormt de revalidatiezorg waar geestelijke verzorging wel een aparte zorgactiviteit is.

4.4.2 Verpleeghuis, hospice of eerstelijnsverblijf

Voor cliënten met een Wlz-indicatie die in een zorginstelling verblijven, is de bekostiging van geestelijke verzorging onderdeel van het zorgprofiel. Cliënten met een Wlz-indicatie die in een verpleeghuis of hospice (palliatieve unit of onderdeel van een zorginstelling) verblijven en die terminaal zijn, kunnen voor palliatieve zorg aanvullend budget (laten) aanvragen bij het zorgkantoor als meer zorg of begeleiding nodig is.

Daarbij geldt een drietal voorwaarden:

1. Er is zeer intensieve 24-uurszorg nodig, die in het eigen zorgprofiel niet mogelijk is.
2. Bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust is nodig.
3. Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

De bekostiging van geestelijke verzorging voor cliënten die in een hospice verblijven is niet eenduidig. Voor cliënten in een bijna-thuis-huis of een hospice zonder Wtzi-toelating is de situatie gelijk aan de thuissituatie, waarbij een veelheid aan bronnen mogelijk is maar geen heldere structurele bekostiging geregeld is. Voor cliënten zonder Wlz-indicatie die terminaal zijn en die worden opgenomen in een hospice met Wtzi-toelating of een palliatieve unit vindt bekostiging vaak plaats op basis van de zorgprestatie “Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg”. In dat geval is er wel sprake van een opname met verblijf, en hoort geestelijke verzorging tot de aanspraken.

4.4.3 Medisch specialistische revalidatie

Binnen de medisch specialistische revalidatie (MSR) worden mensen die door een ongeluk of (chronische) ziekte beperkt zijn geraakt in hun lichamelijk functioneren begeleid en behandeld om zo de voor hun optimale plek in de maatschappij te bereiken en te behouden. In Nederland zijn ongeveer 20 revalidatiecentra gevestigd, waar in totaal bijna 30 geestelijk verzorgers werkzaam zijn (bron: website VGVZ). De geestelijk verzorger heeft hierbij aandacht voor de levensvragen die ziekte en revalidatie bij de patiënt kunnen oproepen, en kan ondersteunen in het proces van herstel of verwerking.

In de MSR wordt multidisciplinair, in behandelteams bestaande uit verschillende disciplines, gewerkt. De geestelijk verzorger maakt vaak juist geen onderdeel uit van dit team, maar is wel beschikbaar voor de patiënt. Zo heeft de patiënt een ‘vrijplaats’ waar hij/zij zijn verhaal kan doen en naar hem/haar geluisterd wordt.

In de MSR zijn de zorgactiviteiten beschreven naar disciplines. Ook geestelijk verzorging is een zorgactiviteit. Dit betekent dat een geestelijk verzorger, of discipline die aantoonbaar vergelijkbare activiteiten uitvoert, tijd mag schijven (in de revalidatie wordt directe en indirecte patiëntgebonden tijd geregistreerd). De patiëntgebonden behandeltime betreft de bestede tijd van de betreffende behandeldiscipline aan de patiënt in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan. De tijd die is geregistreerd telt vervolgens mee in het product (producten in de revalidatie zijn als het ware ‘mandjes’ van tijd). De tijd van de geestelijk verzorger is dus medebepalend voor het product binnen de MSR.

4.5 Ervaren knelpunten

De in de praktijk ervaren knelpunten in de financiering van geestelijke verzorging gaan vooral over de begeleiding in de thuissituatie, en bij ontslag uit het ziekenhuis en verpleeghuis.

De financieringsmogelijkheden zijn beperkt en versnipperd, en geestelijk verzorgers kunnen alleen als onderaannemer of als werknemer van een zorgaanbieder hun diensten aanbieden. Hierdoor is men afhankelijk van de bereidwilligheid en kennis over financieringsmogelijkheden van de huisarts en thuiszorgorganisatie.

De NZa gaat in het rapport Palliatieve zorg op maat (2017) in op concrete signalen van knelpunten. In de thuissituatie wordt onduidelijkheid ervaren als het gaat om de vraag of de geestelijke verzorging tot de verzekerde aanspraak behoort (specifiek bij Wlz-cliënten), in hoeverre geestelijke verzorging onder welke aanspraak valt (geneeskundige zorg, verblijf), en hoe de bekostiging hiervoor is vormgegeven. Tevens is er onduidelijkheid over de indicatie voor geestelijke verzorging en aan welke voorwaarden die moet voldoen (NZa, 2017). Vragen die hiermee verband houden zijn onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de geestelijke verzorging, welke zorgverlener de geestelijke verzorging geeft, en vragen over bevoegdheid en bekwaamheid (NZa, 2017).

In geval van ontslag uit het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie naar de thuissituatie ontstaat discontinuïteit. Zorgverleners met wie men in de instelling contact had, worden doorgaans niet gefinancierd voor begeleiding in de thuissituatie. Dit geldt ook voor de geestelijke verzorging. Omgekeerd kunnen geestelijk begeleiders de zorg voor een patiënt thuis niet continueren en declareren als de patiënt wordt opgenomen in een zorginstelling (Agora, 2016). Desondanks komt het in de praktijk voor dat de begeleiding door de geestelijk verzorger van de instelling waar men verbleef, deze als extra service wordt voortgezet in de thuissituatie of door cursussen te geven voor zorgverleners in de eerstelijns. Ook komt het voor dat men geestelijke verzorging biedt aan bewoners binnen een instelling die geen Wlz-indicatie hebben maar waarvan de zorg gefinancierd is op basis van eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie – waarbij eveneens het 24-uurscriterium geldt. In de praktijk zijn er voor een geestelijk verzorger die werkzaam is binnen die instelling geen schotten tussen de ene en de andere patiënt. De inzet in de praktijk is echter wel afhankelijk van de keuzes die een geestelijk verzorger maakt en van de coulance van de instelling.

De mogelijkheid dat geestelijk verzorgers als hoofdcontractant in de eerstelijnszorg werkzaam zijn wordt momenteel onderzocht door de beroepsvereniging VGVZ. Voorwaarde voor een zelfstandige verzekerde aanspraak is dat de aangeboden interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hoewel sommigen van mening zijn dat de effectiviteit van geestelijke verzorging aan te tonen is met bestaande uitkomstmaten voor kwaliteit van leven, bestaan er ook twijfels of geestelijke verzorging in het beoordelingskader in te passen is. Het is de vraag of geestelijke verzorging naar zijn aard geneeskundige zorg is, en of er geschikte uitkomstmaten zijn. Geestelijke verzorging is niet, of tenminste niet primair, gericht op genezing en herstel maar op aandacht, op het leren omgaan met kwetsbaarheid en het naderende levenseinde, en acceptatie. De ervaring leert dan ook dat begeleiding door een geestelijk verzorger patiënten vaak rust geeft zonder dat er een expliciet behandeldoel wordt geformuleerd.

Hoewel de Wmo mogelijkheden biedt voor de inzet van geestelijke verzorgers, wordt deze weg als moeizaam ervaren. Men moet hier bovendien het gesprek aan gaan met elke gemeente afzonderlijk vanwege de beleidsvrijheid die gemeenten hebben.

Ook binnen zorginstellingen worden knelpunten ervaren, zo blijkt uit interviews en de focusgroep, zei het in mindere mate dan in de thuissituatie. Zorginstellingen zijn verplicht geestelijke verzorging aan te bieden, maar omdat hier in principe geen directe financiering tegenover staat is de omvang kwetsbaar en afhankelijk van het begrotingsbeleid, interne onderhandelingen, en de financiële situatie van de instelling. Hierdoor is sprake van verschillen tussen instellingen en locaties die niet verklaard kunnen worden door verschillen in behoefte. In verpleeghuizen geldt doorgaans een andere interne verdeelsleutel voor de formatie aan geestelijke verzorgers in palliatieve units ten opzichte van andere afdelingen (langdurige zorg, geriatrische revalidatie). De formatie is niet naar rato van de behoefte, maar houdt verband met de ruimere financiering van palliatieve zorg en is verder afhankelijk van het beheer van de zorgprofielen door de behandelend arts. Een voorbeeld is een verpleeghuis met 8 uur geestelijke verzorging op 16 bedden in het hospice, vergeleken met 2 uur op 200 bedden in de langdurige zorg.

De informatie vanuit het ministerie en institutionele partijen (NZa, Zorginstituut) over de toegang tot en bekostiging van geestelijke verzorging wordt door sommigen als beperkt en gebrekkig ervaren.

Een ander knelpunt heeft te maken met het declaratieverkeer. Om zelfstandig te kunnen declareren hebben zorgaanbieders een AGB-code nodig en een overeenkomst met VeCoZo. Zelfstandig werkende geestelijk verzorgers kunnen echter geen AGB-code aanvragen. Dit is bijvoorbeeld een knelpunt als de behoefte geestelijke verzorging wordt gesignaleerd door een verpleegkundige in de thuissituatie. Een AGB-code kan wel worden aangevraagd door een samenwerkingsverband (VGVZ Taskforce Geestelijke verzorging zorg buiten de instellingen). Een voorwaarde hiervoor is dat de geestelijk verzorger behoort tot een door een zorgverzekeraar erkende beroepsvereniging of ingeschreven staat in een erkend kwaliteitsregister. Momenteel is dit niet het geval voor de VGVZ en voor het kwaliteitsregister SKGV.

4.6 Conclusie van dit hoofdstuk

De financiering van geestelijke verzorging is een lappendeken, en vertoont vooral in de thuissituatie gaten. Bij partijen in de eerstelijnszorg bestaan onduidelijkheden over de aanspraak en over de voorwaarden waaronder geestelijke verzorging kan worden ingezet. Deze inzet is in de praktijk afhankelijk van de bereidwilligheid en kennis over financieringsmogelijkheden van de huisarts en de thuiszorginstelling. Door de schotten in de financiering is er geen continuïteit van geestelijke verzorging bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum. Deze discontinuïteit geldt overigens voor meer zorgfuncties.

Voor een zelfstandige aanspraak op geestelijke verzorging is aangetoonde effectiviteit op meetbare uitkomsten nodig om te voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Hoewel sommigen hiertoe mogelijkheden zien en er ook onderzoek plaatsvindt, bestaan er ook twijfels of de aard van de begeleiding door geestelijk verzorgers past binnen het beoordelingskader van het Zorginstituut.

Zorginstellingen zijn op basis van de Wkkgz verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden als de cliënt gedurende een etmaal of langer in een accommodatie verblijft. Vanuit de Zvw en Wlz is er dan financiering van de geestelijke verzorging als men in een instelling verblijft. Goede ziekenhuiszorg en goede verpleeghuiszorg begint bij wat een patiënt of bewoner nodig heeft. Er is echter geen afzonderlijke prestatie gedefinieerd, en daarmee is de bekostiging een aandachtspunt. Geestelijk verzorging is in ieder geval zorg die via een DBC of een zorgprofiel bekostigd wordt.

De omvang van de formatie aan geestelijke verzorgers verschilt per instelling en locatie. Deze verschillen zijn niet evenredig aan de behoefte, hebben deels te maken met de ruimere financiering voor palliatieve zorg, en zijn voor het overige het resultaat van het begrotingsbeleid, interne onderhandelingen en de financiële situatie van de zorginstelling.

Als belangrijkste knelpunt komt naar voren dat het wenselijk is om de mogelijkheden voor financiering van geestelijke verzorging in de eerste lijn, zowel in palliatieve zorg als zorg in breder perspectief (levensbegeleiding) te vergroten. In dat kader zijn er succesvolle experimenten, zoals het aanbod van geestelijke verzorging via centra voor levensvragen en financiering van consulten door een geestelijk verzorger via de netwerken palliatieve zorg.

Bijlage 1 Motie 34 775 XVI, nr 96

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2017–2018

34 775 XVI

**Vaststelling van de begrotingsstaten van het
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport (XVI) voor het jaar 2018**

Nr. 96

MOTIE VAN DE LEDEN DIK-FABER EN SLOOTWEG

Voorgesteld 14 december 2017

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat geestelijke verzorging onderdeel is van goede zorg;

overwegende dat geestelijke verzorging in het verpleeghuis, in de
wijkverpleging en als onderdeel van palliatieve zorg en de ggz onder druk
staat, onder meer vanwege onduidelijkheid over de financiering;

overwegende dat geestelijke verzorging bereikbaar en passend bij de
levensbeschouwing moet zijn;

verzoekt de regering, een thematisch onderzoek te laten verrichten naar
de bereikbaarheid en vergoeding van geestelijke verzorging binnen de
relevante zorgdomeinen en de Kamer hierover voor het zomerreces 2018
te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

Dik-Faber
Slootweg

Bijlage 2 Bronnen

Geraadpleegde documenten

- Agora, De wereld van de trage vragen (2016)
- CVZ, Uitvoeringstoets Geestelijke Verzorging (2006)
- Damen, A. en Leget, Prof. Dr. C. Kennissynthese onderzoek naar geestelijke verzorging in de palliatieve zorg (2017)
- DHD, Statistiek Personeelssterkte Nederlandse Ziekenhuizen uit de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (meerdere jaren)
- IKNL, Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (2015, autorisatieversie 2018)
- IKNL, Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017)
- IKNL, Handreiking Financiering Palliatieve Zorg 2018 (juli 2017)
- IKNL, Handreiking Financiering Palliatieve Zorg 2019 (juli 2018)
- KNMG, Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase. Niet alles wat kan, hoeft. (Utrecht, 2015).
- Ministerie van VWS. Programma Langer Thuis (2018)
- Molenaar, C., Hart voor de zorg en zorg voor het hart (masterthesis) (2016)
- Molenaar, C. Schuurmans, J. en Ummelen, B. *Geestelijk verzorger hoort in het basispakket*. In: Medisch Contact (18 januari 2018)
- NZa, Palliatieve zorg op maat (2017)
- Rijksuniversiteit Groningen, Werkgroep Geestelijke Verzorging in de participatiesamenleving. Starterspakket Geestelijke Verzorging in de WMO (2018)
- Schilderman, H. *Geïntegreerde geestelijke verzorging*. In: Tijdschrift voor geestelijke verzorging. (2012, jaargang 15, p. 9-14)
- Tweede Kamer, 25 424, nr 101
- Tweede Kamer, 29 509, nrs 59, 64, 65 en 66
- Tweede Kamer, 29 538, nr 257
- Tweede Kamer, 34 104, nr 206
- Tweede Kamer, 34 775 XVI, nr 96
- Tweede Kamer, Aanhangsel Handelingen, nr 748
- Vilans, Financiering van geestelijke verzorging voor ouderen (2012)
- VGVZ, Beroepsstandaard (2015)
- VGVZ, Spirituele zorg in de palliatieve fase in de eerste lijn (2016)
- VGVZ, Concept projectplan Geestelijke zorg als onderdeel van een integrale benadering in de extramurale zorg. (2018)
- VGVZ, GV eerstelijns – Financieringsmogelijkheden voor de tijdelijke situatie (2018)
- WHO, Resolution *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, WHA67.19 (2014)
- ZonMw, Signalement Zingeving in zorg (2016)
- Zorginstituut Nederland, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017)

Gesprekspartners interviews

In de periode van 9 tot 17 augustus hebben we in totaal 15 personen geïnterviewd. We hebben daarbij gebruik gemaakt van een interviewleidraad (bijlage 3). In een enkel geval gebeurde dit op locatie, alle overige interviews waren telefonisch. Er waren twee dubbelinterviews, waarbij we meerdere mensen tegelijk hebben gesproken en er onderlinge interactie was naar aanleiding van de antwoorden.

datum	gesproken met ...	organisatie
9 augustus 2018	Dick Eric van Dorsten en Andrea de Jong	Groene Hart Ziekenhuis
9 augustus 2018	Madeleine Timmermann	Stichting Groenhuysen
9 augustus 2018	Cornélie Goede	Huisartsenpraktijk Wiegman & Goede
10 augustus 2018	Brecht Molenaar	Stichting Presentie
10 augustus 2018	Chantal Pereira	IKNL
10 augustus 2018	Fons Hopman	Zorginstituut Nederland
13 augustus 2018	Anton Admiraal en Marina Francken	Zorgpartners Midden-Holland
14 augustus 2018	Charlotte Molenaar	Humanistisch raadvrouw DJI, vrijgevestigd geestelijk verzorger, verbonden aan Centrum voor Levensvragen
14 augustus 2018	Joris Slaets	Leyden Academy
15 augustus 2018	Guido Schürmann	MC Haaglanden
16 augustus 2018	Sjaak Körver	Universiteit van Tilburg
16 augustus 2018	Marije Brüll	Netwerk Palliatieve Zorg Z-O Brabant
17 augustus 2018	Jaap Gootjes	Kuria, high-care hospice

Gesprekspartners focusgroepen

Op woensdag 12 en vrijdag 14 september organiseerden we twee focusgroepen. De eerste was met veldpartijen, en vooral gericht op het toetsen en verdiepen van de bevindingen. De tweede was met institutionele partijen en gericht op een bespreking van het conceptrapport. Medewerkers van het Zorginstituut waren verhinderd, maar hebben we enkele dagen later gesproken.

	deelnemer	organisatie
Focusgroep 1	Katja Beerman	Humanistisch raadvrouw, Netwerk levensvragen Leiden
Focusgroep 1	Etje Verhagen-Krikke	Praktijk De Beken, consultant consultatieteam Netwerk Palliatieve Zorg IJssel-Vechtdal
Focusgroep 1	Charlotte Molenaar	Humanistisch raadvrouw DJI, vrijgevestigd geestelijk verzorger, verbonden aan Centrum voor Levensvragen
Focusgroep 1	Joep van de Geer	Agora
Focusgroep 1	Marijke Wulp	Agora
Focusgroep 1	Agnes van Balkom	KBO-PCOP
	deelnemer	organisatie
Focusgroep 2	Marcella Walraven	NZa
Focusgroep 2	Sabine Taal	NZa
Focusgroep 2	Peter Leeftang	VWS
Focusgroep 2	Fred Lafeber	VWS
Vervolgafspraken	Charlotte Roos	Zorginstituut Nederland
Vervolgafspraken	Marjolein Snep	Zorginstituut Nederland

Tijdens het onderzoek is wekelijks voortgangsoverleg geweest met een of meerdere contactpersonen van het ministerie van VWS (Peter Leeftang, Corriene Vijver-van de Pas, Fred Lafeber en Lisa van der Voort).

Bijlage 3 Interviewleidraad: Onderzoek Geestelijke Verzorging

Introductie

Er zijn signalen dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van geestelijke verzorging (GV). Dit lijkt binnen meerdere zorgdomeinen het geval te zijn. De precieze oorzaak is niet duidelijk. Mogelijk komt het door knelpunten bij de bereikbaarheid en/of de vergoeding van geestelijke verzorging. De Tweede Kamer heeft de regering gevraagd om een thematisch onderzoek te laten verrichten. Het ministerie van VWS heeft Zorgvuldig Advies opdracht gegeven voor uitvoering van dit onderzoek.

De onderzoeksvragen luiden:

- a. Hoe is de bereikbaarheid van geestelijke verzorging geregeld in alle zorgdomeinen?
- b. Hoe is de financiering van geestelijke verzorging geregeld in deze zorgdomeinen?

Het is een aanvullend onderzoek en bestaat naast andere – bruikbare – onderzoeken die al gedaan zijn. Het onderwerp bereikbaarheid betreft de toegankelijkheid van geestelijke verzorging: weet een patiënt of cliënt er van af, wordt men er op gewezen (door bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleegkundige of verpleeghuisarts), zijn zorgprofessionals bekend met het aanbod, en is er dan ook een geestelijk verzorger beschikbaar? Het onderwerp financiering betreft zowel de (eventuele) aanspraak, als de vergoeding/bekostiging (door zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente of anderen).

Korte kennismaking

- Naam
- Organisatie en functie
- In welk domein bent u werkzaam? (Zvw, Wlz, Wmo, anders)
- Wat is uw rol ten aanzien van geestelijke verzorging?

Algemeen

1. Wat verstaat u onder geestelijke verzorging?⁸
 - a. Betreft het vooral palliatieve zorg, of is er sprake van een bredere inzet?
2. De VGVZ hanteert de term geestelijke zorg en omschrijft deze als *professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving, bestaansvragen en levensbeschouwing*. Wat vindt u van deze definitie?
3. Waar zitten volgens u op dit moment de belangrijkste knelpunten met betrekking tot de bereikbaarheid en financiering van geestelijke verzorging?

Bereikbaarheid

4. Worden patiënten/ cliënten op het beschikbare aanbod gewezen, en zo ja: hoe? (actief, passief aanbod op verzoek)
 - a. Wie zijn de verwijzers naar geestelijke verzorging?

⁸ In ons onderzoek hanteren wij vooralsnog de driedeling (1) *coping en zingeving*, (2) *het bieden van een vrijplaats en* (3) *begeleiden bij religie en spiritualiteit* (op basis van de CVZ Uitvoeringstoets Geestelijke Verzorging, 2006). In de Richtlijn Spirituele Zorg (2010) wordt de term geestelijke begeleiding gebruikt, en deze valt uiteen in *Aandacht, Begeleiding en Crisisinterventie*. De Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger (VGVZ, 2015) hanteert de term geestelijke zorg en omschrijft deze als *professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving, bestaansvragen en levensbeschouwing*.

5. Hoe ervaren zorgprofessionals hun eigen rol bij vragen rond mentaal welbevinden, coping, zingeving, levensbeschouwing? Zijn zorgprofessionals bekend met het aanbod van GV?
6. Is de GV vervolgens beschikbaar? (in uw zorgdomein, in andere zorgdomeinen)
7. Heeft u zicht op aantallen (professionals)? Zijn er voldoende geestelijk verzorgers beschikbaar? Zijn deze voldoende toegankelijk?
8. Is de vraag naar geestelijke verzorging in de loop der jaren veranderd, en zo ja: hoe?
9. Is het aanbod van geestelijke verzorging in de loop der jaren veranderd, en zo ja: hoe?

Financiering

10. Hoe is de financiering wettelijk geregeld? (in uw zorgdomein, in andere zorgdomeinen)
11. Kunt u een toelichting geven op de praktische uitvoering van de financiering (vergoeding, bekostiging)? (hoe en door wie)
12. Welke knelpunten doen zich voor in de financiering (vergoeding, bekostiging) van GV?
13. Heeft u zicht op de uitgaven aan geestelijke verzorging? (uw situatie, uw domein, landelijk)

Knelpunten

14. Heeft u uit eigen ervaring concrete signalen van knelpunten?
 - a. Incidenteel of structureel?
 - b. Institutioneel (regelgeving) of praktisch (uitvoering)?
 - c. Betreft het daarbij Zvw, Wlz, Wmo, de thuissituatie of juist de transities (overgang van ene naar andere domein)?
 - d. Verschil landelijk/regionaal, stedelijk/ruraal?

Specifieke vragen:

Aan zorgprofessionals, geestelijk verzorgers en patiëntvertegenwoordigers.

- Hoe wordt aan de behoefte rond zingevingsvragen voldaan bij mensen die niet de traditionele kanalen (bv via de kerk) kunnen bewandelen? Is deze behoefte altijd duidelijk voor de patiënt zelf, en voor zorgverleners?
- Wordt door patiënten gevraagd naar geestelijke verzorging? Zo ja, kan dan altijd aan die vraag worden voldaan? Zo nee, waarom niet?

In de literatuur wordt aangegeven dat GV een belangrijke ondersteunende rol hebben voor zorgverleners. Begeleiding bij coping/zingeving is niet voorbehouden aan GV maar kan ook goed door zorgverleners worden gedaan.

Aan zorgverleners (en geestelijk verzorgers).

- Hoe ervaren zorgverleners dit? Wat is hun behoefte aan ondersteuning? Weten ze GV te vinden? Weet u hoe, wanneer en onder welke voorwaarden u een geestelijk verzorger kan inschakelen?

Aan institutionele partijen (NZa, ZIN), zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeente en personen met verantwoordelijkheid voor financiën en/of kwaliteit.

- Hoe gaat het besluitvormingsproces over de formatie van GV?
- Welke rol spelen de zorginkoop/afspraken met zorgverzekeraar en/of zorgkantoor hierbij.
- Hoe gaan zorgverzekeraar of zorgkantoor om met de kwaliteitskaders.

Aan institutionele partijen (NZa, ZIN).

- Hoe is de aanspraak op geestelijke verzorging geregeld voor de verschillende zorgdomeinen?

Veel dank voor dit gesprek!