

Indicatiestelling voor Geestelijke Verzorging in de thuiszorg

Wetgeving, financiering en normatieve onderbouwing van extramurale geestelijke verzorging aan de hand van onderzoek bij de Stichting Oosterlengte.

Indicatiestelling voor Geestelijke
Verzorging in de thuiszorg / 2008
– Lenny SNOEP-VAN VLIET
Geestelijke verzorging



Indicatiestelling voor Geestelijke Verzorging in de thuiszorg

Wetgeving, financiering en normatieve onderbouwing van extramurale geestelijke verzorging aan de hand van onderzoek bij de Stichting Oosterlengte.

Faculteit der Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen

Vakgebied: Master Geestelijke Verzorging

Scriptie

Begeleider: prof. mr. dr. A.R. Mackor

Meelezer : prof. dr. T. H. Zock



H.A.E. (Leny) Snoep - van Vliet

Eelde, november 2008

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
DEEL I THEORETISCHE KADER	6
1. Inleiding (probleemstelling)	7
1.1 De noodzaak van geestelijke verzorging bij ziekte en sterven	8
1.2 Ontwikkelingen in de thuiszorg	11
1.3 De problematische financiering van de geestelijke verzorging	13
1.4 Doel- en vraagstelling	14
1.5 Opbouw scriptie	17
2. Ontwikkelingen in de (thuis)zorg, samenleving en geestelijke verzorging	18
2.1 Het Kruiswerk als oorsprong van de Thuiszorg	
2.2 Van verzuilde verzorgingsstaat naar postmoderne marktmaatschappij	23
2.2.1 Structuurnota	25
2.2.2 Commissie Dekker	27
2.3 Ontstaan van het huidige zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ	28
2.4 Indiciestelling in de gemoderniseerde AWBZ	31
2.5 Systeem- en leefwereld	35
2.6 Veranderingen binnen de geestelijke verzorging	38
2.6.1 Domein: zingeving	39
2.6.2 Methode: tussen presentie en interventie	40
2.7 Samenvatting	48
3. Wetgeving en financiering	50
3.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen	
3.2 Uitvoeringstoets geestelijke verzorging	52
3.3 Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en geestelijke verzorging	56
3.4 Tot besluit	60
DEEL II ONDERZOEK BIJ OOSTERLENGTE	63
4. Inleiding	64
4.1 Probleemstelling	65
4.2 Oosterlengte, zorgketen voor Groningen	67
4.3 Geestelijke verzorging bij Oosterlengte	69
4.4 Ontstaan van de geestelijke verzorging bij Thuiszorg Oosterlengte	71

5.	Indicatieprocedure in de praktijk	74
5.1	Signalering van de behoefte en de indicatieaanvraag	76
5.2	Cliëntenbestand van Oosterlengte	78
5.3	Problematiek van de cliënten	80
5.4	Omschrijving van de zorgvraag in termen van de indicatiestelling: enkele casus	81
5.5	Indicatieprocedure in den lande	85
	5.5.1 Signalering van de behoefte en de indicatieaanvraag	86
	5.5.2 Omschrijving van de problematiek en de reactie hierop van het CIZ	87
5.6	Tot besluit	89
DEEL III CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN		91
6.	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	92
6.1	Samenvatting	
6.2	Wettelijke mogelijkheden	97
	6.2.1 Aanbevelingen voor extramuraliserende geestelijk verzorgers	98
	6.2.2 Aanbevelingen voor geestelijk verzorgers in regionale thuiszorg-organisaties	101
6.3	Presentie-interventie in combinatie met de functies OB en AB	104
	6.3.1 Aanbevelingen met betrekking tot de indicaties AB en OB	106
6.4	Formulering van de indicatieaanvraag	108
	6.4.1 Aanbevelingen met betrekking tot de indicatieaanvraag	109
6.5	Tot besluit	110
7.	Nawoord	
7.1	Aangekondigde maatregelen	
7.2	Consequenties voor de geestelijke verzorging	113
7.3	Aanvullende aanbevelingen	116
7.4	Relevantie van het onderzoek	118
	Literatuur	120
	Bijlagen	128
1	Cliëntengegevens Oosterlengte	129
2	Kwaliteitswet Zorginstellingen	136
3	Uitvoeringstoets geestelijke verzorging	137
4	Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Activerende Begeleiding	138
5	Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Ondersteunende Begeleiding	139
6	Wet maatschappelijke ondersteuning	140
7	Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo	141
8	Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Behandeling	142
9	Uitwerking AWBZ pakketmaatregel	143
10	Lijst met afkortingen en begrippen	144

Voorwoord

Van september 2007 tot en met maart 2008 heb ik stage gelopen als geestelijk verzorger in de thuiszorg van Stichting Oosterlengte. De bescheiden ruimte die gereserveerd is binnen de stage voor onderzoek heb ik besteed aan het inventariseren van de problemen rond de indicatieaanvraag voor geestelijke verzorging bij het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg (CIZ)¹ en het zoeken naar mogelijke oplossingen hiervoor, zodat het belangrijke werk van de extramuraal werkende geestelijk verzorger ook in de nabije toekomst zou kunnen worden gefinancierd.

Prof. Dr. Hetty Zock suggereerde me tijdens de bespreking van het werkplan de resultaten van het onderzoek als uitgangspunt te nemen voor mijn masterscriptie over Geestelijke Verzorging in de thuiszorg, waarvan ik het eerste hoofdstuk over de geschiedenis al geschreven had.

In de voor u liggende scriptie heb ik de uitkomsten van het onderzoek veralgemeniseerd en reflecteer ik vanuit de theorie op de bijdrage die de geestelijke verzorging aan de thuiszorg kan leveren. De onderzoeksperiode met betrekking tot het theoretische gedeelte was begin september 2008 afgerond. Terwijl ik de laatste puntjes op de i zette, kondigde de overheid op Prinsjesdag echter nieuwe maatregelen af, waarvan meteen duidelijk was dat deze implicaties zouden hebben voor de extramurale geestelijke verzorging. Ik heb de gevolgen van deze maatregelen daarom in een apart hoofdstuk als 'Nawoord' beschreven.

Prof. Mr. Dr. Anne Ruth Mackor, die vanaf begin dit jaar de begeleiding heeft overgenomen van het onderzoek en de scriptie in verband met Hetty's vertrek naar de Verenigde Staten voor een sabbatical, dank ik heel hartelijk voor haar inspirerende en efficiënte wijze van begeleiden bij en meedenken over de inhoud en definitieve vormgeving van de scriptie. Je mailtjes en bijlagen met je kritische en vaak geestige commentaar betekenden voor mij telkens weer een enorme stimulans om verder te zoeken of nauwkeuriger te formuleren. Dit was voor mij een nieuwe ervaring, waarvoor ik je zeer dankbaar ben en waar ik met veel plezier aan terugdenk.

Hetty, bedankt voor je meedenken over het domein en de methodiek van de geestelijk verzorger en voor je commentaar als meelezer!

Marjet Bos bracht me tijdens de stage persoonlijk in contact met haar cliënten en vertrouwde een aantal van hen toe aan mijn zorg. Zij stelde mij ook de cliëntgegevens ten behoeve van het onderzoek ter beschikking. Bedankt hiervoor!

Met vrijgevestigd geestelijk verzorger Truus van Kaam heb ik regelmatig van gedachten gewisseld over haar ervaringen als voorzitter van het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzorger met het College van Zorgverzekeraars (CVZ), Zorgkantoor en het CIZ. Fijn dat je hier tijd voor vrijmaakte evenals voor je commentaar op mijn onderzoek.

¹ Een indicatie is het 'toegangkaartje' om gebruik te kunnen maken van vormen van zorg die niet standaard in de ziektekostenverzekering zitten.

Ank Hermans, Marjo Bollen, Gonnies Seen, Ira van der Vliet en Peterjan van der Wal van Zorgcombinatie Nieuwe Maas dank ik voor hun informatie, evenals Joke van den Elshout van Thuiszorg het Friese Land.

Richart Huijzer, secretaris van de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers (VGVZ) en de heer A.M. Hopman (CVZ) ben ik zeer erkentelijk voor hun opmerkingen en suggesties wat betreft de ingewikkelde materie rond wet- en regelgeving.

Mijn dank gaat verder uit naar de zorgverleners binnen Oosterlengte die hun tijd beschikbaar stelden voor het beantwoorden van vragen, zoals Piet Doorn, die mij inwijdde in zijn werk als intramuraal werkend geestelijk verzorger en de hoofden van zorg Ina Alting, Binni Stubbe, Ina Hoven en Anja Drent, die mij informeerden over hun omgang met de indicatieaanvraag rond geestelijke verzorging. Met Ton Polko, maatschappelijk werker en Marian Visser, psycholoog verkende ik hun domein en de overlap met dat van de geestelijke verzorging. Esmaralda Luth informeerde me over haar activiteiten rond de aanvraag van een Persoongebonden Budget en Henk Blik zocht met me naar ontbrekende indicatiegegevens.

Mevrouw de Vries van de Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk (LSBK), met wie ik in 2007 contact legde, bood zich spontaan aan als mee-lezer van het hoofdstuk over de ingewikkelde geschiedenis van het Kruiswerk. Zij wees mij erop dat de term thuiszorg pas in 1990 voor het eerst wordt gebezigd als gezinszorg en kruiswerk worden samengevoegd. Om de sfeer van het kruiswerk te kunnen proeven stuurde zij mij op eigen initiatief de museale presentatie van de zorg voor de volksgezondheid in Nederland.² Hartelijk dank hiervoor.

Hennita Schoonheim-Lunenburg, netwerkcoördinator palliatieve zorg Drenthe, verzag mij van informatie over de Samenwerkende Palliatieve Zorgvoorzieningen Drenthe. Bedankt voor je moeite! Met Robert Haartsen, Manager Beleidsafdeling V&V van Thuiszorg Icare, had ik een uitgebreide en open gedachtewisseling over de bijdrage van geestelijke verzorging aan een regionale thuiszorgorganisatie.

Janet Dekker van de welzijnsinstelling 'Trias' is werkzaam in de gemeente Tynaarlo. Als ouderenadviseur heeft zij, naar aanleiding van de vraag om geestelijke verzorging door inwoners, een projectplan ontwikkeld voor de aanstelling van een geestelijk verzorger in de gemeente. Ik vind dit een mooi en hoopvol stemmend voorbeeld van een creatief en proactief gevoerd beleid van een gemeente met betrekking tot geestelijke verzorging binnen het kader van de Wmo.³ Ik heb het plan dan ook met haar toestemming opgenomen als bijlage (7).

² A. Knoop & K. Schuiringa, *Door allen voor allen, een heerlijk streven! Een kleine geschiedenis van het kruiswerk in Nederland naar aanleiding van de herbouw van een wijkgebouw van het Groene Kruis in het Nederland Openluchtmuseum*, Arnhem: Nederlands Openluchtmuseum 1998.

³ In de concept-Kadernota Wmo fase 2 'Kansrijk leven!' van de gemeente Tynaarlo krijgen geestelijk verzorgers een plaats binnen de samenwerkingsketen. De gemeente werkt aan een 'dekkend samenhangend aanbod van

H. van den Berg, verantwoordelijk voor de inkoop van eerstelijns psychologische zorg voor Menzis, wees me de weg die bewandeld kan worden om geestelijke verzorging te mogen aanbieden via de Zorgverzekeringswet.

Rob, bedankt voor je steun in deze laatste fase van de studie en voor het feit dat je de stapels paperassen op de overvolle tafel en rijen boeken in de huiskamer hebt verdragen.

voorzieningen op het gebied van welzijn, zorg, vrijwilligerswerk, dagbesteding en begeleid, of regulier werk.' Voor de komende twee jaar is er in dit verband binnen de gemeente een pilot 'geestelijke verzorging' gepland.

Deel I

THEORETISCHE KADER

1. Inleiding (probleemstelling)

Als wijkverpleegkundige bij een grote landelijke thuiszorgorganisatie kom ik in mijn werk vrijwel dagelijks in contact met mensen die ten gevolge van hun ziekte met existentiële vragen kampen, terwijl er weinig tot geen aandacht is voor zingeving en levensbeschouwing in het beleid van de instelling. Dit leidt regelmatig tot situaties waarin enerzijds sprake is van onvoldoende kwaliteit van zorg, omdat zorgvragers niet geboden wordt wat zij nodig hebben en anderzijds tot overbelasting, of demotivatie van zorgverleners.⁴

Eén van de voorbeelden uit mijn eigen praktijk is het echtpaar K.

Als ik eind maart de eerste keer bij het echtpaar kom om zorg te verlenen is mw. (68) al bedlegerig. Zij gaat een paar maal per week naar het ziekenhuis voor bestraling. De heer vertelt, aangevuld door zijn vrouw, over de ervaringen die zij hebben opgedaan tijdens het snel verlopende ziekteproces. Tot begin dit jaar hadden ze elke avond voor het slapengaan samen een korte wandeling gemaakt. Rond de Kerst begon mevrouw wat te hoesten en voelde zij zich moe. Op aandringen van haar man bezocht zij de huisarts, die haar voor de zekerheid doorstuurde naar de poli van het streekziekenhuis voor een röntgenfoto van de longen. De foto's gaven aanleiding tot verder onderzoek en eind januari kregen beiden te horen dat mevrouw een hersentumor had in een gevorderd stadium met metastasen in de longen. De behandeling zou palliatief zijn in de vorm van bestraling van de tumor in het hoofd. Uit hun verhaal komt vooral naar voren hoe overvallen beiden zich voelen door de ziekte en door het tempo waarin de klachten zijn toegenomen: het vervoer met eigen auto naar het ziekenhuis voor de bestraling is te vermoeiend; lopen gaat moeilijk en mevrouw heeft inmiddels ook geen controle meer over de sluitspier. Een week later komt zij niet meer van bed en moeten wij haar met z'n tweeën helpen omdat de verzorging anders te pijnlijk is.

Bij binnenkomst tref ik de vervanger van de huisarts, die me bij haar vertrek vraagt een geestelijk verzorger te regelen, omdat de heer en mevrouw het tempo van het proces niet kunnen verwerken en er zo verschillend mee omgaan dat de communicatie hierover tussen beiden is gestokt. Vooral de heer K. weet zich geen raad meer van ellende. De ziekte is voor hem zo ingrijpend en onverwacht hun leven binnengekomen dat zijn zingevingsproces fundamenteel uit het evenwicht is geraakt en hulpverlening is geboden. Een geestelijk verzorger blijkt niet één twee drie voorhanden te zijn en de heer wijst het voorstel van gesprekken met de plaatselijke predikant af. Na twee weken verslechtert de situatie snel. Begin mei overlijdt mevrouw.

In het afsluitende gesprek, dat na de crematie plaats vindt, huilt de heer K. om het feit dat zijn vrouw en hij na een goed huwelijk niet in staat zijn geweest alles wat hen in zo korte tijd is overkomen met elkaar te delen en elkaar tot steun te zijn. Hij heeft het gevoel dat hij haar, toen het erop aankwam, in de steek heeft gelaten en weet niet hoe hij hiermee verder kan leven.

⁴ In de literatuur worden de termen zorg- en hulpverlener door elkaar gebruikt. In dit onderzoek reserveer ik de term zorgverlener voor de verpleegkundigen, (wijkzieken)verzorgenden en huishoudelijk verzorgenden, die betrokken zijn bij de dagelijkse verzorging in de thuissituatie. Hoewel ook zij hulpverleners zijn gebruik ik deze benaming voor de overige betrokkenen, zoals de huisarts, fysiotherapeut, wonddeskundige, diëtist, psycholoog, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger. De term cliënt wordt in deze scriptie slechts gebruikt in uitspraken van derden. In alle andere gevallen maak ik principieel gebruik van de term 'zorgvrager'.

1.1 De noodzaak van geestelijke verzorging bij ziekte en sterven

De thuiszorg⁵ als bijzondere vorm van ziekenzorg heeft een lange traditie.⁶ Gedreven door humanistische en/of religieuze motieven richtten huisartsen en notabelen in de laatste decennia van de negentiende eeuw kruisverenigingen op, die gedragen worden door de lokale bevolking vanuit een levensbeschouwelijke achtergrond. Naast huishoudelijke taken, verzorgende hulp en ondersteunende begeleiding op het sociale vlak,⁷ maken kraamzorg, verpleging en lichamelijke en hygiënische verzorging deel uit van het kruiswerk. Al in de eerste fase van het kruiswerk worden er magazijnen ingericht voor de uitleen en verhuur van verpleegartikelen en hulpmiddelen. Hiernaast wordt er voorlichting gegeven over voeding en dieet en is er sprake van psychosociale begeleiding en preventie. De geestelijke begeleiding bij ziekte en sterven wordt hierbij vanaf het begin als vanzelfsprekend in praktijk gebracht.

Tengevolge van allerlei ontwikkelingen binnen de zorg en de samenleving is in de huidige medische en verpleegkundige zorg voor zieken de nadruk vooral op de lichamelijke aspecten van de ziekte komen te liggen.⁸ Het menselijk bestaan kent echter meer dimensies. De verwerking van de ziekte en het aanpassingsproces hieraan (de psychologische dimensie), de interactie met de omgeving (sociale dimensie) en de beleving van de ziekte en zingevingsvragen (existentiële of spirituele dimensie) maken hier integraal deel van uit.⁹

Geestelijke verzorging^{10 11} heeft betrekking op spiritualiteit, het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens.¹²

⁵ Vanaf 1875 wordt de zorgverlening in de thuissituatie 'kruiswerk' genoemd. De term 'thuiszorg' is van recente datum. Deze wordt, zoals we in het Voorwoord zagen, pas in 1990 gebezigd als gezinszorg en kruiswerk worden samengevoegd.

⁶ Onder thuiszorg wordt, volgens de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) verstaan 'het geheel aan verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of aanvullende professionele zorg en dat er specifiek op is gericht de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie.' Volgens deze definitie wordt professionele thuiszorg geboden door de huisarts, eerstelijns paramedici, organisaties voor verzorging of verpleging thuis, het algemeen maatschappelijk werk en de ambulante takken van de instellingen voor geestelijke volksgezondheid. Zie ook noot 59.

⁷ Deze zorg wordt geboden door de oorspronkelijke gezinsverzorging.

⁸ De laatste decennia zijn veel thuiszorgorganisaties gefuseerd en zijn zij steeds meer levensbeschouwelijk neutraal geworden.

⁹ Ook bijzonder hoogleraar Chronische Zorg Schols wijst er in zijn rede op dat door de eenzijdige nadruk op het medische aspect er te weinig aandacht is voor de functionele, psychische, emotionele en sociale gevolgen van de ziekte voor de patiënt en diens naasten. Hij signaleert gebrek aan tijd, aandacht en 'wellicht moed' om te luisteren naar zingevingsvragen bij de patiënt. J.M.G.A. Schols, *De toekomst van de chronische zorg, ... ons een zorg? van oude structuren, de dingen, die voorbijgaan...*, Inaugurale rede Universiteit van Tilburg, 12 november 2004.

¹⁰ Onder geestelijke verzorging wordt in dit onderzoek verstaan: 'De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming'; *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*, VGVZ-cahiers 2, 2002. Zie 4.4.

Jochemsen c.s. wijzen erop dat de spirituele, of geestelijke dimensie, evenals de andere aspecten van het bestaan waarop de hulpverlening is gericht (zoals het lichamelijke, psychische en sociale), haar eigen wetmatigheden kent, die de basis vormen van de professionele regels van de hulp- en zorgverlening. Als de professionele zorgverlener doeltreffende en doelmatige zorg wil verlenen op dit gebied moet zij rekening houden met die structuur.^{13 14}

De in de gezondheidszorg breed gedragen 'Norm Verantwoorde zorg'¹⁵ houdt wel rekening met het feit dat bij ziekte niet alleen het lichamelijke aspect van de mens is betrokken, maar ook het psychische, sociale en spirituele, of geestelijke. Officieel wordt echter alleen in de behoefte aan geestelijke verzorging voor het spirituele aspect voorzien in intramurale zorginstellingen op basis van de Kwaliteitswet (het 24-uursverblijfs criterium). De extramurale geestelijke verzorging kent deze wettelijke basis nog niet.

Dit betekent dat als zorgverleners in de thuissituatie mensen tegenkomen die grote moeite hebben met wat hen is overkomen en tobben met levens- en zingevingsvragen, zij niet, zoals hun intramuraal werkende collega's, kunnen verwijzen naar een professionele geestelijk verzorger.

¹¹ Van den Berg wijst op de verwantschap van het woord *zin* met het middeleeuwse woord *sinne*, dat richting of weg betekent. *De vraag naar de zin van het leven is de vraag naar de levensweg; wat een mens doet en wat hét een mens doet.* M. van den Berg, 'Zingeving in de palliatieve zorg', *Cahierreeks Pallium*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001, 2.

¹² In de gesprekken die ik tijdens het onderzoek en het schrijven van de scriptie voerde met hulpverleners en woordvoerders van verschillende instanties kwam diverse malen naar voren dat men moeite heeft met de term 'geestelijke verzorging'. De inhoud ervan is niet duidelijk en de associatie die men heeft is die van 'iets zwaars'.

¹³ H. Jochemsen, M. Klaasse-Carpentier, B.S. Cusveller, A. van de Scheur, J. Bouwer, *Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief*, Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 16, Ede 2002.

¹⁴ 'Zorg voor (de gezondheid van) het lichaam vormt enerzijds een specifiek terrein van professionele zorg, terwijl tegelijkertijd het lichamelijke (het biologische aspect) in alle hulpverlening (bijv. psychologische, maatschappelijke) een aspect is waar geen hulpverlener geheel aan voorbij kan gaan. Hetzelfde geldt voor de spirituele zorg, die zowel een aparte zorgfunctie is waar een speciale beroepsgroep (geestelijk verzorgers) zich in het bijzonder op richt, als een aspect van hulpverlening, waarop alle hulpverleners alert op moeten zijn.', Jochemsen Ibidem 16v.

¹⁵ Het werken volgens Normen voor Verantwoorde zorg is een vereiste voor HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). De Norm voor Verantwoorde zorg, die oorspronkelijk is ontwikkeld voor de chronische, intramurale zorg binnen verpleeg- en verzorgingshuizen, wordt op termijn ook ingevoerd in de semi- en extramurale zorgverlening en thuiszorg. De Norm neemt de cliënt en diens leefwereld als uitgangspunt en is gericht op de kwaliteit van leven. Zie ook www.zorgvoorbeter.nl. Onder *verantwoorde zorg* wordt zorg verstaan, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Zorgaanbieders moeten hiertoe de benodigde organisatorische maatregelen treffen. De normen voor verantwoorde zorg zijn gebaseerd op het concept 'Kwaliteit van leven'. Arcare (Brancheorganisatie verpleging & verzorging voor (1485) zorgondernemers), AVVV (Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden; een overkoepelende organisatie van meer dan 41 beroepsorganisaties), LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden), NVVA (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters), STING (Landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten), in afstemming met IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland), *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen*, Utrecht: Hoonte Bosch & Keuning 2005.

Als je als zorgverlener echter cliëntgericht wilt werken, dan zul je ook rekening moeten houden met de levensbeschouwing. Juist wanneer mensen geconfronteerd worden met ziekte, ouderdom en de eindigheid van het leven stellen zij zichzelf en anderen hierover vragen in het licht van hun levensbeschouwing, of stellen zij deze ter discussie oog in oog met de situatie waarvoor zij zich geplaatst voelen. Zij moeten vaak opnieuw hun houding bepalen tegenover het leven en een antwoord vinden op de existentiële vragen, die opgeroepen zijn door de dingen die hen zijn overkomen en hun levensperspectief ingrijpend hebben veranderd.

Veltkamp noemt drie redenen voor de noodzaak van geestelijke verzorging in de thuiszorg. Zieke mensen konden vroeger in de thuissituatie een beroep doen op het basispastoraat van kerken en parochies als zij meer behoefte hadden aan geestelijke zorg dan door zorgverleners kon worden geboden. Het College voor Zorgverzekeringen is, zoals we in 3.2 zullen zien, van mening dat dit nog steeds het geval is.^{16 17} In de praktijk blijkt dit echter slechts beperkt mogelijk te zijn. In de eerste plaats is dit het gevolg van de ontkerkelijking. Veel cliënten, zoals het echtpaar K., zijn, of voelen zich niet meer verbonden met een levensbeschouwelijke instelling.¹⁸ Ten tweede zijn er, wanneer mensen wel een beroep doen op kerken en levensbeschouwelijke genootschappen, vaak te weinig goed opgeleide professionals.¹⁹ In de derde plaats is er ten gevolge van de hieronder beschreven ontwikkelingen in de gezondheidszorg in toenemende mate sprake van complexe situaties. Deze geven regelmatig aanleiding tot ingrijpende existentiële en levensbeschouwelijke problematiek in de thuiszorgsituatie.²⁰

Onderzoek van het Trimbos-instituut toont aan dat door deze veranderingen op een aantal fronten andere eisen worden gesteld aan de geestelijke verzorging. Met de extramuralisering blijkt de behoefte aan geestelijke verzorging toe te nemen.

¹⁶ De eigen geloofs- of levensbeschouwelijke gemeenschap moet voorzien in ondersteuning bij rituelen, religie en spiritualiteit. CVZ, *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging*, Diemen 2006. Zie ook www.cvz.nl. De geestelijk verzorger kan bijdragen aan zingeving en coping in de vorm van activerende begeleiding als een huisarts, of medisch specialist die niet kan bieden, maar die is in de thuiszorg nauwelijks of niet beschikbaar.

¹⁷ F. Hopman, 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007 (42), 2-4, 3.

¹⁸ Uit onderzoek blijkt dat nog slechts 28% van de Nederlandse bevolking actief lid is van een geloofsgemeenschap of levensbeschouwelijk genootschap. Zie G. Kronjee, M. Lampert, 'Leefstijlen in zingeving', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, 171 – 208.

¹⁹ Het grootste deel van de nog 28% actief betrokkenen bij een geloofsgemeenschap of levensbeschouwelijk genootschap blijkt het eigen geloof of levensovertuiging op individuele wijze te beleven. Om te kunnen meedenken over fundamentele zingevingsvragen vanuit eigen ervaringen en persoonlijk verantwoorde inspiratiebronnen moet de gesprekspartner betrokken zijn en breed geïnformeerd. Zie H. Kunneman, 'Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, 171 – 208.

²⁰ H. J. Veltkamp, 'Geestelijke verzorging: aan bed gebonden, of transmuraal?', *Praktische Theologie*, 2005 (4), 403 – 420.

Uit onderzoek komt verder naar voren dat het ondersteuningsnetwerk van ouderen, chronisch zieken, verstandelijk gehandicapten en psychiatrisch patiënten niet uitgebreid genoeg is.²¹ Hiernaast blijkt in de praktijk dat mensen levensvragen vaak niet willen bespreken met hun partner, kinderen of andere geliefden om hun relatie met hen niet te belasten.^{22 23 24 25}

1.2 Ontwikkelingen in de thuiszorg

De thuiszorg is de laatste jaren sterk in beweging. Zij is enorm in omvang toegenomen en groeit nog steeds.^{26 27} Dit is onder andere het gevolg van het overheidsbeleid, dat vanaf de tachtiger jaren van de vorige eeuw gericht is op beheersing van de kosten van de gezondheidszorg. In het kader van de bezuinigingen en als reactie op de toenemende groei van de intramurale zorg ten opzichte van de extramurale ligt vanaf 1974 de nadruk op het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg²⁸ (extramuralisering).²⁹ De opnameduur voor operaties en de behandeling van allerlei aandoeningen is aanzienlijk korter geworden en steeds meer mensen willen thuis sterven.

²¹ A. de Roy, D. Oenema, G. Hutschemakers, *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

²² Dit ben ik tegengekomen in mijn praktijk als wijkverpleegkundige en tijdens mijn stages als geestelijk verzorger. en wordt bevestigd door onderzoek. Zie ook de noten 19-21.

²³ M.C.J. Prins, *Geestelijke verzorging in het ziekenhuis*, Dwingeloo: Kavanah, 1996, 43vv.

²⁴ H.J. Veltkamp, *Geestelijke Verzorging in de Thuiszorg*, Eindhoven 2005, 15-17.

²⁵ P. van der Wal, 'Geestelijke verzorging in de context van de nieuwe ouderenzorg. De betekenis van geestelijke verzorging voor ouderen met een fysieke beperking', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (45) 2007, 18-44, 26 aldaar.

²⁶ In 2003 telden de erkende thuiszorgorganisaties 370.000 cliënten. De verwachting is dat de zorgvraag waaraan in 2020 moet worden voldaan met 18% zal toenemen tot ongeveer 435.000 cliënten. De stijging van de zorgvraag wordt echter mede ten gevolge van de 'dubbele vergrijzing' (zie noot 27) uiteindelijk geschat op 38%. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn de hogere levensverwachting en de toename van de totale bevolking. Na 2010 zal het aantal ouderen nog sterker groeien, omdat dan de babyboomers (1946-1970) op leeftijd komen. Het hoogtepunt wordt rond 2038 verwacht, wanneer ongeveer een kwart van de bevolking 65 jaar en ouder is (www.rivm.nl). Het aandeel 65-plussers in Nederland is overigens op Ierland na het laagst binnen de EU; in Italië en Zweden is dat het hoogst.

²⁷ De term 'dubbele vergrijzing' verwijst naar het gegeven dat in de 20^e eeuw niet alleen het percentage 65-plussers sterk is toegenomen, maar daarbinnen in nog sterkere mate het aantal 80-plussers.

²⁸ Boot & Knapen wijzen op de verschillende inhoud van de termen extramurale (gezondheids)zorg (thuiszorg plus huisarts, tandarts, verloskundige, kraamzorg, apotheker, fysiotherapeut en algemeen maatschappelijk werk) en eerstelijnsgezondheidszorg (thuiszorg plus huisarts, tandarts en thuis(gezondheids)zorg (kruiswerk en gezinsverzorging). J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2005, 100.

²⁹ Boot & Knapen, *a.w.*, 53vv. Vanaf 1974 tot nu toe is het beleid geweest de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken als reactie op de sterke groei van de intramurale ten opzichte van de extramurale zorg. In 1958 hebben beide nog eenzelfde aandeel in de kosten van de gezondheidszorg. In 1975 is de verhouding intra- : extramurale zorg ruim 2:1 en in 1995 ruim 5:1.

Eén van de gevolgen hiervan is dat de complexiteit van de zorg in de thuissituatie is toegenomen. Een voorbeeld hiervan is de intensieve thuiszorg voor onder andere terminale en postoperatieve patiënten.³⁰ Hiernaast zijn er allerlei ontwikkelingen in de samenleving die ervoor zorgen dat de behoefte aan zorg in de thuissituatie toeneemt, zoals de vergrijzing en toename van het aantal alleenstaanden. Dankzij de vooruitgang in de medische wetenschap komen er meer chronisch zieken die langer leven met hun ziekte. Dit vraagt om een andere benadering in de zorg met meer aandacht voor de kwaliteit van leven.^{31 32}

Uit onderzoek blijkt dat met het stijgen der jaren het zorggebruik, vooral vanaf het zestigste levensjaar, snel toeneemt. Zieken op hogere leeftijd hebben ook vaak meerdere aandoeningen tegelijk, waaronder chronische degeneratieve aandoeningen, die elke behandeling complexer maken en blijvende zorg vragen.³³ De overheid stimuleert deze mensen zolang mogelijk thuis te blijven wonen.^{34 35 36} Met de leeftijd neemt ook de kans op ingrijpende levensgebeurtenissen toe. Het wegvallen van mensen uit het sociale netwerk leidt vaak tot eenzaamheid en sociaal isolement.³⁷ Tegelijkertijd neemt als gevolg van de individualisering de beschikbaarheid van mantelzorgers af.^{38 39 40} Hierdoor neemt de vraag naar de professionele zorgverlening toe, inclusief de geestelijke.

³⁰ Zie ook www.tijdvooreengesprek.nl voor het initiatief 'Steunpunt Transmurale Geestelijke Verzorging' in Woerden. Het betreft hier een landelijk pilotproject dat uitgaat van het Netwerk Palliatieve en Terminale Zorg Noord-West Utrecht als reactie op het gesignaleerde gebrek aan geestelijke verzorging na ontslag van patiënten uit het ziekenhuis.

³¹ Het concept kwaliteit van leven vormt de belangrijkste basis voor het zorgconcept palliatieve zorg en is het meest uitgewerkte begrip. Kwaliteit van leven in de palliatieve fase wordt gedefinieerd als *zoveel mogelijk leven overeenkomstig de eigenheid en wensen van de patiënt*. Zie 4.2 en noot 356.

³² S.C.C.M. Teunissen, D.L. Willems, 'Het eigene van palliatieve Zorg, in: C. Spreeuwenberg, D. Bakker, R.J.M. Dillmann (red.), *Handboek palliatieve zorg*, Maarssen 2005², 45v.

³³ Gezondheidsraad, *Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*, Den Haag januari 2008.

³⁴ In de zorg voor kwetsbare ouderen is de overheid er op gericht te komen tot een samenhangend aanbod van wonen, welzijn en zorg, dat gericht is op 'kwaliteit van leven'. Zie noot 31.

³⁵ Boot & Knapen, *a.w.*, 29 v.

³⁶ R. van Veen, 'Nederlander wordt ouder met extra gebreken', *Trouw* 19 januari 2008.

³⁷ Boot & Knapen, *a.w.*, 134v.

³⁸ Gezinnen tellen minder kinderen (traditioneel na de partner de eerste bron van zorg) en vrouwen (van oudsher de belangrijkste aanbieders van mantelzorg) hebben vaker betaalde banen dan vroeger. Zij hebben hun handen al vol aan het naast hun werk studeren, relaties onderhouden en 'zorgen' voor (klein-)kinderen. Bovendien neemt de mobiliteit nog steeds toe, zodat kinderen vaak op grote afstand wonen van hun ouders. Ook wordt er minder gehuwd, vaker gescheiden en minder hertrouwd met als gevolg dat het aantal alleenstaanden toeneemt.

³⁹ K. Emous, *De loden mantel. Zorg en verzorging in Nederland*, Amsterdam: Mets & Schilt, 2005.

⁴⁰ H. Buijssen, M. Adriaansen, *Hulpverlening aan mantelzorgers. Een leerboek voor verpleegkundigen*, Amsterdam: Boom 2005, 40v.

1.3 De problematische financiering van de geestelijke verzorging

Uit verschillende onderzoeken^{41 42 43} en pilots naar aanleiding van initiatieven⁴⁴ op het terrein van de geestelijke verzorging komt de behoefte aan en noodzaak van geestelijke verzorging in de thuissituatie steeds duidelijker naar voren.⁴⁵ Zoals we hierboven echter constateerden kent de extramurale geestelijke verzorging niet dezelfde wettelijke basis als de geestelijke verzorging binnen de instellingen. Hierdoor is de financiering een probleem. Momenteel zijn er (nog) geen directe financiële mogelijkheden om de inzet van extramuraal werkende geestelijk verzorgers met een vast dienstverband te dekken.⁴⁶ Zij moeten, zoals we zullen zien in hoofdstuk 3, er daarom zelf voor zorgen hun activiteiten vergoed te krijgen. De vergoeding kan komen uit de activerende en/of ondersteunende functies van de AWBZ (waarbij de zorgvrager kan kiezen voor zorg in natura of PGB), of van de gemeente in het kader van de Wmo. Hiervoor is toestemming nodig van het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg (CIZ) in de vorm van een indicatie.⁴⁷

Het is daarom belangrijk een antwoord te vinden op de vraag of het mogelijk is heldere criteria te formuleren voor de aanvraag van een indicatie. Daarbij zullen we ook nagaan met welke problemen en valkuilen de geestelijk verzorger in de praktijk rekening moet houden om dit proces zo efficiënt en effectief mogelijk te laten verlopen. Het gaat er immers om dat de zorgvrager zo snel mogelijk de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

In hoofdstuk 5 wordt duidelijk dat er problemen bestaan rond de formulering van de indicatieaanvraag en dat dit leidt tot een strategisch advies met betrekking tot de omschrijving van de zorgvraag.⁴⁸

⁴¹ J.H. Veltkamp, *Geestelijke verzorging in de Thuiszorg*, Eindhoven 2005, 5.

⁴² A. de Roy, D. Oenema, G. Hutschemakers, *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werklek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, Utrecht: Trimbo-instituut, 1997.

⁴³ L.J. Tiesinga, *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg. Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgende en gezinsverzorgenden*, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW), Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen 2006.

⁴⁴ Bijvoorbeeld 'Steunpunt Transmurale Geestelijke Verzorging' in Woerden. Zie noot 30.

⁴⁵ Zoals al vermeld in het Voorwoord heb ik de stage binnen de opleiding tot Geestelijk Verzorger doorgebracht in de thuiszorg van Stichting Oosterlengte, omdat zij als eerste en tot voor kort als enige in Nederland een geestelijk verzorger in de thuiszorg heeft aangesteld en dus ervaring heeft met dit aspect van zorgverlening. Oosterlengte is een zorginstelling met verpleeghuis, verzorgingshuis- en thuiszorg. Zie hfst 4 en 5.

⁴⁶ L. van Gastel, A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging. Een onderzoek naar de invloed van omgevingsfactoren op de organisatiemogelijkheden van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel en de daarmee samenhangende beleidskeuzes*, Budel: Damon, 2007, 21v.

⁴⁷ Het CIZ geeft in een indicatiebesluit aan welke zorg (functie) er is geïndiceerd, de hoeveelheid zorg (in klassen) waarop men recht heeft en de begin- en einddatum van de toegekende zorg.

⁴⁸ Bij een strategisch advies wordt aangegeven welke formuleringen feitelijk succesvol zijn. De vraag naar wat inhoudelijk wenselijke formuleringen zijn doet recht aan het domein en de werkwijze van de geestelijk verzorger.

Hierdoor kan er een discrepantie ontstaan tussen deze strategische formuleringen en formuleringen die recht doen aan de inhoud en methode van de geestelijke verzorging. Hiermee komen we bij het doel van deze scriptie.

1.4 Doel- en vraagstelling

Het doel van deze scriptie is het analyseren van de gronden waarop het CIZ indicaties voor de geestelijke verzorging in de thuiszorg honoreert dan wel afwijst en op basis van deze analyse voorstellen doen voor het verbeteren van de indicatiestelling geestelijke verzorging in de thuiszorg. Er is zodoende zowel sprake van een kennisdoel als van een maatschappelijk doel.

De vraagstelling van de scriptie is drieledig: 1) Hoe verloopt de indicatieprocedure voor geestelijke verzorging in de praktijk en tegen welke problemen loopt de geestelijk verzorger hierbij aan? 2) Hoe zijn de landelijke verschillen in de formuleringen van de indicatieaanvragen en de reactie hierop van het CIZ te verklaren en welk type aanvraag en welk soort formulering is het meest kansrijk en waarom? en 3) Hoe zou de indicatieaanvraag idealiter moeten worden omschreven?⁴⁹Het betreft hier een beschrijvende (1), een verklarende (2) en een evaluatieve (3) vraag. Deze drie vragen zijn alleen goed te beantwoorden vanuit een breder theoretisch kader, waarin een overzicht van de geschiedenis van de thuiszorg, het domein en de methode van de geestelijke verzorging en de juridische basis voor de extramurale geestelijke verzorging zijn opgenomen. Dit kader wordt in hoofdstuk 2 en 3 geboden. Hiernaast is kennis nodig van de ervaringen in de praktijk van de thuiszorg met de indicatiestelling. Deze wederwaardigheden worden beschreven in hoofdstuk 5.

Toelichting

1. Hoe verloopt de indicatieprocedure voor geestelijke verzorging in de praktijk en tegen welke problemen loopt de geestelijk verzorger hierbij aan?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben we naast kennis van de praktijk inzicht nodig in a. de geschiedenis van de thuiszorg, b. het wettelijk kader en c. het domein en de methode van de geestelijk verzorger.

Ad a. Vanuit de geschiedenis van de thuiszorg wordt duidelijk dat en waarom de term thuiszorg niet eenduidig is en dat onder dit begrip diverse soorten organisaties vallen die verschillende soorten zorg verlenen in de thuissituatie en dat de patiëntenpopulatie van deze organisaties onderling verschilt.

⁴⁹ In plaats van de strategische omschrijving waarnaar wordt verwezen in noot 48.

Dit heeft invloed op de keuze van de functie en omschrijving van de aanvraag. Hiernaast komt uit de geschiedenis naar voren dat het maatschappelijk werk vanaf het begin een omvangrijke plaats heeft ingenomen binnen het kruiswerk en dat het een belangrijk stempel drukt op de terminologie van de begeleidende functies van de AWBZ.

Ad b. Het juridische kader maakt duidelijk wat de wettelijke mogelijkheden voor de extramurale geestelijke verzorging zijn.

Ad c. Het domein en de methode van de geestelijk verzorger maken duidelijk welke bijdrage de geestelijk verzorger beoogt te leveren aan het zorgproces, welke plaats zij inneemt ten opzichte van andere professionals, zoals de psycholoog en de maatschappelijk werker, en hoe de geestelijk verzorger te werk gaat.

*2. Hoe zijn de landelijke verschillen in de formuleringen van de indicatieaanvragen en de reactie hierop van het CIZ te verklaren (mede gezien het wettelijk kader)?*⁵⁰

De verklaring van de verschillen in de formuleringen van de indicatieaanvragen en de reactie hierop van het CIZ is te vinden in a. de geschiedenis van de geestelijke verzorging in de thuiszorg, in combinatie met de ruimte die in de praktijk (b)lijkt te ontstaan en bestaan met de komst van de indicatiestelling voor de financiering van de geestelijke verzorging extramuraal. b. het onderscheid in zorgvragers in de verschillende thuiszorgsituaties en de wijze waarop de geestelijk verzorger met hen in aanraking komt en c. de voorkeur van de geestelijk verzorger voor presentie⁵¹ of interventie.⁵²

Ad a. In de lijn van het overheidsbeleid om mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten verblijven hebben managers en geestelijk verzorgers gezocht naar mogelijkheden om tegemoet te komen aan de behoefte aan geestelijke verzorging die cliënten wel zouden krijgen als zij naar het verzorgingshuis waren verhuisd. Nu zij met hulp van thuiszorg in hun eigen omgeving blijven wonen hebben zij hier geen 'recht' op. In overleg met het betreffende Zorgkantoor en het Regionale Indicatieorgaan is gezocht naar mogelijkheden deze zorg te financieren, terwijl hiervoor (nog) geen wettelijke basis bestond. In de loop der jaren zijn regelmatig veranderingen aangebracht in de wet- en regelgeving met betrekking tot de AWBZ, waarin de geestelijke verzorging geen rol speelde, omdat deze is gekoppeld aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen (3.1).

⁵⁰ Het wettelijke kader geldt landelijk en dus verwacht je ook identieke indicatieaanvragen en -honoreringen.

⁵¹ Bij presentie gaat het om een subjectiverende en hermeneutische benadering. Kenmerkende aspecten hiervan zijn: nabijheid, een zorgzame, begripvolle en betrokken relatie en de belangrijke rol van het levensverhaal.

⁵² Interventie wordt door presentieaanhangers vaak gesteld tegenover presentie en omschreven als een doelbewuste, objectiverende benadering, die gericht is op het oplossen van problemen volgens standaarden en protocollen.

Ad b. De cliëntenpopulatie van een thuiszorgorganisatie, die voornamelijk is gebaseerd op huishoudelijke en persoonlijke verzorging, verschilt van die van een thuiszorgorganisatie die zich vooral profileert met (gespecialiseerde) verpleging en ziekenverzorging. In het geval van Thuiszorg Oosterlengte zijn het vooral huishoudelijk en persoonlijk verzorgenden die een grote rol spelen in de signalering van de noodzaak van andere professionele zorg, waaronder geestelijke verzorging. De vrijgevestigd geestelijk verzorger heeft een eigen praktijk, al of niet in een gezondheidscentrum, en komt in tegenstelling tot de geestelijk verzorger in een thuiszorgorganisatie vooral in aanraking met cliënten met wie de huisarts geen raad weet en die deze verwijst naar de geestelijk verzorger.

Ad c. Voor de keuze voor één van beide benaderingen bestaan drie verklaringen. De voorkeur voor presentie is te vinden in het verzet tegen de huidige doelrationele zorgbenadering en bedrijfscultuur, maar kan ook samenhangen met de cliëntenpopulatie. Voor mensen in moeilijke situaties, die lijden aan iets dat niet te verhelpen is en die op zichzelf worden teruggeworpen, lijkt de presentiebenadering (gekoppeld aan de indicatie voor de functie OB) op het eerste gezicht beter te passen dan de interventiemethode (gekoppeld aan de indicatie voor de functie AB). Deze heeft de voorkeur als er sprake is van problematiek die te verhelpen is. Hiernaast hangt de keuze voor interventie samen met de wens tot professionalisering. Als je als geestelijk verzorger geïntegreerd wilt werken met andere professionals in de zorg zul je een bijdrage moeten leveren aan het zorg- en behandelplan van de betreffende zorgvrager.

3. Hoe zou de indicatieaanvraag idealiter moeten worden omschreven?

Uit het onderzoek bij Oosterlengte komt naar voren dat een indicatieaanvraag voor geestelijke verzorging die in termen van maatschappelijk werk⁵³ wordt omschreven eerder door het CIZ wordt gehonoreerd, dan wanneer deze in termen van de geestelijke verzorging⁵⁴ wordt geformuleerd. Geestelijke verzorging is echter geen maatschappelijk werk; zij heeft een eigen domein, taal en methoden. Zo behoort bijvoorbeeld de begeleiding bij sterven en rouw tot het domein van de geestelijk verzorger. De vraag is dus of een indicatie voor geestelijke verzorging in professie-eigen termen zou moeten kunnen worden aangevraagd. Een meer pragmatische vraag is op welke wijze geestelijk verzorgers het CIZ daarvan zouden kunnen overtuigen.

⁵³ Bijvoorbeeld: ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en sociale zelfredzaamheid.

⁵⁴ Bijvoorbeeld: zingeving en rouwverwerking.

1.5 Opbouw scriptie

De scriptie bestaat uit drie delen. Het eerste deel bevat het theoretische kader dat, zoals in 1.4 deels al naar voren kwam, zowel nodig is om te verklaren op welke gronden een indicatiestelling wordt gehonoreerd of afgewezen als ook om deze te helpen verbeteren.⁵⁵

In dit kader wordt eerst de geschiedenis van de zorg in het algemeen en de thuiszorg in het bijzonder in kaart gebracht (hfst 2.1-2.5). Aansluitend (2.6) bespreek ik de positie van de geestelijk verzorger binnen de gezondheidszorg en diens methoden. Het betreft zowel de taken van de geestelijk verzorger als het spanningsveld waarin de geestelijk verzorger opereert. In hoofdstuk 3 beschrijf ik welke wettelijke mogelijkheden er bestaan voor de financiering van de extramurale geestelijke verzorging.

Het tweede deel van de scriptie bespreekt het onderzoek dat ik van september 2007 tot februari 2008 heb gedaan bij Oosterlengte. In hoofdstuk 4 beschrijf ik de organisatie en zorgvisie van Oosterlengte, de positie van de geestelijke verzorging bij Oosterlengte en de ontwikkeling van de extramurale geestelijke verzorging bij Oosterlengte. Vervolgens ga ik na op grond van welke argumenten een indicatieaanvraag al of niet wordt gehonoreerd door het CIZ (hfst 5) en geef ik een verklaring voor het feit dat sommige formuleringen succesvoller zijn dan andere.

In het derde deel kom ik na weging van de resultaten tot verklaringen voor het al dan niet honoreren van aanvragen door het CIZ. Hiernaast doe ik zowel strategische als inhoudelijke aanbevelingen voor verbetering van deze aanvragen (hfst 6). Strategische aanbevelingen geven aan welke formuleringen op grond van praktijkervaringen de grootste kans bieden dat de geestelijk verzorger de aanvraag voor geestelijke verzorging gehonoreerd krijgt, ook als deze zich hiervoor gedwongen voelt de taal van een andere discipline (in dit geval het algemeen maatschappelijk werk) te gebruiken.

Ten slotte geef ik aan in welke termen een aanvraag voor geestelijke verzorging idealiter geformuleerd zou moeten worden en welke stappen moeten worden ondernomen om enerzijds het CIZ en de gemeenten (in het kader van de Wmo) hiervan te overtuigen en anderzijds de zorgverzekeraars (in het kader van de Zvw).

In het Nawoord (hfst 7) bespreek ik de implicaties van de maatregelen die op Prinsjesdag 2008 zijn aangekondigd.

⁵⁵ Voor de literatuurstudie ten behoeve van het theoretische kader heb ik de methode van het sneeuwbaaleffect gevolgd. De methode van het empirische onderzoek wordt ter plaatse uitgelegd.

2. Ontwikkelingen in de (thuis)zorg,^{56 57 58} samenleving en geestelijke verzorging

In gesprekken over ‘de thuiszorg’ valt me op dat er regelmatig sprake is van verwarring over de inhoud van de term thuiszorg. De grote regionaal werkende thuiszorgorganisaties die verreweg de grootste bijdrage leveren aan de zorg in de thuissituatie vinden, zoals we straks zullen zien, hun oorsprong in de vroegere Kruisverenigingen.⁵⁹ Deze thuiszorg heeft vanaf het begin van haar ontstaan een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg zoals wij die nu kennen. In dit hoofdstuk schets ik een overzicht van haar lange en complexe ontstaansgeschiedenis en in verband hiermee de veranderingen in de gezondheidszorg.⁶⁰ Ik doe dit met het oog op de indicatieprocedure, die vooraf gaat aan het ontvangen van zorg thuis, om het verschil in patiëntenpopulatie in de verschillende thuiszorgsituaties te kunnen verklaren en algemene aanbevelingen te kunnen doen voor de positie van de geestelijke verzorging. Aan het slot van dit hoofdstuk ga ik in op de ontwikkelingen binnen de geestelijke verzorging en de geestelijke verzorging in relatie tot de indicatiestelling.

2.1 Het Kruiswerk als oorsprong van de Thuiszorg

De basis voor de opkomst van de hedendaagse zorgvoorzieningen ligt in de laatste decennia van de negentiende eeuw. Er is in die tijd veel armoede in ons land.

⁵⁶ Voor dit onderwerp baseer ik me voornamelijk op wat er in het standaardwerk op het gebied van de gezondheidszorg J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005 door het boek heen over het kruiswerk en de thuiszorg wordt geschreven in het licht van de zorgvraag, het zorgaanbod en het overheidsbeleid. Wetenschappelijke literatuur die exclusief betrekking heeft op de recente geschiedenis van de thuiszorg is namelijk nog niet voorhanden. Zie volgende noot.

⁵⁷ In 2005 is er een dissertatie afgerond rond de beschrijving van de eerste periode van het kruiswerk: M. van der Kolk – Kousemaker, *Het beleid van het Witte Kruis, het Groene Kruis en het Wit-Gele Kruis over de periode 1875 – 1945*, Utrecht 2005. Begin 2007 is J.J.C. Huige op verzoek van de LSBK gestart met het beschrijven van de resterende periode (1945 – 1990). Deze studie zal naar verwachting in 2011 worden afgerond.

⁵⁸ Tijdens het schrijven van dit hoofdstuk werd het door H.P. Kunneman & M. Slob geschreven rapport *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, Bunnik: LSBK, 2007 gepubliceerd en kwam ook een volledige versie van het onderliggende onderzoeksrapport beschikbaar. Van de concluderende opmerkingen met betrekking tot levensbeschouwing en waarden in dit verband heb ik gaarne gebruik gemaakt.

⁵⁹ Wanneer plaatselijke verzorgingshuizen de laatste jaren thuiszorg gaan bieden als gevolg van de zogenaamde ontschotting (vgl. 2.1.1, 2.3, noot 6 en 120) is er eigenlijk sprake van extramuralisering en in sommige gevallen van ketenzorg. Als ziekenhuizen mensen thuiszorg verlenen valt dit onder de noemer transmuralisering. De zorg wordt veelal aangeboden in projectvorm met het karakter van een pilot (Zie noot 44). Na evaluatie kan het structureel deel uit gaan maken van het zorgaanbod. Deze zorg bevat zowel in beleid als uitvoering eerstelijns- als tweedelijnscomponenten, vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Bijvoorbeeld: huisarts en specialist hebben afspraken over zorgverlening aan chronisch zieken die zij beiden bezoeken.

⁶⁰ ‘Het huidige bestuur en beleid van de gezondheidszorg kunnen slechts in historisch perspectief worden begrepen’ (Boot & Knapen, *a.w.*, 2005, 97).

De volksgezondheid is als gevolg van onhygiënische woonomstandigheden en gebrekkige voeding slecht en er heersen ziekten als malaria en tuberculose. Er is sprake van een hoge zuigelingen- en kindersterfte en medische voorzieningen zijn er nauwelijks.

Dankzij de industrialisering vanaf 1860 gaat het beter met de economie en wordt rond 1900 armoede geleidelijk (h)erkend als een misstand in de samenleving. Tegelijkertijd groeit het inzicht dat de fysieke leefomgeving en sociale omstandigheden en (meer recent) psychische factoren een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van ziekten.⁶¹ De medische kennis en heelkundige mogelijkheden nemen toe. Als gevolg hiervan gaat de liefdadige benadering van zieken en gehandicapten steeds meer samen met preventieve hulpverlening.⁶² Vanuit deze achtergrond komt ook de maatschappelijke gezondheidszorg tot bloei⁶³ en ontstaat de sociale wetgeving. Er komt een verbod op kinderarbeid en de Woningwet, Gezondheidswet en Ongevallenwet komen tot stand, later gevolgd door de Invaliditeitswet, Ouderdoms- en Ziektewet en de Bijstandswet. Dit is het begin van een langzame verandering van de armenzorg tot een stelsel van openbare gezondheidsvoorzieningen, dat in het begin van de 20^e eeuw uitmondt in de moderne verzorgingsstaat.⁶⁴

Vanuit een sociale bewogenheid en/of levensbeschouwelijke, of ideologische overtuiging ontwikkelen zich organisaties, die zich inzetten voor een gezond leefpatroon, voor de bestrijding van ziekteverschijnselen en voor de belangen van (potentiële) patiënten, zoals de Vereniging tot bestrijding van Epidemische Ziekten.⁶⁵ Deze wordt in 1866 opgericht om de 'huiselijke ziekenverpleging te verbeteren en de hygiëne te populariseren'. De eerste kruisverenigingen ontstaan rond 1875. Vanaf die tijd tot 1980 hebben zij gezocht naar mogelijkheden om zorg te organiseren en financieren voor patiënten thuis. Zij doen dit door autonome verenigingen te stichten op basis van plaatselijke solidariteit van burgers, vanuit een levensbeschouwelijke of ideologische achtergrond.

⁶¹ Boot & Knapen, *a.w.*, 2005, 32v.

⁶² In het liberale klimaat van die tijd is overheidsingrijpen in de persoonlijke vrijheid van de burger uitgesloten; ook als het gaat om zieke of hulpbehoevende mensen.

⁶³ De kruisverenigingen worden door de overheid in deze tijd steeds meer gezien worden als dé uitvoerders van de maatschappelijke gezondheidszorg; vgl. H. Jamin, *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities*, Baarn: Trion, 1999, 57. Vgl. noot 3. Sinds de opkomst van de term 'thuiszorg' voor gezinszorg en/of kruiswerk in 1990 wordt de term 'maatschappelijke gezondheidszorg', die uitging van particuliere organisaties, weinig meer gebruikt. Vgl. noot 110.

⁶⁴ A. van Elteren, H.P. Kunneman, M. Rozing, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarders in de thuiszorg*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2006, 15.

⁶⁵ Geertsema wijst erop dat er ook sprake is van 'welbegrepen eigenbelang' van de burgerlijke klassen om een antwoord te vinden voor de sociale problemen (en onrust) van arbeiders en andere minder vermogenden. H. Geertsema, *Identiteit in meervoud. Een identiteitsbeschrijving van het maatschappelijk werk*, Proefschrift Faculteit Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen RuG, Groningen 2004, 66v.

Zij zetten zich in voor betere woningen, goede drinkwatervoorzieningen en ontsmettingsinrichtingen. Al snel wordt er een opleiding voor verpleegsters opgericht, zowel voor in ziekenhuizen als voor verpleging thuis.

Het kruiswerk heeft als doel het verbeteren van de volksgezondheid en bestaat, zoals we in 1.1 zagen, uit verpleging, verzorging en preventieve activiteiten.⁶⁶ Hiernaast kunnen mensen die dat nodig hebben verpleegartikelen- en hulpmiddelen lenen of huren. Er wordt psychosociale begeleiding en kraamzorg geboden en voorlichting gegeven over voeding en dieet. In 1920 bestaat er een netwerk van ongeveer 860 kleinschalige kruisverenigingen met in totaal bijna 400.000 ledengezinnen.⁶⁷ In 1972 is 80% van de bevolking lid. De verenigingen zijn georganiseerd op basis van levensbeschouwing en afhankelijk van de aard daarvan aangesloten bij het Algemene Groene Kruis (1900), het rooms-katholieke Wit-Gele (1916), of het protestants-christelijke Oranje-Groene Kruis (1936).⁶⁸

Voordeel van deze verzuiling is dat iedereen hulp kan zoeken, die aansluit bij haar of zijn levenssfeer. Van der Meiden wijst er terecht op dat het vormgeven van de hulpverlening in overeenstemming met de waarden van de betreffende gemeenschap echter ook kwetsbaar kan zijn, omdat de noodzaak tot profilering en explicitering afneemt.^{69 70}

Rond de Eerste Wereldoorlog wordt voor het eerst overheidssubsidie gegeven voor preventieve activiteiten van het kruiswerk. In de 30er jaren wordt binnen het kruiswerk in verband met de economische crisis meer aandacht besteed aan 'huis/gezinsverzorging', waarvoor pas na de Tweede Wereldoorlog ook een overheidssubsidie wordt gegeven.⁷¹ De gezinsverzorging omvat, naast huishoudelijke taken, verzorgende hulp, begeleiding of sociale hulp en bijzondere taken. Na de tweede wereldoorlog vormt het aandeel van de particuliere financiering van het kruiswerk nog circa 50 procent van de inkomsten.

⁶⁶ Na een bevalling wordt thuis kraamverpleging geboden en preventieve zuigelingenverzorging en zorg voor kleuters vindt plaats via consultatiebureaus. Hiernaast is er voor huisvrouwen die niet voor hun gezin kunnen zorgen tijdelijke zorg en begeleiding bij het huishouden.

⁶⁷ J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005, 56.

⁶⁸ Boot & Knapen, *a.w.*, 32.

⁶⁹ J. van der Meiden, *Kleuren in Thuiszorg. Handboek integratie levensbeschouwing in beleid en werkkuitvoering van de Thuiszorg*, Kockengen: Landelijk Protestants Christelijke stichting voor Levensbeschouwing in zorg en welzijn (Lizw), 1999.

⁷⁰ Vgl. ook H. Jamin, *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities*, Baarn: Trion, 1999, 43, waar naar voren komt dat het heil van de ziel boven de zorg voor het lichaam stond.

⁷¹ Jamin wijst erop dat de vraag naar gezinszorg tijdens en na de Tweede Wereldoorlog ten gevolge van de ontwrichting van veel gezinnen enorm toenam. Dit leidt tot het onderscheid 'gezinsverzorging A', die gericht is op praktische huishoudelijke hulp en 'gezinsverzorging B', waarbij de nadruk ligt op de psychische en maatschappelijke inhoud van het werk (142v.). Dit onderscheid wordt al snel verworpen; de moreel-opvoedende taken en huishoudelijke taken worden aan elkaar verbonden. De door ongediplomeerde gezinsverzorgsters geboden huishoudelijke hulp wordt niet gesubsidieerd. In deze tijd wordt de gezinsverzorging, mede onder invloed van subsidieregelingen van de overheid, gescheiden van het algemeen maatschappelijk werk.

De overheid neemt geleidelijk de regulering van het kruiswerk over, evenals de versnipperde financiering hiervan door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968.⁷² Het kruiswerk komt hiermee steeds meer onder invloed van de overheidsbureaucratie. Het management wordt versterkt en er is sprake van een toenemende professionalisering, zowel van leidinggevenden als zorgverleners. In 1980 bedraagt de particuliere financiering nog slechts 20 procent. Verderop in deze scriptie zal duidelijk worden dat zowel de gevolgen van de bureaucratisering, met name rond de indicatiestelling (2.4), als de toegenomen invloed van het management (met haar doelrationaliteit) op de huidige zorg, een zware belasting vormt voor zowel de zorgverleners als de zorgontvangers en mantelzorgers (2.5). De nadruk die vanaf deze tijd wordt gelegd op professionalisering van het kruiswerk verklaart deels het verschil in opleidingsniveau, dat in het algemeen bestaat tussen de zorgverleners in de Thuiszorg en de zorgverleners in de extramurale thuiszorg vanuit verzorgingshuizen. Eerstgenoemden zijn naast verzorgenden, vooral wijkziekenverzorgenden en verpleegkundigen, terwijl laatstgenoemden vooral (lager opgeleide bejaarden-)verzorgenden en –helpenden zijn.

Door fusies worden de thuiszorgorganisaties steeds groter en neemt de afstand tot de bevolking toe.⁷³ Hierdoor wordt de thuiszorg voor velen onherkenbaar, bijvoorbeeld door de naamgeving.⁷⁴ Tegelijkertijd is er sinds het eind jaren '50 en begin van de jaren '60 sprake van een proces van ontzuiling. Als gevolg hiervan en om de kosten te beheersen ontstaat na een fusieproces in 1982 de Nationale Kruisvereniging, waarin de drie 'gekleurde' kruisverenigingen met elk hun levensbeschouwelijke karakter opgaan in één 'ontkleurde' algemene organisatie. Wijkverpleegkundigen gaan werken in teams van minstens tien personen. Hierdoor verdwijnt de vooral op het platteland solistisch werkende wijkverpleegkundige en met haar de historisch gegroeide 'dienende rol'. Deze past niet meer in de tijdgeest en de morele notie van caritas verandert in 'professionele dienstverlening'.^{75 76}

⁷² Boot & Knapen merken in dit verband op dat het fonds dat gekoppeld is aan de AWBZ sinds 1975 in toenemende mate bijdraagt aan de extramurale gezondheidszorg. Sinds 1986 is er sprake van een breuk door een 'kleine stelselwijziging', waarna het kruiswerk en de gezinsverzorging gefinancierd worden uit de AWBZ, 110.

⁷³ Sommige thuiszorgorganisaties zijn bestuurlijk samengegaan met bijvoorbeeld woonzorgcentra, instellingen voor gehandicaptenzorg en GGZ.

⁷⁴ A. Pool, 'Investeer in samenwerking en in kwaliteit van verpleegkundige zorg, Solidariteit, overheidsplanning en marktwerking in de gezondheidszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005, 91. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld Thuiszorg Drenthe, die is opgegaan in Icare, dat anno 2008 als werkgebied de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Gelderland, Groningen, Overijssel en Utrecht heeft, hoewel de zorg- en dienstverlening per gebied verschilt.

⁷⁵ A. van Elteren, H.P. Kunneman, M. Rozing, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek 2006, 17.

Jamin merkt op dat het aandeel van de bejaardenzorg in 1957 nog geen twee procent van de verleende zorg uitmaakt. Vanaf dit jaar wordt de hulp aan ouderen met verminderde zelfredzaamheid, gehandicapten en mensen die beperkt zijn door een chronische aandoening gesubsidieerd, waardoor zij langer in hun eigen woonomgeving kunnen blijven.^{77 78} De daaropvolgende jaren neemt de zorg voor deze mensen enorm toe, dankzij de komst van de nieuwe beroepsgroep ziekenverzorgenden.

Binnen het kruiswerk ontwikkelt de wijkbejaardenverzorging zich tot een apart werkveld. Hiernaast krijgt de bestrijding van reuma en kanker meer aandacht. De gezinsverzorging, die na de tweede wereldoorlog zoals we zagen geleidelijk losgeraakt was van het algemeen maatschappelijk werk, groeit toe naar het kruiswerk in thuiszorgorganisaties. Vanaf 1989 wordt zij als subsidieregeling vanuit de AWBZ gefinancierd. In 1990 gaan de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging op in de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en blijven er minder dan 150 regionaal werkende, meestal geïntegreerde thuiszorgorganisaties (kruiswerk en gezinsverzorging) over.⁷⁹ Dit moment in de geschiedenis van de thuiszorg is van belang voor een goed begrip van de huidige ingewikkelde situatie met betrekking tot 'geestelijke verzorging in de thuiszorg'. Het verklaart namelijk voor een belangrijk deel waarom de cliëntenpopulatie verschilt in de diverse situaties waarin thuiszorg momenteel wordt geboden.⁸⁰ In het vervolg gebruik ik de term 'Thuiszorg' of 'thuiszorgorganisatie' voor de oorspronkelijke, meestal geïntegreerde, organisaties van gezinsverzorging en kruiswerk. Het huidige zorgaanbod van de Thuiszorg bestaat uit het oorspronkelijke zorgaanbod van instellingen voor gezinsverzorging, kruiswerk en kraamzorg, inclusief de preventie en de ouder- en kindzorg.^{81 82}

⁷⁶ In 1957 is het aantal wijkverpleegsters 2.736, van wie slechts 396 religieuzen: 323 rooms-katholieken en 73 diaconessen. Jamin, *a.w.*, 74.

⁷⁷ Vanaf de tweede helft van de jaren vijftig neemt enerzijds het aantal gediplomeerde gezinsverzorgenden relatief sterk af, terwijl anderzijds de nadruk wordt gelegd op specialisatie om hen te kunnen inzetten in dienst van het maatschappelijk werk. Dit krijgt een centrale rol toegeedeeld in het herstel van de waarden en normen, die noodzakelijk wordt geacht voor de opbouw van de samenleving (116v.) Het is gericht op het bevorderen van de mogelijkheden van mensen om zich beter te handhaven in de samenleving en hun participatie te bevorderen. (136vv.) Zie H. Geertsema, *Identiteit in meervoud. Een identiteitsbeschrijving van het maatschappelijk werk*, Proefschrift Faculteit Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen RuG, Groningen 2004.

⁷⁸ In verband met de snel veranderende samenleving zijn maatschappelijke problemen rond 1960 vooral participatieproblemen, Geertsema, *a.w.*, 107v.

⁷⁹ Boot & Knapen wijzen erop dat vanaf 1995 bijna de helft van de verzorgenden en helpenden van de gezinsverzorging uit alfahulpen (uitzendkrachten) bestaat.

⁸⁰ Zoals we in 4.2 zullen zien komt de thuiszorg van Oosterlengte bijvoorbeeld voort uit instellingen voor gezinsverzorging.

⁸¹ In de concurrentie om de cliënt (in de ketenzorg) maken thuiszorgorganisaties de laatste jaren een tegengestelde beweging door te fuseren met zorginstellingen, zoals instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, jeugdgezondheidszorg en woningcorporaties, zodat ook zij het totale pakket van zorg, welzijn, wonen en maatschappelijke dienstverlening van de wieg tot het graf kunnen bieden. Het werkgebied beslaat grote delen van het land. De Eveangroep bijvoorbeeld, waartoe Thuiszorg Icare behoort, telt 350.000 leden en

De opkomst van basisgezondheidsdiensten vormt een bedreiging voor het kruiswerk door de mogelijke overname van een aantal preventietaken. Sinds 1990 neemt ook de concurrentie door particuliere verpleegbureaus toe, die door verruiming van de regelgeving en de invoering van de marktwerking ook thuiszorg kunnen bieden.⁸³ Vanaf deze tijd hangt de ontwikkeling van kruiswerk tot Thuiszorg direct samen met de bredere veranderingsprocessen binnen de Nederlandse gezondheidszorg.⁸⁴

In de volgende twee paragrafen bespreek ik deze ontwikkelingen.

2.2 Van verzuilde verzorgingsstaat naar postmoderne marktmaatschappij

Om een goed inzicht te krijgen in de complexe situatie waarin de thuiszorg zich momenteel bevindt, is het belangrijk te kijken naar de invloed die de overheid de laatste tientallen jaren heeft uitgeoefend op de gezondheidszorg. Het gaat dan vooral om de gevolgen van de veranderingen in de financiering en de organisatie van het zorgstelsel voor de Thuiszorg.

Karakteristiek voor de Nederlandse gezondheidszorg is dat het niet om een van bovenaf opgelegd systeem gaat, maar om een geleidelijk gegroeid stelsel. De invloed hiervan is nog terug te zien in de betrokkenheid van de verschillende partijen bij de indicatieprocedure. Het gemengde verzekeringsstelsel bijvoorbeeld is historisch te zien als een christelijk geïnspireerde overeenstemming tussen een ruim toegankelijke staatszorg volgens socialistisch model en een liberale gezondheidszorg, die steunt op eigen betaling via de verzekering. Deze wordt beheerd door werkgevers- en werknemersorganisaties om te voorkomen dat de overheid te veel invloed krijgt.

heeft 183.750 cliënten in zorg. Ketenzorg is een middel om bij complexe zorgsituaties continuïteit van zorg en geïntegreerde zorg te kunnen bieden.

⁸² Op landelijk niveau komt er een samenwerkingsverband tot stand tussen de vier landelijke koepels Nationale Kruisvereniging (NK), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de JOINT (samenwerking van landelijke organisaties op het gebied van het algemeen maatschappelijk werk) en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging (CRG). In 1988 komt er een einde aan de samenwerking. De functie van het maatschappelijk werk wordt in deze tijd omschreven als het ondersteunen van mensen bij het oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving. Geertsema, *a.w.*, 157.

⁸³ Deze bureaus laat ik buiten beschouwing, omdat zij voor een deel al zijn opgegaan in grotere organisaties en meestal ook beperkte zorg bieden in de vorm van huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Een nieuw fenomeen is de zogenaamde Buurtzorg. Dit lijkt in verband met de Wmo een belangrijke (landelijke) stroming te kunnen worden binnen het thuiszorggebeuren, maar neemt nu nog slechts een klein aandeel van de zorg thuis voor haar rekening.

⁸⁴ Van Elteren, Kunneman, Rozing, *a.w.*, 18.

Na de tweede wereldoorlog verschuift met de opkomst van de verzorgingsstaat de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in vijftig jaar langzaam van het maatschappelijke middenveld,⁸⁵ de caritas en familie naar de overheid en professionele organisaties. Dankzij de toenemende welvaart wordt er in Nederland een aanzienlijke sociale zekerheid opgebouwd. Zieke en hulpbehoevende mensen krijgen recht op zorg en de kruisverenigingen ontwikkelen zich steeds meer tot dienstverlenende instanties. Geleidelijk verandert de overheidsbemoediging en de verhouding tussen de partijen (overheid, particulier initiatief en verzekeraars).⁸⁶ Om de inmenging van de overheid te kunnen plaatsen geef ik eerst een paar mogelijke punten, waarop in de zorg kan worden ingegrepen. Dit kan bijvoorbeeld a) op de plaats waar de zorg gegeven wordt, b) in de wijze van bekostiging, of c) in de samenhang van de zorg. Voor het huidige regeringsbeleid is bijvoorbeeld de plaats waar de zorg wordt gegeven een belangrijk thema. Het beleid is er op gericht de extramurale zorg te versterken ten opzichte van de intramurale; er wordt daarom gesproken van extramuralisering. Thuiszorg wordt hierbij, in tegenstelling tot de zorg in instellingen, gerekend tot de ambulante zorg, maar wordt geboden door zowel de extramurale als (in nog zeer bescheiden, maar toenemende mate) door de intramurale gezondheidszorginstellingen.^{87 88}

Gezondheidszorgvoorzieningen maken deel uit van het maatschappelijke zorgsysteem. Naast formele professionele zorg is er informele zorg, zoals zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Deze vinden afhankelijk van de zorgvraag van een patiënt naast elkaar en in onderlinge samenhang plaats (de zogenaamde *zorgmix*). In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2006), die als uitgangspunt heeft dat elke burger in eerste instantie verantwoordelijk is voor zichzelf en zijn familie, wordt weer een appel gedaan op deze informele zorg. Naarmate de zorg gespecialiseerder is, is er minder sprake van informele zorg.

Bij de financiering van de zorg wordt onderscheid gemaakt tussen care en cure. Care is de onverzekerbare en daarom via de AWBZ (2.3) gefinancierde zorg aan mensen met een handicap, chronisch zieken en ouderen die professionele zorg, of begeleiding nodig hebben.

⁸⁵ 'Onder maatschappelijk middenveld wordt verstaan het gebied tussen staat en burger, waar zorgaanbieders, verzekeraars, werkgevers, werknemers en andere particuliere organisaties in samenspraak met de overheid bezig zijn met de publieke zaak', in: Van der Grinten en Kasdorp, a.w., 1999, 10.

⁸⁶ Karakteristiek voor het overheidsbeleid in de jaren 1970-1980 is het ordeningsinstrument *planning*, terwijl in de loop van de tachtiger jaren *marktwerking* kenmerkend wordt voor de gezondheidszorg; C. Vlas, 'Solidariteit, overheidsplanning en marktwerking in de gezondheidszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005, 94-99 en 108.

⁸⁷ Boot & Knapen, a.w., 63.

⁸⁸ In 1958 hebben beide eenzelfde aandeel in de kosten van de gezondheidszorg. In 1975 is de verhouding intra-: extramurale zorg ruim 2:1 en in 1995 ruim 5:1 (vgl. noot 128).

Cure is de zorg die gericht is op genezing en wordt betaald uit de premies van de Zorgverzekeringswet.⁸⁹ Als de patiënt met haar zorgvraag centraal staat, wordt ook de samenhang van de zorg zichtbaar in het *circuit* dat de patiënt doorloopt. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit de overgang van ambulante zorg naar zorg in instellingen (residentiële zorg), of van extramurale naar intramurale zorg.

2.2.1 Structuurnota⁹⁰

In de 70er jaren wordt er steeds meer nadruk gelegd op de samenhang van de gezondheidszorg en de noodzaak de ontwikkeling ervan centraal te sturen. De Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp in 1966 is een eerste aanzet tot het *plannen* van de gezondheidszorg. Deze nota wordt in 1974 gevolgd door de Structuurnota Gezondheidszorg van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Hendriks. Hierin wordt een schema voor de planning ontwikkeld. De structuurnota wordt algemeen gezien als het middel waarmee de overheid de gezondheidszorg in haar greep wil krijgen. Hendriks maakt duidelijk dat de kosten in de hand moeten worden gehouden. Zijn beleid is erop gericht de voorzieningen te rangschikken volgens het echelonneringsprincipe⁹¹ en binnen regio's (regionalisering) op elkaar af te stemmen in een samenhangend geheel (zorgcircuits). De bedoeling is dat de kwaliteit van zorg verbetert.⁹² Er komt een volksverzekering tegen ziektekosten (aanspraken en financiering), die samen met de Wet Voorzieningen Gezondheid (planning van aanbod) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (beheersing van prijzen en tarieven) als beleidsinstrument van de overheid moet gaan functioneren.⁹³ De indeling van voorzieningen in echelons blijkt door de ontwikkeling van het intra-, semi-⁹⁴ en extramurale zorgaanbod al snel achterhaald.

⁸⁹ De financieringsstructuur vindt plaats volgens de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties. In deze DBC's zijn zowel de variabele kosten opgenomen met betrekking tot behandeling en diagnose, als die van de infrastructuur, de vaste kosten.

⁹⁰ De nota betreft zowel de organisatie en samenhang van de zorgverlening als een verzekerings- en tarievenwetgeving.

⁹¹ Onder een echelon wordt een sector van de gezondheidszorg verstaan, waarvan de voorzieningen ongeveer dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. Het eerste echelon betreft dan de niet-gespecialiseerde voorzieningen, die primair op het individu gericht zijn (de latere 'eerstelijnsgezondheidszorg'). De overige voorzieningen (specialistische) vormen dan het tweede echelon, met uitzondering van de basisgezondheidsdiensten (GGD-en), die als een aparte echelon worden gezien. Boot & Knapen, *a.w.*, 66vv.

⁹² Met deze nota komt het systeem van aanbodregulering al in zicht

⁹³ T. van der Grinten en J. Kasdorp, *25 jaar sturing in de gezondheidszorg*, Den Haag 1999, 12v.

⁹⁴ Semimurale zorg wordt geboden als opname (intramurale zorgverlening) niet (meer) noodzakelijk is, maar extramurale hulpverlening niet voldoet. Een voorbeeld van semimurale zorgverlening is dagbehandeling.

De praktijk van de thuiszorg laat zien dat zorgvragen vanuit de thuissituatie, zoals intensieve verpleging en terminale zorg, niet beantwoord kunnen worden volgens het echelonneringsprincipe. Deze zorg kan immers alleen maar thuis geboden worden als zorgvragers in noodgevallen terug kunnen vallen op de intramurale zorg.

Met het zogenaamde substitutiebeleid bevat de structuurnota de aanzet van de huidige ontwikkeling van transmurale zorg en ketenzorg. Het betreft een 'eerstelijnsconcept', waarin het verwijlsbeleid wordt beschreven van de algemene eerstelijnszorg naar meer gespecialiseerde niveaus en het 'thuiszorgconcept', waarin sprake is van overheveling van bedden en deskundigheid van gespecialiseerde klinieken naar de thuissituatie.⁹⁵ De overheid heeft met de combinatie van een verzekeringswetgeving, de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Tarieven Gezondheidszorg een sterk instrument in handen. Zij bepaalt voortaan bepaalt welke voorzieningen nodig zijn en worden vergoed.

In de jaren tussen de Structuurnota en het rapport van de commissie Dekker⁹⁶ gaat het niet goed met de economie en de gezondheidszorg loopt het gevaar onbetaalbaar te worden. De regering voert een streng sociaal-economisch beleid met als doel de kosten te beheersen. Het idee achter de structuurnota was een maakbare samenleving en een gezondheidszorg die centraal te beheersen en te organiseren is. Dit blijkt niet realistisch te zijn en mede onder invloed van het New Public Management⁹⁷ (NPM) ontstaat er opnieuw belangstelling voor de markt als instrument. Op advies van de commissie Dekker wordt in 1987 het ordeningsinstrument *planning* dan ook vervangen door *marktwerking*. In de *Nota 2000* uit 1986 wordt het echelonneringsprincipe al ter discussie gesteld en valt al op dat de overheid de gezondheidstoestand van de bevolking (en niet meer ziekte) als uitgangspunt neemt. Het beleid richt zich vanaf nu op de zorgfuncties, waarin kwantitatief en kwalitatief moet worden voorzien.⁹⁸ Een functionele opbouw van het zorgsysteem leidt tot gevarieerdere voorzieningen, bevordert zorg op maat en is voorwaarde voor het verschuiven van zorg in de richting van minder intensieve vormen.⁹⁹

⁹⁵ J.H. Kruijswijk Jansen MScN, 'Zorgketens: ketens van zorg', in: A.M. Eliens, J.H. de Haan c.s., *Zorginnovatie en transmuralisering. De rol van de verpleegkundige bij vernieuwing en ontwikkeling van zorg*, Dwingeloo: Kavanah, 2002².

⁹⁶ *Bereidheid tot verandering*, Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's-Gravenhage 1987.

⁹⁷ Basisprincipes binnen het NPM zijn o.a. innovatie en vernieuwing, resultaatgericht, bedrijfsmatig en kostenbeheersend werken, nadruk op concurrentie, competentie en klantgerichtheid. <http://avandemaat.tripod.com/id21>.

⁹⁸ Bijvoorbeeld voor hart- en vaatziekten zijn operatieve ingrepen nodig, medicijnen, verpleging en verzorging, voorlichting, zelfzorg, psychosociale begeleiding enz.

⁹⁹ Een voorbeeld hiervan is de transmurale zorg. Bij deze zorgvorm kan een zorgpakket geleverd worden vanuit zowel intra- als extramurale voorzieningen voor specifiek omschreven patiëntengroepen (Boot & Knapen, *a.w.*, 126, 219).

Een functionele omschrijving wil zeggen, dat alleen de aard en inhoud van de zorg worden omschreven en niet (meer) de plaats, zoals ziekenhuis, of verpleeghuis, maar verpleging, behandeling en verzorging van langdurig zieken. Zorgverzekeraars leveren deze zorg via contracten met bijvoorbeeld verpleeghuis, of thuiszorg.

2.2.2 Commissie Dekker

Volgens de commissie Dekker moeten marktprincipes de dynamiek van de gezondheidszorg bepalen in plaats van het maatschappelijk middenveld en de overheid. De essentie van marktwerking is het stimuleren en belonen van zuinig en doeltreffend gedrag van de betrokkenen in de gezondheidszorg en afstraffen van inefficiënt gedrag. Een belangrijk onderdeel van deze marktwerking is de concurrentie tussen verzekeraars onderling en tussen hulpverlenende instanties om de gunst van de 'consument'.¹⁰⁰ ¹⁰¹ De commissie Dekker adviseert het systeem van aanbodregulering in verband met de te grote hoeveelheid regels en bureaucratie om te vormen via geregelde concurrentie¹⁰², vraagsturing¹⁰³ en zorgvernieuwing¹⁰⁴. De aan de patiënt te verlenen zorg komt hiermee centraal te staan in plaats van de positie van de instelling. Eén van de voorstellen van de Commissie is dat er één basisverzekering komt voor alle Nederlanders met een verzekerd pakket, dat 85% van de bestaande zorgvoorzieningen zal omvatten. Vlas wijst er in dit verband op dat van oudsher de onderlinge solidariteit een belangrijke rol heeft gespeeld bij het bieden van hulp in de preventie, het opheffen, of verminderen van ziekte, omdat het optreden van ziekten wat betreft personen, tijd, levensfase en ernst onvoorspelbaar is verdeeld. Hierdoor is het niet mogelijk individueel financiële maatregelen te treffen.

¹⁰⁰ Het begrip marktwerking is afkomstig van Adam Smith, die in 1776 de theorie ontwikkelt dat de markt als met een onzichtbare hand de economie in een evenwichtssituatie brengt. In de eeuwen daarna is gebleken dat voor de goederen in het ruilverkeer, naast kosten en prijzen, nog allerlei andere aspecten een rol spelen. Velen suggereren daarom dat de overheid enige leiding moet geven aan de economie in onze ingewikkelde samenleving, omdat invoering van het marktmechanisme in de gezondheidszorg alleen de problemen niet oplost. Sinds 1986 (nota 2000) is de overheid dan ook op zoek naar de wijze, waarop zij leiding kan geven aan de financiering en organisatie van de gezondheidszorg om tot een evenwichtiger stelsel te komen. C. Vlas, 'Solidariteit, overheidsplanning en marktwerking in de gezondheidszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005, 97.

¹⁰¹ Vlas, a.w., 97.

¹⁰² In die gereguleerde concurrentie schept de overheid de voorwaarden voor de werking van een gezondheidszorgsysteem volgens de principes van doelmatigheid en efficiency. Het systeem moet zorg bieden aan allen, die daarop een beroep moeten doen in de omvang en kwaliteit waaraan zij behoefte hebben. De overheid houdt toezicht in de vorm van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit (tot 2006 nog College Tarieven Gezondheidszorg/zorgautoriteit i.o.) wat betreft de rechtvaardigheid in de markt.

¹⁰³ Vraagsturing betekent dat de patiënt / verzekerde zelf kan kiezen hoe de zorg wordt ingevuld.

¹⁰⁴ Zorgvernieuwing betekent een grotere differentiatie in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin de zorg kan worden verleend, zoals dagbehandeling en semimurale zorgverlening.

De overheid moet, om te voorkomen dat de vraag naar deze zorg grenzeloos wordt, op democratische wijze met inspraak van de gebruikers en met medewerking en advies van de beroepsbeoefenaren, grenzen stellen. De verdeling van de kosten over de bewoners van een bepaald gebied, of leden van een bepaalde groep moet een zaak zijn van (politieke) besluitvorming op basis van solidariteit (Vlas 98).

De rol van de overheid wordt overkoepelend: zij ordent in grote lijnen de relaties van de marktpartijen in de zorgsector, zorgt voor een toegankelijke en kwalitatief verantwoorde zorg van de bevolking en grijpt in waar dat nodig is.¹⁰⁵ De invloed van de individualiseringsprocessen in de 60er jaren wordt zichtbaar in het zorgbeleid. Vanaf 1990 is er sprake van begrippen als ‘zorg op maat’, ‘de cliënt centraal’ en ‘belevingsgerichte zorg’. Deze begrippen spelen ook nu nog een belangrijke rol in de (thuis)zorg en de geestelijke verzorging daarin.¹⁰⁶

2.3 Ontstaan van het huidige zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ

De hierboven beschreven heroriëntatie in het gezondheidsbeleid wat betreft inhoud (van ziekte naar gezondheid) en bestuur (van planning naar gestuurde marktwerking) vormt de basis van het beleid in de 90er jaren. De discussies en beleidsmaatregelen vanaf die tijd kunnen globaal worden onderscheiden in a) de zogenaamde *zorgstelsel*discussie over de financiering van de gezondheidszorg, de reikwijdte van verzekering en sturing van de zorg en de verantwoordelijkheden van partijen¹⁰⁷ en b) de verandering van het zorgaanbod in het algemeen en de *modernisering van de AWBZ* in het bijzonder. Hier gaat het vooral om de veranderingen in de driehoeksrelatie tussen aanbieder, cliënt en verzekeraar en de vormgeving van de aanbidersmarkt. De nota over het volksgezondheidsbeleid voor 1995 - 1998¹⁰⁸ is gericht op maatregelen, die de gewenste ontwikkelingen in de periode erna niet zullen blokkeren.

¹⁰⁵ Boot & Knapen, *a.w.*, 196, 225.

¹⁰⁶ Van Elteren, Kunneman, Rozing, *a.w.*, 20.

¹⁰⁷ Het betreft hier vooral de wijze waarop de verzekeraarsmarkt (de relatie tussen verzekeraar en verzekerde) zich ontwikkelt en de verhouding tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg (Wet contracteerplicht en maximumtarieven 1991), waardoor er meer vrijheid komt voor verzekeraars en beroepsbeoefenaren bij het maken van prijsafspraken.

¹⁰⁸ *Gezond en wel; het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*, Sdu, Ministerie van VWS, 's - Gravenhage 1995.

Kernpunt in het beleid is het naar elkaar toe laten groeien van particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsverzekeringen.¹⁰⁹ Het gewenste verzekeringsstelsel rangschikt de gezondheidszorg in drie sectoren met ongeveer het zelfde doel en dezelfde kenmerken.

- Het eerste compartiment bevat langdurige zorg en particuliere onverzekerbare risico's (care) en wordt volledig gefinancierd uit de AWBZ. Het kruiswerk en de maatschappelijke dienstverlening¹¹⁰, waaronder dan nog de gezinsverzorging, worden hier begin jaren tachtig in ondergebracht. Voor die tijd werden de subsidiebijdragen jaarlijks vastgesteld op de begroting van VWS (toen WVC). Om tegemoet te kunnen komen aan de eisen van een doelmatig en flexibel zorgaanbod wordt gekozen voor een geobjectiveerde en onafhankelijke indicatiestelling. De gang van zaken rond deze indicatiestelling komt uitvoerig aan bod in 2.4 en in hoofdstuk 5.
- Het tweede compartiment (cure) behelst een door de overheid vastgesteld pakket zorgaanpakken op basis van de Zorgverzekeringswet. Dit is vergelijkbaar met het vroegere ziekenfondspakket.
- Het derde compartiment bevat de minder noodzakelijk geachte vormen van zorg. Burgers kunnen kiezen voor een aanvullende ziektekostenverzekering, of deze zorg uit eigen zak betalen.

Transmurale zorg wordt als een nieuwe vorm van zorgverlening gefinancierd via subsidies op grond van de AWBZ. Om zorgvernieuwing en zorg op maat mogelijk te maken kunnen patiënten /consumenten binnen de AWBZ vanaf 1995 kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB) in plaats van zorg in natura (ZIN). Bij een PGB krijgt een cliënt op basis van de afgegeven indicatie een bepaalde hoeveelheid geld, waarmee zij zelf de zorg kan inkopen. De cliënt moet voor de besteding hiervan verantwoording afleggen tegenover het zorgkantoor.¹¹¹

¹⁰⁹ Boot & Knapen, *a.w.*, 233.

¹¹⁰ Onder deze term valt volgens Boot en Knapen (110v.) een scala van voorzieningen, dat wisselend breed tot zeer eng wordt gedefinieerd. Hiertoe behoorde in elk geval het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. Sinds de opkomst van de term 'thuiszorg' (voor gezinsverzorging en /of kruiswerk) is deze term niet meer zo gebruikelijk en worden verstrekkers van dit soort voorzieningen 'welzijnszorg' genoemd. Boot en Knapen merken op dat met de invoering van de Wmo naast thuiszorg en gehandicaptenzorg ook verpleeg- en verzorgingshuizen tot de welzijnszorg worden gerekend. Vgl. noot 63.

¹¹¹ De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van zorgkantoren. Dit zijn zelfstandig werkende kantoren die proberen de zorgvraag en het zorgaanbod in een bepaalde regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Zij zijn nauw verbonden/sluiten contracten met de zorgverzekeraar die het grootste marktaandeel heeft in de regio. Zij verrichten taken die betrekking hebben op het regionale zorgbeleid, zoals het opstellen van een regionaal beleidsplan. Boot & Knapen, *a.w.*, 176, 251.

Ook is het mogelijk een PGB te kiezen voor een bepaalde functie en voor de overige functies zorg in natura.¹¹² Met het PGB kunnen patiënten/verzekerden ook burens, vrienden, of familie vragen om hulp te bieden.

Met ingang van 1997 worden de bijdrageregelingen van het kruiswerk opgetrokken. De indicatiestelling wordt verzelfstandigd en samengevoegd met die voor verzorgings- en verpleeghuizen. Regionale indicatieorganen (RIO's) bepalen de noodzakelijke zorgbehoefte aan verzorging en verpleging. Ten opzichte van de voorafgaande periode van marktwerking wordt de rol van de overheid weer belangrijker, terwijl de uitvoerende partijen niet meer als marktpartijen, maar als uitvoerders met verantwoordelijkheden en taken worden aangesproken, inclusief de lokale overheden en bemiddelende organisaties.¹¹³

De kosten van de gezondheidszorg zijn de laatste decennia ondanks alle maatregelen sterk toegenomen. Het beleid van de overheid is er dan ook op gericht de zorg beschikbaar en betaalbaar te houden. Op 1 april 2003 is de *modernisering* van de AWBZ van start gegaan.¹¹⁴ Doel hiervan is de cliënt met haar zorgvraag weer centraal te stellen en *zorg op maat* te leveren.¹¹⁵ Hiernaast moet de gemoderniseerde AWBZ de *vermaatschappelijking*¹¹⁶ van de zorg stimuleren. De AWBZ wordt van een star aanbodgericht stelsel vernieuwd tot een soepel en vraaggericht stelsel, dat de doelmatige besteding van de algemene middelen bevordert.¹¹⁷ De overheid wil tegelijkertijd komen tot een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor alle partijen: de overheden, zorgaanbieders, zorgkantoren, indicatieorganen en de cliënten.¹¹⁸ Invoering van functionele aanspraken maken de gewenste en vanaf 1986 door de overheid nagestreefde marktwerking¹¹⁹ en concurrentie tussen zorgaanbieders mogelijk.¹²⁰ De kwaliteitsregulering volgens de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg en de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden van kracht.

¹¹² In het verlengde van de cliëntsoevereiniteit als één van de basisprincipes van de AWBZ kan deze niet zonder meer verplicht worden (persoonlijke) zorg van de partner of huisgenoot te aanvaarden.

¹¹³ J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten 2005, 234.

¹¹⁴ Boot & Knapen, *a.w.*, 269.

¹¹⁵ De gemoderniseerde AWBZ is gebaseerd op gereguleerde vraagsturing en is niet langer aanbodgericht.

¹¹⁶ Deze komt tot uitdrukking in zorg thuis, of dichtbij huis in de eigen woon- en leefomgeving.

¹¹⁷ Het probleem van de wachtlijsten zou hiermee worden opgelost. In 2001 stelde de regering veel extra geld ter beschikking van de AWBZ om de wachtlijsten weg te werken.

¹¹⁸ Boot & Knapen, *a.w.*, 248v.

¹¹⁹ De overheid treedt terug en het particulier initiatief, de verzekeraars, maar ook de patiënten (vanaf die tijd consumenten genoemd) gaan marktrelaties aan.

¹²⁰ Plaatselijke verzorgingshuizen worden gestimuleerd de thuiszorgmarkt op te gaan (extramuralisering / ketenzorg; zie noot 129 en 2.3), waardoor de Thuiszorg veel cliënten verliest en de reistijd onevenredig toeneemt, omdat de verzorgingshuizen hun cliënten werven in de directe omgeving. Oosterlengte is een combinatie van oorspronkelijke gezinsverzorging en extramuralisering vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen na fusie.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg¹²¹ en de wet verlangt van zorginstellingen dat zij de kwaliteit van de zorg *systematisch bewaken, beheersen en verbeteren* in een cyclisch proces van kwaliteitsbevordering en bewaking (kwaliteitsstelsel, bijvoorbeeld ISO¹²² en HKZ¹²³).

Sinds de invoering van de marktwerking worden ook markttermen gebruikt. De patiënt is cliënt of klant geworden. Zorg is directe tijd en wordt product of productie genoemd en moet als zodanig worden geboekt.¹²⁴ Verrichtingen als reistijd, werkoverleg, intervisie, collegiale feedback, scholing en administratieve handelingen worden indirecte, of improductieve tijd genoemd en moeten zoveel mogelijk worden vermeden. Deze veranderingen hebben, zoals we zullen zien in de volgende paragrafen, ingrijpende gevolgen voor de zorg en de zorgverleners.

2.4 Indicatiestelling in de gemoderniseerde AWBZ

Wat de hierboven beschreven veranderingen inhouden voor de thuiszorg wordt duidelijk aan de hand van het traject, dat door de cliënt moet worden afgelegd. In de gemoderniseerde AWBZ is de vraag van de patiënt/cliënt/klant vertrekpunt en richtinggevend voor het proces van vraag en aanbod.

De eerste stap die de cliënt moet zetten, is het stellen van de hulpvraag. Veel ouderen en mensen die ziek zijn, zijn hier niet goed toe in staat. Dat betekent dat de huisarts, wijkverpleegkundige, (huishoudelijk en persoonlijk) verzorgende, hoofden van zorg en ouderen-, of gehandicaptenorganisaties daarin een belangrijke rol (blijven) spelen. Echter, om de impliciete vragen en behoeften te achterhalen en zo aan te kunnen sluiten bij de beleving van de cliënt is tijd en aandacht nodig.

Vervolgens streeft een indicatieorgaan ernaar onafhankelijk, objectief en integraal te beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van een aanspraak op verzekerde zorg. Deze indicatiestelling is een voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op AWBZ-zorg.¹²⁵

¹²¹ *Verantwoorde zorg* is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Zorgaanbieders moeten hiertoe de benodigde organisatorische maatregelen treffen. Zie ook noot 15 en de paragrafen 3.1 en 4.2.

¹²² International Standard Organisation (Boot & Knapen, *a.w.*, 246v).

¹²³ Harmonisatie van Kwaliteit in de Zorgsector.

¹²⁴ Deze visie op de werkelijkheid draagt het gevaar in zich alles te reduceren tot de verhouding doel-middel (nuttigheidsdenken). Moeilijk meetbare zaken, zoals de zorgrelatie (het wezen en de spirituele ruimte van de zorg) blijven buiten beeld. Zie ook de noten 142-145.

¹²⁵ J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten 2005, 249.

Het indicatiebesluit geeft aan voor welke functie(s) de cliënt is geïndiceerd, drukt de zorgzwaarte uit in klassen (aantal uren zorg per week), geeft aan van welke aandoening, of beperking er sprake is (doelgroep), wanneer de zorg moet ingaan en tot hoe lang de indicatie geldig is.¹²⁶

Het zorgkantoor in de regio, dat een zorgplicht heeft wijst de zorg toe en moet de juiste zorg inkopen tegen de juiste prijs. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders doen hun best de cliënt/patiënt voor zich te winnen en worden zo gestimuleerd tot een zorgvernieuwende, klantgerichte en kostenbewuste opstelling. Zorginkoop en regie zijn de fundamentele activiteiten van de zorgverzekeraar binnen de nieuwe AWBZ.

De (thuis)zorginstelling van keuze krijgt meestal per fax de zorgaanvraag van het CIZ binnen, waarop een wijkverpleegkundige de intake bij de cliënt thuis doet en de zorg inzet. Vaak biedt de indicatie in een zorgklasse te weinig ruimte om soepel in te kunnen spelen op veranderingen in de zorgvraag, of zijn er nieuwe ontwikkelingen, die niet voorzien waren. In dat geval moet er een vervolgindecatie, of herindicatie worden aangevraagd.^{127 128}

In de gemoderniseerde AWBZ is sprake van meer vraagsturing, omdat de verzekerde kan kiezen voor een Persoonsgebonden Budget, of Zorg in Natura in de vorm van zeven AWBZ-brede functies (de functiegerichte indicatiestelling): Huishoudelijke Verzorging, Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Ondersteunende Begeleiding, Activerende Begeleiding, Behandeling en Verblijf. In plaats van de vroegere indeling in sectoren (de lichamelijke, psychische en sociale dimensies van het menselijk welzijn) is er nu sprake van een indeling van cliënten, of verzekerden in termen van aandoeningen of beperkingen: een somatische, psychogeriatrische, of psychiatrische aandoening of beperking, een lichamelijke, zintuiglijke, of verstandelijke handicap, of een psychosociaal probleem.

Om de concurrentie tussen zorgaanbieders te bevorderen binnen de AWBZ-zorg is er sprake van 'ontschotting': het wegnemen van de schotten tussen de sectoren en de invoering van de functionele aanspraken.

¹²⁶ Er is sprake van een omvangrijke administratie en bureaucratie rond indicaties en herindicaties. Op 25 juni 2008 promoveerde H. van der Boom aan de Universiteit van Maastricht op haar proefschrift *Home Nursing in Europe*. Op grond van haar onderzoek adviseert zij in verband met de door haar geconstateerde zorgwekkende bureaucrativering de indicatiestelling weer door de wijkverpleegkundige of de thuiszorginstellingen te laten doen. Zie <http://www.unimaas.nl/researchmagazine/default.asp?thema=4&template=thema.html> 28-7-2008.

¹²⁷ Dit betekent veel papierwerk en wordt ervaren als een enorme bureaucratische rompslomp.

¹²⁸ Uit een bericht van de verslaggeefster van dagblad 'Trouw' getiteld: *Ook huisarts mag soms thuiszorg toewijzen* (31-05-'07), blijkt dat de politiek niet helemaal ongevoelig blijft voor de toenemende kritiek uit het veld over 'de papieren rompslomp' en de conclusies van onderzoeken in dit verband op het gebied van de thuiszorg. Staatssecretaris Bussemaker van VWS kondigt aan de regels voor de toewijzing van zorg in de thuiszorg te willen versoepelen. In sommige gevallen mag de huisarts, of een wijkverpleegkundige dan hierover beslissen. *Actieplan AWBZ: naar eenvoud in uitvoering*, MinVWS, Kamerstuk 28 augustus 2007. <http://www.minvws.nl/dossiers/bureaucratie>. Zie ook noot 381.

Instellingen worden door het College voor Zorgverzekeringen toegelaten voor één of meer zorgaanspraakfuncties. De bestaande toelatingen zijn omgezet in toelatingsbeschikkingen, maar instellingen kunnen ook uitbreiding vragen voor het aantal functies. Hierdoor kan elke AWBZ instelling (ambulante, of) thuiszorg gaan bieden voor alle hierboven onderscheiden doelgroepen.¹²⁹ Deze situatie leidt ertoe dat, evenals de andere zorg- en hulpverleners, ook geestelijk verzorgers binnen de instellingen onder druk komen te staan hun werk(terrein), als geïntegreerd onderdeel van het zorgaanbod, uit te breiden tot buiten de muren van de instelling.¹³⁰

Voor de oorspronkelijke regionale thuiszorgorganisaties betekent de toetreding tot de thuiszorgmarkt van de plaatselijke verzorgingshuizen een groot verlies aan cliënten. Hiernaast neemt de reistijd¹³¹ voor de zorgverleners onevenredig toe, omdat de patiënten die overblijven her en der verspreid wonen door de provincie. Veel verzorgingshuizen gaan namelijk zorg verlenen in hun eigen huis (of huren hiervoor een particulier bureau in), die eerst door de Thuiszorg werd gegeven en/of richten zich op de directe omgeving. Dit gebeurt vaak in samenwerking met de plaatselijke woningstichting. Zij vissen zo ‘de krenten uit de pap’, hetgeen door veel Thuiszorgmedewerkers als oneerlijke concurrentie en als zeer bedreigend wordt ervaren. Zorgvragers worden onder druk gezet zorg af te nemen van het naburige verzorgingshuis. Zo maakte ik bijvoorbeeld mee dat, terwijl ik bezig was met de wondverzorging, er een voor mij volslagen onbekende verzorgende van het verzorgingshuis in de omgeving binnenstapte met de mededeling: “Vandaag ben jij hier nog, morgen ben ik hier.” De patiënt was een week daarvoor uit het ziekenhuis ontslagen. Nadat de wijkverpleging de zorg had opgestart en de gezondheidstoestand van de patiënt was gestabiliseerd, werd de zorg zonder enig overleg overgenomen.

Met ingang van 2005 is in de thuiszorg de functionele bekostiging ingevoerd. Voor- dien werd de instelling betaald voor de functionaris die de zorg leverde.

¹²⁹ Een deel van de verwarring rond de term thuiszorg vindt naar mijn mening haar oorsprong in deze ontschotting. De landelijke thuiszorgorganisaties (de Thuiszorg) vinden, zoals we zagen, haar oorsprong in de vroegere Kruisverenigingen. Wanneer plaatselijke verzorgingshuizen thuiszorg gaan bieden als gevolg van deze ontschotting is er eigenlijk sprake van ketenzorg, of extramuralisering. Wanneer ziekenhuizen mensen thuis zorg verlenen wordt er meestal gesproken van transmuralisering. Zie ook de noten 29, 30, 44, 81, 120 en 255.

¹³⁰ Vergelijk ook de oproep op het VGVZ-symposium door de voorzitter van de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar Menzis R.H.L.M. van Boxtel, ‘De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorger’, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging Symposiumnummer: Beelden van zorg*, 11 (49) 2008, 30-34.

¹³¹ Dit is indirecte tijd en de zorgverlener wordt afgerekend op zijn of haar productiviteit.

Voor de verpleegkundige bijvoorbeeld werd het tarief verpleging betaald, ook als de zorg handelingen bevatte die onder de functie verzorging vielen, zoals een wasbeurt.¹³² Nu wordt voor dit onderdeel het lagere tarief verzorging betaald, waardoor de organisatie onder druk staat de zorg die de patiënt nodig heeft door zowel een verzorgende als een verpleegkundige (en dus versnipperd) te laten verrichten.

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Hierin zijn belangrijke onderdelen uit de AWBZ ondergebracht bij de gemeenten, waaronder de enkelvoudige huishoudelijke verzorging voor zieken en ouderen.¹³³ Doel hiervan is mensen door maatschappelijke ondersteuning zo lang mogelijk buiten het dure vangnet van de professionele zorg te houden, zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten functioneren en sociale netwerken te activeren tot het verlenen van informele zorg.

De aanbestedingsprocedure veroorzaakte helaas en niet ten onrechte grote onrust bij de betreffende zorgontvangers en zorgverleners. Bestaande, soms jarenlange relaties werden ruw verbroken als de betrokken zorginstelling naast de aanbesteding had gegrepen.¹³⁴ Veel gemeenten bleken vooral op volume en prijs te contracteren en minder op niveau van zorg.¹³⁵

Met ingang van 1 januari 2008 is in het kader van de Wmo de ondersteunende begeleiding voor mensen met de grondslag psychosociaal ondergebracht bij de gemeenten.¹³⁶

Er is zowel in de literatuur als in de praktijk van de (thuis)zorg veel kritiek gekomen op de ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel, de modernisering van de AWBZ en de verzakelijking in de zorg. Kunneman c.s. geven niet alleen een heldere verwoording van deze kritiek, maar hebben ook zelf onderzoek verricht naar de gevolgen van het overheidsbeleid voor de centrale zorgwaarden in de Thuiszorg en de knelpunten als gevolg van de boven beschreven overheidsmaatregelen. Ik geef daarom kort de resultaten ervan weer.¹³⁷

¹³² De bekostiging van de verschillende functies zijn beschreven in de regels van het College Tarieven Gezondheidszorg (ctg-regels). Per 1 januari 2006 is het CTG opgegaan in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

¹³³ Voorzoningen die meer het karakter hebben van ondersteuning of sociale begeleiding, zoals de huishoudelijke verzorging worden uit de AWBZ gelicht en ondergebracht in een nieuwe Wmo. Vgl. Ministerie van VWS, *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, Den Haag, 2004. Wanneer zelfredzaamheid en mantelzorg geen uitkomst meer bieden, is er ondersteuning vanuit de Wmo. Pas als *professionele zorg en verpleging* zijn vereist komt de AWBZ weer in beeld (Boot en Knapen, 271v.).

¹³⁴ E. Wiegman – Van Meppelen Scheppink, 'Gelovige zieke wil liever thuiszorg die dat snapt', *Trouw*, 19-04-2007.

¹³⁵ M.G. Boekholdt, *Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid*. Inaugurele rede Vrije Universiteit, Amsterdam 29 maart 2007.

¹³⁶ *Uitwerking maatregel kwetsbare groepen*, Ministerie VWS, Den Haag 12 november 2007.

Zie ook www.minvws.nl/nieuwsberichten/lz/2007/staatssecretaris-licht-ob-toe.asp. en R. Rottier, Y. van den Berg, *Stijging Indicaties Ondersteunende begeleiding. Een verklarend onderzoek*, Den Haag 19 februari 2007.

¹³⁷ A. van Elteren, H.P. Kunneman, M. Rozing, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek 2006.

2.5 Systeem- en leefwereld

Kunneman c.s. wijzen erop dat de hierboven beschreven ontwikkelingen in de gezondheidszorg gezien moeten worden als onderdeel van een langdurig ontwikkelingsproces, dat, zoals we zagen in 2.1, teruggaat tot de negentiende eeuw. De onderzoekers constateren dat het belang van deze historische dimensie duidelijk naar voren komt in het begrip ‘modernisering’, dat door de overheid veelvuldig wordt gebruikt, zoals met betrekking tot de AWBZ. Dit wordt dan geassocieerd met ‘ouderwetse’ structuren en werkwijzen die niet meer voldoen en waarvoor een oplossing moet worden gevonden door ‘*verdergaande* modernisering’. Modernisering wordt vervolgens consequent verbonden met het vergroten van efficiency en effectiviteit, met rationaliteit en transparantie binnen organisaties en een betere kwaliteit van zorg.¹³⁸ Kunneman c.s. wijzen erop dat dit begrip sterk ter discussie staat.

Met behulp van het onderscheid van Habermas tussen systeem- en leefwereld laten zij zien dat ‘modernisering’ niet alleen maatschappelijke vooruitgang met zich meebrengt, maar ook problemen en risico’s.¹³⁹ Habermas heeft beschreven hoe moderniseringsprocessen leiden tot verzelfstandiging van enerzijds de systeemdomeneinen, *waarin economische en bestuurlijke logica domineren en prestaties, voorspelbaarheid en beheersing centraal staan* en van anderzijds de leefwereld, *waarin zingeving, waarden en persoonlijke relaties de onderlinge omgang bepalen*. Naast het voordeel van een grote toename van de productiviteit en bestuurlijke beheersbaarheid door het loskoppelen van het economisch handelen en besturen enerzijds en traditionele zingevingskaders met de hiermee verbonden verhalen en waarden anderzijds, bestaat het gevaar dat *deze economische en managementlogica ook de alledaagse leefwereld binnendringt en de persoonlijke zingeving en morele betrokkenheid ondermijnt* (p.7).

Kunneman c.s. wijzen in verband met de hedendaagse ontwikkelingen en de toekomst van de thuiszorg op het feit dat zorgorganisaties en zorgverleners een centrale en bemiddelende rol spelen in de kwaliteit van de verbindingen die in de thuiszorg ontstaan tussen systeem- en leefwereld.¹⁴⁰ Zorgverleners verenigen namelijk de normen van de systeemwereld met de waarden van de leefwereld door hun handelen op drie niveaus te laten leiden door normen voor goed professioneel handelen.

¹³⁸ Van Elteren, Kunneman, Rozing, *a.w.*, p. 7vv.

¹³⁹ Van Elteren, Kunneman, Rozing, *a.w.*, p. 8vv.

¹⁴⁰ H. Kunneman, M. Slob, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, Bunnik 2007, p. 8.

Zij verbinden in hun handelen het niveau van 1) systeemgerichte normen zoals doelmatigheid, transparantie en verantwoording, 2) vakgebonden normen voor adequaat professioneel handelen, die gebaseerd zijn op de laatste stand van wetenschappelijke en professionele kennis en 3) handelingsnormen, die verbonden zijn met morele waarden rond zorg, zoals aandacht, betrokkenheid en compassie (Zie noot 135).

De onderzoekers merken op dat de taal van het management werkt als een raster, dat de doorleefde zorgwaarden, die juist van groot belang zijn voor de professionele kwaliteit en doelmatigheid van zorg, wegfilt. Zorgverleners hebben zoveel hinder van de wrijving, spanningen en aansluitingsproblemen tussen de diverse domeinen, omdat de signalen en informatie uit al die domeinen in hun handelen samenkomen.^{141 142} Als dit op systeemniveau niet wordt opgemerkt, of serieus genomen, dreigen zorgverleners niet alleen overbelast of gedemotiveerd te worden, maar leidt dit volgens de onderzoekers ook tot verlies aan kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg. Zij illustreren met een praktijkvoorbeeld dat het werken vanuit doorleefde waarden niet alleen menselijk gezien van groot belang is, maar ook een aanzienlijke bijdrage levert aan de professionele doeltreffendheid en daarmee kosten bespaart.¹⁴³ Kunneman c.s. pleiten dan ook voor meer aandacht voor het *normatieve* karakter van adequaat handelen (de hierboven genoemde *normatieve professionalisering*¹⁴⁴), dat in de verzuilde samenleving niet ter discussie stond. Door de ontzuiling, het individualisme, de levensbeschouwelijke individualisering en de toenemende eenzijdige gerichtheid op de systeemwereld is deze in de afgelopen twintig jaar steeds verder naar de achtergrond gedrongen. Hierdoor is uit beeld geraakt dat de persoonlijke betrokkenheid en waarden van zorgverleners geen extraatje zijn die zomaar door de zorginstelling kunnen worden *afgetapt*. Deze hebben zelf ook zorg nodig. De onderzoekers concluderen op grond van de eenzijdige nadruk van het beleid op de systeemwaarden dat niet of nauwelijks wordt ingezien dat morele waarden het hart vormen van de professionaliteit en een essentiële basis vormen voor 'doeltreffend handelen en doelmatige zorg.

¹⁴¹ 'Zij hebben te maken met wisselende politieke beleidsmaatregelen, maken zich bureaucratische categorieën eigen, internaliseren de doelmatigheidseisen van de organisatie, ontwikkelen hun professionele kennis, communiceren met hun cliënten en zijn gevoelig voor de vraag achter de vraag.' Kunneman, Slob, *a.w.*, 7.

¹⁴² Uit het onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg blijkt dat bijna 60% van hen van mening is, dat de centrale waarden die hen inspireren en motiveren, zoals echte aandacht, respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldig afstemmen op de (ook impliciete) vragen en behoeften, menselijke warmte, collegialiteit en eerlijkheid, steeds meer in de verdrukking komen. Deze waarden bepalen niet alleen de kwaliteit van de samenwerking tussen zorgverleners en cliënten, maar ook die tussen de zorgverleners onderling.

¹⁴³ Kunneman c.s. laten ook zien dat de onder 2.4 genoemde begrippen als 'objectieve indicatiestelling', 'productie maken', 'marktwerking' en 'vraagsturing' te plat zijn om recht te doen aan het professionele verbinden van de systeemnormen en waarden van de leefwereld. Van Elteren, Kunneman, Rozing, *a.w.*, 51 vv.

¹⁴⁴ Normatieve professionalisering betekent dat professionals op alle drie niveaus de kwaliteit van hun handelen verbeteren en daarbij gesteund en gevoed worden door de organisatie.

¹⁴⁵ Zij spreken van een zorgwekkende verwaarlozing van de voedingsbodem voor deze waarden en concluderen dat er geen aandacht is voor de kwetsbaarheid ervan. Er is nauwelijks of geen ruimte voor thuiszorgverleners om met elkaar emotioneel geladen ervaringen uit te wisselen.¹⁴⁶ ¹⁴⁷ Teamoverleg is zeldzaam en van cursussen, (bij)scholing, of andere vormen van professionele ontwikkeling is amper sprake.¹⁴⁸ De aandacht van het management is vooral gericht op productiviteit en het bestrijden van verzuim. De verarming van de taal op beleids- en managementsniveau leidt ertoe dat er geen ruimte is voor verhalen over de omgang met *trage vragen*, verdriet, lijden en sterfelijkheid (Kunneman c.s. 32v).¹⁴⁹ ¹⁵⁰

Voor we verder gaan met het zoeken naar een antwoord op de vraag hoe de indicatiestelling met betrekking tot de geestelijke verzorging in de thuiszorg in zijn werk gaat, moeten we eerst iets meer weten van de geestelijke verzorging, met name van het domein, de methode en de vaktaal van de geestelijk verzorger.

¹⁴⁵ Kunneman c.s. concluderen dat bijvoorbeeld de 'objectieve indicatiestelling in termen van zorgfuncties' slechts in combinatie met de waardegeladen normatieve professionaliteit van zorgverleners kan voldoen aan de zorgvraag. Dit geldt eveneens voor het opmerken van een latente zorgvraag in verband met preventie (52).

¹⁴⁶ Vgl. mijn pleidooi voor moreel beraad op de werkvloer in *Ethiek en palliatieve zorg in de thuiszorg*, Eelde 2005, 31. Palliatieve zorg is de zorg voor patiënten en hun naasten op het moment dat medisch gezien geen genezing meer mogelijk is. Eén van de conclusies op grond van de onderzochte casus in de palliatieve praktijk van de thuiszorg was dat het gebrek aan communicatie er de grootste oorzaak van was als de verleende zorg niet voldeed aan de criteria van (goede) palliatieve zorg van de World Health Organisation (WHO). Om het werk blijvend goed te kunnen doen zijn werkoverleg en regelmatig intervisie een noodzakelijke voorwaarde.

¹⁴⁷ Het werken met bijvoorbeeld palliatieve (en terminale) zorgvragers en hun familie is inspirerend, uitdagend en zinvol, maar ook confronterend en belastend. Baar wijst erop dat goede palliatieve zorg alleen zonder schade kan worden geboden binnen een bijbehorende cultuur van zorg voor zorgenden. Dit is naast de verantwoordelijkheid van zorgdragers een verantwoordelijkheid van het bestuur en management van een organisatie, de overheid en de politiek. Baar pleit ervoor in alle definities van palliatieve zorg de volgende zinnen op te nemen: 'Palliatieve zorg bevat ook de zorg voor zorgenden. Alleen als zorgverleners met liefde en zorgzaamheid voor zichzelf en elkaar zorgen en wanneer hun organisatie hierin ondersteuning biedt, zullen zij goed voor de kwetsbare ander kunnen blijven zorgen.' F. Baar, 'Inleiding', in: H. Buijssen, R. Bruntink, H. van der Ploeg, F. Baar en A. Stoppelenburg (red.), *Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg*, Nijmegen: De Stiel en Tilburg: TRED, 2003, 12v.

¹⁴⁸ H. Buijssen, 'Naar een programma 'Zorg voor zorgenden'', in: H. Buijssen, R. Bruntink, H. van der Ploeg, F. Baar en A. Stoppelenburg (red.), *Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg*, Nijmegen: De Stiel en Tilburg: TRED, 2003, 139vv.

¹⁴⁹ Dit geldt eveneens voor 'de inspirerende verhalen over steun, vertrouwen, nabijheid en intimiteit, omdat het ondersteunen en erkennen van de professionals in dit opzicht buiten de bedrijfsvoering valt.' (Kunneman, 32).

¹⁵⁰ De Mönnink noemt als factoren die de balans tussen draaglast en draagkracht verstoren en leiden tot burn-out o.a. - onderwaardering: er is te weinig aandacht voor de beleving van de zorgverlener vanuit de organisatie en onvoldoende intervisie; - onzekerheid door gebrek aan informatie over de te verrichten taken en over wie verantwoordelijk is voor wat; - hoge werkdruk, terwijl men regelmatig geconfronteerd wordt met lijden en - het ontvangen van tegenstrijdige opdrachten en onvoldoende effectief kunnen werken als gevolg van gebrek aan kennis en vaardigheden. H. de Mönnink, *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999, 212-216.

2.6 Veranderingen binnen de geestelijke verzorging¹⁵¹

In instellingen binnen de gezondheidszorg leveren geestelijk verzorgers al tientallen jaren een vanzelfsprekende bijdrage aan het zorgproces.^{152 153} Dat dit in de thuiszorg nog niet het geval is wordt duidelijk aan de hand van de volgende casus.

Tijdens de stage heb ik mevrouw X. vijf maanden intensief begeleid in de vorm van gesprekken eenmaal in de twee weken bij mevrouw thuis. De indicatie OB-alg, die voor mevrouw was aangevraagd, was voor mijn komst door het CIZ afgewezen met het argument dat 'maatschappelijk werk voorliggend' was.¹⁵⁴ In een telefoontje waarin ik om een nadere toelichting vraag, legt de hooggeplaatste CIZ-medewerker uit dat de maatschappelijk werker voorkeur geniet, omdat deze *doelgericht* werkt en de geestelijk verzorger *alleen maar luistert*. Als het hoofd thuiszorg op mijn verzoek opnieuw een indicatie aanvraagt wordt ook deze afgewezen, maar nu met een verwijzing naar een GGZ-psycholoog.

Uit de telefonische reactie van de CIZ-medewerker komt naar voren dat zij niet goed begrijpt wat het domein van de geestelijk verzorger is; het is voor haar niet duidelijk wat het 'geestelijke' is; dit wordt verward met het 'psychische' en 'sociale'. Het is dus belangrijk het CIZ duidelijk te maken welke professionele bijdrage de geestelijk verzorger levert aan het zorgproces en welke plaats zij inneemt ten opzichte van de andere disciplines waarnaar wordt verwezen. Verder blijkt dat onduidelijk is hoe de geestelijk verzorger te werk gaat (methode). Op beide aspecten zal hier worden ingegaan.

In de Beroepsstandaard wordt de bijdrage van de geestelijk verzorger omschreven als 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij *zingeving* aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.'¹⁵⁵ Uit deze omschrijving komt naar voren dat het domein van de geestelijke verzorging 'zingeving' is en dat er sprake is van zowel doelgericht als van professioneel handelen.

¹⁵¹ Per 1 januari 2008 bestaat er een beroepsregister voor geestelijk verzorgers. Tweede Kamerlid Wiegman wijst in het *TGV*, 11 (49) 2008, 20-22, op het nut ervan in het contact met zorgmanagers en overheid.

¹⁵² D. van der Loo, L. Jabaaij, I. Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten*, Utrecht: Trimbos-instituut (179), 1998.

¹⁵³ A. de Roy, D. Oenema, L. Neijmeijer, G. Hutschemakers, *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, Utrecht: Trimbos-instituut (178), 1997.

¹⁵⁴ Het begrip 'voorliggende voorzieningen' slaat op alle (wettelijke en niet-wettelijke) voorzieningen en vormen van zorg, waarmee een verzekerde zijn zorgvraag kan realiseren, zonder daarvoor een beroep te doen op de AWBZ. CVZ, *Voorliggende voorzieningen. Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen december 2005 (Vgl. noot 283).

¹⁵⁵ VGVZ, Beroepsstandaard voor de Geestelijk verzorger in zorginstellingen, Amersfoort 2002, 10.

2.6.1 Domein: zingeving

De VGVZ verstaat onder 'zingeving': 'het continue proces waarin ieder mens, in interactie met zijn omgeving, betekenis geeft aan zijn leven' (Beroepsstandaard 2002, p. 9.). Er wordt in het algemeen onderscheid gemaakt tussen alledaagse zingeving (als aspect van alle handelen) en de uiteindelijke of ultieme zingeving. Bij laatstgenoemde gaat het om vragen die mensen stellen in een crisissituatie. Doel van geestelijke verzorging is het geestelijk welbevinden van de patiënt/cliënt. Dit betreft de totaliteit van diens mens-zijn (p. 12).

Zock geeft in haar oratie¹⁵⁶ aan dat het bij 'zingeving'¹⁵⁷ gaat om existentiële vragen of levensvragen (trage vragen); om vragen rond leven en dood, om wat van werkelijk belang is en het leven de moeite waard maakt, om morele dilemma's en richtinggevende waarden en idealen en hiermee verbonden psychische processen zoals 'coping', het omgaan met ziekte en beperkingen. Naast deze formele omschrijving vult zij zingeving inhoudelijk in door deze in verband te brengen met 'zingevingssystemen': 'religieuze en levensbeschouwelijke tradities, filosofische theorieën en normatieve uitgangspunten', kortom filosofische reflectie op de zin van het leven.¹⁵⁸ Zock wijst erop dat ten gevolge van de ontkerkelijking, pluralisering en individualisering het accent in de geestelijke verzorging steeds meer is komen te liggen op algemene begeleiding bij zingevings- en existentiële vragen in plaats van op begeleiding vanuit een bepaalde religieuze of levensbeschouwelijke traditie (p. 9).

Zij omschrijft de bijdrage die de geestelijke verzorger aan de zorg in het algemeen en aan het welzijn en welbevinden van de cliënt/patiënt als volgt. Specifiek voor de geestelijk verzorger is in de eerste plaats diens 'persoonsgerichte, holistische benadering'. De geestelijk verzorger richt zich in het bijzonder op de existentiële dimensie van zingeving en heeft hierbij met name aandacht voor de grenzen van de maakbaarheid'. Zo opgevat omvat zingeving (evenals in de opvatting van de VGVZ) ook spiritualiteit en religiositeit.

¹⁵⁶ H. Zock, *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, Tilburg: KSGV. Inaugurale rede, Rijksuniversiteit Groningen, 13 maart 2003, Tilburg: KSGV.

¹⁵⁷ Van Zanten-van Hattum benadrukt dat elk mens vanaf zijn vroege jeugd, samen met anderen, een eigen zingevingssysteem ontwikkelt. Hieronder verstaat zij 'Het geheel van aanleg en opvoeding, waarden en normen, van herinneringen en verwachtingen, van beelden en opvattingen, met behulp waarvan de mens zijn leven zin en richting geeft.', M. van Zanten-van Hattum, *Leren omgaan met levensvragen*, Baarn: Ten Have, 1994, 44v.

¹⁵⁸ Pargament verstaat onder coping het mentaal en praktisch kunnen omgaan met, incasseren en hanteren van zowel de feiten als ervaringen van een crisis, een ontwrichtende en omvattende gebeurtenis, die - het gevoel van veiligheid ontnemt, - het gangbare functioneren bemoeilijkt, of verstoort en - buiten de gangbare betekenisvaarders valt, zoals een ernstige ziekte, onverwacht overlijden, of scheiding. Bij coping gaat het om een proces (het voorafgaande heeft invloed op het volgende en vice versa), dat betrekking heeft op verschillende levensdomeinen: materieel-praktisch, somatisch, emotioneel, cognitief, relationeel en integratief. De veelheid aan veranderingen brengt een groot aantal rouw- en verwerkingstaken met zich mee. K.I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press, 1997.

In de tweede plaats is de geestelijk verzorger gericht op ‘de evaluatieve aspecten van het zingevingsproces’, dat wil zeggen de interactie tussen de levensvisie van de cliënt enerzijds en diens psychische processen anderzijds. De geestelijk verzorger let dus in het bijzonder op de betekenis van de inhoud van levensvisies. Zock stelt dat geestelijk verzorgers door hun aandacht voor de manier waarop de betekenisgeving van de cliënt doorwerkt in diens psychische functioneren zowel hermeneutisch¹⁵⁹ ¹⁶⁰ als psychologisch geschoold dienen te zijn (p. 27).

Laten we nu kijken naar de methodische wijze van werken.

2.6.2 Methode: tussen presentie en interventie

De CIZ-medewerker uit de boven beschreven casus merkt op dat de geestelijk verzorger *alleen maar luistert*,¹⁶¹ hetgeen voor haar impliceert dat er geen sprake is van doelgerichtheid.¹⁶² Zoals we hierboven al zagen wordt de bijdrage van de geestelijk verzorger in de Beroepsstandaard omschreven als ‘*begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan*’. Van begeleiding is sprake als het zingevingsproces zijn vanzelfsprekendheid heeft verloren en zingevingsvragen aan de orde zijn. Het betreft hier ‘inhoudelijke ondersteuning en aandachtige presentie, *gericht op* erkenning en bevestiging van waarden en (levensbeschouwelijke) overtuigingen’.¹⁶³ De vraag kan worden gesteld of de hermeneutische benadering in dit verband wordt verbonden met ‘alleen maar luisteren’. Het doelgerichte werken waarvan ook sprake is, wordt dan blijkbaar niet gezien.

¹⁵⁹ Geestelijk verzorgers zijn deskundig op het gebied van religieuze en levensbeschouwelijke zingevingsystemen en geschoold in het filosofisch en ethisch reflecteren op waarden. Uitgangspunt zijn de verhalen die de cliënt vertelt over zijn of haar leven en hoe hij of zij hieraan betekenis heeft gegeven en geeft. Hierbij letten geestelijk verzorgers op de manier waarop de betekenisgeving van de cliënt doorwerkt in diens psychische functioneren. Zij beschikken hiertoe over zowel diagnostische als therapeutische vaardigheden (Beroepsstandaard 2002, p. 13). Zie ook de noten 189 en 190.

¹⁶⁰ Zock wijst erop dat de geesteswetenschappelijke scholing van geestelijk verzorgers, waarbij zij leren te reflecteren op vooronderstellingen en waarden en hoe deze zijn verankerd in concrete sociale, culturele en maatschappelijke contexten, ook noodzakelijk is om de tweede taak volgens de definitie van de VGVZ (‘de professionele advisering inzake ethische en /of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming) te kunnen vervullen.

¹⁶¹ Geen enkele geestelijk verzorger zal ontkennen dat zijn of haar werk allereerst een vorm van luisteren is en van ‘er zijn voor de ander’ door het aangaan van een relatie die gekenmerkt wordt door persoonlijke betrokkenheid en wederkerigheid, maar dat betekent niet dat er geen sprake is van doelgerichtheid of interventies.

¹⁶² Vgl. J.H.M. Mooren (red.), *Bakens in de stroom. Naar een methodiek van het humanistisch geestelijk werk*, Utrecht: SWP, 1999, 17v.: *De mythe van de doelloosheid van het handelen van humanistisch raadswerk*.

¹⁶³ Vooruitlopend op de volgende hoofdstukken zou je dit in indicatietermen onder de functie OB-alg kunnen laten vallen (zie 3.1). Als het evenwicht in het zingevingsstelsel is hervonden is het, met het oog op het kwetsbare bestaan dat de meeste cliënten leiden aan het einde van hun leven na alles wat zij hebben meegemaakt, belangrijk dit te ‘onderhouden’. Een gesprek eens in de drie of vier weken en vooral de wetenschap een beroep te kunnen doen op de geestelijk verzorger is dan meestal voldoende. Zie echter ook de evaluatie in dit verband onder 3.3.

Van hulpverlening is sprake 'als het zingevingsproces uit evenwicht is geraakt of een belangrijke rol speelt in het ontstaan van ziekte of stoornis'. Hierbij wordt opgemerkt dat het gaat om 'op verandering gerichte interventie en heling van het zingevingsproces' en dat geestelijke verzorging plaats vindt 'op basis van een diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie'.¹⁶⁴ Door geestelijke verzorging in de thuissituatie, op advies van het CVZ, te koppelen aan de functie activerende begeleiding heeft de overheid gekozen voor de geestelijk verzorger als professional met 'een gestructureerde interventie, programmatische aanpak, werkend volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode en een gerichtheid op het behalen van een van tevoren vastgelegd doel (Zie 3.1 Uitvoeringstoets en 3.3 Beleidsregels).

Zoals we hieronder zullen zien hebben veel geestelijk verzorgers moeite met de uitvoering van dit besluit, omdat zij dit zien in het verlengde van de beheersmatige aanpak van de zorg. Zij verzetten zich tegen (de gevolgen van) de instrumenteel-technische rationaliteit¹⁶⁵ (zie ook Baart 2006, 674vv.).¹⁶⁷ Binnen de geestelijke verzorging vinden op studiedagen, in tijdschriften en op de werkvloer dan ook veelvuldig discussies plaats over de methodiek. Onderwerp van gesprek in de debatten zijn in de meeste gevallen twee benaderingswijzen: het zogenaamde presentiemodel van Andries Baart¹⁶⁸ en het interventie- of behandelmodel. Sommigen zijn van mening dat het hier gaat om twee elkaar wederzijds uitsluitende modellen waartussen een keuze gemaakt dient te worden, terwijl anderen het belangrijk vinden beide modellen niet tegen elkaar uit te spelen.¹⁶⁹ De vraag waar het in de discussies om draait is in hoeverre de aard van de geestelijke verzorging verenigbaar is met het op een methodische wijze interveniëren en gericht zijn op het bereiken van bepaalde effecten, hetgeen dan in tegenstelling zou zijn tot het 'erbij zijn voor' of 'samen uithouden' van Baart.

Bij Baart fungeert het theoretische begrip 'interventie' als tegenhanger van 'presentie'.

¹⁶⁴ Dit zou je in indicatietermen tot de functie AB-alg kunnen rekenen (zie 3.2 en 3.3).

¹⁶⁵ H. Kunneman, M. Slob, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, Bunnik: LSBK, 2007, 8. Hierin komt naar voren hoezeer de normatieve professionaliteit onder druk staat in de thuiszorg.

¹⁶⁶ A. van Elteren, H.P. Kunneman, M. Rozing, *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2006, 81v.

¹⁶⁷ In de praktijk van de stage bleek ik weinig moeite te hebben met de uitvoering van dit besluit en geestelijke verzorging als hulpverlening, terwijl ik me tijdens en door mijn werk in de thuiszorg wel regelmatig opwind over de beheersmatige aanpak van de zorg en me verzet tegen (de gevolgen van) het bedrijfsmatige en marktgerichte model van de zorg (het productiedenken).

¹⁶⁸ A. Baart, *Een theorie van de presentie*, Den Haag: Lemma BV 2006³.

¹⁶⁹ A.R. Mackor, *Te meten of niet te meten: dat is de vraag*, Oratie Rijksuniversiteit Groningen, Amsterdam. Uitgeverij SWP, 2006. <http://irs.ub.rug.nl/ppn/290692598>.

Onder presentie verstaat hij het scheppen van een ruimte waarin de ander tevoorschijn kan komen als de mens die hij of zij is, door het schenken van zorgzame aandacht. Kenmerkend voor de presentiebenadering is het 'er zijn voor de ander' en 'aansluiten bij diens leefwereld en levensverhaal'. Centraal hierbij is een relatie aan te gaan met de ander en om te erkennen dat deze persoon voluit telt, hoe hij of zij er ook aan toe is en hoe hij of zij zich ook gedraagt.¹⁷⁰ Baart definieert presentie als een professionele wijze van zich (gevoelvol) verhouden tot mensen die in de knel zitten, opdat het hen goed doet en hem of haar niet in de steek laten: doorbreken van isolement, het opheffen van sociale overbodigheid en hem of haar opnemen in de kring van mensen.¹⁷¹

Baart is op zich niet tegen interventie¹⁷² als doelgericht tussenbeide komen, maar tegen interventie als de dominante en enige legitieme professionele zorgbenadering (666vv.) en de diagnostische, behandelingstechnische en verzorgingsfunctionele inrichting van zorg-(processen). Hiernaast kritiseert hij het ontbreken van denken in termen van zin, betekenisgeving, kwaliteit van leven en een bevredigende verhouding tot wat iemand overkomt (673, 676vv.).¹⁷³ Baart wijst op de misvatting dat presentie 'zijn' en interventie 'doen' zou zijn. In zijn visie kan er ook sprake zijn van doorgesloten presentie als de presentiebeoefenaar niet goed inschat wanneer interventiezorg nodig is, of wanneer deze interventies pleegt onder het mom van presentie, of als de presentierelatie verkeerd vorm krijgt. De kritiek van Baart geldt vooral 'interventie als systeem', dat hij als volgt beschrijft. Interventies worden door de meeste professionals in de zorg gezien als de kern van hun professionaliteit. Zij zijn opgeleid om te interveniëren en te werken volgens het diagnose-behandelmodel. Zij stellen zorg- of hulpvragen diagnostisch vast, stellen vervolgens een behandel- en zorgplan op, dat wordt uitgevoerd en geëvalueerd, waarna de professional zich ten slotte terug trekt. Als er een nieuwe zorgvraag komt begint het proces van voren af aan (173). Aan dit diagnosticeren wordt volgens Baart zoveel waarde gehecht, omdat het precies zou aantonen wat er aan de hand is en zo tot de beste aanpak leidt. Baart wijst erop dat er veel niet wordt gezien, dat de werkelijkheid wordt vervormd en dat degene die zorg nodig heeft zich niet, of slechts ten dele herkent in het beeld dat de professional zich van hem of haar vormt. Zo wordt er niet aangesloten bij wat er leeft, maar wordt de zorgvraag op maat gesneden van het behandelingsaanbod.^{174 175}

¹⁷⁰ In 650vv. beschrijft Baart hoe hij dit aangaan van een relatie en de concrete betrokkenheid hierbij invult.

¹⁷¹ Voor de beschrijving van de presentiebenadering als een 'er-zijn-voor' en de kenmerken ervan zie 732-752.

¹⁷² Baart merkt zelfs op dat dit type bijdrage aan ons welbevinden amper gemist kan worden (730-732).

¹⁷³ Vgl. ook het voorbeeld van A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement, 2008⁴, 106vv. Van Heijst schreef haar boek als reactie op de tijdens haar ziekteperiode opgedane ervaringen met de 'zorgfabriek' met zijn illusie van maakbaarheid en verbeterbaarheid.

¹⁷⁴ A. van Heijst, *a.w.*, 137v.

De kritiek van Baart betreft dus de analytische rubricerende diagnostiek.^{176 177} Op basis hiervan zijn er geestelijk verzorgers die alle vormen van levensbeschouwelijke diagnostiek afwijzen. Echter, Baart stelt dat met het op een doelgerichte, efficiënte, effectieve en vakkundige wijze verhelpen van mankementen op zich niet veel mis is. Interventies worden kwalijk als het interveniëren wordt verzelfstandigd tot een louter technische verrichting en als dit wordt verabsoluteerd tot het enige zorgaanbod en dit in tegenstelling tot presentie voor professioneel door mag gaan. Door de marktgerichte bedrijfsvoering dreigen interventies los te raken van het ingebed zijn in een zorgzame betrekking en te degenereren tot het doen van verrichtingen aan degene die zorg nodig heeft.¹⁷⁸ Formeel en vakkundig is er dan weliswaar sprake van een correcte omgang met onderdelen van mensen, maar intussen wordt er aan de mens zelf voorbijgegaan.

Argumenten die geestelijk verzorgers aanvoeren voor diagnostiek in het algemeen zijn dat deze - de basis vormt voor het zorgplan, waarmee de begeleiding kan worden afgestemd op de behoefte van de gesprekspartner, - een instrument biedt voor het evalueren van het eigen werk, - helpt het eigen werk inzichtelijker te maken voor andere professionals in de gezondheidszorg, - de kwaliteit van professionele zorg verhoogt, waarmee de hermeneutische competentie van de geestelijk verzorger wordt vergroot, - onderzoek mogelijk maakt, en - objectivering van het eigen werkveld mogelijk maakt. Dit laatste is van belang voor de professionaliteit van de geestelijk verzorger en voor het afleggen van verantwoording en het verkrijgen van indicaties.

Zock beschouwt bovenstaande discussies eveneens in het licht van de standaardisering in de zorg in het verlengde van de dominante doelrationele zorgbenadering en bedrijfscultuur, naast de professionele identiteitscrisis, die wortelt in de ontkerkelijking.¹⁷⁹ Ook zij signaleert onbehagen over de strategische inrichting van de zorgsector: zorgprocessen zijn diagnostisch, behandelingstechnisch en verzorgingsfunctioneel vergaand gepland, met alle gevolgen vandien voor zorgontvangers, hun naasten en zorgdragers.¹⁸⁰

¹⁷⁵ Baart typeert in A. Baart, 'Een bevredigende relatie tot het leven helpen ontwikkelen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*. Themnummer: *Verrassend professioneel*, 8 (36) 2005, 23-33, in noot 8 de analytische en biografische diagnostiek als volgt: in de analytische gaat het erom een kwaal te begrijpen (een fout ding dus) en in de biografische diagnostiek om het begrijpen van wat goed is voor deze mens.

¹⁷⁶ De narratieve en biografische diagnostiek zijn volgens hem wel verenigbaar met de presentiebenadering.

¹⁷⁷ J. Bouwer, *Pastorale Diagnostiek: modellen en mogelijkheden*, Zoetermeer: Boekencentrum, 1998, 96.

¹⁷⁸ Voor voorbeelden hiervan zie Van Heijst, *a.w.*, 2008⁴, 133, 134.

¹⁷⁹ Zock, T.H., 'It takes two to Tango', De beroepsidentiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende context', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 9 (40) 2006, 5-15, 14 aldaar.

¹⁸⁰ Ter illustratie geef ik de missie en visie weer van een grote thuiszorgorganisatie. Missie februari 2007: X. wil de best georganiseerde producent (sic!) en leverancier zijn van levensloop-ondersteunende zorg en diensten, naar behoefte van de klant. Dat is de missie van X. Visie 2007: X. wil de spil zijn in een samenleving waar steeds

Mackor is zich eveneens bewust van de mogelijk perverterende gevolgen van standaardisering van geestelijke verzorging,¹⁸¹ maar wijst ook op de positieve effecten van het gebruik van standaarden in de zorg. Zij pleit ervoor zorgvuldig onderscheid te maken tussen de verschillende soorten, functies en kosten van standaarden en maakt voor haar analyse van standaardisering onderscheid tussen vakinhoudelijke en organisatorische standaarden (25).

Aan de hand van een voorbeeld toont Mackor aan hoe standaarden interdisciplinaire afstemming van de geestelijke verzorging mogelijk maken (34vv.) Zij kunnen een bijdrage leveren aan het ook in de boven beschreven casus gesignaleerde probleem dat voor andere professionals onduidelijk is wat geestelijke verzorging is en waarin zij zich methodisch onderscheidt van andere disciplines, zoals psychologie en maatschappelijk werk (33).

Mackor noemt als centrale functie van standaardisering het transparant maken van het zorgproces voor de professional zelf, voor andere professionals, patiënten, externe toezichthouders of het grote publiek (25). Als voordeel van transparantie noemt zij niet alleen het eenvoudiger kunnen afleggen van verantwoording, omdat inzichtelijk is wie wat gedaan heeft en waarom, maar ook verbetering van de kwaliteit van het zorgproces.¹⁸² Zij wijst erop dat het hierbij niet alleen gaat om doelgerichtheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid, maar ook om de toegankelijkheid en rechtvaardige verdeling van zorg. Als tegenargument tegen de door geestelijk verzorgers gevreesde reductie van geestelijke verzorging tot een doelrationele in plaats van een waarderationele activiteit, als gevolg van het meten van de resultaten ervan, omschrijft zij het doelgerichte van de geestelijke verzorging als 'het versterken van de mogelijkheden om zin te geven en zin te ervaren, meer in het bijzonder als de zingeving verstoord is door ziekte of handicap' (29).

meer (alleenstaande) ouderen, chronisch zieken en mensen met beperkingen leven en waar ouders vragen om ondersteuning bij de opvoeding van hun kinderen. Levensloop-ondersteunende zorg en diensten stellen mensen in staat zich te redden en midden in de samenleving te wonen. X. is er vierentwintig uur per dag. Dat is de waarde van de zorg en diensten, dat is de waarde van X. Continuïteit in zorg en diensten voor alle doelgroepen in de breedste zin van het woord, gedurende hun hele levensloop enz. *Missie 2008*: Wij streven ernaar u zo lang mogelijk de regie over uw eigen leven te laten voeren. We willen u daarbij een zo goed mogelijke bestaanskwaliteit bieden. *Visie 2008*: U bepaalt bij ons zelf welke zorg u wilt afnemen en hoe dat moet gebeuren. Samen met u inventariseren wij uw zorgbehoeften en stellen wij een passend zorgpakket samen. In onze visie staan mensen centraal. Onze medewerkers dragen betrokkenheid, respect en gelijkwaardigheid uit. Dat zorgt voor een plezierige omgang tussen cliënten en medewerkers en levert een betere kwaliteit van zorg op.

¹⁸¹ De voor de professie van de geestelijke verzorging typerende existentiële en morele vragen zouden door de marktwerking en de daarmee gepaard gaande roep om efficiency, meetbaarheid en transparantie verdrongen kunnen worden en omgevormd tot technisch oplosbare problemen, of dat professionele zorg, zoals de geestelijke verzorging, waarvoor (nog?) geen evidence based kennis beschikbaar is op termijn het veld zal moeten ruimen, omdat zij haar doeltreffendheid niet kan aantonen: 'moeilijk bewijsbare en meetbare aspecten van zorg dreigen uit beeld te verdwijnen'. A.R. Mackor, 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (44) 2007, 21-37, 24 aldaar.

¹⁸² Mackor wijst erop dat transparantie en verantwoording 'als mantra's' terecht gekritiseerd worden, waardoor echter uit het oog wordt verloren dat standaarden ook inhoudelijke functies kunnen vervullen.

Op dat doel mag de geestelijke verzorging worden ‘afgerekend’ en gevraagd aan te tonen dat zij hieraan bijdraagt.

Baart zegt iets vergelijkbaars. Van de geestelijke verzorging kan volgens hem geëist worden dat zij zich afdoende kan verantwoorden over hoe zij tot een gedegen inzicht komt en dat zij transparant is over inzicht en handeling. Deze eis geldt ook de nuttige opbrengst van het werk en de inzet van de juiste middelen.¹⁸³ Blijft het feit dat evidence based onderzoek moeilijk is, omdat niet duidelijk is hoe de effectiviteit van geestelijke verzorging onderzocht kan worden. ‘Bij geestelijke verzorging gaat het immers juist om de vraag achter de technisch oplosbare vraag; de vraag die de patiënt soms zelf niet expliciet stelt en waarvoor geen ‘oplossing (mogelijk) is’, maar waarvoor soms ‘alleen’ een luisterend oor wordt geboden’ (Mackor 29).¹⁸⁴

Algemeen wordt aangenomen dat het vermogen tot zingeving het geestelijk welbevinden bepaalt (Beroepsstandaard p.9).¹⁸⁵ De geestelijk verzorger heeft, zoals uit het bovenstaande naar voren komt, een begeleidende en hulpverlenende taak bij het specifieke zingevingproces dat op gang komt als een mens onverwacht wordt geconfronteerd met ingrijpende ervaringen (contingentie, existentiële ervaringen). Binnen de geestelijke verzorging speelt deze ‘ultieme zingeving’ in het bijzonder als mensen teruggeworpen worden op de existentiële wortels van hun bestaan. Dit kan gebeuren als zij plotseling worden getroffen door een ernstige ziekte, verlies of ongeval, maar kan ook het gevolg zijn van alles wat iemand heeft meegemaakt in zijn of haar leven; zaken die niet te verhelpen zijn en waartoe zij zich opnieuw moeten leren verhouden. Mensen zijn geraakt in het diepst van hun wezen (hun existentie) en de seculiere of religieuze levensbeschouwing, die hen tot dan toe steun bood, doet dat nu niet of onvoldoende meer bij het zoeken naar bevredigende antwoorden op vragen om zodoende zin (betekenis / samenhang) te kunnen geven aan hun leven.^{186 187}

¹⁸³ A. Baart, ‘Een bevredigende relatie tot het leven helpen ontwikkelen’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, Themanummer: *Verrassend professioneel*, 8 (36) 2005, 23-33, 30 aldaar.

¹⁸⁴ Vgl. de hierboven genoemde ‘geestelijke begeleiding’ als ‘inhoudelijke ondersteuning en aandachtige presentie, gericht op erkenning en bevestiging van waarden en (levensbeschouwelijke) overtuigingen’ in de Beroepsstandaard. Zie ook noot 163.

¹⁸⁵ Vgl. J.M. van der Lans, ‘Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress’, in: J.M. van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen*, Tilburg: KSGV, 2006, 72-127.

¹⁸⁶ Het komt ook veelvuldig voor dat mensen deze vragen niet expliciet stellen, maar dat ze doorschemeren in verbittering, wanhoop, moedeloosheid of boosheid.

¹⁸⁷ H. Rijksen, A. van Heijst, *Levensvragen in de hulpvraag. Een werkboek voor hulpverleners en pastores*, Tilburg: Damon 1999, 35-45. Rijksen en Van Heijst onderscheiden zes groepen levensvragen: 1) existentiële (over eigen bestaan: wie ben ik eigenlijk?), 2) relationele (over relaties: hoe kijk ik uiteindelijk tegen anderen aan? bijv. bij vragen over het waarom van in een relatie blijven als je weet dat je gebruikt wordt), 3) temporele (over de tijd: hoe kijk ik uiteindelijk tegen de tijd aan? bijv. bij levensmoe zijn), 4) ecologisch-biologische (over de natuur: hoe kijk ik uiteindelijk tegen de natuur aan? bijv. bij grenzen van de geneeskunde), 5) over het mense-

Om verder te kunnen moet het 'schema' waarmee de gebeurtenis wordt geïnterpreteerd (de levensbeschouwing) vaak opnieuw worden 'geconstrueerd.' De geestelijk verzorger begeleidt de betreffende mens bij deze reconstructie en verleent zo hulp bij de zingeving aan het gebeuren. Zij let hierbij in het bijzonder op de bronnen die naar voren komen in het levensverhaal en waaruit de cliënt tot nu toe heeft geput. Door open te staan voor datgene wat de ander beweegt, probeert zij al luisterend naar zijn of haar verhalen in een relatie en in dialoog de vraag achter de vraag te ontdekken en een voorlopige levensbeschouwelijke diagnose te stellen.¹⁸⁸ Zij kan dit mede doen door na afloop van het gesprek de inhoud ervan te analyseren met behulp van een diagnostisch model en hierop te reflecteren. Vanuit deze diagnose ontwikkelt zij haar plan en stemt zij haar interventies en methodieken af op het niveau van waaruit de zorgvraag wordt gesteld.¹⁸⁹ Op deze wijze helpt de geestelijk verzorger mensen hun leven op orde te brengen, er weer zin in te krijgen, er lijn in te ontdekken, of als dit niet meer mogelijk is het leven samen met hen uit te houden.¹⁹⁰

Met betrekking tot deze (pastorale¹⁹¹) diagnostiek merkt Baart op dat voor het professioneel uitgeoefende beroep van geestelijk verzorger de beheersing van het diagnosticeren als de kunst om op een betrouwbare, niet willekeurige wijze te kunnen zeggen wat er aan schort en waaraan gewerkt zal gaan worden, opdat er verbetering optreedt, van cruciaal belang is, vooral omdat nu ook financiers eisen dat geestelijk verzorgers hiertoe bekwaam zijn. (Vgl. ook de Beroepsstandaard; 13-17). Baart noemt de onnodige kramp van geestelijk verzorgers en de beperking die zij zich in dit verband opleggen. Bij diagnostiek kun je namelijk ook denken aan een meer narratieve vorm, die minder in het teken staat van het verzamelen en ordenen van ogenschijnlijk losse symptomen, van het analyseren van het geheel en onderbrengen van enkele deelbevindingen in een alles overkoepelend systeem van inzichten. Bij een 'narratief-biografische diagnostiek' gaat het vooral 'om het vinden en reconstrueren van de grote lijnen, de samenhangen en het geheel van het 'geleefde leven' en de uitleg daarvan voor de betrokkene'.

lijk handelen: hoe kan iemand zoiets doen?) en 6) over beperktheid en eindigheid (over lijden en dood: mag ik zelf over mijn leven beslissen?

¹⁸⁸ Het betreft hier altijd een momentopname en de 'diagnose' zal steeds moeten worden bijgesteld.

¹⁸⁹ Het zingevingproces speelt zich af op vier niveaus, die wel van elkaar te onderscheiden, maar niet te scheiden zijn: het cognitieve (feitenlaag), emotionele (gevoelslaag), relationele (gedrags- / sociale, of identiteitslaag) en het spirituele (spirituele laag).

¹⁹⁰ 'Levensbeschouwelijke diagnostiek in de context van de geestelijke zorgverlening is een taxatie die een geestelijk verzorger in de dialoog met de hulpvrager maakt van diens spirituele nood, behoefte of pijn met het doel het beleven van de ander te begrijpen met het oog op de leniging of verwerking van die nood'. in: J. Bouwer, 'Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek...', in: J. Doolgaard (eindred.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 2006, 776.

¹⁹¹ Ik neem aan dat hij deze term gebruikt als synoniem van levensbeschouwelijke diagnostiek, omdat hij ook verwijst naar Bouwer.

¹⁹² Vragen die in dit verband gesteld worden zijn dan: 'Waar draait het om in dat leven?', 'Wat zijn er de centrale waarden van?' 'Wat staat er op het spel en wat is daarmee in strijd?', 'Hoe worden in dat leven grote gebeurtenissen gezien en benoemd?' en 'Wat zijn zulke gebeurtenissen en wat wordt als ondraaglijk ervaren?'. Baart wijst erop dat het precies deze 'narratieve, biografische diagnostiek' is die centraal staat in de presentiebenadering, inclusief het metaniveau ervan; het interpreteren van de verhalen (27).

De interventie- en presentiebenadering hebben volgens Baart wel hun eigen domein.¹⁹³ Baart beschouwt presentie vooral als geschikt voor mensen in moeilijke situaties, die lijden aan complexe en meervoudige problemen, of aan iets dat niet te verhelpen is en die op zichzelf worden teruggeworpen. Bij enkelvoudige problemen die te overzien zijn, als een deelgebied of verschillende deelgebieden van iemands bestaan zijn aangetast en er iets te verhelpen (genezen, of te verlichten) valt, is interventie een goede vorm.¹⁹⁴

Geestelijk verzorger Smit, die bezig is met een promotieonderzoek over de methodiek van de geestelijke verzorging, beschrijft in een artikel de ervaring die ik ook verschillende malen heb opgedaan, namelijk dat je interventie kunt beleven als presentie en omgekeerd het effect van presentie kunt ervaren als 'hulp' bij een probleem (interventie). Op grond van bestudeerde casus in de literatuur stelt Smit dat professionals die werken met diagnostiek gebruik maken van de zogenaamde 'omweg', die kenmerkend is voor de presentiebenadering.¹⁹⁵ De omweg houdt in 'dat je een probleem oplost door het er juist *niet* over te hebben, in het vertrouwen dat 'de vraag achter de vraag' zich wel openbaart' (22). Een directe en methodische benadering van zingevingsvragen blijkt namelijk niet altijd even adequaat te zijn. De waarde van scholing in de pastorale diagnostiek bestaat er volgens Smit uit dat men een referentiekader en woorden beschikbaar krijgt om de crisis te benoemen, te plaatsen en de geestelijke verzorging daarop af te stemmen. Hij illustreert het feit dat ook in een diagnostisch georiënteerde geestelijke verzorging de 'onherleidbare betekenis van de relatie zich onvermijdelijk meldt' met behulp van de wijze waarop wordt teruggekeken op het contact.

Wie in staat is geweest om iemand door diagnostiek en interventie te helpen zijn of haar leven als nieuw te zien, is die ander zeer nabij gekomen. Wie zo geholpen is zal de diagnosticerende en interpreterende helper als waardevol medemens aanvaarden en een bijzondere band met hem of haar voelen (24).

¹⁹² A. Baart, 'Een bevredigende relatie tot het leven helpen ontwikkelen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging. Themanummer: Verrassend professioneel*, 8 (36) 2005, 23-33, 27 aldaar.

¹⁹³ A. Baart, Een theorie van de presentie, Den Haag: Lemma BV 2006³, 774.

¹⁹⁴ Voorwaarde is dat deze plaatsvindt binnen een zorgzame relatie met aandacht voor het unieke van deze mens.

¹⁹⁵ J. Smit, 'Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen. Over diagnostiek, presentie en geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (46) 2008, 18-25.

Smit toont aan dat zowel de presentietheorie, die het accent legt op het interpersoonlijke, relationele, fysieke en participatieve karakter van de geestelijke verzorging als de diagnostische theorievorming, die het cognitief-inhoudelijke en hermeneutische karakter van de geestelijke verzorging benadrukt, wezenlijk zijn voor een goede geestelijke verzorging.

Zoals we in deze paragraaf lazen en in de volgende (3.2) verder zal worden uitgelegd, biedt de overheid met de ‘Uitvoeringstoets geestelijke verzorging’ de geestelijk verzorger de mogelijkheid van begeleiding bij coping en zingeving in de thuissituatie (onder de functie AB)¹⁹⁶ en hebben veel geestelijk verzorgers moeite met dit besluit. Uit het bovenstaande komt echter naar voren dat presentie en interventie beide wezenlijk deel uitmaken van het werk van de geestelijk verzorger en niet zonder elkaar kunnen bestaan. De geestelijk verzorger kan dan ook met alle liefde, kennis en kunde een betrokken relatie aan gaan en proberen samen met degene die zorg nodig heeft te begrijpen wat er aan de hand is, waar de pijn zit en wat er aan te doen is, zodat verholpen kan worden wat te verhelpen is.

2.7 Samenvatting

Zoals we hebben gezien is de ontwikkeling van de huidige gezondheidszorg in eerste instantie te danken aan particulier initiatief, geïnspireerd door levensbeschouwelijke en morele motieven. In de beginsituatie bestaat het werk van de zo ontstane kruisverenigingen naast zorg voor zieken vooral uit armenzorg. Vanaf 1920 wordt deze zorg gekoppeld aan sociale hervormingen met betrekking tot volkshuisvesting, bestrijding van besmettelijke ziekten, kindbescherming en sociale wetgeving. In de dertiger jaren komt er binnen het kruiswerk ook aandacht voor gezinsverzorging, die na en als gevolg van de Tweede Wereldoorlog enorm groeit en als opbouwwerk vorm krijgt als ‘maatschappelijk werk’. Tot 1990 gaan gezinsverzorging en maatschappelijk werk samen onder de noemer ‘maatschappelijke dienstverlening’. In dat jaar worden kruiswerk en gezinsverzorging samengevoegd en komt voor deze zorg de term ‘thuiszorg’ in zwang. Het maatschappelijk werk valt voortaan onder de Welzijnswet en wordt gesubsidieerd door de gemeenten. Met de invoering van de AWBZ in 1968 komt de financiering en regulering van het kruiswerk/Thuiszorg in handen van de overheid, met als gevolg professionalisering, bureaucratisering en schaalvergroting door fusies.

¹⁹⁶ Waarbij sprake is van een gestructureerde interventie, programmatische aanpak, een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode en een gerichtheid op het behalen van een van tevoren vastgelegd doel.

Om de kosten te beheersen doet in de jaren daarna onder invloed van de politiek de marktwerking haar intrede met de hierbij behorende concurrentie tussen zorgaanbieders. Beide ontwikkelingen leiden ertoe dat de zorgsector, waaronder de Thuiszorg, steeds meer wordt ingericht naar het bedrijfsmatige en marktgerichte model van instrumenteel-technische rationaliteit (2.4). Kunneman c.s. wijzen op de gevaren hiervan en laten in hun onderzoek zien hoe de economische en managementlogica de persoonlijke zingeving en morele betrokkenheid ondermijnt (2.5). Dit komt in de Thuiszorg naar voren in de moeite die zorgverleners moeten doen om betrokken en geïnspireerd te blijven en uit zelfbehoud hun werk niet te gaan 'doen als ding', waardoor zorgvragers zich op hun beurt weer als een nummer behandeld voelen. Zoals we in 2.6 zagen hebben ook veel geestelijk verzorgers moeite met de beheersmatige aanpak van de zorg, die eveneens in instellingen is doorgedrongen en verzetten zij zich tegen (de gevolgen van) deze instrumenteel-technische rationaliteit. De debatten over de vermeende tegenstelling presentie-interventie,¹⁹⁷ diagnostiek en standaardisering in de zorg bleken in dit licht te kunnen worden gezien.

Vanaf 2003 wordt de AWBZ gemoderniseerd en gaan ook verzorgingshuizen thuiszorg bieden. In de regionale thuiszorgorganisaties ligt de nadruk vooral en in toenemende mate op complexe zorg; verpleging van en zorgverlening aan zieke en stervende mensen en aan postoperatieve patiënten al bieden ook zij thuisbegeleiding. Voor de thuiszorg die geleverd wordt door extramuraliserende zorginstellingen (soms gefuseerd met stichtingen van oorspronkelijke gezinsverzorging) staan meer de huishoudelijke en verzorgende taken voor oudere en kwetsbare mensen op de voorgrond.

In het volgende hoofdstuk staat de vraag centraal welke mogelijkheden de huidige wettelijke kaders bieden om de geestelijke verzorging in de thuissituatie te financieren.

¹⁹⁷ De keuze voor presentie hangt samen met de voorkeur voor de functie OB in plaats van AB, waarbij zoals we in 3.2 en 3.3 zullen zien, sprake is van gerichte interventie.

3. Wetgeving en financiering

Zoals in de inleiding naar voren kwam zoek ik in deze scriptie onder andere naar een antwoord op de vraag hoe de geestelijke verzorging in de thuiszorg binnen de huidige wettelijke kaders gefinancierd kan worden. Eén van de belangrijkste wetten op het gebied van de kwaliteit van zorg en voor de geestelijke verzorging is de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die op 1 april 1996 in werking is getreden (3.1). In 2006 is door het CVZ in een Uitvoeringstoets advies uitgebracht over de geestelijke verzorging aan de staatssecretaris van VWS, waaraan zij haar beleid grotendeels heeft aangepast (3.2). In het vorige hoofdstuk kwamen in verband met de vermaatschappelijking van de zorg en de marktwerking in de thuiszorg de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning al terloops ter sprake als relevant voor de financiering van de geestelijke verzorging extramuraal (3.3).

In de volgende paragrafen geef ik eerst de inhoud van de drie wetten en de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging weer voor zover deze van belang is voor de geestelijke verzorging in het algemeen. Vervolgens ga ik na welke ruimte de drie kaders bieden voor de financiering van de geestelijke verzorging.

3.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen¹⁹⁸

De centrale gedachte van de Kwaliteitswet is dat instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening. Zij moeten daarom ruimte hebben om hun kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen en aan te sluiten op de eigen situatie. In deze wet worden de volgende eisen gesteld aan zorginstellingen:

- Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg bieden, d.w.z. zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (Art. 2).
- De zorgaanbieder is verplicht de zorgverlening zo te organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg (op basis van bewust beleid). Bij verblijf van tenminste een **etmaal** in de instelling is de zorgverlener verplicht geestelijke verzorging ter beschikking te stellen, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt (Art. 3).
- Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (Art. 4).
- Zorgaanbieders moeten verantwoording afleggen van het gevoerde beleid en de kwaliteit van zorg in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag (Art. 5).

¹⁹⁸ *Kwaliteitswet zorginstellingen*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 's-Gravenhage 1996. Zie ook <http://wetten.overheid.nl/cgi-bin/sessioned/textdocshow/itemrgl=3506/query=20776-...> Zie Bijlage 2.

Voor de geestelijke verzorging betekent het bovenstaande dat zij behoort tot de basisvoorwaarden van kwalitatief goede zorgverlening en dat instellingen in elk geval moeten voldoen aan de minimale eisen, die daaraan door de IGZ worden gesteld op basis van het 24-uurscriterium.¹⁹⁹ Behalve voor cliënten binnen de zorginstelling geldt het recht op geestelijke verzorging ook voor bewoners van aanleunwoningen die geëxploiteerd worden door de zorginstelling. Wonen in een dependance of in het hoofdgebouw maakt dus geen verschil.

De wet doet geen concrete uitspraken, maar als normstelling geldt algemeen één formatieplaats per 150-250 cliënten, afhankelijk van de aard van de instelling.^{200 201 202 203} In de in 2.3 genoemde Uitvoeringstoets wordt vastgesteld dat de kosten van geestelijke verzorging slechts een klein deel van het instellingsbudget bedragen (9). Huijzer wijst erop dat bezuinigingen op geestelijke verzorging *penny wise, pound foolish* kunnen zijn, omdat de waardering van cliënten, patiënten en bewoners voor geestelijke verzorging onveranderd hoog blijft.^{204 205}

206

¹⁹⁹ Dit 24-uurscriterium is verankerd in het in de grondwet vastgelegde recht op godsdienstvrijheid, waardoor instellingen wettelijk verplicht zijn geestelijke verzorging te bieden aan mensen die een etmaal of langer zijn opgenomen in een zorginstelling. Dit is de reden dat geestelijke verzorging wordt gefinancierd vanuit het totale budget van de instelling en niet vanuit een vergoeding gekoppeld aan indicaties. Mensen in de thuissituatie moeten zelf in hun behoefte aan begeleiding bij religie en spiritualiteit voorzien, ook in het full package. Zie 3.2.

²⁰⁰ L. van Gastel, A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg, Een onderzoek naar de invloed van omgevingsfactoren op de organisatiemogelijkheden van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel en de daarmee samenhangende beleidskeuzes*, Budel: Damon, 2007, 38.

²⁰¹ Rebel wijst erop dat, als directies willen bezuinigen op de geestelijke verzorging, geestelijk verzorgers een beroep kunnen doen op het in 2003 opgerichte Landelijke Platvorm Kerk & Zorg (LPKZ), waarbij diverse bij de geestelijke verzorging betrokken instanties een samenwerkingsverband zijn aangegaan. Het betreft hier de SoW-werkgroep Pastoraat in de Gezondheidszorg (PGZ), de VGVZ, het Contact-in-Overheidszaken, sectie gezondheidszorg (CIO-G), Reliëf (de gefuseerde Christelijke en Katholieke Zorginstellingen CVZ en KVZ), het Secretariaat-generaal van de Rooms-Katholieke Kerk en het Bureau Opleiding en Nascholing van predikanten en kerkelijk werkers in de SoW-kerken. J.J. Rebel, 'Geestelijke verzorging en wetgeving', in: J. Doolaard (eindred.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 2006, 105-109.

²⁰² Rebel wijst erop dat uit de Memories van Toelichting op de voorstellen voor de Kwaliteitswet en voor de Wet Geestelijke Verzorging geconcludeerd kan worden dat de wettelijke eis van beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de instelling bedoeld is om deze in haar pluriforme aanbod te waarborgen en wel in voldoende mate. De Commissie Hirsch Ballin kwam in 1988 in dit verband al met de aanbeveling voor een wettelijke regeling, die instellingen verplicht een adequaat aanbod van geestelijke verzorging te doen. In de Memoires van Toelichting op de wetsvoorstellen wordt ook steeds benadrukt dat geestelijke verzorging geen sluitpost is, maar wezenlijk onderdeel van de verschuldigde zorg. Rebel, a.w., 108.

²⁰³ Rebel acht het wenselijk en noodzakelijk dat het Voorstel-Wet op de Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen en Justitiële Inrichtingen alsnog tot Wet wordt verklaard voor een nog betere garantie ter bescherming van de geestelijke zorg. Rebel, a.w., 109. Zie ook noot 206.

²⁰⁴ R. Huijzer, 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging onder de loep', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 5-8, aldaar 8.

²⁰⁵ Vgl. Stichting Cliënt en Kwaliteit, *Alles naar wens? Rapportage Stichting Cliënt & Kwaliteit 2005*, Utrecht 2006, 34.

²⁰⁶ Op grond van de 'Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector' hebben cliënten in een zorginstelling de mogelijkheid om te klagen als er te weinig geestelijke verzorging beschikbaar is. De 'Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector' bepaalt dat de zorgaanbieder bij elk voorgenomen besluit over het algemeen beleid op het gebied van de geestelijke verzorging de Cliëntenraad in de gelegenheid moet stellen advies uit te brengen (verzwaard adviesrecht). Directies blijken volgens Rebel (zie noot 203) gevoelig te zijn voor de consequenties van deze wet.

Zorgaanbieders kunnen zich op het gebied van geestelijke verzorging profileren door geestelijke verzorging integraal aan te bieden als onderdeel van het zorgaanbod in de hele zorgketen. Zij geven hiermee aan belang te hechten aan een goede kwaliteit van zorg en oog te hebben voor de bijdrage die geestelijke verzorging biedt aan mensen in een kwetsbare fase van hun leven. Hiermee onderscheiden zij zich positief ten opzichte van concurrerende zorginstellingen.

De Kwaliteitswet is (mede) gericht op de geestelijke verzorging binnen de zorginstellingen. De Uitvoeringstoets doet, zoals we zullen zien, uitspraken over de extramurale geestelijke verzorging.

3.2 Uitvoeringstoets geestelijke verzorging²⁰⁷

De staatssecretaris van VWS²⁰⁸ heeft het College voor Zorgverzekeringen op 31 mei 2005 advies gevraagd of bij het extramuraliseren van verblijf niet alleen de zorgfuncties, maar ook de geestelijke verzorging ten laste van de AWBZ moet blijven.²⁰⁹ Bij verblijf in instellingen zagen we hierboven dat geestelijke verzorging onlosmakelijk onderdeel is van de zorg.

In het rapport, dat haar ruim een jaar later werd aangeboden onder de naam 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging', concludeert het CVZ dat geestelijke verzorging drie functies vervult: begeleiding bij coping en zingeving (a) het bieden van een vrijplaats (b) en begeleiding bij religie en spiritualiteit (c).

a) Begeleiding bij acceptatieproblemen en het leren omgaan met ziekte, beperking, of handicap en de acceptatie ervan, beïnvloedt het herstel en behoort al tot de normale begeleiding van patiënten in een behandeltraject (noodzakelijke zorg).²¹⁰ Voor zwaardere problematiek kan extra professionele zorg nodig zijn, die afhankelijk van de aard ervan, geleverd kan worden door een eerstelijnspsycholoog, maatschappelijke werker (bij mildere problematiek), sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV), geestelijk verzorger, of iemand met een andere professionele achtergrond. Het college geeft aan dat begeleiding bij zingeving onder de functie activerende begeleiding valt (zie 3.3).

²⁰⁷ CVZ, *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging*, Diemen 2006. Zie ook www.cvz.nl, of Bijlage 3.

²⁰⁸ J. Bussemaker, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

²⁰⁹ Haar vraag was of de geestelijke verzorging al of niet deel uit moest maken van het zorgpakket dat mensen ontvangen in de thuissituatie. Zij wilde weten 1) of, en zo ja welk, de nieuwe financieringsstructuur, waarbij marktwerking een belangrijk aspect is, effect zou hebben op de beschikbaarheid van geestelijke verzorging, en 2) of deze in gevaar komt of niet. Vgl. A.M. Hopman, 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 2-4, aldaar 2.

²¹⁰ het verzekerde pakket (deels onderdeel van geneeskundige zorg) in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

b) Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij de geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling, of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is en vertrouwelijk kan spreken (met iemand die de verzekerde begrijpt, maar ook de organisatie kent²¹¹) over de zorg en de eigen situatie. Voor iemand in een instelling is dit een noodzakelijk onderdeel van de verzekerde zorg. De vrijplaatsfunctie geldt ook het full-package,²¹² tenzij de verzekerde niet alle zorg betreft van één instelling.

c) De wet maakt met betrekking tot de begeleiding bij religie en spiritualiteit onderscheid tussen de verzekerde die fysiek gebonden is aan de instelling en thuiswonende cliënten, die extramurale zorg ontvangen. In de eigen woonomgeving moeten mensen zelf voorzien in begeleiding bij religie en spiritualiteit, ook in het full-package.

In reactie op de vraag van de staatssecretaris, in hoeverre de veranderingen in financiering van de zorg respectievelijk de toenemende vraagsturing er toe zouden kunnen leiden dat de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk zou komen te staan, merkt het CVZ op, dat als aanbieders concurreren op kwaliteit zij zich ook zullen willen profileren met het aanbod van geestelijke verzorging. Als zij gaan concurreren op de prijs komt de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk te staan, zoals dat ook geldt voor andere noodzakelijke onderdelen van de zorg, zoals fysiotherapie en dieetadvisering. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de taak te bewaken dat instellingen kwalitatief verantwoorde zorg bieden. Geestelijke verzorging is hier een onlosmakelijk onderdeel van.

Het beleid dat de overheid vanaf 1996 voert ten aanzien van geestelijke verzorging is consistent wat betreft het 24-uurscriterium in de lijn van de grondwet.²¹³ De geestelijke verzorging binnen instellingen wordt daarom gezien als onderdeel van de (noodzakelijke) infrastructuur (vaste kosten van de instelling) en is daarom ook (nog) niet opgenomen in DBC's.²¹⁴ De Uitvoeringstoets is wat dat betreft een eerste en belangrijke stap in de richting van geestelijke verzorging in de thuissituatie.

²¹¹ A.M. Hopman, 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 2-4, aldaar 3.

²¹² Het 'full-package' (volledig pakket thuis) is een equivalent van het verblijf in instellingen, tenzij de zorg door verschillende instellingen wordt geleverd. Behalve de woning levert de instelling alle zorg (inclusief voeding, drank en recreatie) die de verzekerde nodig heeft en er is dan ook feitelijk sprake van een gelijksoortige afhankelijkheid van de instelling als bij intramurale zorg.

²¹³ Het criterium voor het ontvangen van geestelijke verzorging is zoals we zagen de 24-uurs-afhankelijkheid van één zorginstelling op basis van het in de grondwet vastgelegde recht van vrijheid van godsdienst en scheiding van Kerk en Staat.

²¹⁴ Diagnose Behandel Combinatie.

²¹⁵ E.A.H. van Melle-Baaijens, 'Wat moet je d'r mee, met die DBC?', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 9-12.

De extramuraal werkende geestelijk verzorger zal duidelijk moeten maken, waarom zij in een bepaalde situatie de zorg moet leveren en niet de psycholoog, de SPV of de maatschappelijk werker als er sprake is van problematiek rond zingeving en coping.²¹⁶ Wat betreft de vrijplaats houdt de Uitvoeringstoets vast aan de situatie dat de cliënt een beroep op de vrijplaatsfunctie kan doen als hij een 'full-package' heeft. De staatssecretaris heeft dit advies over het bieden van een vrijplaats niet overgenomen.

Het CVZ gaat er in de lijn van de grondwet vanuit dat mensen in de thuissituatie zelf verantwoordelijk zijn voor steun bij religie en spiritualiteit en dit moeten regelen door zich al of niet aan te sluiten bij een levensbeschouwelijk(e) instelling of genootschap. Dit betekent dat zij hiermee voorbijgaat aan het feit dat nog slechts 28% van de bevolking verbonden is aan een levensbeschouwelijke instelling. Uit een onderzoek naar leefstijlen in zingeving is namelijk gebleken dat de groep mensen in ons land die een christelijke overtuiging aanhangt en hieraan vorm geeft in kerkverband uit ongeveer 25% bestaat. Samen met de 3% moslims en overige 'gebonden religieuzen' is deze 'zingevingstijl' kenmerkend voor 28% van de bevolking. Hiernaast is er een groep met een humanistische, of gematigd-humanistische overtuiging (26%) en een bijna even grote groep van 'ongebonden spirituelen'.²¹⁷

Het CVZ gaat er ten onrechte vanuit dat mensen die behoefte hebben aan begeleiding bij levensvragen bij een kerk behoren en ziet kennelijk over het hoofd dat levensbeschouwing of religie in het algemeen en coping niet te scheiden zijn. In de praktijk blijkt namelijk dat existentiële vragen ontstaan als mensen getroffen worden door een ernstig verlies, door ziekte of een andere calamiteit, maar ook als het leven in de loop der jaren 'krimpt'. Chronische ziekte en ouderdom kunnen het moeilijk maken zin te geven aan het leven. Zij roepen het gevoel op van uitgerangeerd te zijn. Schols signaleert dat het erop lijkt dat deze mensen voor de maatschappij vaak alleen maar overlast betekenen, hetgeen dit gevoel versterkt.²¹⁸

De paradoxale situatie doet zich nu voor dat mensen, die een etmaal of langer zijn opgenomen in een zorginstelling, een beroep kunnen doen op de geestelijk verzorger als zij in geestelijke nood verkeren en dit ook doen, onafhankelijk van het feit of zij behoren tot een levensbeschouwelijk genootschap.

²¹⁶ Tijdens de stageperiode is er voor drie cliënten een aanvraag gedaan voor de indicatie AB, waarvan er twee werden gehonoreerd (Zie bijlage 1).

²¹⁷ G. Kronjee, M. Lampert, 'Leefstijlen in zingeving', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, 171 – 208. Zie ook de noten 19-25.

²¹⁸ J.M.G.A. Schols, *De toekomst van de chronische zorg,ons een zorg? van oude structuren, de dingen, die voorbijgaan...*, Inaugurele rede Universiteit van Tilburg, 12 november 2004, 5.

Volgens de Kwaliteitswet moet de zorginstelling er immers voor zorgen dat er geestelijke verzorging beschikbaar is die aansluit bij de (al of niet seculiere) levensovertuiging van de betreffende cliënt. Ook mensen die voor een poliklinische behandeling in het ziekenhuis komen en geestelijke verzorging nodig hebben krijgen deze. Dit is volkomen geaccepteerd, omdat je mensen in nood bijstaat. Het beleid van de overheid is er op gericht mensen zolang mogelijk thuis te laten wonen en zo kort mogelijk op te nemen. Dit is mogelijk dankzij de thuiszorg, die 24 uur per etmaal beschikbaar is en de vooruitgang in de techniek (zoals personenalarmering, kunst- en hulpmiddelen). De behoefte aan geestelijke verzorging neemt hiermee, zoals we zagen echter niet af, maar eerder toe.^{219 220}

Het zou daarom goed zijn als de basis van de geestelijke verzorging, het recht op de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging, verbreed zou worden met bijvoorbeeld het autonomiebeginsel en criteria van kwaliteit van leven, zoals Schilderman suggereert.^{221 222} Deze laatste criteria sluiten goed aan bij de toonaangevende visie op zorg²²³ en zouden ook de extramuraal werkende geestelijk verzorger een legitimatie kunnen bieden voor het leveren van een integrale bijdrage aan de thuiszorg. Hierbij kan worden opgemerkt, dat vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw het vigerende thuiszorgconcept er één is van integrale zorgverlening en in het verlengde daarvan van een geïntegreerd zorgaanbod.²²⁴

Zoals we onder 3.2 a) zagen is begeleiding bij coping en zingeving onderdeel van de verzekerde zorg ten laste van de Zvw, of deze valt onder de functie activerende begeleiding. Wat deze functie inhoudt wordt beschreven in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (3.3).

²¹⁹ Zie noten 21-25, 38 en § 1.1.

²²⁰ Wat betreft de palliatieve zorgverlening wordt door de VGVZ onderhandeld over geestelijke verzorging in de thuissituatie. Deze wordt vaak als voorbeeld gesteld voor de gehele gezondheidszorg en kenmerkt zich door een holistische visie op de patiënt en haar omgeving; een gerichtheid op de vier zorgdimensies: fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel. Centraal staat het verbeteren van de kwaliteit van leven en het aandacht hebben voor de problemen waarmee patiënten met een levensbedreigende ziekte en hun familieleden worden geconfronteerd. Acceptatie van menselijke kwetsbaarheid en sterfelijkheid zijn hierbij belangrijke waarden. Zie ook C. Leget e.a., 'Geestelijke verzorging en palliatieve zorg: de tijd is rijp', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 11 (46) 2008, 27-39. Voor 2008-2010 is door het kenniscentrum Stichting Agora een plan van aanpak ontwikkeld, waarin geestelijke verzorging een belangrijk element is en waarmee pilots plaatsvinden. Zie www.palliatief.nl.

²²¹ H. Schilderman, 'De vraag naar het domein. Professionele identiteit van geestelijke verzorging', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 22-27, aldaar 26.

²²² Schilderman heeft interessante modellen ontwikkeld voor de geestelijke verzorging om ook in de toekomst op professionele wijze 'religieus kapitaal' te kunnen blijven investeren in de zorg. J.B.A.M. Schilderman, 'Religie en zorg in het publieke domein', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press 2006, 395- 411.

²²³ Zie 1.1 en noot 15.

²²⁴ Nationale Kruisvereniging, *Discussienotacontouren eerstelijns(gezondheids)zorg; een aanzet tot een beleidskader van de ontwikkeling van het kruiswerk*, Bunnik 1983, en *Kruiswerk in beweging*, Bunnik 1986. Kwaliteit van leven is ook hier uitgewerkt in de vier domeinen lichamelijke gezondheid, woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn.

3.3 Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en geestelijke verzorging

De beleidsregels zijn de richtlijnen van de staatssecretaris van VWS waaraan het CIZ zich moet houden bij de indicatiestelling AWBZ. Op 12 december 2007 heeft de staatssecretaris een aangepaste versie van de beleidsregels vastgesteld, die met ingang van 1 januari 2008 van kracht is geworden.

Zoals in 3.2 naar voren kwam is voor de geestelijke verzorging met name de aanspraak op de functie Activerende Begeleiding (AB) van belang. In artikel 7 Besluit Zorgaanspraken wordt Activerende Begeleiding (AB) als volgt omschreven:

Activerende Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten, gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische, psychogeriatrische, of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming of verergering van gedragsproblemen in verband met deze aandoening, beperking of handicap.²²⁵

De uitleg ('Doelstelling') van de functie, gebaseerd op het AWBZ-kompas van het CVZ, luidt voor zover van belang voor geestelijke verzorging in de versie van 1 januari 2008:

1. Het gaat om zorg die deel uitmaakt van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg. In verband met de meestal complexe problematiek is specifieke deskundigheid noodzakelijk, zoals van een verpleeghuisarts, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis. De problematiek is zo complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. De zorg kan individueel, of in groepsverband (in dagdelen) worden gegeven.
2. Er is sprake van een programmatische aanpak volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode, gericht op het behalen van een tevoren vastgelegd doel. De zorg is daarom in principe in de tijd begrensd. Tijdens of na afloop van het programma kunnen nieuwe of bijgestelde doelstellingen worden geformuleerd die leiden tot een ander of nieuw programma. Het gaat bij AB dus om beperkingen waarvan te verwachten is dat door een doelgerichte en methodische aanpak (blijvende) verbeteringen in het functioneren wordt bereikt, of verergering kan worden voorkomen. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor gemotiveerd, leerbaar en trainbaar is (sic!, L.S).
3. Activerende begeleiding kan ook gericht zijn op het leren omgaan van de mantelzorgers met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van degene op wiens naam de indicatie is gesteld. De begeleiding komt hem of haar direct ten goede.

De volgende indicatiecriteria zijn van belang voor de geestelijke verzorging:

- Er moet sprake zijn van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijk handicap.

²²⁵ Beleidsregel indicatiestelling AWBZ Bijlage 7; Activerende Begeleiding / versie 1 januari 2008. Zie bijlage 4.

- Als er sprake is van een psychiatrische aandoening of beperking kan de verzekerde toegang krijgen tot deze functie als het gaat om activerende begeleiding met een niet-geneeskundig doel.²²⁶
- Het CIZ beoordeelt of Activerende Begeleiding noodzakelijk is op basis van de informatie van de behandelaar. Deze bestaat uit een plan van aanpak waarin de te behalen doelen, stappen en acties zijn omschreven, evenals de omvang en frequentie van de zorginterventies. Zoals we al zagen moet er sprake zijn van een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode en aangegeven moet worden of het gaat om individuele zorg, of zorg in groepsverband. Als het om een nieuw, of bijgesteld programma gaat, moet een evaluatie van het voorgaande worden bijgevoegd.
- Aan de hand van het behandelplan moet het CIZ kunnen beoordelen of de problematiek waarop de activiteiten zich richten, daadwerkelijk tot het AWBZ-domein behoort.

Op grond van de bovenstaande 'Beleidsregel indicatiestelling AWBZ' en de indicatiecriteria zijn er goede argumenten aan te voeren voor geestelijke verzorging onder de noemer AB, waarbij altijd sprake is van een traject en mensen op weg worden geholpen. *De geestelijk verzorger stimuleert mensen om actief om te gaan met de existentiële vragen die zijn opgeroepen door de veranderde situatie met als doel samen te zoeken naar de mogelijkheden die er nog zijn met het oog op een zinvolle toekomst.*²²⁷

Echter, binnen de beroepsgroep is er niet sprake van één officieel uitontwikkelde methodiek. Belangrijk is vast te stellen wat het doel is dat je wilt bereiken. Dit moet worden omgezet in doelactiviteiten, die vervolgens worden omschreven met een fasering in de tijd.²²⁸ Helaas wordt de geestelijk verzorger in dit door CIZ-medewerkers gebruikte en bekende document niet expliciet genoemd, terwijl haar werkzaamheden volgens de door het CVZ opgestelde Uitvoeringstoets wel onder AB vallen (3.2).²²⁹

In artikel 6 van het Besluit zorgaanpakken (Bza) wordt Ondersteunende Begeleiding (OB)²³⁰ als volgt omschreven:

Ondersteunende Begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of *behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving*²³¹, te verlenen door een instelling.²³²

²²⁶ Voor de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening blijft ook de mogelijkheid van een PGB op grond van de AWBZ bestaan.

²²⁷ R. Huijzer, 'Staan voor je zaak', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 9 (38) 2006, 10-17, 13 aldaar.

²²⁸ De inhoud van de gesprekken blijft vanzelfsprekend buiten de omschrijving.

²²⁹ De vergoeding die voor Activerende Begeleiding wordt gegeven is hoger dan voor Ondersteunende Begeleiding. Het PGB-tarief voor Activerende Begeleiding bedraagt bij 0-1,9 uur per week € 51,85.

²³⁰ Deze functie komt in aanmerking als is vastgesteld dat Behandeling of Activerende Begeleiding geen oplossing biedt om de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving te bevorderen of te handhaven.

²³¹ In de omschrijving van deze functie wordt gesproken over *behoud van zelfredzaamheid en bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving*. Zoals we gezien hebben zijn deze termen kenmerkend voor het maatschappelijk werk. In de tweede helft van de jaren vijftig richtte het maatschappelijk werk zich op het vergroten van de mogelijkheden van mensen zich beter *te handhaven in de samenleving* en hun *participatie*

In de aangepaste versie van de beleidsregels die met ingang van 1 januari 2008 van kracht is geworden,²³³ is de aanspraak op de functie OB op basis van een somatische of psychosociale grondslag vervallen en wordt alleen nog een indicatie afgegeven voor Individuele Ondersteunende Begeleiding (OB-alg) als de cliënt in een palliatief terminale situatie verkeert, als Verblijf is geïndiceerd, of als de cliënt een dagdeel in een instelling verblijft. Mensen met de grondslag Somatiek moeten, zoals vroeger, voor ondersteunende begeleiding een beroep doen op hun sociaal netwerk, MEE-organisatie,²³⁴ vrijwilligerswerk, of het algemeen maatschappelijk werk.^{235 236}

Volgens de toelichting bij de invoering van dit artikel op 1 april 2003 in het Bza neemt OB de aandoening, beperking of handicap als gegeven en bouwt zij daarop verder. Het betreft activiteiten die de dagindeling ondersteunen en deelname aan de maatschappij bevorderen. Als voorbeelden worden gegeven: het structureren van de dag en het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven (helpen plannen van activiteiten, nemen van besluiten). De zorg kan zowel individueel als in groepsverband worden geboden. De functie OB kan worden toegewezen als is vastgesteld dat Behandeling of AB geen oplossing bieden om de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving te bevorderen c.q. te handhaven. De nog bestaande (of door Behandeling of Activerende Begeleiding herwonnen) functionaliteit wordt onderhouden. Het gaat niet om een programmatische aanpak zoals bij AB.

Deze binnen het Bza geboden mogelijkheid zou je kunnen zien als ‘*begeleiding van mensen bij zingeving aan hun bestaan*’. Van begeleiding is volgens de Beroepsstandaard sprake als het zingevingsproces zijn vanzelfsprekendheid heeft verloren en zingevingsvragen aan de orde zijn.

hierin te bevorderen (vgl. noot 72). Rond 1960 werden in verband met de snel veranderende samenleving als maatschappelijke problemen vooral *participatieproblemen* genoemd (vgl. noot). In 1988 wordt de functie van het maatschappelijk zoals we zagen omschreven als het ondersteunen van mensen bij het *oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving* (zie noot 75).

²³² Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, Bijlage 6; Ondersteunende Begeleiding – versie 1 januari 2008, Driebergen 2008.

²³³ *Uitwerking maatregel kwetsbare groepen*, VWS, 9 november 2007 en *Besluitbrief*, VWS, 12 december 2007.

²³⁴ Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking.

²³⁵ Voor de volgende groepen blijft ondersteunende begeleiding als aanspraak volledig bestaan, onafhankelijk van het feit of de zorg thuis, of in een instelling wordt geboden: verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten, psychiatrische en psychogeriatrische patiënten (bijv. dementerenden). Daarnaast blijft ook OB-algemeen bestaan voor somatische patiënten, die - in een instelling verblijven, - palliatief terminale zorg nodig hebben, of - hiernaast één of meerdere beperkingen hebben op verstandelijk, zintuiglijk, psychiatrisch, of psychogeriatrisch gebied.

²³⁶ In 2008 stelt het CIZ voor nieuwe zorgvragers geen indicatie meer voor OB-alg bij de grondslag psychosociaal. Voor hen wordt gebruik gemaakt van het CIZ-protocol Opvang (SIP/ijkcliënt); beoordeling van de noodzaak van individuele begeleiding en registratie.

Het gaat in dit geval om 'inhoudelijke ondersteuning en aandachtige presentie, gericht op erkenning en bevestiging van waarden en (levensbeschouwelijke) overtuigingen'.^{237 238} Voor mensen in moeilijke situaties, die lijden aan complexe en meervoudige problemen, of aan iets dat niet te verhelpen is en die op zichzelf worden teruggeworpen lijkt de beschrijving van de functie OB op het eerste gezicht beter te passen dan de functie AB.

De functie OB wordt, zoals we in het onderzoek in hoofdstuk 4 zullen zien, in de praktijk van de thuiszorg het meest aangevraagd. Deze functie is echter niet bedoeld voor geestelijke verzorging.²³⁹ Bovendien is het ook in situaties waarin mensen chronisch lijden mogelijk om te komen tot reconstructie van zin, die je tot AB kunt rekenen. 'Begeleiding' door een deskundige geestelijk verzorger leidt tot verandering, omdat 'alle goed luisteren' effect heeft. Dat is meer dan 'even een luisterend oor' dat anderen ook bieden. Echter, van AB wordt aangegeven dat deze in de tijd is begrensd. Je kunt na afloop wel weer een nieuw programma aanbieden, maar als er weinig tot niets meer te verhelpen valt, wordt in de Beleidsregels verwezen naar OB; een functie waarvoor mensen jarenlang kunnen worden geïndiceerd.^{240 241 242 243 244}

Hiermee is duidelijk geworden wat de wettelijke mogelijkheden voor het aanvragen van geestelijke verzorging in de thuiszorg zijn. Voor we verder gaan naar het meer praktische gedeelte van deze scriptie waarin we onderzoeken welke aanvragen voor geestelijke verzorging feitelijk al dan niet worden gehonoreerd, vat ik de bevindingen van het eerste theoretische deel van de scriptie samen en geef ik daarbij aan wat de implicaties zijn voor de geestelijke verzorging.

²³⁷ VGVZ, Beroepsstandaard voor de Geestelijk verzorger in zorginstellingen, Amersfoort 2002, 10.

²³⁸ Als het evenwicht in het zingevingsysteem is hervonden is het, met het oog op het kwetsbare bestaan dat veel cliënten leiden aan het einde van hun leven na alles wat zij hebben meegemaakt, belangrijk dit te 'onderhouden'. Een gesprek eens in de drie of vier weken en de wetenschap een beroep te kunnen doen op de geestelijk verzorger is dan meestal voldoende.

²³⁹ Het CVZ geeft in de Uitvoeringstoets in reactie op het verzoek van de VGVZ, ook de functie ondersteunende begeleiding als invulling van geestelijke verzorging expliciet te noemen, aan dat geestelijke verzorging nooit ondersteunende begeleiding is (14).

²⁴⁰ Hoewel een deel van de activiteiten van de geestelijk verzorger lijkt aan te sluiten bij de indicatie OB staat de vergoeding hiervoor niet in verhouding tot het salaris dat past bij de functie van de academisch geschoolde geestelijk verzorger (schaal 65). Aan de functie OB wordt ook invulling gegeven door de laagstgeschoolde zorgverleners.

²⁴¹ In verband met de enorme stijging van de aanvraag voor OB in verband met, of in plaats van huishoudelijke verzorging krijgt de zorgaanbieder met ingang van 2008 € 10, - minder per uur betaald. Het gemiddelde gecontracteerde tarief wordt daarmee € 32, -. Voor OB in het kader van palliatieve zorg wordt een uitzondering gemaakt. De vergoeding in het geval van een PGB voor ondersteunende begeleiding voor de tijdsduur van 0-1,9 uur per week blijft € 33,80. Zie noot 229.

²⁴² R. van Veen, 'Zorgondernemers in de knel na korting', *Trouw* 23 november 2007.

²⁴³ *Uitwerking maatregel kwetsbare groepen*, Ministerie VWS, Den Haag 9 november 2007.

²⁴⁴ Zowel het CVZ als het zorgkantoor adviseren mensen die geestelijke verzorging in de thuissituatie nodig hebben een PGB aan te vragen en zelf de zorg in te kopen.

3.4 Tot besluit

In de beschrijving van de ontwikkelingsgeschiedenis van de Thuiszorg uit het Kruiswerk zagen we hoe de gezondheidszorg zich in iets meer dan een eeuw ontwikkelt van liefdadigheid en armenzorg tot het zorgstelsel zoals wij dat nu kennen. Dit is naast de toenemende welvaart, de voortschrijdende inzichten op het gebied van hygiëne, preventie, opvoeding, volksgezondheid en wetgeving, mogelijk dankzij het Kruiswerk. (2.1, 2.2). Niet alleen de regionale thuiszorgorganisaties²⁴⁵ zoals wij die nu kennen, maar ook het algemeen maatschappelijk werk heeft zich via gezinsverzorging en opbouwwerk ontwikkeld uit het kruiswerk. In de verzuilde organisaties was aandacht voor het geestelijke aspect in de zorg als het ware ingebakken en vanzelfsprekend, maar geestelijke verzorging is nu een vreemde eend in de bijt, met alle gevolgen vanden dien voor de kwaliteit van zorg, de zorgvragers en de zorgverleners.

Door de veranderde wet- en regelgeving en het streven van de overheid mensen zolang mogelijk in hun eigen leefomgeving te laten wonen, zijn plaatselijke zorginstellingen in toenemende mate thuiszorg gaan bieden. Uit de verschillende voorgeschiedenis van de diverse organisaties die zorg bieden in de thuissituatie is zowel het verschil in zorgaanbod als dat van de patiëntenpopulatie te verklaren. In de regionale thuiszorgorganisaties ligt, zoals we zagen, anno 2008 de nadruk steeds meer op complexe zorg; de verpleging van en zorgverlening aan zieke en stervende mensen en aan postoperatieve patiënten. In de thuiszorg die door extramuraliserende zorginstellingen (soms gefuseerd met stichtingen van oorspronkelijke gezinsverzorging) wordt geboden, staan meer de huishoudelijke en verzorgende taken voor oudere en kwetsbare mensen op de voorgrond.

Het maakt dus verschil bij welk type thuiszorg je onderzoek doet en de bevindingen zijn dus niet zonder meer, maar wel enigszins, generaliseerbaar. Voor de geestelijk verzorger betekent dit dat de inhoud van zijn of haar werk er in de thuiszorg vanuit een verzorgingshuis bijvoorbeeld anders uitziet dan dat binnen een regionale thuiszorgorganisatie.

In 2.2 kwam naar voren hoe vanaf de Eerste Wereldoorlog de overheid de financiering en organisatie van de gezondheidszorg geleidelijk overneemt. Om de zorg betaalbaar en beschikbaar te houden wordt vanaf 2003 de AWBZ gemoderniseerd. De Thuiszorg wordt hier voor het grootste deel uit gefinancierd (2.3). Voor deze zorg is een indicatie nodig van het CIZ. Onderdeel van de vraagstelling van de scriptie in dit verband is dan ook hoe de indicatieprocedure voor geestelijke verzorging in de praktijk verloopt en hoe de extramurale geestelijke verzorging binnen de huidige wettelijke kaders gefinancierd kan worden.

²⁴⁵ door mij voor de duidelijkheid en zonder waardeoordeel 'de Thuiszorg' genoemd.

In 3.1 hebben we gezien dat geestelijke verzorging volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen weliswaar behoort tot de basisvoorwaarden van kwalitatief goede zorgverlening, maar dat het recht hierop is gekoppeld aan het 24-uurscriterium. In tegenstelling tot de geestelijk verzorger in instellingen kan de extramuraal werkende geestelijk verzorger dus geen beroep doen op deze wet.

De Uitvoeringstoets geestelijke verzorging bleek enige mogelijkheden te bieden voor de extramuraal geestelijke verzorging en wel onder de functie Activerende Begeleiding (3.2). De overheid heeft hiermee gekozen voor de geestelijk verzorger als professional met een gestructureerde interventie en een programmatische, methodische en doelgerichte aanpak.²⁴⁶ Binnen de wetgeving is er in artikel 6 van het Besluit Zorgaanspraken (3.3) ruimte voor de functie Ondersteunende Begeleiding als is vastgesteld dat AB geen oplossing biedt.²⁴⁷ Deze functie lijkt echter, naar de terminologie in het Bza te oordelen, volledig op het domein van de maatschappelijk werker te zijn geënt (3.3).²⁴⁸ De groep mensen met de grondslag psychosociale problematiek moet met ingang van 1 januari 2008 een beroep doen op de Wmo.

De beschrijving van het domein van de geestelijke verzorging was, zoals in de casus in 2.6.1 naar voren kwam, van belang voor de duidelijkheid naar zorginstellingen, het CIZ, het zorgkantoor en alle betrokkenen in het kader van de Wmo. Met betrekking tot de methode van de geestelijke verzorging kwamen zowel de taken van de geestelijk verzorger aan de orde als het spanningsveld waarin deze opereert en ook de termen waarin de inhoud van het vak wordt omschreven, zoals zingeving, existentiële vragen of levensvragen (trage vragen), vragen rond leven en dood en morele dilemma's.

Het debat over presentie en interventie wierp licht op de voorkeur die sommige geestelijk verzorgers hebben voor de functie OB. Zij komen in hun werk in aanraking met mensen in moeilijke situaties van chronisch leed, waaraan weinig te verhelpen is en die moet worden uitgehouden. De functie OB past volgens hen beter bij deze situatie dan de programmatische aanpak van de functie AB, die beperkt is in de tijd. Sommigen van hen zien deze op interventie gerichte aanpak van de functie AB bovendien in het verlengde van het vigerende beheersmatige beleid in de zorg waartegen zij zich verzetten, omdat dit volgens hen niet past bij de aard van hun werk (2.6.2).

²⁴⁶ Zoals we in 5.5 zullen zien adviseren het CVZ als het zorgkantoor mensen die geestelijke verzorging in de thuissituatie nodig hebben een PGB aan te vragen en zelf de zorg in te kopen.

²⁴⁷ Zie Bijlage 6.

²⁴⁸ Het maatschappelijk werk is vanaf de tweede helft van de jaren vijftig gericht op het vergroten van de mogelijkheden van mensen om zich beter te handhaven in de samenleving en hun participatie te bevorderen.

In het nu volgende praktische deel II beschrijf ik het onderzoek dat ik heb verricht met betrekking tot de geestelijke verzorging in de thuiszorg van Stichting Oosterlengte. Deze thuiszorg heeft haar oorsprong in vroegere organisaties van gezinsverzorging en is tegelijkertijd een vorm van extramuralisering, of ketenzorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen na fusie.

In dit onderzoek staat de vraag centraal in welke termen aanvragen voor geestelijke verzorging geformuleerd moeten worden en welke aanvragen gehonoreerd of afgewezen worden.

Deel II

ONDERZOEK BIJ OOSTERLENGTE

4. Inleiding

In Nederland is er, zoals we zagen in hoofdstuk 2, de laatste decennia veel veranderd in zowel de inrichting van de gezondheidszorg als de financiering ervan. De marktwerking doet haar intrede en de AWBZ wordt gemoderniseerd met als doel de cliënt met haar zorgvraag centraal te stellen, zorg op maat te leveren en de zorg in de eigen woon- en leefomgeving te stimuleren. In verband hiermee wordt vanaf 2003 de onverzekerbare zorg (care) aangeboden in de vorm van de zeven functies van de AWBZ. Op grond van de door het College voor Zorgverzekeringen op basis van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ uitgewerkte regelgeving bepaalt het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg wie recht heeft op welke onderdelen (functies) van de zorg. Als het CIZ de zorgaanvraag honoreert in de vorm van een indicatie kan de degene die de zorg nodig heeft deze ontvangen in natura, of in de vorm van een persoonsgebonden budget.

Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning is een deel van het budget van de AWBZ overgeheveld naar de Wmo-kas van de gemeenten. Het betreft de functies huishoudelijke verzorging, een deel van de ondersteunende en in de nabije toekomst ook een deel van de activerende begeleiding.

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat de intramurale geestelijke verzorging op grond van de Kwaliteitswet (art. 3) gegarandeerd is op basis van de functie 'Verblijf' en dat zij in het algemeen (nog) gefinancierd wordt uit de vaste kosten van de instelling. De extramurale geestelijke verzorging is voor de financiering afhankelijk van de indicaties AB (Uitvoeringstoets geestelijke verzorging) en OB (Besluit zorgaanspraken). Voor de aanvraag van de indicaties zijn nog geen criteria ontwikkeld en de indicatieprocedure verloopt in de praktijk moeizaam. Onder bepaalde voorwaarden zou de bijdrage van de extramuraal werkende geestelijk verzorger ook vergoed kunnen worden door de zorgverzekeraar (6.2; 97).

Zoals we in 1.4 zagen is het doel van deze scriptie het analyseren van de gronden waarop indicaties worden gehonoreerd dan wel afgewezen en het helpen verbeteren van de indicatiestelling geestelijke verzorging in de thuiszorg. Eén van de vragen die hiertoe moet worden beantwoord is hoe de zorgvraag, respectievelijk aanvraag voor een indicatie²⁴⁹ geestelijke verzorging in de thuiszorg, moet worden omschreven om door het Centrale Indicatieorgaan te worden gehonoreerd. Om deze vraag te kunnen beantwoorden geef ik in dit tweede deel een beschrijving van het feitelijke verloop van de aanvraag, honorering en afwijzing.

²⁴⁹ Het CIZ geeft in een indicatiebesluit aan welke zorg (functie) er is geïndiceerd, de hoeveelheid zorg (in klassen) waarop men recht heeft en de begin- en einddatum van de toegekende zorg.

4.1 Probleemstelling

In dit deel van de scriptie zoek ik een antwoord op de volgende vragen: 1) welke aanvragen worden feitelijk gehonoreerd of afgewezen? en 2) kan uit deze feitelijke honoreringen en afwijzingen in meer algemene termen iets worden gezegd over redenen voor toekenning of afwijzing en kunnen er dus richtlijnen worden gegeven voor de wijze waarop aanvragen moeten worden omschreven?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen onderscheiden:

1. Wie brengt de geestelijk verzorger in contact met haar cliënten?
2. Wie zorgt er voor de indicatieaanvraag?
3. In welke termen wordt de problematiek van de cliënt omschreven?
4. Op grond van welke argumenten honoreert het CIZ de indicatieaanvraag of wijst het deze af?

Overzicht werkwijze

Op basis van een literatuurstudie^{250 251 252} heb ik een voorlopige doelstelling en vraagstelling geformuleerd. Ik heb me vervolgens een beeld gevormd van de huidige situatie in de thuiszorg (hfst 2) en van het beleid rond de indicatiestelling met betrekking tot de geestelijke verzorging (2.3, 2.5). Hiernaast heb ik de wettelijke kaders onderzocht die van belang zijn voor de geestelijke verzorging, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen (3.1), de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging (3.2) en de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (3.3).²⁵³ Tegelijkertijd heb ik in de eerste twee maanden van de stage informatie ingewonnen met betrekking tot de visie van Stichting Oosterlengte op de (thuis)zorg in het algemeen en op geestelijke verzorging in het bijzonder (4).

Tijdens de door de extramuraal werkend geestelijk verzorger Marjet Bos gevoerde gesprekken heb ik in die tijd ook kennisgemaakt met negentien van de tweeëntwintig cliënten die zij begeleidt. Bos had hun hiervoor van tevoren toestemming gevraagd.

²⁵⁰ Op basis van een literatuurstudie met betrekking tot case-study's (noot 251) en kwalitatief onderzoek (noot 252).

²⁵¹ P.G. Swanborn, *Case-study's. Wat, wanneer en hoe?*, Amsterdam / Meppel: Boom, 2003³.

²⁵² D. B. Baarda, M.P.M. de Goede, J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief onderzoek*, Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff bv, 2005².

²⁵³ De beleidsregels indicatiestelling AWBZ zijn met ingang van 1 januari 2008 veranderd, zodat ik deze paragraaf opnieuw heb bijgewerkt.

Na afloop van elk gesprek heb ik hiervan een zo objectief mogelijk verslag gemaakt en voor zover mogelijk van elk van hen de door mij waargenomen problematiek omschreven zonder deze nog vast te leggen in termen als existentiële, of zingevingsproblematiek, verstoorde relaties of iets dergelijks. Van Marjet Bos heb ik de beschikking gekregen over een computeruitdraai van de omschreven problematiek van alle cliënten die zij per 15 november 2007 in haar bestand had en de reactie hierop van het CIZ. Voor een goed overzicht met betrekking tot de aanvraag van indicaties voor geestelijke verzorging heb ik de gegevens van de cliënten van Oosterlengte ondergebracht in kolommen. Om de privacy te waarborgen heb ik alleen het geslacht en de leeftijd genoteerd (5.2). Hiernaast heb ik gesprekken gevoerd met verschillende hoofden van thuiszorg Oosterlengte over hun ervaringen met geestelijke verzorging, het aanvragen van de indicaties en hun visie op het zorgleefplan.

In Nederland (5.5) heb ik dit gedaan in de drie vormen waarin geestelijke verzorging momenteel extramuraal wordt geleverd, namelijk in extramuraliserende setting vanuit een ketenzorgorganisatie: Zorgcombinatie Nieuwe Maas in Vlaardingen,²⁵⁴ ²⁵⁵ binnen een extramurale thuiszorgorganisatie: Thuiszorg Het Friese Land²⁵⁶ en in de praktijk van de vrijgevestigd geestelijk verzorger Truus van Kaam.²⁵⁷ Via internet heb ik contact gezocht met de betreffende organisaties en geestelijk verzorger en na toestemming telefonische interviews afgenomen aan de hand van de vier hierboven genoemde vragen. Via de betreffende websites had ik vooraf zoveel mogelijk informatie verzameld over de situatie waarin de geestelijke verzorging wordt verleend.

In het geval van Zorgcombinatie Nieuwe Maas (zie noot 254) heb ik voor het antwoord op mijn vragen contact gehad met de geestelijk verzorger van de pilot geestelijke verzorging extramuraal, een intramuraal werkende geestelijk verzorger en twee casemanagers. Ten slotte heb ik ook nog een mailwisseling gehad met het hoofd van de dienst Geestelijke Verzorging van Zorgcombinatie Nieuwe Maas.

²⁵⁴ Via een aan Marjet Bos gerichte mail met betrekking tot een advertentie voor een extramuraal werkende geestelijke verzorger kwam ik op het spoor van Zorgcombinatie Nieuwe Maas in Vlaardingen. Hier is in 2007 een pilot afgerond van een jaar om de behoefte aan geestelijke verzorging extramuraal te peilen. Op grond van de conclusie dat die er was is er een geestelijk verzorger aangesteld. In verband met de grote mate van onzekerheid rond wet- en regelgeving met betrekking tot de extramuraal geestelijke verzorging betreft dit een tijdelijke aanstelling van een jaar. <http://www.nieuwemaas.nl>.

²⁵⁵ Een zorgketen is een gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders, waarbinnen een totaalpakket van op elkaar afgestemde voorzieningen wordt geboden. Doel hiervan is het bereiken van een optimale continuïteit van het zorgproces. Zie noot 129.

²⁵⁶ Het Friese Land; Joke van den Elshout <http://www.thfl.nl>. Zie noot 284.

²⁵⁷ Truus van Kaam werkt als vrijgevestigd geestelijk verzorger in Lemmer. Zij is voorzitter van het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzorger.

Zie <http://www.geestelijkeverzorging.com/en> <http://www.geestelijkeverzorging-lemmer.nl>

Na afloop van de telefonische interviews heb ik hiervan een verslag gemaakt en deze met de via de website verkregen informatie via e-mail verstuurd met de vraag om het geheel door te lezen en onjuistheden hierin te corrigeren.

4.2 Oosterlengte, zorgketen voor Groningen

Thuiszorg Oosterlengte maakt deel uit van de Stichting Oosterlengte²⁵⁸ en is ontstaan uit vele kleine stichtingen, die vanaf midden vorige eeuw gezinsverzorging aanboden in de dorpen in Oost-Groningen. Oosterlengte heeft het werkgebied, dat inmiddels uit zeventien gemeenten in Noord, Midden en Zuid-Oost Groningen bestaat, verdeeld in de regio's Noord en Zuid Groningen. De laatste is weer onderverdeeld in de regio's Winschoten-Pekela en Bellingwolde-Reiderland-Scheemda.

Oosterlengte is een zogenaamde ketenzorgleverancier. De stichting levert thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg²⁵⁹, gehandicaptenzorg en dagopvang. Daarnaast bemiddelt zij zorgverlening na een positieve indicatiestelling voor mensen met een Persoons Gebonden Budget en levert zij diensten als maaltijdservice en een hulpoproepsysteem. Oosterlengte beheert zeven woonzorgcentra in de regio²⁶⁰, waarvan elk meestal ook nog een groot aantal aanleunwoningen in beheer heeft. De centra bieden verschillende (zorg)activiteiten aan, die toegankelijk zijn voor zowel de bewoners van het huis als die van de aanleun- en bejaardenwoningen en voor zelfstandig wonende ouderen in de wijk en/of regio.

Stichting Oosterlengte heeft als uitgangspunt dat de zorg dichtbij huis wordt geleverd. Deze zorg kan bestaan uit huishoudelijke hulp, verpleging en verzorging en ondersteunende zorg.

²⁵⁸ 'De Stichting Oosterlengte, Zorgketen voor Oost-Groningen', werd 1 januari 2000 opgericht na een fusie tussen de afdeling thuiszorg van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Oostelijk Groningen (SMDOG) en de Stichting Zorgvoorzieningen Oost-Groningen. <http://www.oosterlengte.nl/watis.html>.

²⁵⁹ Old Wolde is het verpleeghuis van Oosterlengte met afdelingen Somatiek en Psychogeriatric. Binnen het cluster Somatiek biedt het verpleeghuis, naast verblijfs(woon)afdelingen, dagbehandeling en revalidatie aan. In het cluster Psychogeriatric is men in een veranderingstraject bezig om te komen tot gedifferentieerde verpleging. In Old Wolde is ook het expertisecentrum gevestigd, waaraan een diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeuten, geestelijk verzorgers, een logopedist, maatschappelijk werker en verpleeghuisarts zijn verbonden. De deskundigen van het expertisecentrum kunnen worden ingezet ten behoeve van de hele zorgketen en het Diagnostisch Onderzoekscentrum (DOC), waar men op aanvraag van bijvoorbeeld een huisarts in één dag multidisciplinair onderzoek verricht bij mensen met (mogelijk) beginnende en voortgeschreden dementie.

²⁶⁰ Oosterlengte werkt vanuit een aantal locaties in Oost-Groningen: Winschoten: Verpleeghuis 'Old Wolde', de woonzorgcentra 'de Renselheerdt' en 't Vondelhuys' en een voorziening voor begeleid wonen 'de Wold-Rank' (In een aanbouw van 't Vondelhuys is een hospice gevestigd, waarvan de leiding overigens in handen is van de Stichting St. Maartenshuis). In Beerta wordt gewerkt vanuit 'de Tjamme'; in Scheemda vanuit 'Nieuw Vredenhoven'; in Nieuwolda 't Hamrik'; in Oude Pekela vanuit 'de Molenhof' en in Nieuwe Pekela 'Clockstede'. Vanuit de woonzorgcentra Reiderland-Scheemda en Winschoten-Pekela wordt ook thuiszorg aangestuurd. De gemeente Bellingwedde heeft een andere thuiszorglocatie.

De stichting werkt volgens de landelijke normen voor ‘Verantwoorde zorg’.²⁶¹ Uitgangspunt hierbij is dat de zorgvraag van de cliënt en zijn of haar leefwereld (en levensverhaal) centraal staat. Dit betekent dat de cliënt, of diens vertegenwoordiger, gesteund wordt in het voeren van de regie over het eigen leven. Deze regie heeft betrekking op de vier levensdomeinen: 1) woon- en leefomstandigheden, 2) participatie (sociale leven), 3) mentaal welbevinden en autonomie en 4) lichamelijk welbevinden en gezondheid. De afstemming tussen de regie van de cliënt en de geboden zorg vindt plaats in het zogenaamde zorg(leef)plan.

Doel van de recente invoering van het Zorgleefplan is het op een methodische en systematische wijze bieden van ‘verantwoorde zorg’, die zowel voldoet aan de Normen Verantwoorde Zorg, als aan de vereisten van de HKZ-certificering en die van de IGZ.

Zorginhoudelijk betekent het werken met het Zorgleefplan dat de kwaliteit en effectiviteit van de zorg in de eerste plaats worden beoordeeld vanuit het perspectief van de zorgvrager en niet meer vanuit het gezichtspunt van de zorgverlener. De zorgvrager bepaalt zelf wat ‘een zo goed mogelijk leven’ voor hem of haar inhoudt. De cultuuromslag die hiermee plaatsvindt, zou je als volgt kunnen weergeven. Vanuit ‘gezondheidszorgogen’ wordt een mensenleven vaak gezien als een verouderingsproces met als gevolg daarvan een toenemend aantal gebreken op het gebied van de gezondheid en achteruitgang (schade volgens verzekeraars). Vanuit het mensenleven zelf bezien voltrekt zich echter een unieke levensloop. De mens veroudert weliswaar lichamelijk, maar behoudt tegelijkertijd de mogelijkheid tot het einde van het leven te blijven groeien in de eigen identiteit en levensvervulling.²⁶² Zorgvragers bepalen zelf wat zij verstaan onder kwaliteit van leven en worden ondersteund om zoveel mogelijk het leven te leiden zoals zij dat gewend zijn en willen en datgene te doen wat ze binnen hun mogelijkheden en beperkingen zinvol en belangrijk vinden.

Voor zorgverleners betekent het bovenstaande dat zij, wanneer de cliënt beperkt is in zijn of haar communicatiemogelijkheden of de eigen situatie niet goed kan overzien, op grond van hun deskundigheid kunnen vaststellen wat de zorgvraag is, ook als er niet om hulp wordt gevraagd.^{263 264 265}

²⁶¹ Zoals we al eerder zagen is het werken volgens Normen voor Verantwoorde zorg een vereiste voor HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Zie ook www.zorgvoorbeter.nl.

²⁶² Werkgroep Zorgleefplan Oosterlengte, *Reader behorende bij het scholingsprogramma Werken met een Zorgleefplan*, Winschoten 2007, 7.

²⁶³ Het gaat dan om competenties als goed kunnen luisteren, kijken, signaleren, om ‘menslievende zorg’ en respectvolle aandacht. Om tijdig te kunnen doorverwijzen naar andere zorgprofessionals moet de zorgverlener vakoverstijgend kunnen denken, eigen grenzen (er)kennen en een teamworker zijn.

²⁶⁴ Het is noodzakelijk oog te hebben voor het unieke van deze mens. Het peilen van de zorgbehoefte vindt plaats door middel van een interpreterende activiteit van de zorgverlener vanuit de directe omgang. Zie ook A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement 2006,² 190.

Bijlage 2: Kwaliteitswet Zorginstellingen

WET van 18 januari 1996, betreffende de kwaliteit van zorginstellingen

WIJ BEATRIX, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is om de wijze waarop de kwaliteit van zorg, verleend door instellingen, van overheidswege wordt gewaarborgd, ingrijpend te wijzigen en dat derhalve nieuwe regels moeten worden gesteld;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I. Algemene bepaling

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. zorg: zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg;
- b. instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg;
- c. zorgaanbieder:
 - 1°. de natuurlijke persoon of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;
 - 2°. de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen;
- d. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan, indien het belang van de bevordering van de kwaliteit van zorg dit vereist, een vorm van hulp worden aangewezen als zorg in de zin van deze wet.

3. Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorisch verband waarbinnen in het kader van de binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg, een deel van die zorg wordt verleend.

4. Indien het betreft een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste lid, onder c, 2°, richten de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen zich tot ieder van de in dat onderdeel bedoelde personen.

Hoofdstuk II. Eisen

Artikel 2

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

Artikel 4

1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:

a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;

b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder *a*, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;

c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder *b*, zonodig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Artikel 4a

1. De zorgaanbieder meldt aan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar onverwijld:

a. iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden;

b. seksueel misbruik waarbij een patiënt of cliënt dan wel hulpverlener van de instelling is betrokken, uitgezonderd seksueel misbruik van hulpverleners onderling.

2. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.

3. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

4. Onder hulpverlener wordt verstaan iedere medewerker van een instelling.

Artikel 5

1. De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.

2. In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:

- a. of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden vastgesteld met betrekking tot het verslag.

4. De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan Onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede aan de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt.

Artikel 6

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de zorg, verleend in een bij de maatregel aangewezen categorie van instellingen, dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van de artikelen 3 en 4.

2. Indien uitvoering van de artikelen 3 en 4 overeenkomstig de op grond van het eerste lid gestelde regels niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg, kunnen bij algemene maatregel van bestuur tevens nadere regels worden gesteld met betrekking tot artikel 2.

Hoofdstuk III. Handhaving

Artikel 7

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

Artikel 7a

1. Het niet naleven van artikel 4a, eerste lid, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de vierde categorie.

2. Het in het eerste lid strafbaar gestelde feit is een overtreding.

Hoofdstuk IV. Toezicht

Artikel 8

1. Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4, 4a en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid.

2. De met het toezicht belaste ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van een instelling.

Artikel 9 [Vervallen per 01-01-1998]

Artikel 10 [Vervallen per 01-01-1998]

Artikel 11 [Vervallen per 01-01-1998]

Artikel 12 [Vervallen per 01-01-1998]

Artikel 13 [Vervallen per 01-01-1998]

Hoofdstuk V. Bestuurlijk ingrijpen

Artikel 14

Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de uit een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel voortvloeiende verplichtingen.

Artikel 15 [Vervallen per 01-01-1998]

Hoofdstuk VI. Overige bepalingen

Artikel 16

De Wet op de tandheelkundige inrichtingen wordt ingetrokken.

Artikel 17

De Wet tandheelkundige inrichtingen 1986 wordt ingetrokken.

Artikel 18

[Wijzigt de Ziekenfondswet.]

Artikel 19

[Wijzigt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.]

Artikel 20

[Wijzigt de Tijdelijk Verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening.]

Artikel 21

[Wijzigt de Wet ziekenhuisvoorzieningen.]

Artikel 22

[Wijzigt de Wet ambulancevervoer.]

Artikel 23

[Wijzigt de Wet inzake bloedtransfusies.]

Artikel 24

[Wijzigt de Wet op de bejaardenoorden.]

Artikel 25

[Wijzigt de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.]

Artikel 26

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Artikel 27

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de onderscheidene artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 28

Deze wet wordt aangehaald als: Kwaliteitswet zorginstellingen.

Lasten en bevelen dat deze in het *Staatsblad* zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 18 januari 1996

BEATRIX

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de *dertiende* februari 1996
De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

Bijlage 3: Uitvoeringstoets geestelijke verzorging

Rapport

Uitvoeringstoets geestelijke verzorging

Op 13 juli 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

26027465

Afdeling

Geschillen

Auteur

drs. A.M. Hopman

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 01

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Samenvatting

De staatssecretaris heeft het CVZ op 31 mei 2005 een uitvoeringstoets gevraagd over geestelijke verzorging in extramurale zorg. Geestelijke verzorging is in de thuissituatie de eigen verantwoordelijkheid van burgers, maar bij de invoering van de zogenaamde "full-package", waarbij alle verblijfs-elementen behalve de woonfunctie extramuraal worden aangeboden, kan dit anders liggen.

Vragen staatssecretaris

Vragen van de staatssecretaris

De staatssecretaris stelt vier vragen:

1. Moet geestelijke verzorging deel uitmaken van de "full-package" of niet?
2. Kan geestelijke verzorging extramuraal worden geleverd, en kan dat ook als de verzekerde slechts enkele delen van de verblijfsfunctie wil afnemen of verschillende onderdelen bij verschillende instellingen afneemt?
3. In hoeverre brengen de veranderingen in de financiering van de zorg met zich mee dat de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk komt te staan?
4. Kan de term "ziektelast" bijdragen aan de borging van geestelijke verzorging zonder dat het leidt tot extra administratieve lasten?

De staatssecretaris vraagt bij de beantwoording de uitvoerbaarheid te betrekken. Eventuele veranderingen mogen geen meerkosten hebben ten opzichte van de huidige situatie.

Expertmeeting

Aanpak van de uitvoeringstoets

Om inzicht te krijgen in de vraag wat geestelijke verzorging inhoudt, en wat het effect ervan is op gezondheid heeft het college een expertmeeting gehouden. Vervolgens heeft het aan de hand van de pakketcriteria verkend of geestelijke verzorging extramuraal tot het verzekerde pakket moet behoren. Op basis van die verkenningen zijn de vragen van de staatssecretaris beantwoord.

Aard van geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging omvat drie elementen:

- coping en zingeving;
- het bieden van een vrijplaats;
- het begeleiden bij religie en spiritualiteit.

Coping

Beoordeling aan de hand van pakketcriteria

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. Met ingang van 1 januari 2007 is

Op dit moment is onvoldoende informatie voorhanden om inzicht te geven in de kosten en kostenontwikkeling van geestelijke verzorging. Desgewenst kan het CVZ diepteonderzoek doen.

Ziektelast

Ziektelast is één van de aspecten van het noodzakelijkheids criterium, en maakt dus deel uit van de pakketbeoordeling van het CVZ.

Geen meerkosten

Gezien het feit dat bij het full-package feitelijk de levering van alle intramurale zorg behalve de woonfunctie inhoudt, zijn bij een gelijk aanbod aan geestelijke verzorging geen meerkosten ten opzichte van de huidige situatie te verwachten. Als de full-package zélf een aanzuigende werking heeft¹ kunnen er wel budgettaire gevolgen zijn. De budgettaire gevolgen zijn dan echter niet het gevolg van geestelijke verzorging, maar van het full package zélf.

Aanzuigende werking?

¹ Het is denkbaar dat mensen die op grond van hun beperkingen wél in aanmerking komen voor het full-package, maar er nu voor kiezen met minder zorg thuis te blijven wonen, wél gebruik willen maken van een breder aanbod in een thuissituatie zodra dat beschikbaar is.

het risico met zich meebrengen dat de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk komt te staan. Als dat zo is, vraagt de staatssecretaris haar mogelijke oplossingen aan te reiken.

De staatssecretaris vraagt het CVZ tenslotte ook de mogelijkheid om de term "ziektelast" als aanvulling op de DBC-systematiek verder uit te werken om te bezien of dit bij kan dragen bij de borging van geestelijke verzorging zonder de administratieve lastendruk te vergroten.

De staatssecretaris vraagt om bij de beantwoording van de vragen de uitvoerbaarheid van de voorstellen te betrekken. Ze stelt daarbij dat eventuele veranderingen niet mogen leiden tot meerkosten ten opzichte van de huidige situatie.

1.b. Aanpak van de uitvoeringstoets

De uitvoeringstoets gaat niet over de vraag of geestelijke verzorging bij verblijf onderdeel uit moet maken van het verzekerde pakket. Dat is een gegeven.

Wel is de vraag of, en zo ja, hoe geestelijke verzorging bij het full package deel moet uitmaken van het verzekerde pakket een belangrijk onderdeel van de uitvoeringstoets.

Pakketcriteria

Om zijn functie als pakketautoriteit transparant vorm te geven ontwikkelt het CVZ pakketcriteria. Het CVZ wil die criteria zowel toepassen bij de beoordeling van het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als dat van de AWBZ. De vraag of geestelijke verzorging onderdeel moet uitmaken van geëxtramuraliseerde AWBZ-zorg is op basis van die criteria verkend.

Een dergelijke verkenning vereist voldoende inzicht in de aard van geestelijke verzorging, de invloed ervan op gezondheid en welzijn, het effect op de vraag naar andere zorg, het onderscheid met bestaande aanspraken en voorzieningen als maatschappelijk werk en eerstelijns psychologie, en eventuele toegangscriteria.

Expertmeeting

Om dat inzicht te verkrijgen heeft het college een expertmeeting georganiseerd waaraan, naast geestelijk verzorgers uit verschillende werkterreinen en met verschillende achtergrond, ook mensen vanuit wetenschap en instellingsmanagement deelnamen.

Literatuuronderzoek

Daarnaast heeft het college literatuuronderzoek verricht om de effecten van geestelijke verzorging op gezondheid en de vraag naar andere zorg te verkennen.

2. Geestelijke verzorging bij extramurale zorg

Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven is het voor de beantwoording van de vragen van de staatssecretaris nodig te bepalen in hoeverre geestelijke verzorging deel uit zou moeten maken van het verzekerde pakket bij geëxtramuraliseerde zorg. De beoordeling richt zich alleen op de extramurale zorg. De staatssecretaris stelt expliciet dat nut en noodzaak van geestelijke verzorging binnen instellingen niet ter discussie staat.

Toetsing aan pakketcriteria

In dit hoofdstuk gaat het college na in hoeverre geestelijke verzorging deel uit moet maken van het verzekerde pakket. Dat doet het aan de hand van criteria die het voor de pakketbeoordeling ontwikkelt.

Die criteria zijn de volgende:

- Het moet gaan om noodzakelijke zorg
- De zorg moet effectief zijn
- De zorg moet kosteneffectief zijn
- De zorg moet uitvoerbaar, haalbaar en houdbaar zijn.

Hieronder verkent het college eerst wat de aard van geestelijke verzorging is. Het onderscheidt daarbij drie deelaspecten ervan. Vervolgens zet het de drie deelaspecten af tegen de criteria.

2.a. De aard van geestelijke verzorging

Drie aspecten

Uit de expertmeeting en literatuur komt naar voren dat geestelijke verzorging een drietal functies vervult:

- begeleiding bij coping en zingeving
- het bieden van een vrijplaats
- begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Coping en zingeving

Coping is de manier waarop mensen met een probleem omgaan. Zingeving betreft de manier waarop mensen dat probleem een plek geven in hun persoonlijke belevingswereld. Geestelijk verzorgers bieden daarbij ondersteuning. Het onderscheid tussen de begeleiding van een geestelijk verzorger en de begeleiding zoals psychologen en maatschappelijk werkers die bieden, is vooral dat geestelijk verzorgers de begeleiding vanuit een levensbeschouwelijke invalshoek bieden.

Bieden van een vrijplaats

Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij de geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. De geestelijk verzorger kent de instelling, maar opereert daarbinnen onafhankelijk. De geestelijk verzorger hoort aan,

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 ZVW en AWBZ maken het mogelijk dat iedere hulpverlener die bekwaam en (voor zover aan de orde) bevoegd is, die zorg kan bieden.

Afhankelijk van instelling

Bieden van een vrijplaats

Het bieden van een vrijplaats is vooral van belang in situaties waarin iemand voor zijn dagelijks bestaan afhankelijk is van een instelling. Het is dan nodig dat die persoon iemand kan benaderen om dingen te bespreken in de zekerheid dat dit vertrouwelijk blijft. Dit geldt niet alleen voor zorginstellingen, maar voor alle instituten waarin mensen gedurende langere tijd hun bestaan doorbrengen, zoals ook in het leger en de gevangenis het geval is. Ook daar is geestelijke verzorging onderdeel van wat de instelling aanbiedt.

De aard van de situatie, namelijk dat iemand gedwongen is of zich genoodzaakt ziet zijn leven in een instelling door te brengen, en daarvan voor zijn dagelijks leven afhankelijk is, maakt het legitiem een beroep op collectieve middelen te doen om in de vrijplaatsfunctie te voorzien.

Vrijplaatsfunctie noodzakelijk

Bij verblijf in een instelling is de vrijplaatsfunctie daarom noodzakelijk onderdeel van de zorg. Bij extramurale zorg is de verzekerde niet afhankelijk van de instelling, en voorziet hij zelf in zijn geestelijke verzorging. De vraag is hoe dit ligt bij de "full-package".

Bij de full-package levert de zorginstelling niet alleen de zorg, maar ook voeding, drank en recreatie.

Het "full package" is een substituut van de intramurale instelling. Afgezien van de woning levert de instelling alle zorg die de verzekerde nodig heeft, niet anders dan intramuraal⁶. Er is dan feitelijk sprake van een gelijksoortige afhankelijkheid van de instelling als bij intramurale zorg. Het ligt dan voor de hand in die situatie ook in de vrijplaats te voorzien.

Als de verzekerde de mogelijkheid heeft ervoor te kiezen om slechts bepaalde onderdelen van de zorg af te nemen, of de zorg van meerdere instellingen te betrekken, is er geen sprake van volledige afhankelijkheid van één instelling, en is het bieden van een vrijplaats *geen* noodzakelijke zorg.

⁶ Er is nog discussie gaande of levering van artikel 15 AWBZ (algemene medische zorg, farmacie, hulpmiddelen e.d.) ten laste van de AWBZ of ten laste van de ZVW moet komen. Voor rolstoelen geldt dat die ten laste van de Wvg (Wmo) zullen komen.

zogenaamde "religieuze coping" een volwaardig of misschien beter alternatief is dan andere vormen van coping.

Geen harde evidence

Over de effectiviteit van religieuze coping heeft het CVZ in een literatuurstudie geen harde evidence gevonden. Een meta-analyse van 49 studies⁸ geeft aan dat copingstrategieën vanuit een levensbeschouwelijke optiek een significante samenhang hebben met psychologische aanpassing aan stressvolle omstandigheden. Causale studies zijn er nauwelijks.

Nederlands onderzoek⁹ toont aan dat voor een belangrijk deel van de patiënten geloof en levensbeschouwing helpen bij het emotioneel omgaan met de psychische problematiek, maar bij een aanzienlijk deel wordt juist een negatief effect beschreven, namelijk dat geloof en levensbeschouwing psychische problematiek kunnen verergeren.

Er is tot nu toe geen bewijs voor het feit dat begeleiding bij zingeving en coping persé door iemand met een achtergrond als geestelijk verzorger moet worden geleverd. Andere disciplines als psychologen en SPV-ers zijn daartoe ook staat. In ieder geval geldt dat degene die deze zorg biedt voldoende deskundigheid heeft.

Nader onderzoek gewenst

Het college acht nader onderzoek gewenst naar de effecten van religieuze coping op gezondheid.

Diversiteit in invulling

Vrijplaatsfunctie

Voor de vrijplaatsfunctie geldt dat die noodzakelijk onderdeel vormt van het verblijf in een institutionele omgeving. De functie van de vrijplaatsfunctie is zeer divers. Dat maakt het nauwelijks doenbaar om iets over de effectiviteit ervan te zeggen. Dat geldt ook voor de vrijplaatsfunctie in de full-package.

Geen onderdeel full-package

Religie en spiritualiteit

Begeleiding bij religie en spiritualiteit zijn bij extramurale zorg de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde. De vraag naar de effectiviteit ervan is dus irrelevant.

2.b.3. Kosteneffectiviteit

Over de kosteneffectiviteit van geestelijke verzorging is noch intramuraal, noch extramuraal informatie beschikbaar.

Tijdens de expertmeeting is gesteld dat de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de thuisituatie opname in instellingen kan voorkomen. Er is geen informatie voorhanden

⁷ De term religieuze coping is ontleend aan: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid, augustus 2005, nr. 3: Pieper, J.Z.T. en van Uden, M.H.F., Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg.

⁸ Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid, augustus 2005, nr. 3: Ano, G.G., Vasconcelles E.B., Does coping help.

⁹ Pieper en van Uden, Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg, 2005.

2.d. Budgettaire gevolgen

Geen budgettaire gevolgen

Het full-package is feitelijk de levering van alle zorg exclusief de woonfunctie. De kosten van geestelijke verzorging bestaan vooral uit personele kosten. Met een gelijke inzet van geestelijke verzorging bij het full package als bij intramurale zorg, is het niet waarschijnlijk dat er meerkosten ontstaan.

Tenzij aanzuigende werking

Het is denkbaar dat de invoering van het full-package op zichzelf budgettaire gevolgen heeft. Het is bekend dat mensen die op grond van hun beperkingen wél in aanmerking komen voor verblijf, er in veel gevallen voor kiezen met beperkte inzet van AWBZ-middelen, en met inzet van (vaak veel) mantelzorg¹³, thuis te blijven wonen. Als dan de mogelijkheid ontstaat een volledig zorgpakket in een thuissituatie te ontvangen, kan dat een aantrekkelijk alternatief zijn. Die budgettaire gevolgen zijn dan echter niet aan de geestelijke verzorging toe te schrijven.

2.e. Conclusie

Het CVZ concludeert dat geestelijke verzorging drie functies vervult:

- begeleiding bij coping en zingeving
- het bieden van een vrijplaats
- begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Begeleiding bij coping en zingeving

Begeleiding bij acceptatieproblemen en het omgaan met ziekte, beperking of handicap behoort al tot het verzekerde pakket. Deels is het onderdeel van de geneeskundige zorg in het kader van de Zvw. Zorgverlening bij zwaardere problematiek is per 1 januari 2007 onderdeel van de aanspraak op eerstelijnspsychologie of behoort nu al tot de aanspraak activerende begeleiding in de AWBZ. Voor lichtere problematiek kan men ook terecht bij het algemeen maatschappelijk werk. Voor het aspect coping en zingeving is daarom geen verdere actie nodig.

Over de effectiviteit van copingstrategieën vanuit levensbeschouwelijke optiek op gezondheid en herstel is onvoldoende evidence aanwezig. Nader onderzoek is gewenst.

Het bieden van een vrijplaats

Het bieden van een vrijplaats is een noodzakelijk onderdeel van het verblijf in een institutionele omgeving. Het maakt onderdeel uit van de verzekerde zorg bij verblijfsituaties. Omdat full package feitelijk de levering van alle verblijfszorg behalve de gebouwelijke omgeving is¹⁴, is de verzekerde voor zijn dagelijks leven, zijn "thuis" volledig afhankelijk van de instelling. De vrijplaatsfunctie moet daarom onderdeel

¹³ Bijvoorbeeld de partner die veel bovengebruikelijke zorg levert.

¹⁴ In de gehandicaptenzorg worden de zorg en de dagbesteding soms door verschillende instellingen geboden.

3. Gevolgen van vraagsturing op de beschikbaarheid van geestelijke verzorging

Gereguleerde vraagsturing

De staatssecretaris beschrijft de veranderingen in de bekostigingssystematiek van de AWBZ en de curatieve sector. Zowel in de AWBZ als in het tweede compartiment richt de bekostiging zich op gereguleerde vraagsturing: instellingen moeten hun zorgaanbod aanpassen aan de vraag van verzekerden. Verzekeraars en zorgkantoren kunnen bij de zorginkoop onderhandelen over de kwaliteit en inhoud van het aanbod en de daarbij behorende prijs. De staatssecretaris vraagt het college te onderzoeken wat de consequenties zijn voor de positie van geestelijke verzorging in het zorgbestel en de betaalbaarheid ervan.

Pas eerste stappen gezet

Voor de invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ en de DBC-bekostiging in de curatieve sector zijn op dit moment pas de eerste stappen gezet.

Het CVZ is van oordeel dat echte vraagsturing veel verder tot ontwikkeling moet komen om concreet te kunnen beoordelen of, en in welke mate zich ongewenste ontwikkelingen voordoen.

Concurrentie op kwaliteit of prijs

De gedachte achter de introductie van gereguleerde marktwerking is dat vraagsturing niet leidt tot puur concurrentie op prijs en daarmee tot verschraving van zorg, maar tot een passende verhouding van prijs en kwaliteit.

Vraagsturing impliceert dat instellingen inspelen op de behoeften van verzekerden en ertoe overgaan meer of minder de nadruk te leggen op bepaalde aspecten van hun aanbod. Waar de ene instelling meer nadruk zal leggen op de inrichting van gemeenschappelijke ruimten en sociale ontmoeting, zal de andere meer investeren in culturele activiteiten, in de maaltijdvoorziening of bijvoorbeeld in de geestelijke verzorging. Instellingen kunnen dergelijke keuzen maken binnen de grenzen van verantwoorde zorg. Het is de taak van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) om te bewaken dat instellingen kwalitatief verantwoorde zorg bieden. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen in hun inkoopbeleid daarin sturen.

IGZ

Voor geestelijke verzorging betekent dit dat instellingen in ieder geval moeten voldoen aan de minimale eisen die daaraan door de IGZ worden gesteld. De instelling kan zich onderscheiden van andere instellingen door geestelijke verzorging in ruimere mate of in een andere vorm ter beschikking te stellen.

4. Reacties van veldpartijen

Het CVZ heeft bestuurlijk advies gevraagd aan patiënten organisaties¹⁵, brancheverenigingen van zorgaanbieders¹⁶, en de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers in zorginstellingen¹⁷.

Er zijn bestuurlijke reacties gekomen van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ), de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) en ambtelijke reacties van GGZ-Nederland en de Federatie van Ouderverenigingen (FvO).

GGZ Nederland acht de redeneerlijn van het CVZ een logische, en kan instemmen met het rapport.

De VGVZ, LOC en FvO vinden dat geestelijke verzorging integraal onderdeel is van verblijf, en dat deze zorg beschikbaar moet zijn voor iedereen die een indicatie voor verblijf heeft. Ook als hij ervoor kan kiezen de zorg van verschillende aanbieders te betrekken.

Ten onrechte maken VGVZ, LOC en FvO geen onderscheid in de verschillende vormen van geestelijke verzorging. Dat onderscheid is essentieel. Begeleiding bij coping en zingeving is nu al verzekerde zorg, zowel voor intramuraal verblijvende verzekerden als zelfstandig wonenden. Extramuraal is het bieden van een vrijplaats t geen verzekerde zorg. De vrijplaats is alleen noodzakelijk als de verzekerde voor zijn dagelijks leven, zijn "thuis" afhankelijk is van de instelling. Als de verzekerde de zorg kan betrekken van meerdere instellingen is dit niet het geval. Religie en spiritualiteit zijn bij uitstek zaken die tot de eigen verantwoording van burgers horen. In een eigen woonsituatie kunnen verzekerden zich aansluiten bij de eigen lokale levensbeschouwelijke gemeenschap.

De VGVZ vraagt om in het rapport ook de functie ondersteunende begeleiding als invulling van geestelijke verzorging expliciet te noemen. Geestelijke verzorging is echter nooit ondersteunende begeleiding. Begeleiding bij coping en zingeving valt onder activerende begeleiding. Het bieden van een vrijplaats en begeleiding bij religie en spiritualiteit zijn onderdeel van de aanspraak verblijf.

De VGVZ vindt ook dat het bieden van begeleiding bij religie en spiritualiteit bij full-package niet de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden is, maar onderdeel van de full-package moet zijn omdat hiervoor gespecialiseerde

¹⁵ Landelijke Organisatie cliëntenraden (LOC), Federatie van Ouderverenigingen (FvO), Landelijke cliënten en Patiëntenraden in de GGZ.

¹⁶ Arcares, Z-org, (gezamenlijk sinds 1 juli 2006 Actiz), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, GGZ-Nederland.

¹⁷ Vereniging van Geestelijke Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ).

5. Beantwoording van de vragen

Vragen van de staatssecretaris

De staatssecretaris heeft de volgende vragen gesteld:

1. Moet geestelijke verzorging deel uitmaken van de "full-package" of niet?
2. Kan geestelijke verzorging extramuraal worden geleverd, en kan dat ook als de verzekerde slechts enkele delen van de verblijfsfunctie wil afnemen of verschillende onderdelen bij verschillende instellingen afneemt?
3. In hoeverre brengen de veranderingen in de financiering van de zorg met zich mee dat de bekostiging met zich mee dat de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk komt te staan?
4. Kan de term "ziektelast" bijdragen aan de borging van geestelijke verzorging zonder dat het leidt tot extra administratieve lasten?

Uitvoerbaarheid meenemen

De staatssecretaris vraagt het college de uitvoerbaarheid van voorstellen te betrekken en geeft aan dat eventuele veranderingen geen meerkosten mogen hebben ten opzichte van de huidige situatie.

5.a. De aard van geestelijke verzorging

Drie aspecten

Geestelijke verzorging vervult drie functies:

- Begeleiding bij coping en zingeving;
- Het bieden van een vrijplaats;
- Het begeleiden van religie en spiritualiteit.

5.a.1. Coping en zingeving

Coping en zingeving is de manier waarop mensen problemen hanteren en accepteren.

5.a.2. Het bieden van een vrijplaats

Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij de geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. De geestelijk verzorger kent de instelling, maar opereert daarbinnen onafhankelijk. De geestelijk verzorger hoort aan, denkt mee met de verzekerde, en begeleidt hem enige tijd¹⁸.

5.a.3. Begeleiding bij religie en spiritualiteit

Begeleiding bij religie en spiritualiteit houdt in dat de geestelijk verzorger voorgaat in gebed en rituele handelingen verricht.

¹⁸ Bij de expertmeeting werd dit getypeerd als "meelopen met de persoon in kwestie".

5.d. Gevolgen veranderingen financieringssysteem

Vraagsturing nog te pril

Het CVZ is van oordeel dat vraagsturing veel verder tot ontwikkeling moet komen om te kunnen beoordelen of, en in welke mate, zich ongewenste ontwikkelingen voordoen.

Betere verhouding prijs en kwaliteit

De gedachte achter de invoering van geregeerde marktwerking is dat daarmee vraagsturing beter mogelijk is. Als aanbieders gaan concurreren op kwaliteit, zullen zij zich ook willen profileren met het aanbod aan geestelijke verzorging. Als zij gaan concurreren op prijs komt de bekostiging van geestelijke verzorging onder druk te staan, maar dat geldt dan ook voor andere noodzakelijke onderdelen van de zorg, zoals voeding en schoonmaak. Het is dan een taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om te bewaken dat de zorg verantwoord is.

Diepteonderzoek

Op dit moment is onvoldoende informatie aanwezig om inzicht te geven in de kosten en kostenontwikkeling van geestelijke verzorging. Desgewenst kan het CVZ diepteonderzoek doen.

5.e. Ziektebelasting als aanvulling op de DBC-systeem

Ziektebelasting is onderdeel noodzakelijkheid

De term ziektebelasting is één van de aspecten die het college hanteert om het noodzakelijkheidscriterium te operationaliseren. Bij het beoordelen van de ziektebelasting betreft het CVZ alle niveaus binnen de ICD²⁰ en ICF²¹: ziekte, stoornis, functioneren en participatie. De term ziektebelasting maakt daarmee op dit moment al integraal onderdeel uit van de pakketbeoordeling.

5.f. Uitvoerbaarheid en budgettaire gevolgen

Uitvoerbaar

De uitvoerbaarheid is onderdeel van de pakketbeoordeling. Het college ziet geen onoverkomelijke problemen.

²⁰ International Classification of Diseases, World Health Organization, Genève, mei 1990

²¹ International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Genève, 2001.

Bijlage 4: Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Activerende Begeleiding

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 7

Activerende Begeleiding

versie 1 januari 2008

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Doelstelling functie	5
2.1	Algemeen	5
2.2	Programmatische aanpak	5
2.3	Directe omgeving	5
3	Indicatiecriteria	7
4	Omvang en geldigheidsduur van de indicatie	8
4.1	Omvang	8
4.2	Geldigheidsduur	9

1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Activerende Begeleiding, zoals bedoeld in artikel 7 van het Besluit zorgaanspraken en voor de functie Vervoer zoals bedoeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken.
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Activerende Begeleiding'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

Wettelijk kader

1. Artikel 7 Besluit zorgaanspraken:
Activerende Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming of verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening of beperking of handicap.
 2. De toelichting bij de wijziging per 1 januari 2008 van artikel 7 Besluit Zorgaanspraken:
Met ingang van 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) van het aansprakenpakket op grond van de AWBZ overgeheveld naar de prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Op 7 november 2007 is met de Tweede Kamer der Staten-Generaal overlegd over de overheveling van de geneeskundige ggz. In dat algemene overleg is aan de orde geweest dat door de integrale overheveling van de activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening van de AWBZ naar de Zvw een lacune lijkt te ontstaan voor mensen die een persoonsgebonden budget (pgb) hebben voor activerende begeleiding en voor chronische patiënten in onder meer regionale instellingen voor beschermd wonen. Het gaat daarbij om activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening met een niet-geneeskundig doel. Dit betreft een klein deel van de activerende begeleiding. Niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening valt niet onder de Zvw-prestaties. Omdat de overheveling pakketneutraal is, is besloten de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening alsnog in het Besluit zorgaanspraken AWBZ te regelen. Dit is op 13 november 2007 aan de Kamer meegedeeld (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 167). Met onderhavig besluit wordt dit in artikel I, onderdeel B, geregeld door in artikel 7 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ de grondslag psychiatrische aandoening toe te voegen. Zo blijft de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening onder de AWBZ vallen. Het gaat om die activerende begeleiding zoals die bijvoorbeeld door instellingen voor beschermd wonen wordt geleverd. Te denken valt dan aan vaardigheidstraining om zelfstandig te kunnen wonen. Voor de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening blijft ook de mogelijkheid voor een pgb op grond van de AWBZ bestaan.
De juridische afbakening tussen de geneeskundige activerende begeleiding in de Zvw en de niet-geneeskundige activerende begeleiding in de AWBZ volgt uit artikel 2, eerste lid, aanhef, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Daarin is geregeld dat geen aanspraak bestaat op AWBZ voor zover die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling.
-

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 7

Activerende Begeleiding

Activerende begeleiding als onderdeel van geneeskundige zorg heeft een geneeskundig doel en valt onder artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Deze activerende begeleiding die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening, valt onder de verantwoordelijkheid van de behandelaar. De AWBZ is dan niet aan de orde. Een pgb op grond van de AWBZ daarvoor ook niet.

3. Artikel 10 Besluit zorgaanspraken:

"Indien de verzekerde zorg als bedoeld in de artikelen 6 en 7 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat."

4. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken:

"[...] Bij zijn indicatiebesluit moet het indicatieorgaan oordelen of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening dan wel in staat is gebruik te maken van openbaar vervoer. Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich brengen dat het indicatieorgaan oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is."

2 Doelstelling functie¹

2.1 Algemeen

Activerende begeleiding is gericht op het omgaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis en/of bestaande beperkingen. Met behulp van vaardigheids- of gedragstraining leert de verzekerde hoe hij met zijn beperkingen zo goed mogelijk kan functioneren.

Bij Activerende Begeleiding gaat het om zorg die deel uitmaakt van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM). In het algemeen gaat het om complexe problematiek, waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. Met "specifiek" wordt bedoeld op de doelgroepen waar het bij de AWBZ om gaat. CSLM-zorg is gericht op complexe (multi)-problematiek waarbij specifieke deskundigheid zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen. Dit onderscheidt zich van monodisciplinaire behandeling, bijvoorbeeld voor lymfedrainage en dyslexie, waarvoor in principe AWBZ-zorg niet aangewezen is.

Bij Activerende Begeleiding kan er sprake zijn van individuele zorg of zorg in groepsverband. Als er sprake is van activerende begeleiding in groepsverband gaat het om zorg in dagdelen.

2.2 Programmatische aanpak

Bij Activerende Begeleiding is er sprake van een programmatische aanpak volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode, gericht op het behalen van een specifiek (van tevoren vastgelegd) doel. Activerende begeleiding is daarom in principe in de tijd begrensd. Daarbij is niet uitgesloten dat tijdens of na afloop van het programma nieuwe of bijgestelde doelstellingen worden geformuleerd die leiden tot een ander of nieuw programma.

Activerende Begeleiding richt zich op die beperkingen waarvan te verwachten valt dat door een doelgerichte en methodische aanpak (blijvende) verbeteringen in het functioneren kunnen worden bereikt, of verergering kan worden voorkomen. De interventie is gestructureerd, programmatisch en richt zich op een specifiek doel. De verzekerde moet hiervoor gemotiveerd, leerbaar en trainbaar zijn.

Activerende Begeleiding kan gericht zijn op het leren van vaardigheden, die in principe overgenomen zouden kunnen worden door bijvoorbeeld de partner van verzekerde, zoals het structureren van het huishouden.

2.3 Directe omgeving

Activerende Begeleiding kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van verzekerde, zoals zijn ouders, hetgeen indirect ten goede komt aan een verzekerde. De Activerende Begeleiding is dan gericht op het leren omgaan van de mantelzorg met de gevolgen

¹ Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
Bijlage 7
Activerende Begeleiding

van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde. Desalniettemin is de indicatie gesteld op naam van verzekerde en niet op naam van degene op wie de vaardigheids- of gedragstraining zich direct richt.

3 Indicatiecriteria

De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Activerende Begeleiding als er sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Als er sprake is van een psychiatrische aandoening of beperking kan verzekerde toegang verkrijgen tot de functie Activerende Begeleiding als het gaat om activerende begeleiding met een niet-geneeskundig doel.

Om in aanmerking te komen voor de functie Activerende Begeleiding dient tevens te zijn vastgesteld:

1. dat er bij verzekerde sprake is van een aandoening/stoornis, waarbij het leren omgaan met de gevolgen daarvan en/of het leren omgaan met bestaande beperkingen (blijvend) bijdraagt aan zijn zo goed mogelijk functioneren en/of verergering kan worden voorkomen;
2. en dat verzekerde gemotiveerd, leerbaar en trainbaar is om het gestelde onder 3.1 te bereiken;
3. en/of dat mantelzorg in de directe omgeving van de verzekerde gemotiveerd, leerbaar en trainbaar is om het gestelde onder 3.1 te bereiken.

Het CIZ beoordeelt de noodzaak voor Activerende Begeleiding op basis van informatie van de behandelaar.

De informatie van de behandelaar dient te bestaan uit een plan van aanpak waarin te behalen doelen, stappen en acties zijn omschreven. Er dient sprake te zijn van een programmatische aanpak volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode gericht op het behalen van een specifiek van te voren vastgelegd doel. Tevens moeten de omvang en de frequentie van de zorginterventies aangegeven te zijn, evenals een onderbouwing of het om individuele zorg dan wel om zorg in groepsverband gaat.

Als het gaat om een nieuw of bijgesteld programma, dient een evaluatie van het voorgaande programma bijgevoegd te zijn.

Dit plan van aanpak moet het CIZ ook voldoende inzicht geven om te kunnen beoordelen of de problematiek, waarop de activiteiten zich richten, daadwerkelijk tot het AWBZ-domein behoort.

4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie

4.1 Omvang

Om de omvang te kunnen vaststellen wordt de informatie van de behandelaar, zoals omschreven in paragraaf 3, beoordeeld. Hierbij wordt betrokken wat gebruikelijk en geaccepteerd is in de beroepsgroep.

Op basis van het zorgdoel kunnen individuele Activerende Begeleiding en Activerende Begeleiding in groepsverband gecombineerd zijn aangewezen, waarbij deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag plaats kunnen vinden.

De omvang van de functie Activerende Begeleiding wordt vastgesteld in klassen.

Individuele Activerende Begeleiding

Voor individuele Activerende Begeleiding hebben de klassen een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: gemiddeld 0 – 1,9 uur per week
- klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week
- klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week
- klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week

Activerende Begeleiding in groepsverband

Voor Activerende Begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: 1 dagdeel per week
- klasse 2: 2 dagdelen per week
- klasse 3: 3 dagdelen per week
- klasse 4: 4 dagdelen per week
- klasse 5: 5 dagdelen per week
- klasse 6: 6 dagdelen per week
- klasse 7: 7 dagdelen per week
- klasse 8: 8 dagdelen per week
- klasse 9: 9 dagdelen per week

De omvang van de indicatie voor Activerende Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door het doel van de zorg.

In geval er sprake is van Activerende Begeleiding ter vervanging van regulier (speciaal) onderwijs geldt hiervoor een maximum van 9 dagdelen per week.

In geval er sprake is van Activerende Begeleiding ter vervanging van regulier (aangepast) werk geldt ook hier een maximum van 9 dagdelen per week (een 'fulltime' week²).

Indien de verzekerde is aangewezen op Activerende Begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk.

Activerende Begeleiding in groepsverband is een integraal pakket. Hiermee wordt bedoeld dat alle AWBZ-zorg die tijdens de Activerende Begeleiding in groepsverband moet worden gegeven tot

² Conform de vigerende wet- en regelgeving c.q. CAO

het pakket behoort. Indien de verzekerde op basis van zijn dominante grondslag wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot de functie Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit pakket worden geïndiceerd.

4.2 Geldigheidsduur

Om de duur te kunnen vaststellen wordt de informatie van de behandelaar, zoals omschreven in paragraaf 3, beoordeeld. Hierbij wordt betrokken wat gebruikelijk en geaccepteerd is in de beroepsgroep. Daarbij worden de volgende normen gehanteerd:

1. bij verzekerden die niet meer leerplichtig zijn geldt een maximum van 1 jaar;
 2. bij leerplichtige verzekerden geldt een duur van maximaal 5 jaar of totdat de leerplicht is afgelopen, wanneer dit binnen 5 jaar na de datum van het indicatiebesluit valt;
 3. in geval van leerplichtontheffing geldt een duur van maximaal 5 jaar of totdat de leerplichtontheffing is afgelopen, wanneer dit binnen 5 jaar na de datum van het indicatiebesluit valt.
-

Bijlage 5: Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Ondersteunende Begeleiding

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 6

Ondersteunende Begeleiding

versie 1 januari 2008

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
Bijlage 6
Ondersteunende Begeleiding

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Doelstelling functie	5
2.1	Algemeen	5
2.2	Het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving	5
2.3	Het bieden van een dagprogramma ter vervanging van onderwijs, arbeid of andersoortige dagstructurering	5
2.4	Het bieden van nachtopvang	6
3	Indicatiecriteria	7
4	Omvang en geldigheidsduur van de indicatie	8
4.1	Omvang	8
4.2	Geldigheidsduur	9

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
Bijlage 6
Ondersteunende Begeleiding

1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Ondersteunende Begeleiding, zoals bedoeld in artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken (Bza) en voor Vervoer zoals bedoeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken (Bza).
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Ondersteunende Begeleiding'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen', de beleidsregel 'Grondslagen' en de beleidsregel 'Gebruikelijke zorg' van toepassing.

Wettelijk kader

1. Artikel 6 Besluit zorgaanspraken:
 - "1. Ondersteunende Begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling."
 2. In afwijking van het eerste lid omvat ondersteunende begeleiding in geval van een somatische aandoening of beperking of een psychosociaal probleem slechts ondersteunende activiteiten
 - a. gedurende een dagdeel in een instelling,
 - b. als onderdeel van palliatieve terminale zorg, of
 - c. indien tevens verblijf is geïndiceerd.

De toelichting bij de wijziging van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken geeft aan dat met ingang van 1 januari 2008 er geen aanspraak meer bestaat op ondersteunende begeleiding op basis van een somatische of psychosociale grondslag. Het gaat daarbij niet om de ondersteunende begeleiding in de vorm van dagopvang in een instelling of als onderdeel van de verblijfszorg, zoals geregeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, waaronder de verblijfszorg die op grond van artikel 14 van dat besluit ten huize van de verzekerde kan worden geleverd. Ook gaat het daarbij niet om ondersteunende begeleiding in het kader van de palliatieve terminale zorg. Dat de aanspraak op ondersteunende begeleiding in geval van een somatische aandoening of beperking of een psycho-sociale probleem tot deze situaties beperkt is, is met dit besluit in artikel I geregeld door het toevoegen van een nieuw lid aan artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. In die situaties is de aanspraak dus gehandhaafd. Zorginhoudelijk heeft het schrappen van de grondslagen tot gevolg dat betrokkenen voor bedoelde begeleiding geen beroep meer zal kunnen doen op de AWBZ. Zij zullen als voorheen aangewezen zijn op hun sociaal netwerk, vrijwilligerswerk, de MEE-organisaties, het algemeen maatschappelijk werk en dergelijke. De groep met de grondslag psychosociaal zal bovendien veelal een beroep gaan doen op de maatschappelijke opvang die door de centrumgemeenten beschikbaar wordt gesteld.

De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken luidde:

"Ondersteunende Begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Bij Ondersteunende Begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 6

Ondersteunende Begeleiding

kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, met name als er sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van een gezinsstructuur. De Ondersteunende Begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat al bij de verzekerde aanwezig is.

Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband geboden worden.

Bij deze zorg gaat het derhalve ook om dag- of nachtopvang in een instelling."

2. Artikel 10 Besluit zorgaanspraken:

"Indien de verzekerde zorg als bedoeld in de artikelen 6 en 7 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat."

3. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken:

"[...] Bij zijn indicatiebesluit moet het indicatieorgaan oordelen of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening dan wel in staat is gebruik te maken van openbaar vervoer. Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich brengen dat het indicatieorgaan oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is."

2 Doelstelling functie¹

2.1 Algemeen

De functie Ondersteunende Begeleiding is gericht op de bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving.

De functie Ondersteunende Begeleiding kan (deels) zijn aangewezen als is vastgesteld dat Behandeling of Activerende Begeleiding geen adequate oplossing biedt om de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving van de verzekerde te bevorderen of te handhaven.

Als verbetering van de beperkingen door Behandeling en/of Activerende Begeleiding mogelijk is, is de verzekerde daarop in eerste instantie aangewezen. Tijdens die behandeling kan, in overleg met de behandelaar, zonodig tijdelijk Ondersteunende Begeleiding worden geïndiceerd.

De verzekerde kan zijn aangewezen op Ondersteunende Begeleiding in de vorm van individuele begeleiding of in groepsverband.

2.2 Het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving

De functie Ondersteunende Begeleiding kan aangewezen zijn vanwege het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving van de verzekerde. In de eerste plaats kan het gaan om het compenseren van het beperkte of afwezige regelvermogen van verzekerde, waardoor hij onvoldoende of geen regie over het eigen leven kan voeren. Het gaat dan om zaken als het helpen plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten, structureren van de dag en het organiseren van sociale participatie.

In de tweede plaats kan het gaan om toezicht en interventie in de vorm van correctie van het gedrag bij gedragsstoornissen die hun oorsprong vinden in een van de grondslagen: een psychiatrische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een somatische aandoening of een verstandelijke handicap. Deze interventies kunnen ook activerend van aard zijn, zoals het stimuleren om bepaalde activiteiten te ondernemen of sociale contacten te onderhouden. Het verschil met Activerende Begeleiding is dat er geen sprake is van een programmatische benadering om een specifiek doel te bereiken, maar van een voortdurende situatie, waarin nog bestaande (of door Behandeling of Activerende Begeleiding herwonnen) functionaliteit wordt onderhouden.

Ten derde kan Ondersteunende Begeleiding de vorm aannemen van praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren van handelingen. De grondslag is dan meestal een lichamelijke of zintuiglijke handicap.

2.3 Het bieden van een dagprogramma ter vervanging van onderwijs, arbeid of andersoortige dagstructurering

De functie Ondersteunende Begeleiding in de vorm van een dagprogramma kan aangewezen zijn omdat verzekerde vanwege de aard, omvang en duur van zijn beperkingen niet in staat is gebruik te maken van reguliere of speciale vormen van onderwijs of arbeid ter voorziening in een

¹ Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
Bijlage 6
Ondersteunende Begeleiding

inkomen, of omdat verzekerde niet in staat is een andersoortige vorm van dagstructurering te regelen.

2.4 Het bieden van nachtopvang

De functie Ondersteunende Begeleiding in de vorm van nachtopvang in een instelling kan aangewezen zijn vanwege het compenseren van verloren regelvermogen, het bieden van toezicht en interventie en/of het bieden van praktische hulp en ondersteuning.

3 Indicatiecriteria

De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Ondersteunende Begeleiding als er sprake is van een psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

De verzekerde kan, als er sprake is van een somatische aandoening of beperking of een psychosociaal probleem alleen toegang verkrijgen tot de functie Ondersteunende Begeleiding als het gaat om ondersteunende activiteiten gedurende een dagdeel in een instelling, of als onderdeel van palliatief terminale zorg, of indien tevens verblijf is geïndiceerd.

Om in aanmerking te komen voor de functie Ondersteunende Begeleiding dient dan tevens te zijn vastgesteld:

1. dat de verzekerde beperkingen heeft die leiden tot sociale redzaamheidsproblemen in de vorm gebrek aan regievoering, beperkingen ten aanzien van het plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten, structureren van de dag en/of het organiseren van sociale participatie en dergelijke;
 2. en/of dat de verzekerde gedragsstoornissen heeft die hun oorsprong vinden in een van de grondslagen: psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening, somatische aandoening of verstandelijke handicap waarvoor toezicht en interventie in de vorm van correctie van het gedrag nodig zijn;
 3. en/of dat de verzekerde beperkingen heeft bij het zelfstandig uitvoeren van handelingen, die hun oorsprong meestal vinden in een lichamelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening en waarvoor praktische hulp en ondersteuning nodig zijn.
-

4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie

4.1 Omvang

Of de verzekerde is aangewezen op individuele Ondersteunende Begeleiding of Ondersteunende Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door de afweging wat zorginhoudelijk het meest doelmatig is.

Op basis van het zorgdoel kunnen individuele Ondersteunende Begeleiding en Ondersteunende Begeleiding in groepsverband gecombineerd zijn aangewezen. Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met het feit, dat deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag plaats kunnen vinden.

De omvang van de functie Ondersteunende Begeleiding wordt vastgesteld in klassen.

Individuele Ondersteunende Begeleiding

Voor individuele Ondersteunende Begeleiding hebben de klassen een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: gemiddeld 0 – 1,9 uur per week
- klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week
- klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week
- klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week
- klasse 5: gemiddeld 10 – 12,9 uur per week
- klasse 6: gemiddeld 13 – 15,9 uur per week
- klasse 7: gemiddeld 16 – 19,9 uur per week
- klasse 8: gemiddeld 20 – 24,9 uur per week

Doelmatige zorgverlening houdt (naast effectiviteit) ook in dat de verzekerde zodanige ondersteuning ontvangt dat hij op een basisniveau kan functioneren. De omvang van de Ondersteunende Begeleiding is zodanig dat de verzekerde in staat is op een aanvaardbaar niveau te functioneren en/of in staat is te voorkomen dat hij in een sociaal isolement komt te verkeren. Daartoe heeft de verzekerde de mogelijkheid om naar school te gaan, arbeid te verrichten of zelf een andersoortige vorm van dagstructurering te regelen ofwel hij is aangewezen op vervanging daarvan. Daarnaast wordt het deelnemen aan een sociale activiteit gedurende een dagdeel per week (dit is gelijk aan maximaal 4 uur individuele ondersteunende begeleiding) voldoende geacht om een sociaal isolement verder te voorkomen.

De omvang van de indicatie voor individuele Ondersteunende Begeleiding wordt bepaald aan de hand van de uren/minuten per week, tijd die gemoeid zijn met de duur en de frequentie van de benodigde (zorg)interventies en/of het toezicht in relatie tot genoemd basisniveau.

Wanneer er sprake is van palliatieve terminale zorg wordt tot maximaal 7 maal 8 uur geïndiceerd.

Ondersteunende Begeleiding in groepsverband

Voor Ondersteunende Begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: 1 dagdeel per week
 - klasse 2: 2 dagdelen per week
 - klasse 3: 3 dagdelen per week
 - klasse 4: 4 dagdelen per week
 - klasse 5: 5 dagdelen per week
-

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
Bijlage 6
Ondersteunende Begeleiding

klasse 6: 6 dagdelen per week
klasse 7: 7 dagdelen per week
klasse 8: 8 dagdelen per week
klasse 9: 9 dagdelen per week

De omvang van de indicatie voor Ondersteunende Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door het doel van de zorg. Daarbij kan het gaan om:

1. het bieden van een dagprogramma met als doel al dan niet aangepaste vormen van arbeid- of schoolactiviteiten te vervangen gedurende maximaal 9 dagdelen per week, gedurende de tijd dat de verzekerde niet is aangewezen op Activerende Begeleiding in groepsverband, of;
2. het bieden van activiteiten met als doel zelf geregelde vormen van dagstructurering te vervangen en tevens sociale en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal 9 dagdelen;
3. nachtopvang in een instelling gedurende maximaal 7 nachten per week.

Indien de verzekerde is aangewezen op Ondersteunende Begeleiding in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk.

Ondersteunende Begeleiding in groepsverband is een integraal pakket. Hiermee wordt bedoeld dat alle AWBZ-zorg die tijdens de ondersteunende begeleiding in groepsverband moet worden gegeven tot het pakket behoort. Indien de verzekerde op basis van zijn dominante grondslag wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit pakket worden geïndiceerd.

4.2 Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Ondersteunende Begeleiding gelden de algemene criteria (zie de beleidsregel 'Algemeen').

Bijlage 6: Wet maatschappelijke ondersteuning



351

Wet van 29 juni 2006, houdende nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is nieuwe regels te stellen betreffende maatschappelijke ondersteuning en daarbij de rol van de gemeente te versterken;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

§ 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. mantelzorg: langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt;

c. maatschappelijke opvang: het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meer problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving;

d. vrouwenopvang: het tijdelijk bieden van onderdak en begeleiding aan vrouwen die, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten in verband met problemen van relationele aard of geweld;

e. openbare geestelijke gezondheidszorg: het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg;

d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het vierde lid.

6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld welke registraties, en gedurende welk tijdvak, in aanmerking worden genomen voor de toepassing van het vijfde lid, onderdeel d.

7. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van hetgeen wordt verstaan onder het blijik geven zorg te dragen voor een ander, zoals bedoeld in het vierde lid.

Artikel 2

Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.

§ 2. Gemeenteraad en college van burgemeester en wethouders

Artikel 3

1. De gemeenteraad stelt een of meer plannen vast, die richting geven aan de door de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders te nemen beslissingen betreffende maatschappelijke ondersteuning.

2. De gemeenteraad stelt het plan telkens voor een periode van ten hoogste vier jaren vast. Het plan kan tussentijds gewijzigd worden.

3. Het plan bevat de hoofdzaken van het door de gemeente te voeren beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning.

4. In het plan wordt in ieder geval aangegeven:

a. wat de gemeentelijke doelstellingen zijn op de verschillende in artikel 1, eerste lid, onder g, genoemde onderdelen van maatschappelijke ondersteuning;

b. hoe het samenhangende beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning zal worden uitgevoerd en welke acties in de door het plan bestreken periode zullen worden ondernomen;

c. welke resultaten de gemeente in de door het plan bestreken periode wenst te behalen;

d. welke maatregelen de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders nemen om de kwaliteit te borgen van de wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd;

e. welke maatregelen de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders nemen om voor degene aan wie maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder g, onderdelen 2°, 5° en 6°, wordt verleend, keuzevrijheid te bieden met betrekking tot de activiteiten van maatschappelijke ondersteuning;

f. op welke wijze de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders zich hebben vergewist van de behoeften van kleine doelgroepen.

Artikel 4

1. Ter compensatie van de beperkingen die een persoon als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder g, onderdeel 4°, 5° en 6°, ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie, treft het college van burgemeester en wethouders voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning die hem in staat stellen:

a. een huishouden te voeren;

b. zich te verplaatsen in en om de woning;

c. zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel;

3. In de in het tweede lid genoemde maatregel kan worden bepaald dat het college van burgemeester en wethouders zorg draagt voor het verlenen van bij die maatregel aangewezen voorzieningen.

Artikel 9

1. Het college van burgemeester en wethouders publiceert jaarlijks voor 1 juli:

a. de uitkomsten van onderzoek naar de tevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning over de uitvoering van de wet, die verkregen zijn volgens een methode die na overleg met representatieve organisaties op het gebied van maatschappelijke ondersteuning tot stand is gekomen, en

b. bij ministeriële regeling aangewezen gegevens over de prestaties van gemeenten op het gebied van maatschappelijke ondersteuning betreffende het voorgaande kalenderjaar.

2. Het college van burgemeester en wethouders verstrekt jaarlijks voor 1 juli aan Onze Minister of een door Onze Minister aangewezen instelling de in het eerste lid omschreven gegevens.

3. Onze Minister draagt er zorg voor dat op basis van de door de gemeente verstrekte gegevens voor 1 januari volgend op de in het tweede lid genoemde datum een rapportage wordt opgesteld en gepubliceerd waarin de gegevens van de gemeenten worden vergeleken.

Artikel 10

1. Het college van burgemeester en wethouders laat het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk verrichten door derden.

2. Het college van burgemeester en wethouders betreft zaken die in het kader van het verlenen van maatschappelijke ondersteuning aan een persoon in eigendom worden overgedragen of in bruikleen worden gegeven, van derden, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is.

Artikel 11

1. Het college van burgemeester en wethouders betreft de ingezetenen van de gemeente en in de gemeente een belang hebbende natuurlijke en rechtspersonen bij de voorbereiding van het beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning, op de wijze voorzien in de krachtens artikel 150 van de Gemeentewet vastgestelde verordening.

2. Het college van burgemeester en wethouders stelt ingezetenen van de gemeente en in de gemeente belang hebbende natuurlijke en rechtspersonen vroegtijdig in de gelegenheid zelfstandig voorstellen voor het beleid inzake maatschappelijke ondersteuning te doen.

3. Het college van burgemeester en wethouders verschaft informatie die nodig is ter uitvoering van het bepaalde in het eerste en tweede lid.

4. Onverminderd het eerste lid vergewist het college van burgemeester en wethouders zich bij de voorbereiding van het beleid tevens van de belangen en behoeften van ingezetenen die hun belangen en behoeften niet goed kenbaar kunnen maken.

Artikel 12

1. Alvorens een voordracht tot vaststelling door de gemeenteraad te doen, vraagt het college van burgemeester en wethouders over het ontwerp-plan advies aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve organisaties van de kant van vragers op het gebied van maatschappelijke ondersteuning.

a. in het verkeer met de persoon op wie het nummer betrekking heeft, en

b. in hun contacten met de personen en instanties voor zover deze zelf gemachtigd zijn tot het gebruik van het sociaal-fiscaalnummer.

2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing ter zake van de uitvoering van deze wet op bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen personen en instellingen.

§ 4a. Financiële tegemoetkomingen

Artikel 19

1. De hoogte van de financiële tegemoetkomingen kan voor de verschillende soorten van maatschappelijke ondersteuning verschillend worden vastgesteld en mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen van degene aan wie maatschappelijke ondersteuning is verleend en van zijn echtgenoot.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de financiële tegemoetkomingen.

§ 5. Specifieke uitkeringen

Artikel 20

1. Onze Minister kan aan bij algemene maatregel van bestuur aangezeven gemeenten een specifieke uitkering verstrekken ten behoeve van beleid op het terrein van openbare geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.

2. Onze Minister kan aan bij algemene maatregel van bestuur aangezeven gemeenten een specifieke uitkering verstrekken ten behoeve van beleid op het terrein van vrouwenopvang.

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van:

a. het bedrag van de uitkering dan wel de wijze waarop dit bedrag wordt bepaald;

b. de aanvraag van een uitkering en de besluitvorming daarover;

c. de aan de verlening van een uitkering verbonden verplichtingen;

d. de vaststelling van de uitkering;

e. de intrekking of wijziging van de beschikking tot verlening en vaststelling van de uitkering;

f. de betaling, de terugvordering van de uitkering alsmede het verlenen van voorschotten op de uitkering.

4. Een gemeente waaraan een uitkering als bedoeld in het eerste of tweede lid wordt verstrekt en die financiële middelen verstrekt aan instellingen, draagt er zorg voor dat die instellingen overeenkomstig door Onze Minister bij ministeriële regeling te stellen regels hun werkzaamheden registreren en de geregistreerde gegevens verstrekken aan een door Onze Minister daartoe aangewezen instelling.

5. Een gemeente die een uitkering als bedoeld in het eerste of tweede lid ontvangt, overlegt over de besteding van die uitkering met de omringende gemeenten.

6. De door gemeenten ingevolge het eerste en tweede lid bekostigde voorzieningen op het terrein van maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid zijn toegankelijk voor iedereen die in Nederland woont.

§ 10. Wijziging van andere wetten

Artikel 27

De Kaderwet volksgezondheidssubsidies wordt als volgt gewijzigd:

A. In artikel 2 worden, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel c door een puntkomma, twee onderdelen toegevoegd, luidende:

- d. de maatschappelijke zorg, voor zover van landelijke betekenis;
- e. de sport, voor zover van landelijke betekenis.

B. Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid vervalt onderdeel i en wordt tevens de puntkomma aan het slot van onderdeel h vervangen door een punt.

2. Een derde lid wordt toegevoegd, luidende:

3. Onze Minister kan de uitvoering van een algemene maatregel van bestuur of een ministeriële regeling als bedoeld in het eerste lid, met inbegrip van het nemen van besluiten op grond van deze regels, delegeren aan andere bestuursorganen.

C. Artikel 11 komt te luiden:

Artikel 11

Deze wet wordt aangehaald als: Kaderwet VWS-subsidies.

Artikel 28

Artikel 1, eerste lid, onder b, onderdeel 2° onder b, van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen komt te luiden:

b. door Onze Minister op grond van Kaderwet VWS-subsidies of een gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning;

Artikel 29

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector wordt gewijzigd als volgt:

1. Artikel 1, eerste lid, onder b, onderdeel 1°, onder b, komt te luiden:
b. maatschappelijke ondersteuning wordt geboden door derden als bedoeld in artikel 10 van de Wet maatschappelijke ondersteuning;

2. In artikel 1, eerste lid, onder d, tweede en derde lid, wordt «maatschappelijke zorg» telkens vervangen door: maatschappelijke ondersteuning.

Artikel 30

Artikel 2, tweede lid, onderdeel f, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid komt te luiden:

f. het bieden van psychosociale hulp bij rampen.

Artikel 31

Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel 255 wordt als volgt gewijzigd:

4. Voor zover deze wet of de Wet educatie en beroepsonderwijs daarin niet voorziet, alsmede indien nodig in afwijking van het bij of krachtens deze wetten bepaalde, worden bij ministeriële regeling regels vastgesteld ten behoeve van een goede invoering van deze wet of de Wet educatie en beroepsonderwijs, zoals gewijzigd door deze wet.

Artikel 36

De Wet kinderopvang wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 90 komt te luiden:

Artikel 90

1. Het college van burgemeester en wethouders neemt in het register, bedoeld in artikel 46, de kindercentra en gastouderbureaus op die op het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet kinderopvang blijkens een door de betrokken gemeente verstrekte verklaring of vergunning voldoen aan de krachtens de Welzijnswet 1994 gestelde eisen met betrekking tot de kwaliteit, zoals deze wet luidde voor 1 januari 2005. Artikel 46 is van toepassing.

2. Een houder van een kindercentrum of gastouderbureau als bedoeld in het eerste lid verstrekt desgevraagd aan het college de gegevens, bedoeld in artikel 45, tweede lid. Hoofdstuk 5 is van overeenkomstige toepassing.

3. Personen die op het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet kinderopvang werkzaam zijn bij een kindercentrum of bij een gastouderbureau dan wel gastouders die op dat tijdstip gastouderopvang bieden door tussenkomst van een gastouderbureau, leggen aan de houder binnen twee maanden na de inwerkingtreding een verklaring over als bedoeld in artikel 50, tweede lid. Voor de toepassing van de eerste volzin wordt met een verklaring als bedoeld in artikel 50, tweede lid, gelijkgesteld een verklaring omtrent het gedrag, afgegeven volgens de Wet op de justitiële documentatie en op de verklaringen omtrent het gedrag.

B

Artikel 97 komt te luiden:

Artikel 97

Ten aanzien van voor het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet kinderopvang door het Rijk en gemeenten op grond van de Welzijnswet 1994 verleende subsidies en uitkeringen aan kinderopvang, voorzover dat kinderopvang betreft waarop deze wet van toepassing is, blijft het bepaalde bij of krachtens de Welzijnswet 1994, zoals dat laatstelijk voor 1 januari 2005 luidde, van toepassing op de financiële verantwoording, vaststelling en uitbetaling van die subsidies en uitkeringen.

Artikel 37

In Bijlage C van de Beroepswet wordt na onderdeel 24d een onderdeel ingevoegd, luidende als volgt:

24e. Wet maatschappelijke ondersteuning.

3. In wettelijke procedures en rechtsgedingen tegen besluiten die op grond van de Wet voorzieningen gehandicapt zijn genomen, dan wel op tegen deze besluiten in te stellen of ingestelde beroepen, blijven, zowel in eerste aanleg als in verdere instantie, de regels van toepassing, die golden voor de intrekking van die wet.

Artikel 41

1. In afwijking van artikel 1, eerste lid, onder h, wordt in dit artikel verstaan onder huishoudelijke verzorging: het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van een persoon dan wel van de leefeenheid waartoe een persoon behoort, te verlenen door een instelling.

2. De aanspraken op zorg, bedoeld in artikel 6, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, omvatten niet huishoudelijke verzorging ten behoeve van het behoud van zelfstandig functioneren of deelname aan het maatschappelijke verkeer.

3. De rechten en verplichtingen die gelden op het tijdstip van de inwerkingtreding van deze wet met betrekking tot huishoudelijke verzorging waarvoor op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een indicatiebesluit is afgegeven voor de inwerkingtreding van deze wet, tenzij de verzekerde in het buitenland woont, blijven gelden gedurende de looptijd van het indicatiebesluit, doch ten hoogste een jaar na de inwerkingtreding van deze wet, met dien verstande dat het college van burgemeester en wethouders in de plaats treedt van de zorgverzekeraar van betrokkene, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en dat betrokkene de bijdrage in de kosten, bedoeld in artikel 6, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, aan het college van burgemeester en wethouders is verschuldigd.

4. Op een aanvraag om huishoudelijke verzorging wordt door het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar betrokkene woont, tot drie maanden nadat de gemeenteraad de verordening, bedoeld in artikel 5, heeft vastgesteld, doch uiterlijk tot een jaar na de inwerkingtreding van deze wet, een beslissing genomen overeenkomstig de regels zoals die voor de inwerkingtreding van deze wet op deze verzorging van toepassing waren, met dien verstande dat het college van burgemeester en wethouders optreedt als onafhankelijk indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

5. Indien op grond van het vierde lid op een aanvraag een indicatiebesluit voor huishoudelijke verzorging is afgegeven, is het derde lid van overeenkomstige toepassing.

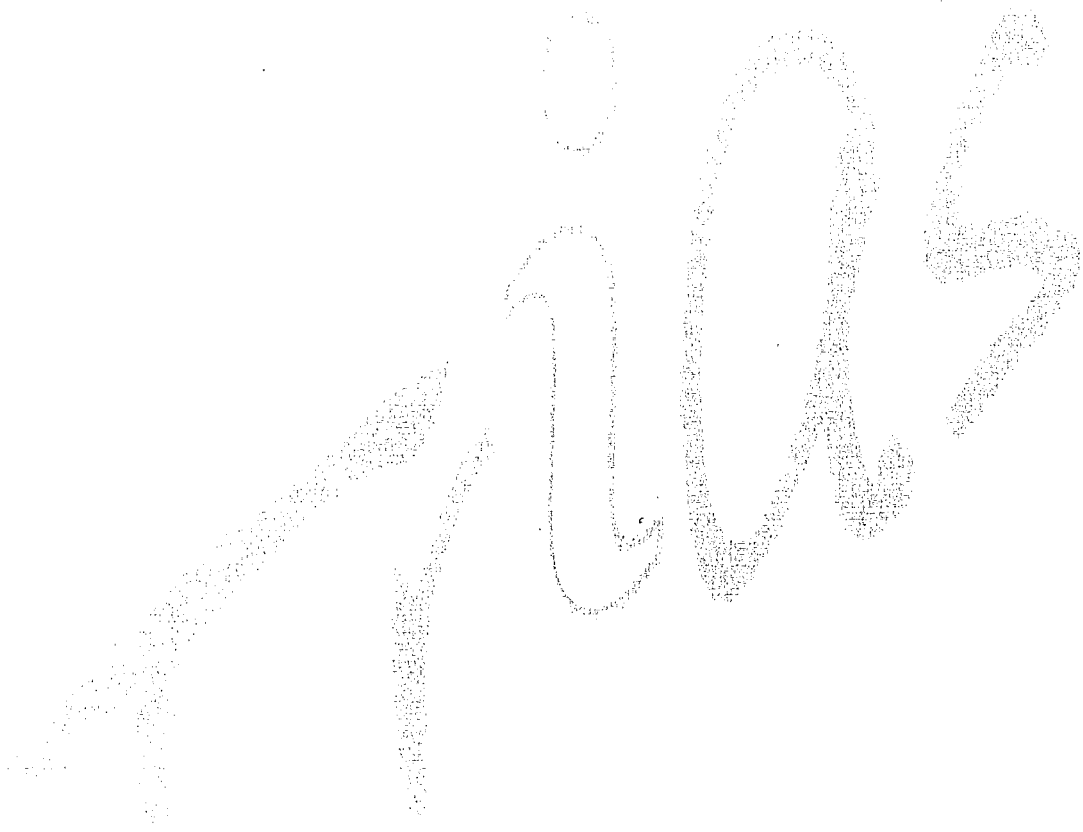
6. In wettelijke procedures en rechtsgedingen tegen besluiten betreffende huishoudelijke verzorging die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn genomen, dan wel op tegen deze besluiten in te stellen of ingestelde beroepen, blijft, zowel in eerste aanleg als in verdere instantie, het bepaalde bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van toepassing.

Artikel 42

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 2007.

Bijlage 7: Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo

Trias



Postbus 77
9480 AB Vries
Nieuwe Rijksweg 37
9481 AP Vries
Tel. 0592 - 33 89 38
Fax 0592 - 33 89 58
www.stichtingtrias.nl
info@stichtingtrias.nl

Projectplan geestelijk
verzorger in de gemeente
Tynaarlo

Vries, april 2008
Janet Dekker (ouderenadviseur)

Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo.

april 2008

1. Inleiding.

Binnen nu en 25 jaar verdubbelt het aantal ouderen in Nederland. De vergrijzing zal ingrijpende gevolgen hebben. Aanbieders van zorg-, woon- en welzijnsdiensten zullen steeds meer klanten krijgen en de vraag naar zorg zal toenemen.

Inspanningen zijn nodig om de kwaliteit van leven van ouderen te waarborgen.

Belangrijke onderwerpen zijn: eenzaamheid en aandacht voor levensvragen.

Ieder mens heeft levensvragen: vragen over de zin van het leven. Traditionele sociale verbanden waarin levensvragen aan bod konden komen zoals kerk, buurt en familie, zijn in de loop van de jaren steeds minder geworden. Daarnaast nemen ook veel mensen geen genoegen meer met voorgeschreven antwoorden vanuit een traditionele levensbeschouwing.

Voor ouderen is herkenning en erkenning van hun levensvragen belangrijk omdat ze dan meer verbinding voelen en een betere kwaliteit van bestaan ervaren. De visie die hieraan ten grondslag ligt is, dat meer welbevinden een gunstig effect kan hebben op het ontstaan en het verdere verloop van ziektes. Zorg is nodig zowel op lichamelijk als geestelijk gebied. Geestelijke verzorging is dan ook een onmisbaar onderdeel van het aanbod van zorg. We worden allemaal geconfronteerd met pijn en lijden, met ziekte en dood, met momenten van crisis. Dan is zorg nodig op lichamelijk én geestelijk gebied.

2. Doelstelling.

Geestelijke verzorging bevordert de kwaliteit van leven van cliënten door begeleiding en ondersteuning bij zingeving- en levensbeschouwelijke vragen. Het levert een bijdrage aan geïntegreerde zorgverlening aan cliënten.

3. Doelgroep.

Mensen die zich in een afhankelijke situatie bevinden en waarbij de behoefte bestaat om vertrouwelijk te praten over het eigen leven, relaties met anderen, het ouder worden en de dood. Gevoelens van eenzaamheid spelen een grote rol.

5.2. Groepsgewijze bijeenkomsten

Verzorgt groepsbijeenkomsten op levensbeschouwelijk- of zingeving gebied.

- Organiseert en leidt levensbeschouwelijke bijeenkomsten, bijvoorbeeld herdenkingsbijeenkomsten, uitvaartdiensten etc.
- Verzorgt tijdens de hierboven genoemde bijeenkomsten de handelingen en rituelen die men de geestelijke verzorger toevertrouwt
- Ontwikkelt nieuwe symbolen en rituelen voor groepsgewijze bijeenkomsten.
- Leidt levensbeschouwelijke gespreksgroepen. Thema's hiervoor zijn bijvoorbeeld: betrokkenheid, zintuiglijke waarneming (zien, horen, voelen) etc.
- Ontwikkelt thema bijeenkomsten die door andere functionarissen geleid worden

5.3. Adviseren

Leverd ethische en levensbeschouwelijke bijdrage aan zorg- en instellingsbeleid van de organisatie.

- Adviseert gevraagd en ongevraagd management team en leidinggevenden bij het tot stand komen van zorg- en instellingsbeleid.
- Adviseert gevraagd en ongevraagd ten aanzien van de uitvoering van het zorgbeleid zoals bijvoorbeeld ten aanzien van zorgprotocollen, voedingsprotocollen etc.
- Neemt deel aan overleg- of advies organen op het gebied van ethiek en levensbeschouwing.
- Adviseert andere zorgverleners in hoe om te gaan met de individuele cliënt vanuit de levensbeschouwelijke- en persoonlijke behoefte van de cliënt.

5.4. Voorlichting en educatie

Verzorgt educatie en voorlichting op het gebied van zingeving en levensbeschouwing.

- Geeft op verzoek externe gastlessen en verzorgt interne scholing aan het personeel.
- Verzorgt voorlichtingsbijeenkomsten binnen het werkgebied van de gemeente Tynaarlo.
- Ontwikkelt voorlichtingsmateriaal voor intern en extern gebruik.
- Schrijft artikelen voor intern en extern gebruik.

7. Financiering

Intramuraal:

Een zorginstelling ontvangt een budget ter dekking van de totale kosten van de te leveren zorg. Het instellingsbudget bestaat uit vergoedingen voor:

- loonkosten
- materiele kosten

Binnen het budget voor loonkosten is geen geormerkte component voor een geestelijk verzorger opgenomen. De instelling heeft tot taak om met het gegeven budget verantwoordelijke zorg te leveren. De instelling bepaalt zelf op welke wijze deze vergoedingen ingezet worden.

Voorbeeld: Het expertisecentrum Oosterlengte (thuiszorginstelling en verpleeghuis) in Winschoten heeft een geestelijk verzorger in dienst genomen. Dit hebben ze gedaan n.a.v. een onderzoek naar de vraag waarom zelfstandig wonende ouderen zich op de wachtlijst laten plaatsen voor een verzorgingshuis. De reden was: emotionele eenzaamheid.

Extramuraal:

Tot op heden geen duidelijke regels voor financiering. Binnen de huidige AWBZ zou de geestelijke verzorging vallen onder de ondersteunende begeleiding. Net als de huishoudelijke hulp zal de ondersteunende begeleiding in de toekomst ook gaan vallen onder de WMO.

Deze wet heeft tot doel dat meer mensen hun eigen verantwoordelijkheid nemen en langer zelfstandig thuis blijven wonen. De modernisering van de AWBZ zal er ook toe leiden dat mensen minder vaak en korter in een instelling verblijven. De behoefte aan een geestelijk verzorger zal hierdoor toenemen. Op het gebied van de ondersteunende begeleiding is het beter dit lokaal op te pakken.

Hierin kan de gemeente een regiefunctie vervullen.

Een geestelijk verzorger moet zo laagdrempelig mogelijk kunnen werken. Hij/zij behandelt juist niet maar komt vrijblijvend langs en kan zodoende in een latente behoefte voorzien. Want wie weet van zichzelf dat hij/zij een geestelijk verzorger nodig heeft? Vaak zit de geestelijke nood verstopt achter een medische vraag.

Indicering zoals bijvoorbeeld bij het toekennen van persoonlijke verzorging werpt drempels op. Geestelijke verzorging is niet uit te drukken in zorgtaal zoals:

- meetbaarheid
- productie eenheden
- diagnose- behandeling

De uitspraak van een patiënt geeft dit duidelijk aan:

“Ze zijn druk met me bezig, maar niemand kijkt naar mij om”

Mensen zelf laten betalen is veel te duur: een geestelijk verzorger zou € 80,- per uur mogen vragen op basis van zijn/haar opleiding.

Eigen bijdrage inkomensafhankelijk: inkomstenstroom zou niet voldoende zijn en indicering is hierbij noodzakelijk.

10. Projectduur en het aantal uren

Om goed aan te kunnen tonen of een geestelijk verzorger aan de behoefte voldoet is een project van 2 jaar nodig.

Een startfase van een half jaar zal nodig zijn voor:

- netwerken opbouwen
- bekendmaking geestelijk verzorger (krant, voorlichting, folder)
- opbouwen cliëntkring

Uitgaande van 18 uur per week zullen de resultaten op jaarbasis moeten zijn:

- huisbezoek: aantallen met een duur van 2 uur (reistijd, bezoek, rapportage)
- bijeenkomsten verzorgen
- voorlichting aan verzorgenden binnen de verzorgingshuizen

11. Evaluatie en resultaat

Uit evaluatie en aantallen cliënten moet de haalbaarheid te concluderen zijn.

Vragen die door evaluatie helderheid verschaffen zijn:

- is de doelstelling gehaald? Is de kwaliteit van leven door begeleiding en ondersteuning bij zingevings- en levensbeschouwelijke vragen van cliënten bevorderd?
- is de juiste doelgroep benaderd?
- zijn gevoelens van eenzaamheid verminderd of niet meer aanwezig?
- is het werk zo efficiënt en effectief mogelijk uitgevoerd?
- is de begeleiding en ondersteuning buiten de taak van andere hulpverleners gebleven?
- is de dienst laagdrempelig?
- is het aantal uren voldoende?
- aanbevelingen?
- uitslag klanttevredenheidsonderzoek

Hoewel een geestelijk verzorger professioneel een autonome functie heeft, zal hij toch verantwoording moeten afleggen over zijn werk. Jaarlijks zal hij in een op te stellen jaarverslag verantwoording afleggen over zijn activiteiten. In een professioneel statuut geestelijk verzorger zal de wijze van verantwoording nader worden uitgewerkt.

Jaarlijks zal inzicht moeten worden gegeven in het aantal contacten met ouderen, waaronder het aantal huisbezoeken en het resultaat hiervan.

Reacties/ vragen:

Janet Dekker

Tel: 0592-338938

e-mail: jeanet.dekker@stichtingtrias.nl

Uitdrukkingsvaardigheid

- Uitdrukkingsvaardigheid is van belang om te communiceren over levensbeschouwelijke onderwerpen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van mondelinge-, schriftelijke, non-verbale communicatie en symboliek.
- Bij het voorgaan van zingevings- of levensbeschouwelijke bijeenkomsten worden specifieke eisen gesteld aan uitdrukkingsvaardigheid.
- Voor het schrijven van voorlichtings- en educatiemateriaal is schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid van belang.

Bewegingsvaardigheid

- Bewegingsvaardigheid in het gebruik van een PC is van belang.
- Auto + rijbewijs

Oplettendheid

- Oplettendheid ten aanzien van de aan geestelijk verzorger toevertrouwde cliënten is van belang.
- Oplettendheid ten aanzien van levensbeschouwelijke- en zingevings vraagstukken
- binnen de organisatie is nodig.
- Onvoldoende oplettendheid kan gevolgen hebben voor welbevinden van cliënten en de dienstverlening van de organisatie.

Overige functie-eisen

- Doorzettingsvermogen is van belang vanwege het blijven bijstaan van mensen in zeer zware of uitzichtloze situaties.
- Systematisch denken en werken is van belang om bijvoorbeeld uit het verwarde verhaal van cliënten de essentie te achterhalen.
- Integriteit en betrouwbaarheid zijn in het bijzonder van belang in de rol van cliëntenvertrouwenspersoon.
- Een representatief optreden is van belang vanwege het vertegenwoordigen van de discipline geestelijke verzorging buiten de organisatie.

Inconveniënten

- Psychische belasting is er door soms diepgaande confrontatie met lijden en leed van cliënten en familieleden.
- Werkt in voorkomende gevallen buiten kantoortijden.
- Risico op fysiek letsel is er door het bemiddelen in conflicten, bijvoorbeeld tussen familie enerzijds en de organisatie anderzijds.
- Werkt onafhankelijk.

Bijlage 8: Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Behandeling

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 8
Behandeling

versie 1 januari 2008

1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Behandeling, zoals bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken.
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Behandeling'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

Wettelijke kader

1. Artikel 8 Besluit zorgaanspraken:

"Behandeling omvat behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling."

De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken (onderdelen die niet relevant zijn voor de indicatiestelling zijn weggelaten):

Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in die zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorende onderzoek is verricht. De begeleiding richt zich op het leren omgaan met de (gevolgen) van de aandoening of handicap. Voor behandeling is kenmerkend dat de diagnose nog niet is gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, niet op het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening of handicap. Dit laatste vormt onderdeel van de functie Activerende Begeleiding. In de praktijk zullen behandeling en activerende begeleiding vaak hand in hand gaan. Toch is het zaak behandeling en activerende begeleiding goed uit elkaar te houden. Het feit dat activerende begeleiding, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, vaak wordt gegeven door personen die in hun beroepsgroep bekend staan als behandelaar, maakt van de te verrichten activiteit nog geen behandeling in de zin van de functie Behandeling. Net zo min als uit de naam sociaal psychiatrische verpleegkundige kan worden afgeleid dat wat deze persoon doet, het bieden van de functie Verpleging is. Onder Behandeling in dit artikel valt ook behandeling van een verzekerde met verslavingsproblematiek.

Zoals het CVZ opmerkt, vormt audiotecnische ondersteuning onderdeel van behandeling aan doven en slechthorenden."

De toelichting bij de wijziging, van kracht per 1 januari 2008 (zie Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet artikel 1.10 onderdeel D) vermeldt dat niet meer wordt gesproken van "medisch-specialistische" en "specialistisch-paramedisch". In plaats daarvan is de term "specifiek" gebruikt. Hiermee is de aanbeveling die het CVZ in zijn rapport van 28 juli 2005, getiteld "Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ" op dit punt heeft gedaan, overgenomen. Met het gebruiken van het woord "specifiek" wordt bedoeld op de gerichtheid van de deskundigheid op specifieke doelgroepen waar het bij de AWBZ om gaat. Daarmee komt de afbakening met de Zorgverzekeringswet beter tot uitdrukking. Besloten is deze technische aanbeveling alvast over te nemen.

2 Doelstelling functie¹

2.1 Algemeen

Kenmerkend voor de AWBZ-functie behandeling (in relatie tot de Zvw-behandeling) is dat het gaat om specifieke behandeling. Met "specifiek" wordt bedoeld op de gerichtheid op specifieke doelgroepen waar het bij de AWBZ om gaat. Het gaat bij AWBZ-behandeling vooral om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM). Er bestaat complexe (multi)-problematiek waarbij specifieke deskundigheid zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. Het doel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen, zodat monodisciplinaire behandeling in principe geen AWBZ-zorg is. Uitzondering hierop is Behandeling in verband met een psychiatrische aandoening.

Behandeling, hetzij vanuit het tweede, hetzij vanuit het eerste compartiment, verdient de voorkeur boven het inzetten van andere zorg. Het verbeteren van een aandoening, stoornis of beperking bevordert het optimaal functioneren van de verzekerde. Dit geniet de voorkeur vanuit de kwaliteit van de zorg, en kan er ook toe leiden dat de vraag naar andere zorg afneemt.

Het gaat bij AWBZ-behandeling om:

- Consultatie
- Medebehandeling
- Kortdurende revalidatie en reactivering
- Functionele diagnostiek
- Chronisch complexe zorg
- Paramedische zorg

Als er sprake is van Behandeling gepaard gaande aan Verblijf in dezelfde instelling heeft verzekerde ook aanspraak op de aanvullende voorzieningen, zoals geformuleerd in artikel 15 Bza. Als er sprake is van het consulteren, door een huisarts of medisch specialist, van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ.

2.2 Consultatie en Medebehandeling

Doel van het consulteren door huisarts of medisch specialist van een AWBZ-behandelaar kan bijvoorbeeld zijn om advies te krijgen over de behandeling, de aanpak of om een zorgplan op te stellen. De huisarts of specialist blijft medisch verantwoordelijk. De AWBZ-behandelaar is incidenteel betrokken.

Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft, omdat bijvoorbeeld mantelzorgers opname wensen te voorkomen, kan er sprake zijn van medebehandeling. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk, maar de AWBZ-behandelaar behandelt het specifieke AWBZ-probleem.

¹ Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 8

Behandeling

1. Als onderdeel van functionele diagnostiek kan sprake zijn van enkelvoudige specifieke paramedische behandeling.
 2. Als onderdeel van de specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, multidisciplinaire, langdurige zorg) bestaat de paramedische behandeling uit gerichte interventies, die deel uitmaken van het zorgplan dat onder regie en verantwoordelijkheid van een arts of gedragswetenschapper is opgesteld en wordt uitgevoerd. Algemene richtlijn is dat disciplines in samenhang bij de zorg zijn betrokken, en dat er periodieke inhoudelijke afstemming in een multidisciplinair overleg plaatsvindt.
-

Bijlage 9: Uitwerking AWBZ pakketmaatregel

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk DLZ/ZI-U-2877632	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag 16 sep. 08
Onderwerp uitwerking AWBZ pakketmaatregel		Bijlage(n)	Uw brief

1 *Inleiding*

In de brief 'Zeker van zorg nu en straks' (Kamerstukken II, 2007-2008, 30 597, nr. 15 d.d. 13 juni 2008) heeft het kabinet zijn visie op de langdurige zorg geschetst. De kern van deze visie is dat de AWBZ weer gericht zal worden op de groep mensen met ernstige beperkingen in hun dagelijks leven voor wie de AWBZ oorspronkelijk is bedoeld. In de brief is uiteengezet dat er een aantal problemen in de AWBZ is zoals te weinig sturing door cliënten, teveel bureaucratie en onvoldoende afstemming tussen welzijn, zorg en op genezing gerichte zorg. Daarnaast constateert het kabinet dat de AWBZ in de loop van de tijd veranderd is. De AWBZ is de afgelopen jaren onbedoeld gegroeid en biedt nu te ruime aanspraken. Bovendien overlapt de AWBZ met beleid in andere domeinen en kan door de ruime aanspraken onbedoelde medicalisering in de hand worden gewerkt. Dit is niet wenselijk en niet nodig. Omdat de uitgaven sterk zijn gestegen moeten er maatregelen genomen worden om de houdbaarheid van de langdurige zorg te waarborgen. Door de AWBZ terug te brengen naar de oorspronkelijke doelstelling, kan het kabinet kwalitatief goede en betaalbare zorg in de toekomst blijven garanderen voor de meest kwetsbaren.

In het debat dat met uw Kamer is gevoerd op 3 juli jl. over deze brief uitte u veel zorgen over de voorgenomen pakketmaatregel begeleiding. Tevens heeft uw Kamer hierover een aantal moties aangenomen. Op twee van de door u aangenomen moties uit het debat van 3 juli kom ik separaat terug. In de motie Wolbert (Kamerstukken II, 30 597, nr. 25) wordt de regering verzocht te komen tot een gevalideerde diagnose- en indicatiestelling die medicalisering tegengaat. In deze brief, alsmede in vervolgbrieven verwerken we het verzoek zoals neergelegd in de motie Wolbert. Ook de motie Van Miltenburg over het pgb is aangenomen (Kamerstukken II, 2007-2008, 30 597, nr. 21) die de regering oproept bij begroting 2009 met concrete voorstellen te komen om de subsidieregeling pgb op te heffen en om te zetten in een aanspraak. In de begrotingstekst vindt u de stand van zaken over deze laatste motie.

In de moties Jan de Vries, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Wolbert (Kamerstukken II, 2007-2008, 30 597, nrs. 19, 23 en 24) is de regering gevraagd uiterlijk met Prinsjesdag duidelijkheid te geven over de nadere invulling van de beperking van de aanspraak op de functie begeleiding. Ook is gevraagd te verduidelijken wat onder de individuele

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

VVFJ

Rechtvaardig, omdat de gekozen maatwerkbenadering de toegang tot begeleiding in de AWBZ alleen afhankelijk maakt van de aard en ernst van de beperkingen. De consequenties laten zich vanwege de maatwerkbenadering van tevoren niet exact op doelgroepenniveau bepalen. Daarom heb ik ook de cliëntenorganisaties verzocht een rol te vervullen bij de monitoring van het nieuwe beleid in 2009. Tevens wil ik nagaan of het mogelijk is een instrument te ontwikkelen waarmee mensen zelf op een eenvoudige wijze kunnen bepalen of zij al dan niet in aanmerking (blijven) komen voor de nieuwe functie begeleiding. De budgethoudersvereniging Per Saldo en een Hyves-vereniging hebben mij ruim 4000 signalen ter hand gesteld waarin mensen hun ongerustheid kenbaar maken over de op handen zijnde maatregelen. Het is mij gebleken dat velen van hen zich onterecht ongerust maken. Uit de rapportages ontstaat het beeld dat mensen (veelal met een zware zorgbehoefte) menen dat het pgb verdwijnt en dat de functie begeleiding voor niemand meer beschikbaar zal zijn. Dat is voor mij een extra signaal om te letten op een goede en zorgvuldige communicatie over de maatregel. Met de gekozen uitwerking van de maatregel begeleiding is het niet noodzakelijk om in de breedte van de AWBZ-aanspraken in te grijpen met drastischer maatregelen, zoals bijvoorbeeld het beperken van het instrument pgb of het inperken van de ouderenzorg op basis van de AWBZ (zie paragraaf 4).

Ik benadruk dat het schrappen van begeleiding voor mensen met lichte beperkingen uit de AWBZ geen één op één overheveling is van taken naar andere domeinen. De meeste mensen waren voor 2003, toen de aanspraken in de AWBZ nog niet waren gemoderniseerd, zelf verantwoordelijk voor de activiteiten die onder de functie begeleiding vallen. Met de overige departementen en de VNG bezie ik de komende tijd nader welke effecten de maatregel in de AWBZ heeft op aanpalende domeinen. Hiertoe is een bedrag van € 150 miljoen gereserveerd (zie paragraaf 5).

Het kabinet hecht ten slotte zeer aan een adequate overlegstructuur (interdepartementaal, medeoverheden, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, ZBO's) om te bezien of de uitwerking van de maatregel inderdaad op een zodanige manier vorm krijgt dat het door het kabinet beoogde beleid wordt gerealiseerd (zie paragrafen 6 en 7).

2 Wat houdt het beleid in?

De pakketmaatregel heeft alleen betrekking op de functie begeleiding. De maatregel draagt bij aan het aanpassen van een al vele jaren lopende ontwikkeling. Namelijk dat het indicatiestellers, door de te ruime definiëring van de aanspraken, ontbreekt aan criteria om grenzen te stellen aan hulpvragen en ze in omvang te beperken. Daarbij komt dat door het ontbreken van een eigen bijdrage de vraag naar begeleiding niet wordt beperkt. Ook zien we dat de ruime formulering van de aanspraken vele mogelijkheden biedt voor zorgaanbieders om hun omzet en hun afzetmarkt te vergroten. Met mijn beleid wil ik juist de behoefte van cliënten centraal stellen en niet de groei van afzetmarkten.

Daarnaast hebben sommige aanbieders van zorg vanuit hun persoonlijke betrokkenheid de neiging om verantwoordelijkheden over te nemen in plaats van de zorgvrager de weg te wijzen om zaken zelf op te lossen. Het kabinet hecht er juist aan dat mensen zoveel mogelijk zelf blijven doen, al dan niet samen met hun eigen netwerk, zodat onnodige 'medicalisering' tegen wordt gegaan en zelfstandigheid bevorderd wordt. De zorgverlening vanuit de AWBZ

VVFJ

geeft de Raad aan dat wanneer reguliere participatie aan de samenleving voorop staat, zoals bij wonen en verzorging het geval is, een individuele verantwoordelijkheid geldt. Door als overheid te veel verantwoordelijkheid van mensen over te nemen gaat de betrokkenheid van burgers meer en meer verloren. Dit fenomeen is door Kees Schuyt omschreven als de "overspannen overdracht van verantwoordelijkheid naar de overheid (...) die uitgelopen is op een anonimisering van verantwoordelijkheid (...). De verhouding tussen collectieve verantwoordelijkheid en individuele verantwoordelijkheid is daarmee uit balans geraakt. De eigen individuele verantwoordelijkheid moet weer teruggegeven worden."² De overheid blijft daarbij naar het idee van het kabinet nadrukkelijk de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg behouden. Bij onderdelen die nauw aansluiten bij dagelijkse handelingen geldt echter in algemene zin ook een individuele verantwoordelijkheid. De maatregel die het kabinet neemt, moet in dit kader recht doen aan de mate waarin mensen in staat zijn individuele verantwoordelijkheid te nemen. Veel activiteiten die vallen onder de functie begeleiding, sluiten nauw aan bij dagelijkse handelingen. De maatregel die het kabinet neemt, doet recht aan de mate waarin mensen in staat zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen. Er is daarom gekozen voor een uitwerking van de pakketmaatregel begeleiding die de aard en de zwaarte van de beperkingen van mensen centraal stelt. De aard en de zwaarte van iemands beperkingen en niet de AWBZ-grondslag, bepalen straks of iemand al dan niet recht heeft op de functie begeleiding. Mensen met lichte beperkingen acht ik in beginsel in staat zelf verantwoordelijkheid te dragen voor het invullen van de activiteiten die momenteel onder de AWBZ-aanspraak begeleiding vallen.

Alleen als mensen te maken hebben met matige tot zware beperkingen is er straks nog sprake van een collectieve AWBZ-verantwoordelijkheid voor begeleiding. Begeleiding kan voor deze groep het verschil betekenen tussen thuis blijven wonen of opgenomen worden in een instelling. Hiermee wil het kabinet voorkomen dat mensen uitsluitend op basis van deze maatregel terecht komen in de intramurale zorg. Bijvoorbeeld een kind met zware psychiatrische problematiek waarbij de ouders zonder begeleiding via de AWBZ niet in staat zijn de zorg voor het kind te dragen en het dus in een instelling opgenomen zou moeten worden. Intramuralisering is echter niet altijd te vermijden. Het kabinet wil voorkomen dat uitsluitend op basis van deze maatregel mensen terecht komen in de intramurale zorg. Bij de monitoring van de effecten van de pakketmaatregel wordt ook dit aspect meegenomen.

Om de bovenstaande visie verder uit te werken en te vertalen in implementeerbare maatregelen, is onderzoek uitgezet bij het CIZ en onderzoeksbureau HHM. In het onderzoek is onder andere nagegaan bij welke groepen cliënten sprake is van groei van de begelevingsvraag in de afgelopen jaren en of deze groei te verklaren is op basis van de beperkingen van de cliënten. De uitkomsten van dit onderzoek wijzen overtuigend in de richting dat de ontwikkelingen ten aanzien van de functie begeleiding zoals die nu in de AWBZ wordt vormgegeven, zorgelijk zijn. Het onderzoek bevestigt het beeld van een aanzienlijke stijging van de positieve indicatiebesluiten voor de functie begeleiding, vooral bij ouderen met een somatische beperking en bij jong volwassenen met psychiatrische problematiek. De groep jeugdigen met psychiatrische problematiek is bij deze analyse buiten beschouwing gebleven, omdat zij instromen via de bureaus jeugdzorg. Maar uit de evaluatie van de pgb-regeling weten we dat ook bij deze groep een duidelijke groei is waar te nemen (zie Kamerstukken II 2007-2008, 26 631, nr. 232).

² RVZ, Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief, 2006.

VVFJ

behandeling. De bestaande functie behandeling wordt aangevuld met een beperkt deel van de activiteiten die nu onder AB vallen. De andere activiteiten vallen onder de nieuwe functie begeleiding. Het doel van de nieuwe functie begeleiding is niet langer participatie én zelfredzaamheid, maar alleen zelfredzaamheid. Voor het leveren van deze begeleiding is specifieke, zorginhoudelijke deskundigheid nodig: alleen dit soort begeleiding voor kwetsbare groepen blijft vergoed worden via de AWBZ, zowel in de vorm van zorg in natura als pgb.

Bij de uitwerking van de maatregel heb ik op basis van het hierboven genoemde onderzoek gekozen voor twee 'aanvliegroutes': het inperken van de toegang en het begrenzen van de omvang van de functie begeleiding in de AWBZ.

3.1 Afbakening van de toegang tot de functie begeleiding

Ik heb een systematiek laten ontwikkelen, met ambtelijke betrokkenheid van het CVZ en het CIZ, om te kunnen vaststellen wanneer zorgvragers in aanmerking komen voor begeleiding. Dit bepaalt de indicatiestelling als volgt. Nadat de indicatiestellers de ziekte, aandoening of stoornis (de zogenaamde AWBZ-grondslag) hebben vastgesteld, scoren zij de soort beperkingen en de mate van ernst daarvan, die de zorgvrager ervaart op (maximaal) negen onderdelen. Deze onderdelen zijn opgenomen in het, van de ICF afgeleide, zogenaamde B-formulier van de indicatiestelling en luiden als volgt:

- 1 Sociale redzaamheid (mogelijkheid hebben om sociale contacten aan te gaan, eigen leven vorm te geven en te regisseren, inclusief financiën regelen);
- 2 Bewegen en verplaatsen (zelfstandig voortbewegen binnen- en buitenshuis);
- 3 Probleemgedrag (destructief, grensoverschrijdend, agressief, dwangmatig gedrag);
- 4 Psychisch functioneren (stoornissen in denken, concentratie en waarneming);
- 5 Geheugen- en oriëntatiestoornissen (problemen met oriëntatie in tijd, plaats en persoon).
- 6 Persoonlijke verzorging (eten&drinken, wassen, kleden en toiletteren);
- 7 Huishoudelijk leven (dagelijkse zorg voor het huishouden: maaltijden, kleding verzorgen, lichte schoonmaak);
- 8 Maatschappelijke participatie (zelfstandig contacten opbouwen en onderhouden, activiteiten buitenshuis ondernemen);
- 9 Psychisch welbevinden (depressie, angst, eenzaamheid, geen levensvervulling).

Elk onderdeel kent een aantal onderliggende activiteiten, waarop de beperkingen zich kunnen voordoen en per activiteit wordt gescoord hoe belastend de beperking is. Mensen kunnen dus licht, matig dan wel zwaar beperkt zijn op deze onderdelen. Tot zover niets nieuws. Deze systematiek is bekend bij de indicatiestellers en zij gebruiken haar op dit moment om het persoonlijk, psychisch en cognitief functioneren van de zorgvrager goed en volledig in kaart te brengen. Echter niet alle onderdelen waarop beperkingen gescoord worden, zijn relevant voor een toeleiding naar AWBZ-begeleiding omdat ze niet aansluiten bij het kenmerk van 'ernstig regieverlies dan wel een ernstige, invaliderende beperking'. In de nieuwe systematiek die is ontwikkeld, zijn alleen de zwaarte van de scores op de eerste vijf van de negen bovenstaande onderdelen van belang. Beperkingen op de onderste vier onderdelen (persoonlijke verzorging, huishoudelijk leven, maatschappelijke participatie en psychisch welbevinden) geven geen toegang meer tot begeleiding.

VVFJ

Het beeld uit de periode voor 2003 rechtvaardigt de verwachting dat de overgrote meerderheid van de zorgvragers voldoende heeft aan maximaal 10 uur individuele begeleiding per week voor ondersteuning bij de eerste twee activiteiten. Voor het oefenen met het aanbrengen van structuur dan wel met nieuwe vaardigheden (een onderdeel van de huidige functie activerende begeleiding) kan per week tevens maximaal 3 uur individuele begeleiding geïndiceerd worden met een looptijd van maximaal 1 jaar. Daarnaast is er voor een groep zorgvragers behoefte aan het overnemen van (een gedeelte van) de toezichtstaak om de belasting te verminderen van gezinsleden/mantelzorgers die langdurig informele zorg bieden. Hiervoor blijft het mogelijk maximaal 4 uur per week individuele begeleiding te indiceren. De groep die begeleiding bij alle drie activiteiten nodig heeft, kan per week maximaal geïndiceerd worden in klasse 5 (12,9 uur). Als er daarnaast ook oefening nodig is, kan er maximaal geïndiceerd worden in klasse 6 (15,9 uur). Dan resteert een kleine groep zorgvragers met een dusdanig zware (gedrags)problematiek waarvoor maximaal klasse 7 (19,9 uur) per week, inclusief oefenen geïndiceerd kan worden. Voor de mensen die zijn aangewezen op palliatief/terminale zorg blijft het nu geldende maximum van 56 uur per week van kracht.

Met een normering zoals hier uiteengezet, ben ik van mening dat ik zowel recht doe aan de behoeften van zorgvragers met matige/zware beperkingen aan de ene kant, als aan de behoefte om een halt toe te roepen aan een groei van de omvang van begeleiding die niet stoelt op een toename van de onderliggende beperkingen aan de andere kant.

3.3 Psychosociaal overhevelen

Naast de pakketmaatregel begeleiding heb ik eerder aangekondigd per 1 januari 2009 de grondslag psychosociale problematiek in de AWBZ te schrappen. Dit betekent dat de huidige functies ondersteunende begeleiding in dagdelen en persoonlijke verzorging straks niet meer kunnen worden geïndiceerd bij de grondslag psychosociaal. Andere functies kunnen nu al niet worden geïndiceerd in relatie tot psychosociale problemen.

De cliënten die momenteel deze ondersteuning en verzorging ontvangen zijn vooral dak- en thuislozen, cliënten in de vrouwenopvang en ouderen met psychosociale problemen. Gemeenten zullen hiervoor gecompenseerd worden omdat naar verwachting meer mensen hierdoor een beroep op de gemeente gaan doen. Op deze wijze wil ik de centrumgemeenten maatschappelijke opvang, die met hun Stedelijk Kompas de leefomstandigheden van (potentiële) daklozen willen verbeteren, ondersteunen.

In 2009 is nog sprake van een overgangsrecht zodat deze personen geleidelijk worden geconfronteerd met de overgang naar de gemeenten. De gemeenten zullen zich voorbereiden om deze groepen op te vangen, waarbij zij zelf kunnen bepalen op welke wijze zij de voorziening inrichten. Deze voorbereiding sluit aan bij de initiatieven die momenteel door de gemeenten worden ingezet in het kader van de maatregel die in 2008 is getroffen met betrekking tot de overgang op 1 januari 2009 van de ondersteunende begeleiding in uren voor deze doelgroep.

Het bedrag dat nu is gemoeid met de ondersteuning van deze groepen zal worden overgeheveld naar de gemeenten als compensatie voor de te maken kosten. In overleg met

VVFJ

die zijn aangewezen op palliatief/terminale zorg en/of thuisbeademing. De werkwijze van het CIZ voor deze groepen verandert niet. In de tweede plaats zijn dit mensen met matige /zware beperkingen als gevolg van psychogeriatrische, somatische, en/of psychiatrische problematiek, dan wel een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, die (begeleid) zelfstandig wonen (zie bijvoorbeeld de hieronder beschreven cases 1 en 2, daar blijft aanspraak op AWBZ-begeleiding).

Om een beeld te krijgen van mensen die mogelijk geen beroep meer kunnen doen op de nieuwe functie begeleiding vanuit de AWBZ heeft onderzoeksbureau HHM een analyse gemaakt op basis van de data van het CIZ (zie ook paragraaf 2). Bij deze mensen is sprake van lichte beperkingen op de vijf terreinen die toegang geven tot de functie begeleiding (sociale redzaamheid, bewegen&verplaatsen, probleemgedrag, psychisch functioneren en/of geheugen en oriëntatie). Of er sprake is van lichte beperkingen op deze terreinen bepaalt de indicatie.

Ook kan er sprake zijn van matige/zware beperkingen op een of meer van de vier terreinen die geen toegang geven tot de functie begeleiding (persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging, maatschappelijke participatie en psychische welbevinden).

Het onderzoek geeft in zijn algemeenheid het beeld dat in de volgende situaties geen beroep op begeleiding meer kan worden gedaan: mensen die lichte beperkingen ondervinden als gevolg van beginnende ouderdomsproblematiek, somatische problemen, verstandelijke beperkingen en psychiatrische problemen die daarmee zelfstandig kunnen functioneren (zie bijvoorbeeld de hieronder beschreven cases 3 en 4).

Aangezien er vanwege de maatwerk aanpak van tevoren geen exacte omschrijving te geven is van de mensen die wel en geen effect van deze maatregel zullen ondervinden, geef ik in de hierna beschreven cases een mogelijke uitwerking van mijn beleid in de praktijk. Ik heb daarbij onder andere gebruik gemaakt van de casuïstiek in het boekje van Carint: "Ondersteunende begeleiding, brug tussen wal en schip". In dit boekje, dat uitgaat van de maatregel dat individuele begeleiding voor alle mensen met een somatische grondslag zou worden geschrappt, verliezen alle besproken mensen hun begeleiding. Dat is echter geen vanzelfsprekendheid gezien de aard van de maatregel.

1. Licht verstandelijk beperkten: vaak ook in combinatie met begeleid zelfstandig wonen
Casus: mevrouw van 53 jaar, woont zelfstandig en heeft een lichte verstandelijke beperking en zit in een rolstoel. Krijgt op dit moment 6 uur ondersteunende begeleiding per week, op maandag 2 uur en op vrijdag 4 uur. Ze heeft matige tot zware problemen met de zelfredzaamheid, er is geen familie in de omgeving en op sommige dagen wil zij liever dood. Ze gaat 3 ochtenden per week naar de dagopvang, daar vindt ze veel afleiding. Daarnaast krijgt zij ondersteunende begeleiding algemeen om haar financiën op orde te houden en te oefenen om met geld om te gaan.
Deze mevrouw blijft aanspraak houden op begeleiding. Wel zal na herindicatie het aantal uren begeleiding algemeen mogelijk verminderen.

2. Mensen met cognitieve achteruitgang ten gevolge van hersenbloeding of niet aangeboren hersenletsel: met veel ondersteuning door mantelzorg/partner; deze doelgroep kan ook in begeleid zelfstandig wonen verblijven.
Casus: Jongeman van 28 jaar, na een hersenvliesontsteking is er sprake van cognitieve achteruitgang. Meneer kan zichzelf wel verzorgen maar heeft vooral hulp nodig om de dag

VW

5 *Mogelijke gevolgen voor andere domeinen*

Voor mensen met matige of ernstige beperkingen die voor hun zelfredzaamheid afhankelijk zijn van begeleiding, blijft de AWBZ aan zet. Van de overblijvende groep met lichte beperkingen (op de terreinen die toegang geven tot begeleiding), die straks geen aanspraak meer kunnen maken op begeleiding vanuit de AWBZ, is de veronderstelling van het kabinet dat in beginsel iedereen zelf of met hulp van hun omgeving hun begeleidingsvraag kan oplossen. Voorheen, dat wil zeggen voordat in 2003 de aanspraken in de AWBZ werden vernieuwd, losten burgers deze problemen ook zelf op. Er is derhalve sprake van een eigen verantwoordelijkheid. Er kunnen ook mensen na 2003 in de AWBZ terecht zijn gekomen, waarvoor voorzieningen aanwezig zijn in andere domeinen. Ik wil hier overigens met klem benadrukken dat er geen sprake is van een één-op-één overheveling van AWBZ-zorg naar andere domeinen.

Bij *participatieproblemen* is het aan gemeenten om te bezien of en op welke wijze zij prestatieveld 2 (ondersteuning bij opgroeien en opvoeden) en prestatieveld 5 (participatie voor mensen met beperkingen) op basis van de Wmo invullen. Gemeenten zijn hiervoor sinds 1 januari 2007 verantwoordelijk en hebben onder andere een plicht om voorzieningen te treffen ter compensatie van de beperkingen die hun burgers ondervinden in de maatschappelijke participatie, met als doel medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan. De gemeente heeft daarbij in principe veel meer mogelijkheden dan de AWBZ om collectieve (en doelmatigere) welzijnsarrangementen te creëren en rekening te houden met de eigen mogelijkheden van mensen en hun omgeving.

Met de pakketmaatregel kan voorkomen worden dat mensen, zoals eerder aangegeven, te snel in zwaardere en individuele vormen van hulpverlening terechtkomen wat mensen eerder van de lokale samenleving isoleert dan dat het hen activeert en verbindt met andere burgers. In de derde voortgangsrapportage over de Wmo heb ik laten zien hoe gemeenten er in slagen deze tendens te keren en alternatieven weten neer te zetten op het terrein van participatie. Ik blijf gemeenten daarbij vanzelfsprekend ondersteunen en ik heb aangegeven dat ik vooral de welzijnsfunctie in de Wmo binnen het beschikbare budget wil stimuleren uiteraard zonder het principe van de beleidsvrijheid van gemeenten te doorkruisen.

Bij *problemen die te maken hebben met jeugd en gezin*, is het aan provincies dan wel gemeenten om na te gaan in hoeverre aanspraak bestaat op grond van het huidige beleid in het kader van de geïndiceerde jeugdzorg, dan wel in het kader van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG/brede doeluitkering). Een parallelle ontwikkeling aan die hierboven is geschetst, signaleren de minister voor Jeugd en Gezin en ik ten aanzien van jeugdige gebruikers van begeleiding in de AWBZ. Sommige ouders en kinderen doen te snel een beroep op de AWBZ, wat de afhankelijkheid van het zorgsysteem vergroot wat een onwenselijke ontwikkeling is. Uitgangspunt moet zijn dat het gezin zelf, eventueel samen met de sociale omgeving, zorgt voor het opgroeien van de kinderen. Ouders kunnen daarbij voor vragen en advies terecht bij de Centra voor Jeugd en Gezin. De minister voor Jeugd en Gezin heeft met de VNG afgesproken dat alle gemeenten in 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin hebben. Via de brede doeluitkering is een reeks oplopend tot € 200 miljoen in 2011 beschikbaar gesteld. Hiermee kunnen de CJG's aan ouders en kinderen

VVFU

centraal in mijn beleid staan, namelijk integraliteit, verbinden en maatwerk. De uitdaging voor de Wmo in de komende jaren is om aan de hand van deze thema's tot een vernieuwingsslag te komen en de beschikbare middelen en instrumenten op een andere manier in te zetten. Veel gemeenten zijn daar al langer mee bezig. Een goed voorbeeld is het initiatief tot het zogenaamde "keukentafelgesprek" met de burger waarbij integraal de situatie wordt bekeken en óók wordt geïnventariseerd wat de burger zelf nog kan bijdragen. Verder is een aantal gemeenten bijvoorbeeld bezig met het realiseren van generatiebestendige wijken met servicepunten voor informatie, ontmoeting en met ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers, zoals ik in mijn eerdere beleidsbrieven over deze onderwerpen heb uiteengezet. In het kader van de pakketmaatregelen en op grond van mijn systeemverantwoordelijkheid wil ik dit de komende jaren verder stimuleren en ondersteunen. Dit doe ik uiteraard met inachtneming van de beleidsvrijheid van gemeenten.

6 Financiële effecten AWBZ

Mijns inziens kan met de nu vastgestelde systematiek van het inperken van de toegang, het duidelijk formuleren van de activiteiten en het normeren van de omvang van begeleiding algemeen, mijn beleid worden gerealiseerd.

Door de bovengenoemde maatregelen wordt de groei van de uitgaven AWBZ afgeremd. Deze groei wordt onder andere veroorzaakt door de extra groei van pgb's. Per saldo zal het volume van de AWBZ in deze kabinetsperiode echter met 3% per jaar toenemen. In 2008 wordt een uitgavniveau verwacht van € 21 miljard. In 2012 is dit € 23 miljard. Er vindt immers ook een aanzienlijke investering plaats. Primair betreft dit extra middelen om de groeiende zorgvraag door ontwikkelingen in demografie, kwaliteit en zorgintensiteit, inclusief pgb, te kunnen opvangen. Het gaat hierbij om een bedrag van circa € 3,4 miljard. Hierdoor kunnen de zorgkantoren meer zorg contracteren bij de zorgaanbieders, zodat aan de behoefte van AWBZ-cliënten kan worden voldaan. Daarnaast wordt een belangrijke kwaliteitsimpuls gegeven in de verpleging en verzorging (€ 0,3 miljard). Onderdeel van deze impuls is het aantrekken van meer personeel in het kader van meer handen aan het bed. Ook in de gehandicaptensector komen extra middelen beschikbaar om kwaliteitsverbeteringen te kunnen doorvoeren (€ 0,1 miljard). In totaal gaat het om een investering van € 3,8 miljard.

Daartegenover staan de ombuigingen die in 2008 zijn ingevoerd (-/-€ 0,7 miljard) en de nu voorziene ombuigingen (-/-€1,1 miljard). In totaal een bedrag van € 1,8 miljard. Per saldo is er dus nog steeds sprake van een toename van € 2 miljard in deze kabinetsperiode. In mijn visie zijn er, uitgaande van het bedrag van € 22,9 miljard, voldoende middelen beschikbaar om op een kwalitatief goede wijze te kunnen voorzien in de zorgbehoefte van cliënten in het kader van de AWBZ.

Berekeningen laten zien dat de eerder afgesproken ombuigingen op de bovenstaande wijze naar verwachting te realiseren zijn. De ombuiging vanaf 2010 bedraagt door het integreren van de oude maatregel om ondersteunende begeleiding algemeen voor mensen met een somatische grondslag te schrappen (opbrengst € 0,3 miljard) in de nieuwe pakketmaatregel

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad
17
Kenmerk
DLZ/ZI-U-2877632

VVFJ

implementatie van de pakketmaatregel stapsgewijs, rekening houdend met de gevolgen voor alle ketenpartners en van andere relevante domeinen, in kaart wordt gebracht. Over dit plan ga ik zo spoedig mogelijk in overleg met de ketenpartners. Dit geldt ook voor het communicatieplan, dat momenteel in ontwikkeling is.

Daarnaast heeft de monitoring van de effecten van de pakketmaatregel mijn aandacht. Die monitoring heeft zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve kant. Wat betreft de kwalitatieve kant heb ik aan de patiënten/cliëntenorganisaties gevraagd met een plan van aanpak te komen om de signalen van deze maatregel op cliëntniveau te monitoren. Daarbij heb ik uitdrukkelijk gevraagd dit in het continuüm van AWBZ, Wmo, Zvw, jeugdzorg (etc.) te beschouwen, om ketenzorg voor diverse doelgroepen optimaal te kunnen inzetten.

Voor de kwantitatieve kant vraag ik het CIZ met een voorstel te komen hoe zij de effecten in de komende jaren in kaart kunnen brengen en hoe zij daarover kunnen rapporteren. Tevens zal ik samen met de minister van Financiën zorgvuldig de financiële ombuigingseffecten volgen.

Tot slot: politiek is kiezen. Enerzijds investeer ik extra middelen in de AWBZ voor bijvoorbeeld betere kwaliteit, meer dagbesteding voor gehandicapten, meer keuzevrijheid ten aanzien van wonen en meer handen aan het bed in verpleeg- en verzorgingshuizen. Anderzijds wil ik de AWBZ voor de meest kwetsbare groepen toekomstbestendig maken. Hier was de AWBZ immers voor bedoeld. Daarom wil ik de onbedoelde groei als gevolg van onder andere te ruime aanspraken ombuigen. Ik kies ervoor om zowel het pgb als de zorg in natura te behouden maar de functie begeleiding om te vormen tot een aanspraak die bedoeld is voor mensen die zonder deze functie een grote kans op ongewenste intramuralisering of verwaarlozing hebben. Het is voor het eerst dat de ernst van de beperking van de cliënt leidend is bij de toegang tot een AWBZ aanspraak onafhankelijk van de grondslag.

Ik hoop dat ik u duidelijk heb gemaakt dat deze maatregel noodzakelijk is en bijdraagt aan een toekomstbestendige AWBZ. Het is mijn voornemen, als uw Kamer instemt met deze plannen, de verdere uitwerking en implementatie van de pakketmaatregel in de AWBZ vorm te geven in nauwe samenwerking met betrokken (mede)overheden, patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en andere ketenpartners (NZa, CVZ, CIZ, ZN).

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker

Bijlage 10: Lijst met afkortingen en begrippen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AVVV	Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
Bza	Besluit zorgaanpakken
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (voorheen)
CRG	Centrale Raad voor de Gezinsverzorging
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
FWP	Flexibilisering werkprocessen
GGD	Gemeentelijke, Gemeenschappelijke of Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MEE	Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NK	Nationale Kruisvereniging (voorheen)
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriater
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SPV	Sociaal-Psychiatrische Verpleegkundige
STING	Landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van); voormalige WVC
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie

Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WMO	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek op mensen
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Aanleunwoning	Alternatief voor opname in een verzorgingshuis. Mensen kunnen zelfstandig wonen en tegelijkertijd een beroep doen op een nabijgelegen verzorgingshuis.
Alfahulp	Wordt ingezet voor het verlenen van huishoudelijke hulp; werkt in loondienst van de cliënt/patiënt, dus niet bij de thuiszorginstelling.
Ambulante voorziening	Dienstverlening in de eigen omgeving van de zorgvrager.
Care-sector	Thuiszorgorganisaties, verzorgings- en verpleeghuizen, ook wel aangeduid als 'verpleging en verzorging'. Deze sector is (i.t.t. de cure-sector) vooral gericht op chronische zorg.
Centrale indicatiestelling	Indicatiestellingen worden per regio (centraal) door het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg (CIZ) uitgevoerd voor zorg die betaald wordt uit de AWBZ.
Compartiment	Het zorgverzekeringsstelsel is ingedeeld in drie compartimenten. Het 1 ^e compartiment bevat de zware medische risico's, die worden betaald uit de (volksverzekering) AWBZ. Het 2 ^e bevat de basismedische zorg; één zorgverzekering met een wettelijk aangegeven basispakket, die alle noodzakelijke zorg omvat (Zvw). Het 3 ^e compartiment bestaat uit aanvullende verzekeringen, die in tegenstelling tot de verzekeringen in de eerste twee compartimenten niet verplicht zijn.
Coping	Omgaan met verlies en dreiging.
Curatieve zorg	Zorg die bestaat uit diagnose en behandeling (deze bevindt zich met name in het 2 ^e compartiment).
Cure-sector	Ziekenhuizen.

Dagbehandeling	Vorm van semimurale zorgverlening.
Dekker, Commissie	Commissie, bekend door het gelijknamige rapport (1987), waarin als alternatief sturingsmechanisme van de gezondheidszorg marktwerking werd gepresenteerd.
Echelonnering	Ordenings-/indelingsprincipe van de zorg op basis van specialisatie en intensiteit.
Eerstelijnsgezondheidszorg	Thuisgezondheidszorg.
Extramurale zorgverlening	Zorgvragers blijven in hun eigen woon- en werkomgeving en ontvangen zorg thuis vanuit een verzorgings- of verpleeghuis.
Extramuralisering	Het bieden van zorg buiten de muren door een intramurale instelling.
Full-package	Het (volledig pakket thuis) is een substituut van de intramurale instelling. Behalve de woning levert de instelling alle zorg, die de verzekerde nodig heeft en er is dan ook feitelijk sprake van een gelijksoortige afhankelijkheid van de instelling als bij intramurale zorg.
Geestelijke verzorging	De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.
Indicatie	'Toegangskaartje' om gebruik te kunnen maken van vormen van zorg die niet standaard in de ziektekostenverzekering zitten.
Indicatiebesluit	In een indicatiebesluit geeft het CIZ aan welke zorg (functie) er is geïndiceerd, de hoeveelheid zorg (in klassen) waarop men recht heeft en de begin- en einddatum van de toegekende zorg.
Kwaliteit van zorg	Verantwoorde zorg van goed niveau, die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.
Kwaliteitswet Zorginstellingen	Wettelijke regeling met betrekking tot de kwaliteitsregulering van instellingen. Geestelijke verzorging behoort volgens deze wet tot de basisvoorwaarden van kwalitatief goede zorgverlening.
Levensbeschouwing	De manier waarop mensen tegen het leven aankijken; deze komt tot uiting in het doen en laten, in een bepaalde levenshouding en levensstijl.
Levensverhaal	Het persoonlijke verhaal dat iemand vertelt over zijn of haar leven.

Levensvragen	Vragen van levensbelang, die zowel uit het leven opkomen (in crisissituaties, bij groot geluk of verdriet, of door contact met de natuur), als vragen die een mens aan het leven stelt.
Marktwerking	Sturingsmechanisme van de gezondheidszorg met als doel het doelmatig handelen van zorgaanbieders, verzekeraars en zorgvragers te bevorderen.
Ontschotting	Toelating van zorgaanbieders voor een of meer AWBZ-functies in plaats van voor een zorgsector, of bepaald type zorgaanbieder.
Palliatieve zorg	Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven wil bevorderen van patiënten, die te maken hebben met problemen die voortkomen uit het hebben van een levensbedreigende ziekte en van hun familieleden. Deze vindt plaats door het voorkomen en verlichten van lijden door vroegtijdige vaststelling en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen, van zowel lichamelijke, psychosociale als spirituele aard (WHO).
Semimurale zorgverlening	Deze zorg is bedoeld voor mensen voor wie extramurale hulpverlening ontoereikend is en opname (nog) niet of niet meer noodzakelijk is, bijvoorbeeld dagopvang.
Thuiszorg	Het geheel aan verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of aanvullende professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie.
Veegbesluit	Bij het herindiceren past het CIZ een 'veegbesluit' toe. Dit betekent dat er steeds een nieuw indicatiebesluit wordt aangeemaakt. Dit wordt verzonden naar de zorgaanbieder, voor wie het belangrijk is te weten dat er sprake is van een 'update' van een bestaand besluit, omdat de cliënt al in zorg is. Dit voorkomt zoekwerk.
Zingeving	Het continue proces waarin ieder mens, in interactie met zijn omgeving, betekenis geeft aan zijn of haar leven. Het zingevingproces vindt (bewust of onbewust) in samenhang met elkaar plaats op het niveau van het verstand, gevoel, gedrag en de spiritualiteit.
Zingevingscrisis	Gebruikelijke copingstrategieën zijn ontoereikend.
Zingevingsvragen	Existentiële vragen of levensvragen (trage vragen); vragen rond leven en dood, om wat van werkelijk belang is en het leven de moeite waard maakt.

Zorgkantoor	Zelfstandig werkende instelling die de zorgvraag en het zorgaanbod in een bepaalde regio op elkaar afstemt.
Zorgketen	Een zorgketen is een gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders, waarbinnen een totaalpakket van op elkaar afgestemde voorzieningen wordt geboden, met als doel het bereiken van een optimale continuïteit van het zorgproces.
Zorgzwaartepakket (ZZP)	In een zorgzwaartepakket wordt aangegeven welke functies en tijd per cliënt per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg (OB-alg, PV, VP en AB-alg), dagbesteding (OB- en AB-dag) en Behandeling.



Deze vraag betreft alle domeinen van het leven en moet multidisciplinair worden beantwoord.^{266 267} In het model Zorgleefplan zijn algemene normen vastgelegd in de vorm van een checklist per domein om de zorgverlener hierin te helpen. Deze onderwerpen en voorbeeldvragen bieden handvatten om zowel met de cliënt als diens familie, of vertegenwoordiger in contact te komen. Per domein zijn behalve ‘gewone’ onderwerpen ook ‘signaleringsonderwerpen’ opgenomen, waardoor gemakkelijker duidelijk wordt welke deskundigen betrokken moeten worden om de kwaliteit van leven van de cliënt te ondersteunen.

Het persoonlijke zorgleefplan is zo opgebouwd dat er een overzicht ontstaat van alle afspraken en bezigheden. Deze vinden plaats in een kringloop van uitvoeren, beoordelen en opnieuw afstemmen. Zowel zorgverleners als mantelzorgers en vrijwilligers leveren hieraan hun bijdrage. Het zorgleefplan maakt het ook mogelijk vraaggericht te werken binnen de context van de indicatiestelling.²⁶⁸ Als de zorg bijvoorbeeld niet toereikend is moet er een herindicatie worden aangevraagd. Met behulp van een elektronisch cliëntendossier (ECD) worden de zorginhoudelijke en bedrijfsmatige procedures goed op elkaar aangestemd.

4.3 Geestelijke verzorging bij Oosterlengte

Bij Oosterlengte werken twee geestelijk verzorgers, die beiden in dienst zijn van de zorginstelling. De intramuraal werkende geestelijk verzorger is aangesteld voor alle in het verpleeghuis Old Wolde opgenomen cliënten en is oproepbaar bij crisissituaties van bewoners van de verzorgingshuizen van Oosterlengte. De extramuraal werkende geestelijk verzorger is er voor alle mensen die vanuit de thuiszorgsituatie een beroep op haar doen en incidenteel voor cliënten in de verzorgingshuizen. Zij begeleidt ook mensen vanuit de thuiszorgsituatie naar het verzorgingshuis en begeleidt hen zolang dit nodig is. Beide geestelijk verzorgers ondersteunen zorgvragers onafhankelijk van de levensbeschouwelijke achtergrond die deze hebben.

²⁶⁵ Mensen zijn vaak niet in staat een (hulp)vraag, of klacht te formuleren, vgl. A. Baart, *Een theorie van de presentie*, Den Haag: Lemma 2006³, 825v. Zie ook: A. Mol, *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam: Van Genneep 2006.

²⁶⁶ Beginpunt is steeds het gewone leven; pas wanneer het nodig is wordt ingezoomd op het bijzondere, het afwijkende (24). Vraag hierbij is wel wat het gewone leven inhoudt.

²⁶⁷ Dit kan nog belangrijk blijken te zijn voor het aanvragen van een indicatie AB voor geestelijke verzorging extramuraal.

²⁶⁸ Het betreft hier vragen als: Wat is de indicatiestelling (ZZP), zijn er eigen middelen, en / of kan er een beroep gedaan worden op de Wmo? In een zorgzwaartepakket (ZZP) is aangegeven welke functies en tijd per cliënt per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg (OB-alg, PV, VP en AB-alg), dagbesteding (OB- en AB-dag) en behandeling (AB-alg en BH).

Zoals we zullen zien is de geestelijke verzorging bij Oosterlengte verankerd in het kwaliteitsbeleid²⁶⁹ en goed geïntegreerd in het zorgproces. De organisatievorm biedt een goede basis voor de proactieve benadering van de intramuraal werkende geestelijk verzorger om de latente behoefte bij de bewoners op te sporen. Zoals we al zagen staat de kwaliteit van leven centraal binnen het Zorgleefplan en zingeving als één van de noodzakelijke voorwaarden hiervoor komt terug bij het domein mentaal welbevinden / geestelijk welzijn. Bij een goede uitwerking biedt het zorgleefplan zowel ruimte aan zingeving voor de zorgvrager als ruimte aan zinvol werk voor de zorgverlener en geestelijk verzorger.²⁷⁰

De geestelijk verzorgers zijn lid van het *Expertiseteam* en kunnen als het nodig is deelnemen aan het multidisciplinair overleg. Hierdoor zijn de lijnen met de andere professionals kort. Het team staat onder leiding van de Manager van het *Expertisecentrum* in samenwerking met de hoofden van het *Expertiseteam*, Medisch team en Verpleegkundig team. Het *Expertiseteam* wordt gevormd door alle medewerkers van het Psychomotore team (PMT,²⁷¹ geestelijk verzorgers, maatschappelijk werker, psycholoog en psychologisch medewerker), het Medisch team (artsen, nursepractitioner en doktersassistente) en het Verpleegkundig team (intra- en extramuraal werkende verpleegkundige, gespecialiseerd verzorgende, medewerker 24/7-team en coördinerende wijkverpleegkundige).

Boven het *Expertisecentrum* staat de Directeur-bestuurder en hierboven de Raad van Toezicht. Er is geen sprake van een directe band met de directie, respectievelijk (symbolisch) overkoepelende functie van de geestelijke verzorging als een dienst ‘van en voor allen’ zoals vroeger vaak het geval was en in sommige instellingen nog zo is.²⁷² De geestelijk verzorgers fungeren wel overkoepelend als cliëntvertrouwenspersoon. Deze functie is verplicht volgens de wet op de Cliëntenraden, maar is ook te zien als een zorginhoudelijke invulling van de ‘vrijplaats’.²⁷³ In deze functie hebben de geestelijk verzorgers een onafhankelijke positie in de organisatie en vallen zij organisatorisch rechtstreeks onder het management.

²⁶⁹ Eén van de zaken die getoetst zullen worden in het Kwaliteitskader verantwoorde zorg onder het thema ‘Mentaal welbevinden’ is of er voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen voldoende geestelijke verzorging aanwezig is.

²⁷⁰ Uit een proefproject in het Ikazia Ziekenhuis in R’dam blijkt dat ruimte voor zingeving niet alleen bijdraagt aan het algemeen welbevinden van de patiënt. Verpleegkundigen hadden na een cursus ‘Spiritualiteit en zorg voor verpleegkundigen’ meer plezier in hun werk en het ziekteverzuim onder hen was significant afgenomen. I. de Pous, ‘Geestelijke zorg is taak voor verpleegkundige’, (de Verdieping / religie&filosofie 7), *Trouw*, 30 januari 2008.

²⁷¹ Fysiotherapeuten, psychomotore therapeuten, logopediste, diëtiste en ergotherapeut.

²⁷² R. van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo: Kavanah 2007, 22.

²⁷³ Binnen instellingen vervullen geestelijk verzorgers vaak deze functie in het kader van de vrijplaats. In de extramuraal thuiszorg wordt deze functie vervuld door andere zorgverleners.

De vertrouwensfunctie biedt de extramuraal werkende geestelijk verzorger de mogelijkheid om ook los van een indicatie cliënten te ondersteunen. Wat betreft deze functie heeft de geestelijk verzorger een wezenlijk andere positie jegens de cliënt dan de andere professionals.²⁷⁴

De intramuraal werkende geestelijk verzorger is lid van de Moreel Ethische en Levensbeschouwelijke commissie en adviseert ad hoc in commissies ten aanzien van het beleid. Concrete ethische kwesties, zoals vragen rond het wel of niet verder behandelen, of zaken rond euthanasie worden besproken in het multidisciplinair overleg (MDO), of in gesprekken met cliënten en verpleeghuisartsen. De geestelijk verzorger is hierbij op verzoek van cliënt, arts, of op eigen initiatief aanwezig. Hiernaast geven beide geestelijk verzorgers gevraagd en ongevraagd advies aan het management.

De extramuraal werkende geestelijk verzorger begeleidt eenmaal per maand een gespreksgroep van zeven vrouwen met COPD. In haar werk ondersteunt zij ook incidenteel thuiszorgmedewerkers bij ethische kwesties in moeilijke zorgsituaties. Zij verzorgt ook zo nu en dan een themamiddag voor zorgverleners over bijvoorbeeld het omgaan met eenzame mensen.

4.4 Ontstaan van de geestelijke verzorging bij Thuiszorg Oosterlengte

Het aanbod van geestelijke verzorging intramuraal is, zoals we in 3.1 zagen, wettelijk verplicht op grond van het 24-uursverblijfs criterium.²⁷⁵ De kosten hiervan worden betaald uit het instellingsbudget. Het management van Oosterlengte heeft er in 2003 voor gekozen geestelijke verzorging als integraal onderdeel van de zorg ook extramuraal aan te bieden, als eerste schakel in de keten. Voor de financiering van deze zorg is, in tegenstelling tot voor de intramurale geestelijke verzorging, een indicatie nodig van het indicatieorgaan.

Aanleiding om geestelijke verzorging ook extramuraal aan te bieden waren de resultaten van een in de regio Oost-Groningen gehouden onderzoek onder mensen die op een wachtlijst stonden voor een verzorgingshuis.

²⁷⁴ Het zorg- en samenwerkingsproces worden hier in dit geval niet door bemoeilijkt, omdat de geestelijk verzorgers hiernaast geïntegreerd werken.

²⁷⁵ De bijdrage van de geestelijke verzorging als toegevoegde waarde aan de zorg kan bestaan uit ondersteuning en begeleiding bij - crisissituaties (acuut stervensgevaar) van cliënt en naasten, - balans op levensdomeinen bij cliënt op diens verzoek, - zingeving (het plaatsen van de dingen in een zodanig kader dat men er raad mee weet Ter Borg, 2003), - balans op levensdomeinen bij cliënt als proactieve taakstelling, - hulpverlening aan personeel en zorgverleners, - het beleid betreffende ethische (beleids)kwesties, - het versterken van de identiteitsvorming van de zorginstelling en - de maatschappelijke positie van de zorginstelling (Van Gastel, Van Iersel, 77v.). Zie m.b.t. levensdomeinen <http://www.nizw.nl/innovatiewelzijnouderen/docscontrol/levensloop.pdf>.

Als belangrijkste reden voor de gewenste verhuizing werd de ‘behoefte aan veiligheid’ en angst voor ‘emotionele eenzaamheid’ genoemd. Met de aanstelling van een geestelijk verzorger in de thuiszorg als gesprekspartner en vertrouwenspersoon verwachtte men dat mensen langer in de eigen vertrouwde leefomgeving zouden kunnen blijven wonen.²⁷⁶

Op basis van de uitkomsten van het genoemde onderzoek hebben de thuiszorgmanager en de financiële manager van Oosterlengte overlegd met de betreffende functionaris van het Zorgkantoor, die positief reageerde op het plan van het aanbieden van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Voorwaarde was wel dat de cliënt een indicatie zou hebben voor geestelijke verzorging. In een gesprek met de toenmalige directeur van het CIZ bleek deze voldoende mogelijkheden te zien om de geestelijke verzorging onder te brengen bij de AWBZ-functies ondersteunende en/of activerende begeleiding.²⁷⁷

Met ingang van 1 mei 2003 werd Marjet Bos aangesteld als (humanistisch) geestelijk verzorger voor 24 uur per week. Zij was de eerste die als zodanig in Nederland in de thuiszorg werkte en moest dus pionieren. Zij heeft zich om te beginnen intensief bezig gehouden met de PR van de functie door

- persoonlijk kennis te maken met de 20 hoofden van de thuiszorg en te vertellen over het werk van geestelijk verzorger in alle teams binnen de thuiszorg, zodat zij zouden weten in welke situaties zij haar konden betrekken in de zorgverlening en op welke manier zij de cliënt konden doorverwijzen (via hun hoofd, die namens de cliënt een indicatie zou aanvragen).
- het schrijven van een artikel in het blad van Oosterlengte en in het streekblad over geestelijke verzorging in de thuiszorg.
- het ontwerpen van een cliëntenfolder en deze te verspreiden, o.a. onder huisartsen.
- kennismakingsgesprekken te voeren met mensen van het Algemeen Maatschappelijk Werk, SPV-en van de GGZ (het huidige Lentis), vrijwilligersorganisaties, dagopvangen en steunstees in kleine dorpen.

Hiernaast heeft zij, om de aan de zorgvrager bestede tijd vergoed te krijgen, een geautomatiseerd registratiesysteem opgezet. Hierin wordt de tijd vastgelegd die besteed is aan het gesprek zelf, de tijd voor de gespreksvoorbereiding en evaluatie en de reistijd per cliëntcontact.^{278 279}

²⁷⁶ Voor dit hoofdstuk maak ik mede gebruik van een op 21 november 2007 gehouden toespraak ‘Profilering van de geestelijke verzorging in de thuiszorg. Kijken naar de behoefte van cliënten van de thuiszorg aan geestelijke verzorging of begeleiding’ door Marjet Bos, tijdens het minisymposium ‘Profilering van de pastorale zorg’, dat georganiseerd werd door de Stichting Protestantse Gezondheidszorg in Limburg in het Laurentius Ziekenhuis in Roermond.

²⁷⁷ M. Bos, ‘Geestelijke verzorging in het zorgaanbod van de thuiszorg en de functiegerichte indicatiestelling in het kader van de AWBZ’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (32) 2004, 39-43.

²⁷⁸ De geestelijk verzorger geeft elke vier weken aan de administratie het aantal uren zorg door dat zij heeft verleend aan de desbetreffende cliënt.

Zoals uit het overzicht in bijlage 1 naar voren komt heeft de extramuraal werkende geestelijk verzorger van Oosterlengte de afgelopen jaren voornamelijk gebruik gemaakt van de functie OB-alg., omdat zij van mening is dat haar werkzaamheden hierin goed kunnen worden omschreven. Bij de oudere cliënten, die het grootste deel van het bestand uitmaken, is er vaak sprake van een voortdurende situatie. De ondersteunende en inzichtgevende gesprekken hebben als doel een nieuw evenwicht te vinden, zodat zij zich kunnen handhaven in de veranderde situatie na verlies van functies of relatie(s). De geestelijk verzorger probeert de cliënt zoveel mogelijk te stimuleren de regie over het eigen leven in stand te houden, of te herstellen.²⁸⁰ In veel gevallen komt het er ten slotte op neer de situatie, die niet meer te veranderen is, 'samen met hen uit te houden'. De begeleiding hoeft na verloop van tijd meestal niet wekelijks meer plaats te vinden. De wetenschap dat de geestelijk verzorger zo nu en dan even langs komt, of dat men telefonisch contact met haar kan opnemen is dan voldoende. Deze situatie is vergelijkbaar met die van de geestelijk verzorger intramuraal, van wie de bewoners weten dat hij er is als het nodig is.

Zoals duidelijk werd in 3.3 komt de functie OB²⁸¹ volgens de Beleidsregels in zicht als is vastgesteld dat Behandeling of AB 'geen adequate oplossing biedt voor de beperkingen'. De bijdrage van de geestelijk verzorger sluit in dit geval aan bij deze functie, die de (rest)mogelijkheden van de verzekerde voor gegeven aanneemt. De ondersteunende begeleiding voor mensen met de grondslag psychosociaal is echter vanaf 1 januari 2008 formeel ondergebracht in de Wmo. Deze mensen zullen dus voortaan een beroep moeten doen op de maatschappelijke opvang van gemeenten. Het Ministerie van VWS gebruikt 2008 als overgangsjaar om in overleg met (centrum)gemeenten de overheveling naar de Wmo nader vorm te geven. Het CIZ blijft OB nog wel indiceren, maar de afgegeven indicatie valt niet meer onder de AWBZ. Indicaties voor OB-alg die voor 2008 zijn afgegeven blijven, afhankelijk van de geldigheidsduur van de CIZ-indicatie, tot uiterlijk 1 januari 2009 rechtsgeldig. Het binnen de AWBZ gereserveerde geld komt ter beschikking van de gemeenten.²⁸²

²⁷⁹ Na twee jaar bestond het cliëntenbestand uit 40 mensen.

²⁸⁰ M. F. Bos, 'Geestelijke verzorging in het zorgaanbod van de thuiszorg en de functiegerichte indicatiestelling in het kader van de AWBZ', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (32) 2004, 39-43; aldaar 40.

²⁸¹ In 3.3. kwam naar voren dat ondersteunende begeleiding betekent dat iemand ondersteuning krijgt om de dag te structureren om zo beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven. Doel is het bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving. Zie [http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/ondersteunende begeleiding/ 13-11-'07](http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/ondersteunende%20begeleiding/13-11-'07).

²⁸² Vooruitlopend op de aanbevelingen in hfst. 6 kan naar mijn mening uit het voorgaande geconcludeerd worden dat het management van extramuraliserende zorginstellingen als Oosterlengte voor de geestelijke verzorging in de thuissituatie met de plaatselijke gemeente om de tafel zal moeten gaan om het 'product geestelijke verzorging' aan te bieden in het kader van de Wmo. Op deze wijze kan de geïntegreerde geestelijke zorg die mensen nu ontvangen in de thuiszorg gecontinueerd en worden ook nieuwe zorgvragers niet in de steek gelaten.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven hoe de indicatieprocedure er in de praktijk van de extramuraal werkende geestelijk verzorger uitziet.

5. Indicatieprocedure in de praktijk

In de vorige twee hoofdstukken hebben we gezien dat mensen, die in de thuissituatie een beroep willen doen op een geestelijk verzorger, toestemming nodig hebben van het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg (CIZ) in de vorm van een indicatie. Tijdens het eerste gesprek met geestelijk verzorger Marjet Bos kwam naar voren dat de aanvraag van indicaties voor geestelijke verzorging een moeizaam proces is. In 2003 zijn de hoofden van zorg begonnen met het aanvragen van OB 'in termen van geestelijke verzorging', maar met deze aanvraagformulering werden de indicaties afgewezen. Na uitleg tijdens een vergadering met de indicatieadviseurs over wat geestelijke verzorging inhoudt werden de indicaties mondjesmaat afgegeven. Zo werd bij rouwverwerking bijvoorbeeld de indicatie afgewezen met als argument dat Algemeen Maatschappelijk Werk voorliggend²⁸³ was. In een andere situatie van rouw werd door een collega-indicatieadviseur echter expliciet doorverwezen naar de geestelijk verzorger.

Vanaf medio 2006 is Marjet Bos samen met de hoofden thuiszorg begonnen de voorlopige zorgvraag meer te omschrijven in termen die aansluiten bij de taal van het CIZ, zoals gebrek aan sociale zelfredzaamheid. Het verkrijgen van de indicaties verliep hierna vlotter, maar Bos geeft aan nog regelmatig het gevoel te hebben in een taalspel te zijn beland. In de gesprekken die ik met de hoofden van (de thuis)zorg van Oosterlengte voerde, merkten zij hetzelfde op. Deze ondervinding werd gedeeld door de extramuraal werkende geestelijk verzorgers die ik heb benaderd met de vraag naar hun ervaringen rond het verkrijgen van indicaties.²⁸⁴ De procedure wordt ervaren als een keurslijf en het is de betrokkenen niet duidelijk waarom de ene aanvraag wel en de andere niet wordt gehonoreerd. Van een uniforme beoordeling van de aanvragen lijkt geen sprake te zijn.

²⁸² De uren die de geestelijk verzorger besteedt aan de gespreksgroep, bestaande uit vrouwen met COPD, kunnen niet meer afzonderlijk in rekening worden gebracht. Deze moeten binnen de instelling worden verrekend met het bedrag dat wordt uitgekeerd voor de dagopvang van de groep (OB-dag).

²⁸³ Een wettelijke voorliggende voorziening is een wettelijke regeling, anders dan de AWBZ, waarmee de zorg kan worden bekostigd waarop de verzekerde is aangewezen.

²⁸⁴ De geestelijk verzorger(s) van - 1) *Zorgcombinatie* Nieuwe Maas in Vlaardingen, (Verpleeghuis, en woonzorgcentra met aanleunwoningen). In de pilot werd samengewerkt tussen Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord (Careyn) en de genoemde zorgcombinatie. - 2) *Thuiszorgorganisatie* Het Friese Land - en 3) Truus van Kaam, *vrijgevestigd geestelijk verzorger* en voorzitter van het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzoekers.

Allen hebben het gevoel dat de ene indicatieadviseur eerder geneigd is een aanvraag te honoreren dan de andere met alle gevolgen vandien voor de zowel de cliënt, geestelijk verzorger, thuiszorgverleners als de organisatie. Bovendien laat de reactie vaak lang op zich wachten, waardoor de cliënt tussen wal en schip dreigt te raken.^{285 286}

Het is derhalve de hoogste tijd om door een meer systematische analyse van de indicatiegegevens na te gaan of er misschien toch enige lijn te ontdekken is in de argumentatie van het CIZ. Zoals in 2.4 naar voren kwam is het immers de bedoeling dat het CIZ²⁸⁷ onafhankelijk,²⁸⁸ objectief²⁸⁹ en integraal²⁹⁰ vaststelt of er sprake is van een aanspraak op verzekerde zorg.

Ik ben uitgegaan van de beschikbare informatie over de cliënten die Marjet Bos op 17 november 2007 in haar bestand had. Het betreft 22 cliënten van wie er intussen vier in het verzorgingshuis wonen. Van de toegekende indicaties voor geestelijke verzorging betreft het in twee gevallen AB-alg. (cliënten 7 en 22).²⁹¹ In alle andere gevallen is een indicatie OB-alg. toegekend. In zeven hiervan werd er een toelichting gegeven door het CIZ, waarvan één mondelinge (cliënt 15); in drie gevallen bleef deze achterwege. In vier gevallen (cliënten 11 t/m 14) wordt geestelijke verzorging gegeven, ondanks en nadat de aanvraag is afgewezen. Voor drie cliënten²⁹² was ten tijde van het onderzoek een indicatieaanvraag onderweg. De uitkomst daarvan heb ik ook in het overzicht vermeld.

²⁸⁵ Als verklaring wordt gegeven dat het ondanks het werkdocument *Gebruikelijke Zorg* niet eenvoudig is een zorgvuldige afweging te maken in situaties die aanleiding geven tot het aanvragen van een indicatie. Er wordt daarom nog veel ruimte gelaten aan de individuele beoordeling van de indicatiesteller. Dit is in oktober 2006 vervangen door het Protocol Gebruikelijke Zorg. Het betreft hier de indicaties voor HV, PV, en OB-alg. die vallen onder Gebruikelijke Zorg: de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen onderling bieden. G. Schrijvers, W. Legierse, N. Dam, J. van Ogtrop, F. Jörg (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling voor de AWBZ*, Utrecht: Igitur 2005, 186.

²⁸⁶ Bos geeft in dit verband aan het indicatieregime te ervaren als een aanslag op het beroepsgeweten, omdat het geen recht doet aan het wezenlijke van de geestelijke verzorging: het er zijn voor wie geestelijke verzorging nodig heeft en de ander niet in de steek laten. M.F. Bos, *Profilering van de geestelijke verzorging in de thuiszorg. Kijken naar de behoefte van cliënten van de thuiszorg aan geestelijke verzorging of begeleiding*, Symposium 'Pastorale zorg', Roermond 21-11-2007.

²⁸⁷ De cliënt meldt zich, of wordt aangemeld bij het CIZ, dat m.b.v. een landelijk vastgestelde set formuleren een indicatieonderzoek uitvoert en binnen zes weken een indicatiebesluit neemt. Bij spoedeisende hulp is de termijn twee weken.

²⁸⁸ Onafhankelijk wil zeggen dat de indicatie onafhankelijk moet zijn van andere factoren dan de zorgbehoefte, zoals belangen van aanbieders, of verzekeraars.

²⁸⁹ Objectief betekent dat het indicatieproces transparant is en volgens een vaste opzet (protocol) verloopt met duidelijke criteria voor toekenning.

²⁹⁰ Integraal houdt in dat er gekeken moet worden naar de verschillende gebieden, waarop de zorgvrager problemen kan ondervinden en naar eventuele andere voorzieningen dan de AWBZ, als zij kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem.

²⁹¹ Voor deze mevrouw is meteen een vervolgingindicatie AB-alg. aangevraagd en ontvangen voor een half jaar.

²⁹² Cliënten 20, 21 en 22.

In zeven gevallen ontbreken gegevens rond de aanvraag, omdat de hoofden van zorg de formulering ervan uit hun computer verwijderden nadat de indicatie was toegekend, of omdat de huisarts, Lentis, of de cliënt de indicatie aanvroeg. Ik heb geprobeerd zoveel mogelijk feiten te achterhalen, maar moet het met deze gegevens doen.

Om geen zaken over het hoofd te zien, heb ik de hele procedure bij Oosterlengte nagelopen vanaf de signalering van de behoefte aan geestelijke verzorging tot en met de toekenning, of afwijzing van de indicatie. In 5.5 geef ik de resultaten weer van de gesprekken met de extramuraal werkende geestelijk verzorgers die ik telefonisch heb benaderd aan de hand van de in 4.1 beschreven deelvragen.

5.1 Signalering van de behoefte en de indicatieaanvraag

In deze paragraaf beschrijf ik het antwoord op de eerste twee deelvragen vanuit de praktijk van Oosterlengte: Wie brengt de geestelijk verzorger in contact met haar cliënten? en Wie zorgt voor de indicatieaanvraag?

Bij Oosterlengte is het in bijna alle gevallen de thuiszorgmedewerker die de cliënt wijst op de mogelijkheid van begeleiding of hulpverlening door de geestelijk verzorger. In twee gevallen heeft de huisarts een rol gespeeld bij de verwijzing en in één geval deed de maatschappelijk werker een beroep op de geestelijk verzorger.

In de thuiszorg van Oosterlengte nemen verzorgenden vaak een vertrouwenspositie in. Zij komen zij in aanraking met complexe problematiek, zoals alcoholmisbruik, psychiatrische problematiek, depressiviteit, eenzaamheid, ouderenmishandeling en huiselijk geweld. Zij bieden bewust of onbewust geestelijke verzorging, door tussen de bedrijven door met hun cliënten te praten over hun leven, problemen en verdriet. Als zij hierbij tegen hun grenzen aanlopen,²⁹³ of signalen oppikken waarvan zij het gevoel krijgen dat zaken niet kloppen ('niet-pluis-gevoel'), of dreigen te ontsporen, doen zij via het hoofd thuiszorg een beroep op de geestelijk verzorger. Sinds kort zijn er binnen de thuiszorg van Oosterlengte mensen aangesteld in de functie van wijkverantwoordelijken.

²⁹³ De thuiszorgmedewerkers worden door de cliënt meestal ervaren als een belangrijke steun in het leven en als degene die bijvoorbeeld het huishouden, of het dagelijks leven door persoonlijke verzorging draaiende houdt. Zij behoren tot de laagst opgeleiden en werken, in tegenstelling tot hun intramuraal werkende collega's, zonder collega's met wie zij kunnen overleggen als zij bijzondere gebeurtenissen meemaken bij mensen thuis. Dit kwam ook naar voren tijdens een recent gehouden voorlichtingsbijeenkomst voor 40 verzorgenden rond het thema 'Ouderenmishandeling' door het Centrum voor Maatschappelijke Ondersteuning. Verzorgenden bleken lang alleen rondgelopen te hebben met hun 'geheim', omdat het slachtoffer gevraagd had hierover te zwijgen.

Ook zij kunnen door hun strategische positie zingevingsproblematiek signaleren en zijn belangrijke verwijzers van cliënten naar de geestelijk verzorger. Nadat het hoofd Thuiszorg via de thuiszorgmedewerker of wijkverantwoordelijke attent is gemaakt op het feit dat een cliënt waarschijnlijk geestelijke verzorging nodig heeft, neemt zij contact op met de geestelijk verzorger, die een afspraak maakt voor een kennismakingsbezoek. Samen met de cliënt beoordeelt zij of deze daadwerkelijk geestelijke verzorging nodig heeft en of zij als geestelijk verzorger en persoon iets voor hem of haar kan betekenen.

Als er sprake is van zingevingsproblematiek of coping, probeert de geestelijk verzorger de behoefte aan geestelijke verzorging te vertalen in argumenten voor een indicatieaanvraag, die zij vervolgens doorstuurt naar het betreffende hoofd van zorg, die de aanvraag indient. De klacht van de hoofden in dit verband is dat er, zoals vroeger wel het geval was, niemand meer is bij Thuiszorg Oosterlengte die contact heeft met het CIZ. Zij wijzen erop dat het in Friesland beter is geregeld met een cliëntenadviescentrum, dat bemiddelt tussen de zorgaanbieder en het CIZ aan de hand van een beslisboom van het CIZ²⁹⁴ en dat zo nodig contact opneemt met het hoofd van zorg. Als het advies reëel is geeft het CIZ toestemming.

Oosterlengte heeft voor de aanvraag van een PGB wel speciaal een medewerker aangesteld.²⁹⁵ Zij adviseert de cliënt naar de huisarts te gaan als deze bijvoorbeeld geestelijke verzorging nodig heeft en de arts te vragen om een begeleidende brief voor het CIZ met argumenten waarom de cliënt deze zorg nodig heeft. Zij stuurt een kopie hiervan op samen met de indicatieaanvraag en biedt de cliënt vervolgens de keuze tussen zorg in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget. In het laatste geval bemiddelt zij voor de cliënt en wijst deze erop dat de loonadministratie in verband met de zorg uit het PGB kan worden uitbesteed aan de Verzekeringsbank die het geld, dat per kwartaal op de hiervoor geopende rekening komt, gratis voor de cliënt beheert en uitbetaalt.²⁹⁶

Als de cliënt een indicatie heeft voor geestelijke verzorging en kiest voor Oosterlengte wordt er een overeenkomst gesloten. De PGB-aanvrager rekent uit hoeveel uren zorg er kunnen worden ingekocht. De cliënt tekent een overeenkomst, waarvan ook een exemplaar wordt afgegeven bij de administratie van Oosterlengte.

²⁹⁴ Deze 'aansluiting op het digitale kennissysteem van het CIZ' maakt een snelle en objectieve verwerking van aanvragen mogelijk.

²⁹⁵ Esmaralda Luth, hoofd Thuiszorg Buitengebied.

²⁹⁶ Zo kan het hele bedrag worden besteed aan de benodigde zorg. De cliënt tekent hiervoor eenmaal een machtiging en heeft er verder geen omkijken naar. Momenteel maakt niemand gebruik van een PGB voor geestelijke verzorging bij Oosterlengte. Dit betekent dat alle cliënten deze zorg ontvangen in natura.

5.2 Cliëntenbestand van Oosterlengte

In verband met de vraagstelling van dit onderzoek heb ik van alle cliënten, die de geestelijk verzorger in de periode van 15 november tot en met 31 december 2007 in haar bestand had, de gegevens verzameld en ondergebracht in het schema hieronder en in Bijlage 1.

Cliëntengroep per 15 november 2007

cliënt	m/v	leeftijd	burgerlijke staat	aangemeld door
1	m	83	gehuwd demente partner in verpleeghuis	hoofd thuiszorg
2	v	58	sinds kort gescheiden	hoofd thuiszorg
3	v	84	weduwe	huisarts. H.a. ondersteunt telefonisch aanvraag herindicatie
4	v	76	weduwe	hoofd thuiszorg
5	v	76	2x weduwe	hoofd thuiszorg
6	v	85	weduwe	hoofd thuiszorg
7	v	36	samenwonend met vriend en dochter van eerste man	hoofd thuiszorg g.v. erbij betrokken door maatschappelijk werker
8	v	71	gescheiden	hoofd thuiszorg in samenspel met huisarts
9	v	52	samenwonend	hoofd thuiszorg
10	v	85	weduwe	hoofd thuiszorg
11	v	80	weduwe	hoofd thuiszorg
12	v	76	2x weduwe	hoofd thuiszorg
13	v	85	weduwe	hoofd thuiszorg
14	v	83	weduwe	hoofd thuiszorg
15	m	87	weduwnaar	hoofd thuiszorg
16	v	77	weduwe	hoofd intramurale zorg
17	v	72	2x weduwe	hoofd intramurale zorg
18	v	87	weduwe	hoofd intramurale zorg
19	v	85	weduwe	hoofd intramurale zorg
20	v	78	gehuwd, maar gescheiden wonend	hoofd thuiszorg
21	v	80	vriend overleden	hoofd thuiszorg
22	v	84	weduwe	hoofd thuiszorg

Van de 22 cliënten behoren er 20 tot het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd van de hele groep bedraagt 72 jaar. De jongste cliënt is 36 en de oudste 87 jaar. Als je de drie jongere cliënten even buiten beschouwing laat is de gemiddelde leeftijd van de cliënten ruim 80 jaar.

Het is bekend dat het aantal vrouwen in de leeftijdscategorie van mensen boven de 70 groter is dan dat van mannen. Dit komt ook naar voren in het gegeven dat van de vrouwen boven de 70 er vijftien weduwe zijn (88%). Drie van haar hebben zelfs tweemaal haar partner verloren. Twee van de 70-plussers, een man en vrouw (de cliënten 1 en 20) leven gescheiden van hun demente partner. De oudste man (87) is weduwnaar.

Vier van de 22 cliënten (cliënten 16-19) wonen in een verzorgingshuis. De geestelijk verzorger heeft twee van hen begeleid van de thuissituatie naar de instelling. De overige cliënten wonen zelfstandig. Sommige van hen wonen in een aanleunwoning, of in een eigen huis in (een dorp in de omgeving van) Winschoten.

Van de toegewezen indicaties zijn er twee een half jaar geldig (voor de cliënten 4 en 20), waarvan bij de laatstgenoemde vermeld staat in de toelichting dat de verwachte duur van de begeleiding langer dan een jaar zal bedragen (sic!). Twee indicaties (voor cliënt 1 en 5) hebben een geldigheidsduur van een jaar, twee van twee jaar (voor cliënt 6 en 15), twee voor drie jaar (voor cliënt 8 en 9), en vier voor vijf jaar (voor cliënt 2, 3, 10 en 21).

Alle indicaties staan voor individuele begeleiding van gemiddeld 0 t/m 1,9 uur per week, tenzij anders is vermeld.²⁹⁷ De indicatie voor de cliënten 7 en 9 zijn recentelijk²⁹⁸ op aanvraag van Lentis verlengd tot 2013, waarvan voor cliënt 9 de omvang 4 - 6,9 uur bedraagt (klasse 3). In beide gevallen heeft Lentis de indicatie voor OB ontvangen. Dit betekent dat er wat betreft Oosterlengte sprake is van zogenaamd onderaannemerschap, waarbij de uren zorg die de geestelijk verzorger verleent gedeclareerd worden bij Lentis.²⁹⁹

In het begin vinden de gesprekken wekelijks plaats. In de loop van de tijd wordt in de regel de frequentie verminderd. Als de indicatie is verlopen en de cliënt verdere ondersteuning nodig heeft, wordt verlenging van de indicatie aangevraagd. In één geval werd de begeleiding na enkele maanden beëindigd, omdat de cliënt (15) aangaf te weinig baat te hebben bij de gesprekken en liever een psychiater consulteerde "om van zijn verdriet afgeholpen te worden".

²⁹⁷ Klasse 1.

²⁹⁸ Dit kwam naar voren toen ik, in verband met enige onduidelijkheden tijdens de afronding van het onderzoek, in april 2008 een hoofd van zorg raadpleegde die dit samen met mij heeft uitgezocht.

²⁹⁹ In een periode van toenemende concurrentie betekent dit dat de instelling die de indicatie toegewezen heeft gekregen zoveel mogelijk zal proberen deze zelf in te vullen.

5.3 Problematiek van de cliënten

In deze paragraaf geef ik een antwoord op de derde deelvraag die zoals we gezien hebben als volgt luidt: In welke termen wordt de problematiek van de cliënt omschreven? Om de leesbaarheid niet al te zeer te verstoren heb ik de gegevens van de cliënten met betrekking tot de indicatieprocedure ondergebracht in Bijlage 1.

Bij bestudering van de gegevens in de kolommen 1 en 4 valt allereerst op hoe vaak er sprake is van het leven voortzetten met ingrijpende verlieservaringen. Het betreft dan zoals we hierboven zagen verlies van de partner(s); aan de dood, of tijdens het leven (dementie, of scheiding); verlies van kinderen, broers en zussen (soms van alle generatiegenoten), verlies van gezondheid en daarmee samenhangend beperkingen in het dagelijks functioneren en de (sociale) zelfredzaamheid en een onzekere toekomst.

Er is veel leed als gevolg van verstoorde relaties met kinderen en in twee gevallen is er sprake van huiselijk geweld van partner of zoon. Verder valt op dat velen aan het eind van hun leven bij het opmaken van de balans opnieuw geconfronteerd worden met ingrijpende en traumatiserende gebeurtenissen, die in het verleden plaatsvonden. Er is ook sprake van geestelijke en lichamelijke mishandeling tijdens het huwelijk, of in het gezin waarin zij opgroeiden.³⁰⁰ Hiernaast staat men voor de keuze waar men de laatste levensjaren, in toenemende afhankelijkheid, zal doorbrengen. Enkelen overwegen, of besluiten terug te keren naar de geboortestreek, nadat de partner voor wie zij naar het noorden verhuisden is overleden en kinderen verhuisden; anderen overwegen een verhuizing naar een verzorgingshuis.

Het is dan ook niet verrassend dat in de voorlopige zorgvraag en onder de kernbegrippen termen als moedeloosheid, eenzaamheid, vereenzaming, (dreigend) sociaal isolement, angst, lichamelijke beperkingen, depressiviteit en verlies van zin veelvuldig voorkomen.

In termen van geestelijke verzorging luidt de omschrijving in veel gevallen: het leven helpen voortzetten met ingrijpende verlieservaringen (bij 16 van de 22 cliënten; n=16), helpen het leven mee uithouden /erbij blijven (n=6), fungeren als klankbord / bieden van een luisterend oor bij terugblik op de levensloop, respectievelijk hulp bij het opmaken van de levensbalans (n=9). Er is vaak sprake van begeleiding bij levensvragen, hulp bij coping en/of zingevingsproblematiek / religieuze problematiek (n=10).

³⁰⁰ Een aantal vrouwen heeft in verband hiermee in het verleden contact gehad met de GGZ. Dit geldt ook voor één van de drie jongere vrouwen (52 jaar), die zowel door de geestelijk verzorger als door iemand van de GGZ begeleid wordt. Voor de details verwijs ik naar bijlage 1.

In sommige gevallen is er sprake van steun bij het maken van beslissende keuzes (n=2), helpen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen in het verleden (n=7), begeleiding bij (dreigende) emotionele eenzaamheid/vereenzaming (n=9), of hulp bij verlies van moed en zin (n=7). Bij sommigen is het noodzakelijk het gevoel van eigenwaarde en de moeite waard te zijn te versterken (n=5). In een enkel geval fungeert de geestelijk verzorger als vertrouwenspersoon (n=2) of biedt zij hulp om verstoorde relaties te herstellen (n=1).

Interessant voor dit onderzoek zijn de kernbegrippen die het CIZ bij de toekenning vermeldt: sociale relaties en maatschappelijk leven (cliënten 2, 6, 7, 10, 11, 12, 20, 21, 22), mobiliteit (cliënten 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 20, 21), sociale redzaamheid (cliënten 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 21,22), psychosociaal welbevinden (cliënten 3, 4, 15, 17, 20, 22: angstig (4, 17), moedeloos (3, 4, 15, 20, 22), depressief/somber zijn (3, 15, 22/17), gemis aan persoonlijke aandacht (3, 20)), deelname aan leren/werken (cliënt 7), problemen oplossen en besluiten (cliënt 22).

Deze begrippen komen overeen met de voorwaarden, gesteld aan een indicatie OB grondslag 7 (psychosociaal probleem), zoals aangegeven is in Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.^{301 302} Er moet sprake zijn van ernstige beperkingen in de zelfredzaamheid, regieverlies, of een ernstige (psychische) ontwrichting in de cliëntsituatie in relatie tot diens sociale omgeving, zodanig dat deze kan leiden tot ernstige participatieproblemen.^{303 304}

5.4 Omschrijving van de zorgvraag in termen van de indicatiestelling: enkele casus

Deze paragraaf bevat het antwoord op de vierde deelvraag: Op grond van welke argumenten honoreert het CIZ de indicatieaanvraag of wijst het deze af?

³⁰¹ Bijlage 3, *Gebruikelijke zorg*, versie 1 januari 2008. Zie ook noot 285.

³⁰² Het betreft hier dus een regeling binnen de AWBZ, maar de geestelijk verzorger zal in een aantal gevallen een beroep moeten doen op de Wmo. De terminologie blijft echter dezelfde en is bekend bij de indicatieadviseurs.

³⁰³ In 3.3 zagen we dat het bij Ondersteunende Begeleiding gaat om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Dit vindt plaats door bijvoorbeeld het structureren van de dag en het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven.

³⁰⁴ In sommige gevallen geeft het CIZ aanvullende argumenten voor de toekenning OB-alg, aangepast aan de aanvraag: begeleiding ziekteproces vanwege..., begeleiding bij verandering woonruimte, ondersteuning bij sociale redzaamheid, hulp bij structureren huishoudelijk werk en ondersteuning leefeenheid, in verpleeghuis zou indicatie worden toegekend, structuur en kortdurende ondersteuning in sociale redzaamheid, daar eenzaamheid dreigt. Dagopvang voorziet niet in behoefte van mw. om in huiselijke omgeving structuur en zinvolle dagindeling op te bouwen. Verwachting is dat mw. met OB-alg. in eigen omgeving gestimuleerd zal worden dit wel te doen.

Anderhalf jaar geleden is Bos in samenwerking met de hoofden van zorg begonnen met het vertalen van de zorgvraag vanuit het taalveld van de geestelijke verzorging naar dat van het CIZ, zoals hierboven wordt vermeld.

Zo gaat het bijvoorbeeld bij cliënt 2 in termen van geestelijke verzorging om het leven voort te zetten met ingrijpende verlieservaringen met betrekking tot haar gezondheid. Er is sprake van existentiële problematiek en recentelijk van een psychose na scheiding van tafel en bed van haar overbelaste echtgenoot.

De voorlopige zorgvraag, aangepast aan de taal van het CIZ luidt: ernstige beperking in dagelijks functioneren en sociale zelfredzaamheid, dreiging sociaal isolement, signalen overbelasting echtgenoot.

De aanvraag werd gehonoreerd met een indicatie OB-alg voor vijf jaar met als kernbegrippen CIZ: sociale relaties, maatschappelijk leven en mobiliteit.

Bij cliënt 3 is er sprake van depressiviteit na verlies van haar dochter en onlangs overleden vriendin. Mevrouw is hierdoor en omdat zij geen Gronings spreekt en slecht ter been is in een isolement geraakt. Mevrouw heeft ook in het (vroeg) verleden veel ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen meegemaakt. Zij is nu bezig de balans van haar leven op te maken. De huisarts heeft de (verlengde) indicatieaanvraag naar het CIZ telefonisch ondersteund. Hij ziet geen heil in medicijnen en heeft vastgesteld dat de ondersteunende en vertrouwelijke gesprekken met de geestelijk verzorger mevrouw erg goed doen: zij is emotioneel stabiel geworden en heeft in verband met de rouw- en verliesverwerking minder vaak een beroep op hem gedaan. Bos had het hoofd thuiszorg verzocht een indicatie aan te vragen voor de duur van minimaal een jaar met de opmerking 'liefst langer'. De huisarts heeft in het telefoongesprek met het CIZ aangegeven dat de ondersteuning bij haar sociale redzaamheid, hoewel wisselend van intensiteit, blijvend noodzakelijk zal zijn.

In termen van geestelijke verzorging is er sprake van existentiële problematiek, waarbij het erom gaat het leven met mevrouw voort te zetten / uit te houden met alle ingrijpende gebeurtenissen die er waren.

De voorlopige zorgvraag aangepast aan CIZ-termen luidt: depressiviteit door geïsoleerde leefsituatie, verlies van dochter en vriendin en opmaken levensbalans (veel ingrijpende gebeurtenissen in verleden).

De aanvraag werd gehonoreerd met een indicatie OB-alg voor vijf jaar met als kernbegrippen CIZ: sociale relaties, maatschappelijk leven en mobiliteit.

Cliënt 20 woont gescheiden van haar dementerende echtgenoot, die op een afstand van 30 km. in het verpleeghuis verblijft. Mevrouw is onverwacht alleen komen te staan, omdat zij in korte tijd ook haar zus en zwager heeft verloren. Zij heeft moeite haar sociale leven vorm te geven en dreigt te vereenzamen, ondanks het feit dat zij naar de dagopvang gaat.

De voorlopige zorgvraag luidt: begeleiding bij het omgaan met voortschrijdende dementie en hierdoor gescheiden wonen van echtgenoot en het verlies van zus en zwager. Aangepast aan de indicatieterminologie werd de geestelijke zorgvraag omschreven als: behoefte aan vertrouwelijke gesprekken ter verhoging van het gevoel van eigenwaarde en daarmee bevordering van sociale redzaamheid en zelfredzaamheid van mevrouw na verlies van echtgenoot aan dementie en onverwachte overlijden van zus en zwager.

De indicatie is met terugwerkende kracht toegekend voor een half jaar met als kernbegrippen: psychosociaal welbevinden (moedeloos zijn, gemis aan persoonlijke aandacht), sociale relaties, maatschappelijk leven en mobiliteit.

Als toelichting werd gegeven dat verwacht wordt dat mevrouw met OB-alg gestimuleerd zal worden in de huiselijke omgeving structuur aan te brengen en een zinvolle dagindeling op te bouwen (dagelijkse routine regelen en kortdurende ondersteuning in sociale redzaamheid in verband met dreigende eenzaamheid).

Voor cliënt 22 werd een indicatie AB aangevraagd en toegekend. Er is bij haar sprake van complexe problematiek. Mevrouw lijdt al tien jaar aan de ziekte van Parkinson, heeft alle familieleden van haar generatie verloren en de relatie met haar beide zonen is verslechterd. Zij is hierdoor vereenzaamd en er is sprake van ernstige depressiviteit en moedeloosheid. Thuiszorgmedewerkers pikten signalen op van huiselijk geweld door één van de zonen. Mevrouw probeerde dit te verbergen.

De geestelijke zorgvraag is omschreven als het leven uithouden, verliesverwerking, opnieuw proberen zin te vinden (moedeloosheid en zinloosheid) en (aangepast aan de indicatieterminologie in het Uitvoeringsbesluit), coping en zingeving vanuit christelijke levensbeschouwing.

In de voorlopige zorgvraag wordt de problematiek omschreven als hierboven. De termen coping en zingeving worden nader ingevuld. Als verklaring voor de aanvraag AB in plaats van OB wordt aangegeven, dat de problematiek nader moet worden onderzocht en dat advies en instructie nodig zijn over de aanpak ervan. Het hoofd van zorg licht de aanvraag mondeling toe en vermeldt hierbij het vermoeden van huiselijk geweld om te voorkomen dat dit wordt vermeld in de toekenningsbrief.

De indicatie AB wordt in verband met de urgentie met spoed afgegeven voor twee weken zonder toelichting. De hierop volgende indicatie AB wordt toegekend voor een half jaar. In de toelichting door het CIZ wordt de aanvraagformulering geheel overgenomen met uitzondering van de termen coping en zingeving.

Als kernbegrippen worden genoemd: Psychosociaal welbevinden: moedeloos zijn, Beperking sociale redzaamheid, Problemen oplossen en besluiten nemen: mw. kan dit slechts met veel moeite. Als opmerking wordt toegevoegd dat mevrouw in een sociaal isolement is geraakt vanwege verlies familie, leden eigen generatie.

In vergelijking met de toegewezen indicaties valt op dat er in het geval van de afgewezen aanvragen³⁰⁵ geen sprake is van een aanvraag in termen die aansluiten bij de indicatieterminologie, behalve bij mevrouw 13, bij wie in de zorgvraag de termen sociaal isolement en gebrek aan sociale redzaamheid (en existentiële problematiek) voorkomen. Bij navraag bleek dat deze indicatie waarschijnlijk wel is afgegeven, maar dat er sprake is van een communicatiefout bij het CIZ. Er bestaat namelijk een verschil tussen de toekenning op papier (het indicatiebesluit dat mevrouw heeft ontvangen) en het door het CIZ ingevulde systeem van Oosterlengte. Dit moet nog worden uitgezocht door het hoofd zorg.³⁰⁶

Bij de cliënten 11, 12 en 14 valt naast het ontbreken van de indicatieterminologie in de aanvraagformulering op dat er bij alle drie sprake is van ingrijpende verlieservaringen/verwerking van verlies en rouw. Bij de afwijzing van de aanvraag voor de (her-)indicatie werd in alle gevallen als toelichting gegeven dat Algemeen Maatschappelijk Werk voorliggend was.^{307 308} Dit is in overeenstemming met de ervaring die de geestelijk verzorger in de afgelopen jaren heeft opgedaan. De indicatieadviseurs rekenen rouw- en verliesverwerking tot het domein van de maatschappelijk werker, terwijl deze van oudsher tot het domein van de geestelijk verzorger behoren.

Bij opnieuw aanvragen van een indicatie voor cliënt 14 werd als mondelinge toelichting gegeven dat mevrouw bij de huisarts een verwijzing moest vragen voor begeleiding door een psycholoog van de GGZ. Mevrouw wees deze verwijzing resoluut van de hand. Dit geldt voor meer ex-clieënten van de GGZ (cliënten 4, 5, 7, 8 en 11).

³⁰⁵ In vier van de achttien gevallen (= 22%) werd de aanvraag afgewezen.

³⁰⁶ Bij de bespreking van het onderzoeksverslag op 01-07-2008 bleek dat de indicatie inderdaad was toegekend.

³⁰⁷ Kernbegrippen: sociale redzaamheid (11, 12, 14), sociale relaties en maatschappelijk leven (11,12) en mobiliteit (11).

³⁰⁸ Onder voorliggende voorzieningen worden alle voorzieningen en vormen van zorg verstaan, waarmee een verzekerde zijn zorgvraag kan realiseren, zonder daarvoor een beroep te doen op de AWBZ. CVZ, *Voorliggende voorzieningen. Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen december 2005.

Omgekeerd worden er in de toegekende aanvragen vooral termen gebruikt (sociale relaties, maatschappelijk leven en mobiliteit) die meer passen bij het maatschappelijk werk.³⁰⁹

Op grond van de bovenbeschreven casus (zie ook verder in het overzicht) en de in de praktijk door de hoofden van thuiszorg opgedane ervaringen met de aanvragen voor activerende en ondersteunende begeleiding lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de kans op honoreren van de indicatieaanvraag toeneemt als de aanvragen voor geestelijke verzorging aansluiten bij de doelstelling van de functie³¹⁰ en de geestelijke zorgvraag zo wordt omschreven, dat zij past binnen de taal en terminologie die het CIZ hanteert bij de toekenning van de indicaties.³¹¹

Bij de afgewezen indicaties is er in alle gevallen sprake van het gebruik van begrippen als rouw- en verliesverwerking en wordt verwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk.

Bij cliënt 3 heeft de huisarts de aanvraag ondersteund, hetgeen resulteerde in een indicatie met de duur van vijf jaar, terwijl de aanvraag van het hoofd omschreven werd als een jaar, liefst langer. Ook de mondelinge toelichting door het hoofd zorg bij cliënt 22 lijkt te hebben bijgedragen aan de snelle toewijzing van de indicatie.³¹²

5.5 Indicatieprocedure in den lande

Zoals in paragraaf 4.1 in het 'overzicht werkwijze' naar voren kwam heb ik in de drie vormen waarin geestelijke verzorging momenteel extramuraal wordt geboden, geïnformeerd naar de ervaringen rond het aanvragen van indicaties. Het betreft hier een zorgcombinatie³¹³, de praktijk van de vrijgevestigd geestelijk verzorger³¹⁴ en een extramuraal thuiszorgorganisatie.³¹⁵

Bij een zorgcombinatie is sprake van een gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders, waarbinnen een totaalpakket van op elkaar afgestemde voorzieningen wordt geboden, met als doel het bereiken van een optimale continuïteit van het zorgproces.

³⁰⁹ Onafhankelijk van elkaar gaven de geestelijk verzorger, de maatschappelijk werker en de hoofden zorg van Oosterlengte als verklaring dat veel indicatieadviseurs van het CIZ in Oude Pekela, waaronder Oosterlengte tot eind 2007 ressorteerde, voorheen maatschappelijk werkers waren.

³¹⁰ 1) handhaving zelfredzaamheid (gebrek aan de regie over het eigen leven en dagelijkse structureren hiervan), 2) (dreiging van) sociaal isolement en 3) ondersteuning mantelzorgers.

³¹¹ Sociale redzaamheid, sociale relaties en maatschappelijk leven, mobiliteit, psychosociaal welbevinden enz.

³¹² Op verschillende plaatsen in het land zijn er experimenten geweest om te komen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling. Zie www.ciz.nl; Factsheet CIZ voor pilots oktober 2007. *Voorstellen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling*, Ministerie van VWS, Den Haag 7 juli 2008.

³¹³ Zorgcombinatie Nieuwe Maas in Vlaardingen en omstreken; zie <http://www.nieuwemaas.nl>.

³¹⁴ Truus van Kaam in Lemmer; <http://www.geestelijkeverzorging.com/> en <http://www.gcoach.nl>.

³¹⁵ Thuiszorg 'Het Friese Land'; <http://www.thfl.nl>.

De vrijgevestigde geestelijke verzorger heeft zijn of haar eigen praktijk en biedt geestelijke verzorging extramuraal. De meeste vrijgevestigd geestelijk verzorgers zijn verenigd in het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzoorgers.

De extramurale thuiszorgorganisatie komt, zoals we in de paragrafen 2.1 en 2.2 gezien hebben, voort uit het oorspronkelijke kruiswerk en/of de gezinsverzorging.

Evenals bij het onderzoek bij Oosterlengte combineer ik voor de overzichtelijkheid hieronder de eerste twee en vervolgens de laatste twee deelvragen.

5.5.1 Signalering van de behoefte en de indicatieaanvraag

Bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas zijn het de thuiszorgmedewerkers, woonzorgconsulent,³¹⁶ of een medewerker van het CIZ, die de behoefte aan (geestelijke) zorg bij bewoners signaleert. Zij geven dit door aan de coördinerend wijkverpleegkundigen (tot eind 2007 in de rol van case-manager), die vervolgens een huisbezoek afleggen en beoordelen welke zorg de cliënt nodig heeft en hiervoor de indicatieaanvraag doen.

De vrijgevestigd geestelijk verzorger moet zelf de indicatie aanvragen nadat een cliënt naar haar is verwezen door de huisarts, die meestal geen raad meer met hem of haar weet.

Bij Het Friese Land zijn het de thuiszorgmedewerkers, ouderenadviseurs, opbouwwerkers, huisartsen of collegae geestelijk verzorgers die mensen verwijzen naar de geestelijk verzorger. Het Friese Land biedt geestelijke verzorging ook aan als dienst in het zorgpakket. Mensen die lid zijn van de organisatie en/of in de brochure lezen wat de geestelijk verzorger te bieden heeft, vragen in dit geval zelf geestelijke verzorging aan tegen betaling als zij zich herkennen in de hulpvraag. Bij complexe problematiek wordt de geestelijk verzorger door de organisatie ingezet bij mensen die al thuiszorg ontvangen en nog ruimte hebben binnen de indicatie OB, of AB. In principe vragen cliënten zelf de indicatie aan, al of niet met de hulp van zorgadviseurs (wijkverpleegkundigen, of maatschappelijk werkers) van Het Friese Land.

Samenvattend kunnen we vaststellen dat het bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas en Thuiszorg Het Friese Land, evenals bij thuiszorg Oosterlengte, vooral verzorgenden en verpleegkundigen (in diverse rollen) zijn, die de behoefte aan geestelijke verzorging signaleren. Hiernaast worden huisartsen, ouderenadviseurs, opbouwwerkers, collegae en een maatschappelijk werker genoemd.

³¹⁶ De woonzorgconsulent houdt spreekuren in de wijk voor 55-plussers en fungeert als een soort filter voor de casemanagers/coördinerend wijkverpleegkundigen, met wie hij/zij eenmaal per week overleg heeft. De consulent heeft een verpleegkundige achtergrond.

Informatievoorziening door de geestelijk verzorger moet dus op hen gericht zijn. De zelfstandig werkende geestelijk verzorger is afhankelijk van huisartsen (en eigen PR) en zorgt zelf voor de indicatie.

In de volgende paragraaf bespreek ik de informatie die de geestelijk verzorgers in de drie hierboven genoemde situaties hebben verstrekt aan de hand van de laatste twee deelvragen: In welke termen wordt de problematiek van de cliënt omschreven? en Op grond van welke argumenten honoreert het CIZ de indicatieaanvraag of wijst het deze af?

5.5.2 Omschrijving van de problematiek en de reactie hierop van het CIZ

Bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas wordt de problematiek van de cliënten omschreven als structuurverlies, verstoorde zingeving, of verstoorde relaties, c.q. herstel van relaties. De indicatieaanvraag voor geestelijke verzorging wordt omschreven in termen van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats, of het begeleiden bij religie en spiritualiteit en wordt aangevraagd onder OB-, of AB-alg. De indicatie wordt in de meeste gevallen afgegeven voor de duur van drie maanden.

Zowel de casemanagers als de geestelijk verzorgers geven aan dat de indicatieprocedure een moeizaam gebeuren blijft³¹⁷ en dat onduidelijk is op grond van welke argumenten het CIZ de indicatieaanvraag honoreert, of afwijst. Als er geen indicatie wordt afgegeven wordt meestal als reden gegeven dat de mensen zelf de regie nog in handen hebben en/of voldoende mantelzorg hebben. Met deze argumenten wordt voorbijgegaan aan de professionele bijdrage van geestelijk verzorgers. De term regie past overigens geheel binnen het indicatiejargon.

Van Kaam biedt als vrijgevestigd geestelijk verzorger professionele begeleiding, ondersteuning en therapie (= geestelijke verzorging) aan mensen met zingevingsvragen. Het CVZ en Zorgkantoor hebben haar geadviseerd een PGB aan te (laten) vragen door, of voor de cliënt, waaruit deze de geïndiceerde zorg kan betalen.³¹⁸ In overleg met de cliënt schrijft zij een uitgebreid verhaal naar het CIZ. Dit vindt plaats in termen van (sociaal) structuurverlies, verstoorde zingeving, herstel van relaties, of hulp op levensbeschouwelijk terrein.³¹⁹

³¹⁷ Inmiddels is er een bureau opgericht dat zich bezighoudt met het aanvragen van indicaties, waaronder die voor geestelijke verzorging, en dat overlegt met het zorgkantoor.

³¹⁸ Voor het CIZ gaat het er alleen om of er voor de in het formulier aangegeven problematiek hulp nodig is onder OB of AB. De cliënt bepaalt vervolgens zelf wie hij/zij inhuurt; een geestelijk verzorger of iemand anders.

³¹⁹ Van Kaam merkt hierbij op voorzichtig te zijn, omdat er dan snel gezegd wordt: "U gaat maar naar een kerk."

Zij geeft hierbij een prognose van het aantal (gemiddeld zes à zeven) gesprekken gedurende een bepaalde periode, bijvoorbeeld drie maanden. De ervaring van Van Kaam is dat het erg afhankelijk is van de CIZ-medewerker of er een indicatie wordt afgegeven en dat het gemakkelijker is voor 70-plussers dan voor dertigers. Voor iemand met kanker en/of als deze bijna 65 is, is het ook niet moeilijk; voor zo iemand krijgt zij een indicatie voor een jaar AB en vervolgens OB.³²⁰ Voor mensen met een PGB geeft zij een prognose en schrijft zij een voortgangsrapportage. Van Kaam benadrukt in dit verband het belang van een precieze formulering door de geestelijk verzorger en dat zowel indicatieadviseurs als cliënten moeten weten waarvoor zij een beroep kunnen doen op de geestelijk verzorger.³²¹ Zij wijst de medewerkers van het CIZ er bijvoorbeeld op dat als iemand depressief is, er in veel gevallen sprake is van zingevingproblematiek. Zij legt aan hen ook regelmatig uit dat naast alle levensvragen ook rouw en verlies (door dood, scheiding, of verlies van functies) tot het domein van de geestelijke verzorging behoren.

Van den Elshout van Thuiszorg 'Het Friese Land'³²² omschrijft de aanvraag in termen van verlieservaringen,³²³ of het leren omgaan met chronische ziekte, handicap of ouderdom en eenzaamheid. Zij beschrijft deze ook als een hulpvraag, gericht op het verwoorden van verlieservaringen en deze een plek kunnen geven, of om beter met de draaglast om te kunnen gaan en de zin in het leven terug te vinden.³²⁴

³²⁰ De crux lijkt volgens Van Kaam te zijn de idee dat psychologen zouden kunnen wat geestelijk verzorgers doen. Zij onderscheidt het werk van geestelijk verzorger en psycholoog als volgt: de psycholoog test en leert je om-denken, respectievelijk stelt een diagnose gevolgd door een door de psycholoog bepaalde behandeling. De geestelijk verzorger kijkt in dialoog met de cliënt waar de vraag vandaan komt. Zij benadrukt dat geestelijke verzorging het terrein omvat van geloven, levensbeschouwing, moraal en ethiek.

³²¹ Op de website staat onder de vraag *Wanneer maak je gebruik van geestelijke verzorging?* Stelt u zichzelf wel eens de vraag: *Waarom overkomt mij dit? Wie ben ik eigenlijk?, Waarom zeg ik ja, terwijl ik eigenlijk nee bedoel?, Wat is de reden van mijn bestaan?, Heb ik wel een doel?, Waarom krijg ik niks gedaan van de dingen die ik wil?, Wat wil ik eigenlijk met mijn leven?, of Wil ik nog wel leven?* Deze vragen stelt iedereen zich wel eens, maar wanneer de vanzelfsprekendheid van zingeving, betekenis, of identiteit wegvalt, bijvoorbeeld in geval van ziekte, een ongeval, werkloosheid, armoede, verlies van een geliefde, of het naderend levenseinde wordt het antwoord op de vragen steeds belangrijker. Een bevredigend antwoord op deze vragen geeft namelijk een goede basis om dergelijke moeilijkheden van het leven aan te kunnen. De inspanning om zin te geven aan het bestaan is moeilijker wanneer het leven ingrijpend verandert en men aan den lijve ervaart dat het wordt begrensd. Geestelijke verzorging biedt begeleiding en hulpverlening bij dergelijke situaties en ter preventie van deze situaties. Klachten die veelal gepaard gaan met een gebrek aan zingeving, betekenis, of identiteit zijn: depressieve klachten, depressie, burn-out, wens tot suïcide en rouw die stagneert.

<http://www.geestelijkeverzorging.com/wanneer.htm>

³²² Van den Elshout wijst erop dat 'De Friesland' een actieve zorgverzekering is. Zij onderzoekt momenteel de mogelijkheid van geestelijke verzorging in het pakket. In dit geval is er geen indicatie nodig en kan deze vanuit een aanvullend pakket worden vergoed tot bijvoorbeeld € 300, - per jaar. Van den Elshout doet de intake, stelt het zorgplan op en is zelf verantwoordelijk voor haar PR.

³²³ Incidenteel omschrijft zij deze als relationele spanningen, verstoord sociaal netwerk, of verstoorde relaties.

³²⁴ Op de website met betrekking tot het aanbod van geestelijke verzorging worden de volgende situaties genoemd om geestelijke verzorging aan te vragen: vragen over het leven, of geloof na ingrijpende gebeurtenissen; vragen of problemen op het gebied van het lijden, verlies, dood, ouder worden en oud zijn, omgaan met een-

Van den Elshout heeft de ervaring dat bepaalde CIZ-medewerkers zeer spaarzaam een indicatie afgeven op grond van bovengenoemde omschrijvingen en dat het verkrijgen van indicaties een moeizame aangelegenheid blijft.

5.6 Tot besluit

In de boven beschreven situaties komt naar voren dat het verkrijgen van indicaties voor het bieden van geestelijke verzorging extramuraal in alle gevallen een moeizaam proces is en dat de geestelijk verzorgers veel aandacht moeten besteden aan haar Public Relations. In alle gevallen geven de geestelijk verzorgers aan dat het afhankelijk is van de betreffende medewerker van het CIZ of de indicatie wordt afgegeven. De reden van afwijzing is vaak onduidelijk en varieert.

Opvallend is dat de aanvraag bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas expliciet wordt omschreven in termen van de Uitvoeringstoets. Anders dan bij Oosterlengte is het gebruik van deze termen geen reden voor afwijzing. Hiernaast wordt de problematiek weergegeven als 'verstoorde zingeving', structuurverlies en verstoorde relaties, c.q. herstel van relaties. Deze laatste begrippen sluiten goed aan bij de taal van het CIZ.

Van Kaam schrijft als enige een uitgebreid verhaal en in het geval van een PGB een voortgangsrapportage voor het CIZ. De terminologie waarin zij de problematiek omschrijft sluit redelijk aan bij de indicatietaal: (sociaal) structuurverlies en herstel van relaties en bij de Uitvoeringstoets: verstoorde zingeving. Van Kaam wijst er op voorzichtig te zijn met het gebruiken van de term 'hulp op levensbeschouwelijk terrein'.

Van den Elshout omschrijft de problematiek voornamelijk in termen die ressorteren onder 'coping en zingeving'. Deze termen sluiten minder goed aan bij de indicatietaal.

We zien dus dat aanvragen voor geestelijke verzorging in uiteenlopende termen worden verwoord en dat het CIZ aanvragen die geformuleerd worden in maatschappelijke termen zoals structuurverlies, verstoorde relaties, gebrek aan zelfredzaamheid, of regie over het eigen leven en dreiging van sociaal isolement eerder honoreert dan omschrijvingen die verband houden met coping of zingeving. Het gaat dan om beschrijvingen als het omgaan met verlieservaringen, het beter omgaan met de draaglast en de zin in het leven terugvinden, of het leren omgaan met chronische ziekte, handicap of ouderdom.

zaamheid, somberheid, angst, de zin van het leven en geloofsvragen, behoefte aan steun bij ziekte, of verhuizing van de partner naar een verpleeghuis. Zie <http://www.thfl.nl>.

Zoals in 2.6.1 naar voren kwam behoren laatstgenoemde termen tot het werk van de geestelijk verzorger, evenals begeleiding bij sterven en rouw. De geestelijk verzorger begeleidt, of biedt mensen hulp bij de zingeving aan hun bestaan; het proces waarin elk mens in wisselwerking met zijn omgeving telkens weer betekenis geeft aan zijn leven. Bij zingeving gaat het om existentiële vragen of levensvragen; vragen rond leven en dood, om waar het in het leven op aankomt en het leven de moeite waard maakt. Zingeving heeft te maken met waarden en idealen, die de weg wijzen als een mens geconfronteerd wordt met morele dilemma's, of wanneer deze moet leren omgaan met ziekte en beperkingen (coping). In dit proces speelt zowel de levensvisie van de getroffen mens als diens psychische functioneren een belangrijke rol.

In het derde en laatste deel geef ik een samenvatting van de bevindingen uit het onderzoek tot nu toe en doe ik aanbevelingen voor extramuraliserende geestelijk verzorgers, geestelijk verzorgers die in regionale thuiszorgorganisaties (willen) werken, en de vrijgevestigd geestelijk verzorgers met betrekking tot de wettelijk bestaande financieringsmogelijkheden (6.1), het debat over presentie / interventie, en hieraan gekoppeld de voorkeur voor de functies OB/AB (6.2), en de terminologie waarin de aanvraag wordt omschreven (6.3).

Ik geef een verklaring voor het feit dat het CIZ aanvragen die geformuleerd zijn in termen uit het maatschappelijke taalveld eerder honoreert dan aanvragen die geformuleerd zijn in termen die behoren tot het taalveld van de geestelijke verzorging.

Aansluitend doe ik in paragraaf 6.3.1 aanbevelingen met betrekking tot de vraag hoe aanvragen voor geestelijke verzorging het beste geformuleerd kunnen worden om de kans op honorering te vergroten. Dit zijn strategische aanbevelingen in zoverre de geestelijke verzorger zich gedwongen ziet de taal van een andere discipline (maatschappelijk werk) te gebruiken om de aanvraag voor geestelijke verzorging gehonoreerd te krijgen.

Ten slotte geef ik aan in welke termen een aanvraag voor geestelijke verzorging idealiter geformuleerd zou moeten worden en welke stappen moeten worden ondernomen om het CIZ, zorgverzekeraars en de gemeente in het kader van de Wmo hiervan te overtuigen.

Deel III

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Voordat ik overga tot het trekken van conclusies en doen van aanbevelingen kom ik kort terug op het doel van deze scriptie en geef ik een samenvatting van de stand van zaken tot nu toe.

6.1 Samenvatting

Het doel van deze scriptie is het analyseren van de gronden waarop het CIZ indicaties³²⁵ voor de geestelijke verzorging in de thuiszorg honoreert dan wel afwijst, en op basis van deze analyse voorstellen te doen voor het verbeteren van de indicatiestelling geestelijke verzorging in de thuiszorg. Echter, zoals we gezien hebben: dé thuiszorg bestaat niet en het type organisatie of instelling dat thuiszorg biedt, is bepalend voor zowel de omvang van het werkgebied (en hiermee de complexiteit van de organisatie), de patiëntenpopulatie (en hiermee samenhangend het opleidingsniveau van de zorgverleners en de aard van de problematiek) als de inhoud van het werk van de geestelijk verzorger.^{326 327} Het maakt dus verschil bij welk type thuiszorg je onderzoek doet en bij het doen van aanbevelingen moet dus steeds worden nagegaan in hoeverre de bevindingen kunnen worden generaliseerd.

Dit verschil geldt ook voor de bekendheid met de geestelijke verzorging. Binnen zorginstellingen is de geestelijke verzorger al tientallen jaren een bekende verschijning en levert deze in het algemeen een wettelijk verankerde bijdrage aan het integrale zorgaanbod. In het zorg(leef)plan is er expliciet aandacht voor de geestelijke dimensie van de zorgverlening onder het domein mentaal welbevinden (4.3). Daarentegen is de geestelijk verzorger tot nu toe een onbekende binnen de regionale thuiszorgorganisaties en is er weinig aandacht voor dit aspect van zorgverlening, terwijl deze organisaties hun ontstaan danken aan levensbeschouwelijke en ideologische motieven.

³²⁵ Het CIZ geeft in een indicatiebesluit aan welke zorg (functie) er is geïndiceerd, de hoeveelheid zorg (in klassen) waarop men recht heeft en de begin- en einddatum van de toegekende zorg.

³²⁶ De regionale thuiszorgorganisaties hebben de oudste papieren en ontwikkelden zich samen met het maatschappelijk werk uit het Kruiswerk, dat aan de basis stond van de gezondheidszorg zoals we die nu kennen. Vanaf eind jaren tachtig gaan particuliere bureaus thuiszorg bieden en onder invloed van het overheidsbeleid van vermaatschappelijking van zorg, extramuralisering en marktwerking worden ook zorginstellingen van verzorgingshuizen tot ziekenhuizen gestimuleerd thuiszorg te bieden.

³²⁷ De geestelijke verzorging speelde zich tot voor kort voornamelijk af binnen de muren van instellingen en thuiszorg wordt door geestelijk verzorgers dan ook meestal bewust of onbewust vereenzelvigd met extramuralisering, transmuralisering en ketenzorg. Deze vormen van zorgverlening in de thuissituatie zijn echter zoals we gezien hebben van recente datum en wat het aantal zorguren betreft marginaal vergeleken bij de zorg die verleend wordt door de oorspronkelijke organisaties van gezinsverzorging en kruiswerk.

Uit het onderzoek van Kunneman c.s. kwam naar voren dat hiernaast binnen deze thuiszorgorganisaties in de afgelopen twintig jaar ook de aandacht voor het *normatieve* karakter van adequaat professioneel handelen, dat in de verzuilde samenleving vanzelf sprak, steeds verder naar de achtergrond is gedrongen. Dit verlies van aandacht voor het normatieve aspect vond plaats als gevolg van de ontzuiling, het individualisme, de levensbeschouwelijke individualisering en de toenemende eenzijdige gerichtheid op de systeemwereld.

Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen behoort geestelijke verzorging tot de basisvoorwaarden van kwalitatief goede zorgverlening, maar is het recht hierop gekoppeld aan het 24-uurscriterium (3.1). De geestelijk verzorger binnen de muren wordt daarom betaald uit de vaste kosten van de instelling. De extramuraal werkende geestelijk verzorger daarentegen is voor de financiering van zijn of haar werk afhankelijk van een vergoeding gekoppeld aan indicaties (2.3). Stichting Oosterlengte heeft hiervoor in 2003 afspraken gemaakt met het Regionale Indicatieorgaan en het Zorgkantoor. Deze zagen mogelijkheden om geestelijke verzorging in de thuiszorg te bieden onder de functie OB of AB. De toekenning van de indicaties voor deze functies bleek in de praktijk echter niet vanzelfsprekend te zijn.

Met de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging heeft de overheid in 2006 bepaald dat geestelijke verzorging vergoed wordt uit de functie Activerende Begeleiding van de AWBZ (3.2). De regering heeft met deze functie gekozen voor de geestelijk verzorger als professional met een gestructureerde interventie en een programmatische, methodische en doelgerichte aanpak. Dit past goed bij de omschrijving van geestelijke verzorging als hulpverlening, wanneer het zingevingsproces uit het evenwicht is geraakt of een belangrijke rol speelt in het ontstaan van ziekte of stoornis'.^{328 329} Er is sprake van een '*op verandering gerichte interventie en heling van het zingevingsproces*' en de geestelijke verzorging vindt plaats 'op basis van een diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie'.³³⁰ De Uitvoeringstoets geeft een antwoord op de vraag of geestelijke verzorging ook buiten de instelling kan worden geboden bij het extramuraliseren van verblijf; onderwerp van aandacht is in het bijzonder de situatie van het 'full-package'. Vastgesteld werd dat specifieke professionele hulp noodzakelijk is bij ernstige copingproblematiek en dat deze afhankelijk van de omstandigheden geboden kan worden door een gedragswetenschapper als eerstelijnspsycholoog (Zvw), maar ook door een SPV-er of geestelijk verzorger (AWBZ; functie AB).

³²⁸ 'De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming'; *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*, VGVZ-cahiers 2, 2002. Zie 4.4.

³²⁹ VGVZ, a.w., 10.

³³⁰ Dit zou je in indicatietermen tot de functie AB-alg kunnen rekenen (zie 3.2 en 3.3).

In de specifieke situatie van full-package, waarbij een cliënt de facto afhankelijk is van één instelling, is coping bij zingevingproblematiek een afdwingbaar recht van de cliënt in te vullen door geestelijke verzorging.

De betreffende zorgkantoren en het College voor Zorgverzekeringen adviseerden vrijgevestigd en extramuraal werkende geestelijk verzorgers mensen die een beroep op hen deden in de thuissituatie een PGB aan te vragen voor AB. Voor het CIZ gaat het er in dit geval om vast te stellen óf er voor deze in het formulier aangegeven problematiek hulp nodig is. De zorgvrager bepaalt vervolgens zelf wie hij of zij inhuurt, een geestelijk verzorger of iemand anders.

Binnen de wetgeving is in het artikel 6 van het Besluit Zorgaanspraken ruimte voor de functie Ondersteunende Begeleiding als is vastgesteld dat AB geen afdoende oplossing biedt.³³¹ In de praktijk is hier door de geestelijk verzorger van Oosterlengte veel gebruik van gemaakt. Van begeleiding is volgens de Beroepsstandaard sprake als het zingevingproces zijn vanzelfsprekendheid heeft verloren en zingevingvragen aan de orde zijn. Het betreft dan ‘inhoudelijke ondersteuning en aandachtige presentie, gericht op erkenning en bevestiging van waarden en (levensbeschouwelijke) overtuigingen’. Als na de boven beschreven hulpverlening verholpen is wat te verhelpen is en het evenwicht in het zingevingstelsel is hervonden, is het met het oog op het kwetsbare bestaan dat veel cliënten leiden aan het einde van hun leven na alles wat zij hebben meegemaakt, belangrijk dit te ‘onderhouden’. In de praktijk blijkt een gesprek eens in de drie of vier weken en de wetenschap een beroep te kunnen doen op de geestelijk verzorger meestal voldoende te zijn. Dit zou in indicatietermen onder de functie OB-alg kunnen vallen (zie 3.1). Voor mensen die lijden aan complexe en meervoudige problemen, en/of aan iets dat niet te verhelpen is en op zichzelf worden teruggeworpen, lijkt de beschrijving van de functie OB in sommige gevallen zelfs beter te passen dan de functie AB.³³²

De in het Besluit zorgaanspraken geboden ruimte biedt de geestelijk verzorger en diens cliënten dus extra mogelijkheden, maar zorgt ook voor spanningen. Bij de functie Ondersteunende Begeleiding gaat het volgens de beleidsregels om ondersteunende activiteiten die gericht zijn op bevordering of *behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving*, te verlenen door een instelling.

³³¹ De groep mensen met de grondslag psychosociale problematiek moet in de thuissituatie met ingang van 1 januari 2008 een beroep doen op de Wmo. Dit is een belangrijk gegeven voor de geestelijke verzorging in de thuiszorg.

³³² Zie echter ook de evaluatie in dit verband onder 3.3.

Deze functie is echter naar de terminologie in het Besluit zorgaanspraken te oordelen volledig geënt op het domein van de maatschappelijk werker (3.3).³³³ In de praktijk van de indicatie-aanvraag bleek dit ook te gelden voor de functie AB.

Een ander punt dat in verband met de indicatiestelling aan de orde kwam was dat voor andere professionals niet altijd duidelijk is wat het domein en de methode van de geestelijk verzorger zijn (2.6.1,2). Bovendien bleek dat er binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers discussie is over een op interventie gerichte aanpak en dat sommigen daarom de functie OB prefereren boven de functie AB. We stelden echter vast dat zowel presentie als interventie wezenlijk deel uitmaken van een goede geestelijke verzorging. Het verzet tegen interventie moet vooral gezien worden tegen de achtergrond van 'interventie als systeem' en de standaardisering in de zorg in het verlengde van de vigerende doelrationele zorgbenadering en bedrijfscultuur (2.5).

Voor de toewijzing van de functies AB en OB³³⁴ is toestemming nodig van het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg in de vorm van een indicatie. Als de zorgvraag gehonoreerd wordt door het CIZ kan degene die de zorg nodig heeft ervoor kiezen deze te ontvangen in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget. Voor de aanvraag van de indicaties voor geestelijke verzorging zijn nog geen criteria ontwikkeld en de aanvraagprocedure blijkt in de praktijk moeizaam te verlopen, omdat er in tegenstelling tot in de situatie van het full package geen sprake is van een afdwingbaar recht.

Om de situatie te kunnen verbeteren en richtlijnen te geven over hoe de aanvraag moet worden omschreven, is onderzoek verricht in de thuiszorg van Stichting Oosterlengte naar het feitelijke verloop van de indicatieprocedure (hfst 4 en 5).³³⁵ Hierin stond de vraag centraal welke aanvragen wel of niet worden toegekend en of er uit deze feitelijke honoreringen en afwijzingen in meer algemene termen iets gezegd kan worden over de redenen hiervan.

Uit het onderzoek bij Oosterlengte is naar voren gekomen dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat de kans op toekenning van de indicatie toeneemt als de aanvragen voor geestelijke verzorging aansluiten bij de doelstelling van de functie.

³³³ Zoals we gezien hebben zijn deze termen kenmerkend voor het maatschappelijk werk. Dit was vanaf de tweede helft van de jaren vijftig gericht op het vergroten van de mogelijkheden van mensen om zich beter te handhaven in de samenleving en hun participatie te bevorderen. Rond 1960 werden in verband met de snel veranderende samenleving als maatschappelijke problemen vooral *participatie*problemen genoemd (vgl. noot). In 1988 wordt de functie van het maatschappelijk werk zoals we zagen omschreven als het ondersteunen van mensen bij het *oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving*. Zie noot 77.

³³⁴ De ruimte voor de functie OB zat in het Bza.

³³⁵ Hiernaast heb ik geïnformeerd naar de ervaringen rond het aanvragen van indicaties in de drie vormen waarin geestelijke verzorging momenteel extramuraal wordt geboden (5.5).

³³⁶ De geestelijke zorgvraag wordt zo omschreven dat zij past binnen de taal en terminologie die het CIZ hanteert bij de toekenning van de indicaties (5.4).³³⁷ Het gaat dan om termen die van toepassing zijn op het algemeen maatschappelijk werk, zoals structuurverlies, verstoorde relaties, gebrek aan zelfredzaamheid, of regie over het eigen leven en dreiging van sociaal isolement.

Bij de afgewezen indicaties is er in alle gevallen sprake van het gebruik van begrippen als rouw- en verliesverwerking en wordt verwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk, terwijl rouw- en verliesverwerking van oudsher behoort tot het domein van de geestelijk verzorger. De verklaringen van de hoofden van zorg, de maatschappelijk werker en de extramuraal werkende geestelijk verzorger van Oosterlengte hiervoor luidden, onafhankelijk van elkaar, dat veel indicatieadviseurs van het CIZ voorheen maatschappelijk werker waren (vgl. noot 309).

Uit het onderzoek kwam verder naar voren dat ondersteuning van de aanvraag door de huisarts een pré lijkt te zijn, evenals een mondelinge toelichting door het hoofd zorg.³³⁸

De geestelijk verzorgers in den lande, die benaderd zijn in verband met het onderzoek, geven aan dat ook voor hen de indicatieprocedure een moeizame aangelegenheid is. Zij verwoorden de aanvragen voor geestelijke verzorging in uiteenlopende termen. Opvallend is dat de aanvraag bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas in termen van de Uitvoeringstoets, anders dan bij Oosterlengte en de andere geestelijk verzorgers, geen reden is voor afwijzing (5.5.2).

We zien dus dat voor alle situaties geldt dat de aanvragen voor geestelijke verzorging in verschillende termen worden geformuleerd en dat het door alle betrokkenen ervaren wordt als een moeizaam proces, maar dat de indicatie in een aantal gevallen wel wordt afgegeven. Het is afhankelijk van de betreffende medewerker van het CIZ of de aanvraag wordt toegekend en de reden van afwijzing is onduidelijk en varieert.

Uit het bovenstaande destilleer ik drie thema's of knelpunten, te weten de wettelijk bestaande financieringsmogelijkheden met betrekking tot de verschillende thuiszorgsituaties (6.1), het debat over presentie / interventie, en hieraan gekoppeld de voorkeur voor de functies OB/AB (6.2) en de terminologie waarin de aanvraag wordt omschreven (6.3).

³³⁶ 1) handhaving zelfredzaamheid (gebrek aan de regie over het eigen leven en dagelijkse structurering hiervan), 2) (dreiging van) sociaal isolement en 3) ondersteuning mantelzorgers.

³³⁷ Sociale redzaamheid, sociale relaties en maatschappelijk leven, mobiliteit, psychosociaal welbevinden en problemen oplossen en besluiten.

³³⁸ Uit het onderzoek kwamen thuiszorgverleners, woonzorgconsulenten, huisartsen, ouderenadviseurs, opbouwwerkers en collegae geestelijk verzorgers naar voren als belangrijke verwijzers naar de geestelijk verzorger. Het Friese Land biedt geestelijke verzorging ook aan als dienst in het zorgpakket.

Met het oog op deze thema's beschrijf ik eerst kort de stand van zaken en doe ik zowel strategische als ook meer inhoudelijke aanbevelingen voor extramuraliserende geestelijk verzorgers van instellingen, voor regionale thuiszorgorganisaties, de vrijgevestigd geestelijk verzorgers en de VGVZ.

6.2 Wettelijke mogelijkheden

Zoals uiteengezet stelt het CVZ in de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging vast dat geestelijke verzorging drie functies vervult, te weten: coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats en begeleiding bij religie en spiritualiteit. (3.2). Het bieden van een vrijplaats is verbonden met de functie Verblijf en moet als integraal onderdeel van verblijf door de zorgaanbieder worden aangeboden. Dit geldt in tegenstelling tot het advies van het CVZ niet voor de situatie van het full-package. In de thuis(zorg)situatie zijn mensen zelf verantwoordelijk voor religie en spiritualiteit. Coping en zingeving kunnen in bepaalde gevallen wel tot het verzekerd pakket worden gerekend. Tot de taak van de huisarts behoort ook enige begeleiding bij ziekte en verlies, maar als specifieke professionele zorg nodig is kan deze verwijzen naar eerstelijnspsychologie. Bij het schrijven van de Uitvoeringstoets ging het om AWBZ-zorg. Met ingang van 1 januari 2007 zijn de geneeskundige GGZ en de eerstelijnspsychologie echter formeel ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Hiermee is de op zichzelfstaande hulp bij coping en zingeving onderdeel geworden van de Zvw. Dit betekent dat de geestelijk verzorger in dit specifieke kader kan worden ondergebracht en in dit geval behoort tot de zorg die door zorgverzekeraars wordt ingekocht voor hun cliënten. Hiervoor is nodig dat geestelijk verzorgers hun meerwaarde aangeven ten opzichte van de al bestaande psychosociale begeleiding en hulp vanuit levensbeschouwelijke en maatschappelijke organisaties.³³⁹

Hier ligt een belangrijke taak voor het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzoekers. Dit geldt ook voor de mogelijkheid geestelijke verzorging op te nemen in aanvullende verzekeringen. Zorgvragers kunnen in dit geval een aantal gesprekken vergoed krijgen van hun zorgverzekeraar. De zorgverlening via de zorgverzekeringswet past, zoals we in 2.6.2 en 3.3 zagen, inhoudelijk goed bij de beschrijving van geestelijke verzorging als hulpverlening. Volgens artikel 6 van het Besluit Zorgaanspraken komt de functie Ondersteunende Begeleiding in aanmerking als is vastgesteld dat AB niet afdoende is (3.3).

³³⁹ In dit kader ontvangt de verzekerde acht consulten uit de hoofdverzekering en afhankelijk van iemands aanvullende verzekering een vergoeding van twee, vier, zes of acht consulten extra. Er geldt een eigen bijdrage voor elk consult. Hiervoor is een verwijzing nodig van een arts.

Met ingang van 1 januari 2008 kan onder andere de groep mensen met psychosociale problematiek formeel geen aanspraak meer maken op deze functie.³⁴⁰ Het jaar 2008 wordt gebruikt als overgangsjaar, waarbij het CIZ blijft indiceren. Cliënten moeten zo nodig met behulp van het Wmo-loket van hun gemeente, het maatschappelijk werk, of de MEE, een oplossing vinden. Als dit niet mogelijk is kunnen zij een beroep doen op de Wmo³⁴¹ of de hierboven genoemde Zorgverzekeringswet. Indicaties voor OB-alg die voor 2008 zijn afgegeven blijven afhankelijk van de geldigheidsduur van de indicatie tot uiterlijk 1 januari 2008 rechtsgeldig. Het CIZ indiceert nog wel, maar de afgegeven indicatie valt niet meer onder de AWBZ. In dit overgangsjaar geeft VWS de overheveling naar de Wmo nader vorm.³⁴² Gemeenten mogen zelf bepalen op welke wijze zij in overleg met het lokale aanbod een structuur opzetten die past bij de uitgangspunten van de Wmo en of men daar geestelijke verzorging bij wil betrekken.

6.2.1 Aanbevelingen voor extramuraliserende geestelijk verzorgers

Het management van Oosterlengte³⁴³ heeft in 2003 zelf een oplossing gevonden voor mensen in nood door het bieden van geestelijke verzorging als integraal onderdeel van de thuiszorg. In overleg met het zorgkantoor en het CIZ is deze zorg tot nu toe gefinancierd uit de vergoedingen voor de functies AB en OB van de AWBZ. Intussen is er van alles veranderd in de wet- en regelgeving en worden de regels aangescherpt.³⁴⁴ De overheid heeft om de zorg binnen de AWBZ betaalbaar te houden een aantal functies overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en de Wmo.³⁴⁵ In het vervolg zet ik op een rij wat dit betekent voor wat de geestelijk verzorger moet gaan doen.

³⁴⁰ Van deze problematiek was sprake in de kernbegrippen en voorlopige zorgvraag van de zorgvragers bij Oosterlengte. Zie bijlage 1.

³⁴¹ De Wmo valt onder de regie van de gemeenten. De achterliggende gedachte is dat de gemeente beter kan vaststellen wie recht heeft op ondersteuning uit gemeenschapsgeld. Zie Bijlage 6.

³⁴² VWS denkt hierbij vooral aan dak- en thuislozen, cliënten in de vrouwenopvang en ouderen met psychosociale problemen. Vgl. *Uitwerking AWBZ pakketmaatregel* p. 9.

³⁴³ Deze aanbevelingen gelden ook voor vergelijkbare typen instellingen.

³⁴⁴ In de tijd waarin ik bezig ben geweest met onderzoek en scriptie (medio november 2007-medio november 2008) heb ik de gegevens in verband met het wettelijk kader driemaal aangepast. Zie ook hoofdstuk 7.

³⁴⁵ De (Centrum)gemeente heeft het geld ter beschikking gekregen dat binnen de AWBZ bestemd was voor de ondersteunende begeleiding van de groep mensen met een psychosociaal probleem. Deze mensen vormen voor een groot deel het cliëntenbestand van Oosterlengte.

- Om ervoor te zorgen dat de geïntegreerde zorg die mensen nu ontvangen gecontinueerd kan worden en ook nieuwe zorgvragers niet in de steek gelaten worden, zal overleg moeten plaatsvinden met de (Centrum)gemeente, net zoals het management van Oosterlengte dat in 2003 heeft gehad met het zorgkantoor. Het management zou in dit overleg 'het product geestelijke verzorging' kunnen aanbieden in het kader van de Wmo.^{346 347} In dit geval moet aan de gemeente worden duidelijk gemaakt wat het domein is van de geestelijk verzorger en wat de geestelijk verzorger te bieden heeft. Hierbij valt ook te denken aan medewerking aan projecten om mantelzorgers te ondersteunen. Belangrijk is de meerwaarde aan te geven ten opzichte van de al bestaande psychosociale begeleiding en hulp vanuit levensbeschouwelijke en maatschappelijke organisaties.

- Behalve met de Gemeente kunnen ook afspraken gemaakt worden met de (regionale) organisaties die verantwoordelijk zijn voor de zorg en het welzijn van mensen in thuissituaties, plaatselijke levensbeschouwelijke genootschappen en geloofsgemeenschappen, zorg- en welzijnsorganisaties, vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties, zodat ook zij kunnen doorverwijzen als professionele geestelijke verzorging noodzakelijk is. Hiervoor is kennis van de sociale kaart vereist. Het is van belang de netwerken te onderhouden.

- Dankzij de Uitvoeringstoets is er wettelijk ruimte gekomen voor de op zichzelf staande hulpverlening door de geestelijk verzorger bij coping en zingeving in de thuissituatie. In hoeverre de geestelijk verzorger van deze mogelijkheid gebruik kan maken hangt voor een groot deel af van het feit of met name de huisarts de vraag achter de vraag zal herkennen als behorend tot het domein van de geestelijk verzorger en of hij de geestelijk verzorger zal weten te vinden als de problematiek bij verwerking van ziekte, beperking, verlies of naderend levenseinde zodanig groot is dat specifieke professionele zorg nodig is. In dat geval moet de huisarts schriftelijk verwijzen naar de geestelijk verzorger in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dit is echter pas mogelijk als zorgverzekeraars geestelijk verzorgers opnemen in hun verzekering. Hiervoor zal zodoende onderhandeld moeten worden, bijvoorbeeld door het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzoekers met Zorgverzekeraars Nederland.

³⁴⁶ C. Ross-van Dorp, 'De plaats van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (32) 2004, 8-10; aldaar 10.

³⁴⁷ Vgl. de toespraak van C. Ross-van Dorp tijdens het symposium *Product of Passie* van de VGVZ, Amersfoort 21 juni 2004. Zij houdt rekening met het feit dat geestelijk verzorgers in verband met de extramuralisering hun werkteerrein voor een deel zullen moeten verleggen en overeenkomsten bepleiten in het kader van de dan nog in voorbereiding zijnde Wmo.

- In het geval van een multidisciplinaire AWBZ-behandeling in de situatie van het full-package zou de extramuraal werkende geestelijk verzorger van de instelling in het geval van problematiek bij coping en zingeving hieraan invulling kunnen geven, zoals ook bij Oostlerengte het geval is. (Zie Bijlage 1: cliënten onder de nummers 16 tot en met 19).

- In verband met de belangrijke drieledige rol van met name de huisarts als iemand die de zorgvraag signaleert (Wmo), kan verwijzen (Zvw) en in bepaalde gevallen kan indiceren (AWBZ), is een goed contact met en bekendheid bij huisartsen dringend gewenst. Het is belangrijk dat zij weten dat de (zorg)instelling een geestelijk verzorger in de thuiszorg heeft en waarvoor zij een beroep op haar kunnen doen. Door goede voorlichting te geven over het werk binnen en buiten de organisatie kunnen ook andere zorgverleners de hulpvraag signaleren en de cliënt verwijzen naar de geestelijk verzorger.

- Zorginstellingen kunnen zich profileren met het aanbod van geestelijke verzorging en zich hierdoor onderscheiden van andere zorgaanbieders.^{348 349} Het management zou de mogelijkheid kunnen onderzoeken geestelijke verzorging ook aan te bieden als product in haar zorgpakket tegen een bepaald uurtarief, zoals bij Thuiszorg het Friese Land reeds het geval is.

- Het management kan hiernaast in overleg met de zorgverzekeraars aandringen op opname van geestelijke verzorging in een aanvullend pakket.^{350 351} In dat geval is er geen indicatie, maar wel een verwijzing nodig. Uitgangspunt bij dit overleg moet zijn de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging. Aangegeven moet worden voor wie en in welke situaties de geestelijk verzorger er is; wat de methode en het domein van de geestelijke verzorging is als onderscheiden van dat van met name de maatschappelijk werker, SPV-er en psycholoog.³⁵² Afspraken hierover kunnen de uniformiteit in aanvraag en toekenning bevorderen. Het is wellicht verstandig nog eens te benadrukken dat het College voor Zorgverzekeringen in de Uitvoeringstoets erkent, dat het zowel intra- als extramuraal om dezelfde cliënten gaat, met de zelfde behoefte aan professionele begeleiding bij levens- en zingevingsvragen.

³⁴⁸ Zie bijvoorbeeld www.lokaaloket.nl/Vlaardingen bij overige faciliteiten op de website 'aanbod', waar meerdere zorginstellingen met elkaar worden vergeleken.

³⁴⁹ Toespraak C. Ross-van Dorp tijdens het VGVZ-symposium 'Product of Passie', 21 juni 2004, zie Trouw, 19/06/2004, 1 en Trouw, 22/06/2004, 12.

³⁵⁰ H. Hillen, voormalig voorzitter van het CVZ, suggereerde in 2004 al met betrekking tot de geestelijke verzorging extramuraal dat bij het afsluiten van collectieve contracten in de zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geestelijk verzorgers zouden worden meegenomen.

³⁵¹ Seijdel, K., Hekking, R. 'Geestelijke verzorging krijgt plaats binnen nieuwe financiering. Interview met drs. Hans Hillen, voorzitter CVZ, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7 (32) 2004, 41.

³⁵² Ik heb hier in 2.6 een voorzet voor gedaan door dit te beschrijven en de indicaties in hoofdstuk 5 te analyseren.

- Een andere mogelijkheid is het aanvragen van een PGB voor de functie AB, dat enige ruimte kan bieden aan mensen om voor de leniging van hun nood geestelijk verzorgers in te huren. De indicatieaanvraag voor geestelijke verzorging lijkt strategisch gezien het best gesteld te kunnen worden in de aan de CIZ-taal aangepaste terminologie. Inhoudelijk gezien lijkt overleg met het zorgkantoor, zoals Van Kaam dat regelmatig heeft, verstandig.

- Op grond van de ervaringen met betrekking tot de aanvraag van indicaties (zie 5.1, 5.4 en 5.5.2) lijkt een cliëntenadviescentrum als bemiddelaar tussen zorginstellingen en het CIZ het overwegen waard.

- Archivering van de gegevens rondom indicatieaanvraag en -toewijzing, begin- en eindsituatie van de cliënt en het aantal gesprekken is van groot belang voor de verdere ontwikkeling van de extramurale geestelijke verzorging. Dit geldt ook voor de hulpverlening die geboden wordt binnen de Zvw en vanaf 1 januari 2009 voor de hulp in het kader van de Wmo.

- Het is aan te bevelen de gegevens van de zorgvragers te registreren en de resultaten van de verleende zorg zoveel mogelijk te objectiveren. Op grond hiervan kan de zorgbehoefte in de praktijk en de effectiviteit van geestelijke verzorging (ook wetenschappelijk) worden aangetoond.^{353 354} Zoals we zagen is in verband met de indicatie AB een behandelplan vereist. In overleg met de cliënt kan worden aangegeven wat de beginsituatie is en de situatie waarnaar wordt gestreefd, bijvoorbeeld het beter zin kunnen geven en ervaren, meer in het bijzonder als de zingeving is verstoord door ziekte of handicap.

6.2.2 Aanbevelingen voor geestelijk verzorgers in regionale thuiszorgorganisaties

In navolging van de normen Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen zijn die er nu eveneens voor de Thuiszorg. Ook hier geldt dat alle zorgfuncties gericht behoren te zijn op het ondersteunen van de kwaliteit van leven van de cliënt, waarvan het geestelijke of spirituele welzijn een belangrijk aspect is. Bovendien is het vigerende thuiszorgconcept vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw dat van integrale zorgverlening en in het verlengde daarvan een geïntegreerd zorgaanbod.^{355 356}

³⁵³ De inhoud van de gesprekken blijft in verband met het beroepsgeheim uiteraard buiten de omschrijving.

³⁵⁴ Van Boxtel noemt in dit verband ook het belang van patiëntenorganisaties. Als patiënten via hun organisaties om geestelijke verzorging gaan vragen, ontstaat er vanzelf druk op de overheid om de financiering structureel in de wetgeving te verankeren. Boxtel, R.H.L.M. van, 'De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorgers' *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (49) 2008, 30-34.

³⁵⁵ Nationale Kruisvereniging, *Discussienotacontouren eerstelijns(gezondheids)zorg; een aanzet tot een beleidskader van de ontwikkeling van het kruiswerk*, Bunnik 1983, en *Kruiswerk in beweging*, Bunnik 1986.

Hiernaast neemt, om in de Inleiding en hierboven genoemde redenen, de complexiteit van zorg binnen de Thuiszorg en hiermee ook de behoefte aan geestelijke verzorging toe. Regionale thuiszorgorganisaties bieden echter geen volledig pakket thuis, zodat zij voor de financiering van geestelijke verzorging geen aanspraak kunnen maken op de Kwaliteitswet.

Voor geestelijk verzorgers die bij een regionale thuiszorgorganisatie willen werken zal het accent binnen hun takenpakket anders liggen dan bij hun extramuraliserende collegae. Dit hangt zoals we zagen samen met de grootte van de organisatie, die vaak meerdere provincies beslaat, het opleidingsniveau van de zorgverleners en de cliëntenpopulatie. De zorgverleners in de Thuiszorg zijn, dankzij de professionalisering vanaf de jaren 80, relatief hoog opgeleid en verlenen als gevolg van het regeringsbeleid zorg in steeds complexere situaties. Grofweg zou je kunnen zeggen dat bij de zorg door zorgverleners uit de verzorgingshuizen de nadruk ligt op verzorging van vooral oudere mensen, die zorg nodig hebben om zich thuis te kunnen redden, terwijl binnen de Thuiszorg het accent ligt op en steeds meer verschuift naar gespecialiseerde thuisbegeleiding, intensieve verpleging en complexe zorgverlening aan palliatieve en terminale zorgvragers.

De algemene conclusie uit het onderzoek, dat Tiesinga in de thuiszorg verrichtte, is dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie door de ondervraagde professionals als een relevant aspect wordt beschouwd.³⁵⁷ Het behoort tot het competentieprofiel van de verpleegkundige tot op bepaalde hoogte zorg te kunnen bieden op het spirituele niveau.³⁵⁸ Zorgverleners geven aan hier door tijdgebrek te weinig toe te komen aan dit aspect van de zorg en grote behoefte te hebben aan scholing en training, die de deskundigheid op dit gebied kan vergroten. Tiesinga stelt vast dat hiervoor een actief beleid van de thuiszorginstellingen noodzakelijk is, waarin prioriteit wordt gegeven aan dit aspect van leven en zorg en dat zij dit onderbrengen in hun missie en visie.^{359 360} Op grond van het voorafgaande kom ik tot de volgende conclusies en aanbevelingen.

³⁵⁶ Kwaliteit van leven is ook hier uitgewerkt in de vier domeinen lichamelijke gezondheid, woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn.

³⁵⁷ De ruimte voor zingeving draagt niet alleen bij aan het algemeen welbevinden van de patiënt. Verpleegkundigen hadden na een cursus 'Spiritualiteit en zorg voor verpleegkundigen' meer plezier in hun werk en het ziekteverzuim onder hen was significant afgenomen. I. de Pous, 'Geestelijke zorg is taak voor verpleegkundige', (de Verdieping / religie&filosofie 7), *Trouw*, 30 januari 2008.

³⁵⁸ R. van Leeuwen, *Towards nursing competencies in spiritual care*, Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Medische Wetenschappen aan de RuG op 13 februari 2008, Enschede: Ipskamp Printpartner, 2008.

³⁵⁹ L.J. Tiesinga, *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg. Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgende en gezinsverzorgenden*, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW), Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen 2006.

³⁶⁰ Uit onderzoek van Scherpenisse blijkt dat aandacht voor levens- en zingevingsvragen weliswaar tot het verpleegkundig domein behoort, maar dat die taakopvatting nauwelijks is uitgewerkt in verpleegkundeboeken. Ver-

- De geestelijk verzorger zal meer fungeren als een tweedelijns professional naar wie zorgverleners kunnen verwijzen in crisissituaties en op wie zij een beroep kunnen doen als zij daar behoefte aan hebben.

- Voor de geestelijk verzorger in de regionale thuiszorgsituatie is een belangrijke taak weggelegd op het gebied van scholing, zodat aandacht voor het spirituele aspect integraal deel uitmaakt van het zorgaanbod.³⁶¹ Hiernaast zal zijn taak erin bestaan ruimte te bepleiten voor het normatieve aspect van de zorgverlening.

- Regionale thuiszorgorganisaties zouden een geestelijk verzorger in dienst kunnen nemen als aandachtsfunctionaris voor dit aspect van (integrale) zorg.³⁶² Deze zou een bijdrage kunnen leveren aan de zorg- en mensvisie van de organisatie, inclusief het taalgebruik binnen de organisatie (2.5). Hiernaast zou deze zijn diensten kunnen aanwenden bij ethisch overleg en moreel beraad op de werkvloer ter ondersteuning van de teams.

- Na afloop van een werkoverleg zou bijvoorbeeld aan de hand van een casus in het denken over zorg aandacht besteed kunnen worden aan de taal van de zingeving. Gelauff en Manschot wijzen erop dat wanneer in een zorgrelatie het medisch-therapeutisch taalgebruik van genezen en oplossen domineert signalen met betrekking tot geestelijk nood niet worden waargenomen.³⁶³ Vragen naar de betekenis en beleving van de ziekte, lijden en nood in het levensverhaal van de zieke raken hierdoor op de achtergrond of verdwijnen uit de zorgpraktijk. De geestelijk verzorger kan tijdens de bespreking van de casus de impliciete levensbeschouwelijke vragen herkennen en de signaalfunctie bevorderen.³⁶⁴ Ook kunnen expliciete levensbeschouwelijke vragen van cliënten aan de orde komen, evenals vragen en ervaringen rond bijvoorbeeld stervensbegeleiding.^{365 366} Zie ook de noten 147-150 in 2.5.

der kwam naar voren dat dit aspect van zorgverlening veelal afhankelijk is van de interesse van de individuele verpleegkundige, werkomstandigheden en persoonsgebonden factoren. E. Scherpenisse, *Geestelijke nood. Een onderzoek naar het herkennen van levens- en zingevingvragen door verpleegkundigen bij patiënten in een algemeen ziekenhuis*, Doctoraalscriptie vrije studierichting Zingeving en Hulpverlening Theologische Faculteit Tilburg, Universiteit van Tilburg, juni 2003.

³⁶¹ K. Hansen, T. van Kaam, M. Mulder, *Aandacht voor Levensvragen in de Zorgpraktijk. Twee scholingen voor verzorgenden en verpleegkundigen in zorginstellingen*, Sneek: Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Friesland, 2007.

³⁶² Tot het bij de intake behorende formulier met 'de elf gezondheidspatronen van Gordon' behoort ook het waarden- en levensovertuigingspatroon. Dit omvat de waarden, overtuigingen en doelstellingen waardoor de zorgvrager zich laat leiden in zijn beslissingen.

³⁶³ M. Gelauff en H. Manschot, 'Zingeving als funderende dimensie van zorg. Voorstel voor een perspectiefwisseling op de zorgrelatie', in: M. Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, Utrecht: Elsevier / De Tijdstroom 1997, 193vv.

³⁶⁴ Van Leeuwen pleit in zijn proefschrift op grond van onderzoek in de gezondheidszorg voor een structurele inbedding van spirituele zorg in de verpleegkundige zorg en in het verpleegkundig onderwijs. R. van Leeuwen, *'Towards nursing competencies in spiritual care'*, Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Medische Wetenschappen aan de RuG op 13 februari 2008, Enschede: Ipskamp Printpartner.

³⁶⁵ Het gaat om hulp die is ingebed in het groeiproces van de zorgrelatie, die gericht is op het verlichten van de fysieke, sociale, psychische en geestelijke pijn van het sterven te verlichten.

- Zorgvragers in crisissituaties kunnen een PGB aanvragen voor AB en zelf professionele geestelijke verzorging inkopen.

- Voor palliatieve zorgvragers kan Ondersteunende Begeleiding worden aangevraagd in het kader van de AWBZ. Dit geldt ook voor mensen met beperkingen als gevolg van psychogeriatrische, somatische, en/of psychiatrische problematiek. De geestelijk verzorger van de instelling zou in voorkomende gevallen hier voor een deel invulling aan kunnen geven.

- Thuiszorgorganisaties kunnen overwegen net zoals Thuiszorg het Friese Land tegen betaling geestelijke verzorging aan te bieden in hun zorgpakket. Hiermee kunnen zij zich onderscheiden ten opzichte van concurrerende thuiszorgorganisaties.

- Hiernaast kunnen zij onderhandelen met zorgverzekeraars over opname van geestelijke verzorging in het zorgverzekeringspakket voor coping en zingeving. Zie noot 350.

- Palliatieve zorg is een belangrijk punt van zorg in het huidige regeringsbeleid. Voor 2008 tot 2010 is door het kenniscentrum Stichting Agora een plan van aanpak ontwikkeld, waarin geestelijke verzorging een belangrijk element is en waarmee pilots plaatsvinden. Intramuraal werkende geestelijk verzorgers participeren in lokale palliatieve teams via de indicatiestelling op aanvraag van een palliatief adviesteam, of huisartsconsulent. De geestelijk verzorger wordt vooral ingezet om de vrijwilligers in de palliatieve teams te ondersteunen.³⁶⁷ Het dient in dit verband aanbeveling als geestelijk verzorger binnen de Thuiszorg contact te onderhouden met deze palliatieve teams (in oprichting en ontwikkeling).³⁶⁸

6.3 Presentie – interventie in combinatie met de functies OB en AB

Binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers valt in het algemeen een voorkeur te bespeuren voor presentie boven interventie. Geen enkele geestelijk verzorger zal echter het nut en de noodzaak van interventies ontkennen.³⁶⁹

³⁶⁶ Zoals we eerder zagen blijkt uit een proefproject in het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam dat ruimte voor zingeving niet alleen bijdraagt aan het algemeen welbevinden van de patiënt. Verpleegkundigen hadden na de cursus 'Spiritualiteit en zorg voor verpleegkundigen' meer plezier in hun werk en het ziekteverzuim onder hen was significant afgenomen. (de Verdieping / religie&filosofie p.7), *Trouw*, 30 januari 2008.

³⁶⁷ R. Huijzer van de VGVZ geeft tijdens een gesprek op 17-09-'08 aan dat tot nu toe de mogelijkheid voor geestelijke verzorging in de Thuiszorg bestaat via de netwerken van de lokale palliatieve teams. Dit is logisch gerevend vanuit de Kwaliteitswet, maar niet adequaat wat betreft de ervaringen die ik opdoe in de praktijk.

³⁶⁸ Reliëf, de vereniging van christelijke zorgaanbieders, adviseert thuiszorgorganisaties in schrijvende gevallen een geestelijk verzorger in te huren uit zorginstellingen en de rekening in te dienen bij de gemeente in het kader van de Wmo. De vereniging is bezig een keurmerk te ontwikkelen voor zorginstellingen die een geestelijk verzorger in dienst hebben.

³⁶⁹ Voorwaarde is wel dat zij plaatsvinden binnen een zorgzame benadering van de mens *in wie het zieke onderdeel woont*, dat rekening gehouden wordt met het unieke van elk mens en dat de zorgvrager ook invloed heeft op het gebeuren, omdat interventies anders ook leed toevoegen. Van Heijst, *a.w.*, 157.

Interventies zijn belangrijk voor zover er iets te verbeteren of te verhelpen valt. Interventies zijn onmisbaar in de gezondheidszorg. Doel van interventies is immers bij mensen te verhelpen wat te verhelpen is. Interventies werken meestal ook goed bij mensen met oplosbare problemen van lichamelijke, psychische of sociale aard. Voorbeelden hiervan zijn operaties, geneesmiddelen, fysio- en psychotherapie, behandel- en zorgplannen.

De kritiek is, zoals we in 2.6 zagen, gericht op de interventie als systeem; als enige professionele zorgbenadering. Dit houdt in dat als er niets te verhelpen of te genezen is, en iemand verder moet met een chronisch gemis of blijvende pijn, hier weinig oog voor is, terwijl juist dat verlies of ongemak voor de zorgvrager erg zwaar weegt en deel uitmaakt van het dagelijkse leven.³⁷⁰ Wie lijdt aan iets dat niet te verhelpen is moet in het interventiesysteem een zorgvraag formuleren waaraan wel wat te doen is. Anders vissen zij achter het net. De meeste mensen beseffen soms, maar soms ook niet, dat je met een existentieel gemis of zielenpijn niet hoeft aan te komen. *Zij hertalen daarom, bewust of onbewust, waar zij mee zitten in aanvaardbare zorgvragen: nu eens hier pijn, dan weer last van dat.*^{371 372} Deze mensen behoren vaak tot de groep zorgvragers die een beroep doet op geestelijk verzorgers en/of waar de huisarts geen raad mee weet en deze mensen kwamen we ook tegen bij Oosterlengte.

In 2.6.2 zagen we dat zowel presentie als interventie wezenlijk deel uitmaken van een goede geestelijke verzorging. Dit komt ook tot uitdrukking in de definitie van geestelijke verzorging in de beroepsstandaard, waarin zowel sprake is van professionele begeleiding als van hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan. Bij begeleiding ligt de nadruk op inhoudelijke ondersteuning en aandachtige presentie, gericht op erkenning en bevestiging van waarden en overtuigingen, terwijl bij hulpverlening het accent ligt op een op verandering gerichte interventie. Het gaat echter om accentverschillen, omdat geestelijke verzorging als begeleiding ook leidt tot verandering en geestelijke verzorging als hulpverlening is ingebed in een zorgzame relatie.

³⁷⁰ Zie A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement, 2005, 97-210.

³⁷¹ Van Heijst, *a.w.*, 158.

³⁷² Baart ziet interventie enerzijds als een soort hyperaanwezigheid met de toeters en bellen die bij de betreffende deskundigheid horen en anderzijds als een afwezig-zijn, die a. tot uitdrukking komt in een bureaucratische absentie als ik mag dit niet doen, we hebben werkoverleg, of zij werkt niet op maandag en b. het verlaten na afloop van de behandeling. Na de interventie moet de zorgvrager het weer zelf oplossen. Iemand met een enkelvoudig mankement en stevig sociaal netwerk komt hier wel overheen. Dit is echter niet het geval met iemand met complexe problemen en chronisch leed, die na behandeling op een deelgebied weer op zichzelf terugvalt. In dat geval is er volgens Baart een ander zorgtype nodig en wel de hierboven genoemde en in 2.6.2 beschreven presentie. Van Heijst, *a.w.*, 158.

In 2006 heeft de overheid met de Uitvoeringstoets (3.2) geestelijke verzorging bepaald dat geestelijke verzorging als begeleiding bij coping en zingeving vergoed wordt uit de functie Activerende Begeleiding van de AWBZ (Bijlage 4).³⁷³ Met deze functie ligt de nadruk op de geestelijk verzorger als professional met een gestructureerde interventie. Er is bij de beschrijving van deze functie sprake van *een programmatische, methodische en doelgerichte aanpak*.³⁷⁴ Deze sluit goed aan bij de omschrijving van geestelijke verzorging als hulpverlening, die zoals we zagen gedefinieerd wordt als *een op verandering gerichte interventie en heling van het zingevingsproces* wanneer dit uit het evenwicht is geraakt of een belangrijke rol speelt in het ontstaan van ziekte of stoornis'.³⁷⁵ De geestelijke verzorging vindt plaats *op basis van een diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie*.

Activerende Begeleiding is gericht op het behalen van een van tevoren vastgelegd doel.³⁷⁶ Dit betekent dat deze in de tijd begrensd is, al kan er na afloop wel een nieuw doel worden geformuleerd. Als AB geen afdoende oplossing biedt,³⁷⁷ komt volgens Artikel 6 van het Besluit Zorgaanspraken de functie Ondersteunende Begeleiding in beeld. Als na de boven beschreven hulpverlening verholpen is wat te verhelpen is en het evenwicht in het zingevingsysteem is hervonden, is het met het oog op het kwetsbare bestaan dat veel cliënten leiden aan het einde van hun leven na alles wat zij hebben meegemaakt, belangrijk dit te 'onderhouden'. Voor mensen die lijden aan complexe en meervoudige problemen en/of aan iets dat niet te verhelpen is en die op zichzelf worden teruggeworpen, sluit de beschrijving van de functie OB goed aan. In de praktijk blijkt een gesprek eens in de drie of vier weken en de wetenschap een beroep te kunnen doen op de geestelijk verzorger meestal voldoende te zijn.

6.3.1 Aanbevelingen met betrekking tot de indicaties AB en OB

De functie AB is zowel nodig voor de extramuraliserende geestelijk verzorgers in de situatie van het full-package als voor de extramuraal werkende geestelijk verzorger die afhankelijk is van een indicatie voor geestelijke verzorging in natura of persoonsgebonden budget.

³⁷³ Dit was zoals we zagen van toepassing in de situatie van het full-package en aanbevolen in de vorm van een PGB als er een beroep gedaan werd op geestelijk verzorgers in de thuissituatie. Ook bestond in principe de mogelijkheid van de Zvw.

³⁷⁴ Zie Bijlage 4. Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ; Activerende begeleiding onder Doelstelling functie.

³⁷⁵ VGVZ, a.w., 10.

³⁷⁶ Hiervoor is een behandelplan nodig, waarin begin- en eindsituatie worden aangegeven en een fasering in de tijd.

³⁷⁷ De groep mensen met de grondslag psychosociale problematiek moet voor de aanvraag van geestelijke verzorging in de thuissituatie met ingang van 1 januari 2009 een beroep doen op de Wmo. Dit kader biedt de geestelijke verzorging nieuwe mogelijkheden in de thuiszorg. Zie bijvoorbeeld de negen prestatievelden van de Wmo (Bijlage 6) en Uitwerking AWBZ pakketmaatregel p. 9 onder 3.3.

Zoals we zagen is voor de functie AB een programmatische aanpak vereist volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode.

- Het is daarom belangrijk en noodzakelijk dat er (op korte termijn) methodieken worden ontwikkeld voor de geestelijke verzorging. Hier ligt een belangrijke taak voor zowel de VGVZ³⁷⁸ als het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzoekers.

- Het kunnen tonen van methodieken is ook van belang bij de onderbouwing die nodig is als de geestelijk verzorger wil worden opgenomen in de zorgverzekering. Deze kunnen ook gebruikt worden in het overleg met het bestuur van zorginstellingen, (centrum)gemeenten en andere belanghebbenden, zoals het CIZ en het zorgkantoor.

- Verder is het belangrijk zuinig te zijn op de ruimte binnen het Besluit zorgaanspraken voor de functie OB. Zoals we gezien hebben is het onderdeel Psychosociaal met ingang van 1 januari 2008 uit deze functie ondergebracht in de Wmo en komt het geld hiervoor per 1 januari 2009 in de Wmo-kas. Mensen moeten proberen eerst zelf een oplossing te vinden via hun sociaal netwerk en als dat niet mogelijk is een beroep doen op de Wmo, of Zorgverzekeringswet. Binnen deze wettelijke kaders komt de geestelijk verzorger in beeld.

- Het is aan te bevelen altijd te beginnen met AB. Als verholpen is wat te verhelpen is en de zorgvrager tevreden is met een bepaalde kwaliteit van leven kan, als deze in verband met chronisch en meervoudig leed nog ondersteuning nodig heeft, een beroep gedaan worden op de functie OB. Hierbij valt te denken aan mensen die zoveel hebben meegemaakt in hun leven, dat zij gedurende de tijd die hen nog rest regelmatig begeleiding nodig hebben.

- Een belangrijk argument in het overleg met de gemeente is dat geestelijk verzoekers in dit kader mensen zorg hebben geboden en dat zij dit in de toekomst ook willen doen om mensen die 'uitbehandeld zijn' en op zich zelf worden teruggeworpen niet in de steek te laten. VWS omschrijft beperkingen op het onderdeel *Psychisch welbevinden* als depressie, angst, eenzaamheid en gebrek aan levensvervulling.³⁷⁹ De opmerkelijke lezer zal het zijn opgevallen dat van deze problematiek sprake is in de kernbegrippen en voorlopige zorgvraag van de zorgvragers bij Oosterlengte. (Zie bijlage 1.)

³⁷⁸ Zoals we in 2.6 zagen is geestelijk verzorger Smit bezig met een promotieonderzoek over de methodiek van de geestelijk verzorger.

³⁷⁹ *Pakketmaatregel*, 7; 3.1, onder 9. Zie ook de noten 243 en 340. Bij de beschrijving van de overgangssituatie OB-algemeen psychosociaal 2008 is met name sprake van mensen die behoren tot de doelgroep van instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. In de Pakketmaatregel van 26 september 2008 is de groep ouderen met psychosociale problemen hieraan toegevoegd.

Vanzelfsprekend moet in dit overleg goed worden aangegeven wat het eigene is van de door de geestelijk verzorger geboden zorg ten opzichte van de maatschappelijk werker en eerste lijnspsycholoog en voor welke problematiek mensen een beroep op hen kunnen doen. Hoewel het accent in dit kader op de begeleidingsfunctie van geestelijke verzorging ligt is het belangrijk aan te geven dat er ook sprake is van hulpverlening.

- Ten overvloede, maar strategisch van belang, is het goed te benadrukken dat de mensen die in de lijn van het overheidsbeleid zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen deze zorg in het kader van de Kwaliteitswet ook ontvangen zouden hebben als zij naar het verzorgingshuis waren verhuisd.

6.4 Formulering van de indicatieaanvraag

Zoals naar voren kwam in het onderzoek naar de praktijk van de indicatiestelling bij het aanvragen van indicaties is de taal een probleem. De ondersteunende activiteiten in het kader van de functie Ondersteunende Begeleiding werden in de beleidsregels omschreven als gericht op het bevorderen of behoud van zelfredzaamheid en van de integratie van de verzekerde in de samenleving. Deze termen zijn kenmerkend voor het maatschappelijk werk.³⁸⁰ In de praktijk van de indicatieaanvraag bleek dit ook te gelden voor de functie AB.

Voor de toewijzing van de functies AB en OB is toestemming nodig van het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg in de vorm van een indicatie en vanaf 1 januari 2009 voor de grondslag psychosociaal van de gemeente. Tot die tijd indiceert het CIZ hiervoor. In verband met de overheveling in 2007 van de huishoudelijke zorg naar de gemeenten hebben de meeste gemeenten voor de indicering van deze zorg contracten afgesloten met het CIZ. Gemeenten zijn echter vrij om zelf te indiceren, of contracten af te sluiten met andere indicatiestellers dan het CIZ. De gemeente Tynaarlo bijvoorbeeld heeft besloten voor de Wmo-indicatiestelling een Europese aanbesteding te doen, die met ingang van 1 januari 2009 aan de beste aanbieder wordt gegund. Tynaarlo is, zoals eerder vermeld, een positief en hoopgevend voorbeeld van een gemeente die in het kader van de Wmo een proactief beleid voert ten aanzien van de behoefte van mensen aan geestelijke verzorging.

³⁸⁰ Dit was vanaf de tweede helft van de jaren vijftig gericht op het vergroten van de mogelijkheden van mensen om zich beter te handhaven in de samenleving en hun participatie te bevorderen. Rond 1960 werden in verband met de snel veranderende samenleving als maatschappelijke problemen vooral *participatieproblemen* genoemd. In 1988 wordt de functie van het maatschappelijk werk zoals we zagen omschreven als het ondersteunen van mensen bij het *oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving*. Zie de noten 77, 78 en 333.

6.4.1 Aanbevelingen met betrekking tot de indicatieaanvraag

Uit het onderzoek bij Oosterlengte komt naar voren dat een indicatieaanvraag voor geestelijke verzorging die in maatschappelijk werktermen wordt omschreven eerder door het CIZ wordt gehonoreerd, dan wanneer deze in termen van geestelijke verzorging wordt geformuleerd, zoals zingeving en coping, rouwverwerking en existentiële problematiek.

- Strategisch gezien is het verstandig de indicatieaanvraag AB en OB, bij voorkeur in de vorm van een PGB, tot eind 2008 aan te vragen in termen als ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en de sociale zelfredzaamheid, dreiging van sociaal isolement enz., omdat de doelstelling van de functie geformuleerd is in termen van maatschappelijk werk. Als termen als rouw- en verliesverwerking worden gebruikt kan dit het beste gebeuren in combinatie met die van sociale redzaamheid, sociaal isolement, en een inhoudelijke beschrijving van coping en zingeving.

- Geestelijke verzorging is echter geen maatschappelijk werk en heeft een eigen domein, taal en methoden. Naast de begeleiding bij coping en zingeving behoort ook de begeleiding bij sterven en rouw tot het domein van de geestelijk verzorger. Tijdens het overleg met de gemeente moet dus ook deze kwestie ter sprake worden gebracht, zodat de indicatie voor geestelijke verzorging in professie-eigen termen als coping en zingeving, existentiële vragen of levensvragen, vragen rond leven en dood en morele dilemma's kan worden aangevraagd. Afspraken hierover kunnen de uniformiteit in aanvraag en toekenning bevorderen.

- In verband met de nieuwe situatie die ontstaat met ingang van 1 januari 2009 als het geld voor de grondslag Psychosociaal wordt overgeheveld naar de Wmo-kas is het verstandig na te gaan welke instelling deze zorg gaat indiceren, zodat behalve met de gemeente, ook overleg kan plaatsvinden met de instelling die voor de gemeente indiceert. Dit verschilt dus per gemeente.

- Met het oog op de signalering van de zorgvraag, die voorafgaat aan de indicatiestelling, is regelmatig overleg met ouderenadviseurs, woonzorgconsulenten, huisartsen, Wmo-consulenten, maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, collegae geestelijk verzorgers, kerkelijke gemeenten, levensbeschouwelijke en maatschappelijke instellingen en de MEE noodzakelijk. Huisartsen kunnen in eenvoudige situaties, als gemeenten akkoord gaan, ook zorgen voor zowel AWBZ- als Wmo-indicaties.³⁸¹ Zij zijn tevens belangrijke verwijzers met betrekking tot de Zorgverzekeringswet.

³⁸¹ Vanaf eind 2008 zal er steeds meer worden samengewerkt tussen het CIZ en zorgaanbieders en professionals als 'trusted partners' (Flexibilisering werkprocessen; FWP). In grotere gezondheidscentra wordt een indicatie-

6.5 Tot besluit

Met het doen van bovenstaande aanbevelingen dacht ik dat er een einde was gekomen aan mijn zoektocht naar de wettelijke mogelijkheden voor (de financiering van) geestelijke verzorging in de thuiszorg. Echter, terwijl ik bezig was met de definitieve afronding van deze scriptie, werden op Prinsjesdag nieuwe maatregelen afgekondigd voor 2009, die van betekenis zijn voor de extramurale geestelijke verzorging. Deze maatregelen en de consequenties hiervan voor de geestelijke verzorging bespreek ik in hoofdstuk 7 als Nawoord.

7. Nawoord

De aangekondigde bezuinigingsmaatregelen op Prinsjesdag zorgden in eerste instantie bij mij voor een schrikreactie. Ik maakte me niet alleen zorgen over de ruimte voor de extramurale geestelijke verzorging en de mensen die hierop zijn aangewezen, maar ook over de waarde van deze scriptie. Het zou toch niet waar zijn dat alle hieraan gependeerde uren tevergeefs zijn geweest, omdat op het laatste moment de regelgeving met ingang van 2009 weer verandert.

Na bestudering van de nieuwe voorstellen van VWS heb ik geprobeerd me een voorstelling te maken van de consequenties hiervan voor de geestelijke verzorging in de thuiszorg. Vervolgens heb ik mijn vermoedens gecheckt bij deskundigen op dit gebied, met name A.M. Hopman van het CVZ, R. Huijzer van de VGVZ en H. Van den Berg van zorgverzekeraar Menzis. Het resultaat na overweging en overleg vindt u hieronder.

7.1 Aangekondigde maatregelen

In de brief *Zeker van zorg nu en straks*³⁸² heeft het kabinet zijn visie gegeven op de langdurige zorg. Deze bestaat erin de bestaande (te ruime) aanspraak op de functie begeleiding van de AWBZ te beperken tot degenen voor wie de wet oorspronkelijk was bedoeld; de mensen met ernstige beperkingen in hun dagelijkse leven.³⁸³

steller van het CIZ gehuisvest. Huisartsen geven in digitale vorm indicatieadviezen voor eenvoudige cliëntsituaties. Bij afgifte van indicaties zal volgens het CIZ in de regel uitgaan van de maximale termijn van vijf jaar. Bij bezwaar tegen het indicatiebesluit adviseert het CVZ over die gevallen waarin het CIZ het bezwaar tot ongegrond wil verklaren. Vanaf eind 2008 heeft het CIZ een landelijk informatienummer. Ministerie van VWS, *Voorstellen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling*, Den Haag 7 juli 2008.

³⁸² Kamerstukken II, 2007-2008, 30 597, nr. 15 d.d. 13 juni 2008.

³⁸³ Zoals we eerder zagen heeft de staatssecretaris in 2007 onderzoek laten verrichten naar de opvallende stijging van het aantal indicaties voor OB-algemeen (R. Rottier, Y. van den Berg, *Stijging Indicaties Ondersteunende Begeleiding. Een verklarend onderzoek*, Den Haag 2007). Dit had echter niets te maken met de geestelijke ver-

Op Prinsjesdag 16 september j.l. heeft de staatssecretaris van VWS hier nadere invulling aan gegeven middels een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer.^{384 385} Centraal in het nieuwe beleid staan de aard en zwaarte van de beperkingen die mensen hebben, onafhankelijk van de grondslag. Dit impliceert dat de hierboven genoemde maatregel van 1 januari 2008 om OB-alg te schrappen voor mensen met een grondslag somatiek vervalt. De functie blijft dus behouden voor mensen met een ernstige somatische aandoening. De nieuwe functie is erop gericht intramuralisering te voorkomen, de zelfredzaamheid te bevorderen en de eigen verantwoordelijkheid van mensen te stimuleren.

Het jaar 2009 is aangekondigd als een overgangsjaar, waarin de nieuwe regels gelden voor nieuwe en herindicaties. Vanaf 1 januari 2010 gelden de nieuwe regels ook voor de lopende indicaties en wordt voor ondersteunende begeleiding een eigen bijdrage gevraagd.

Op advies van het CVZ worden de functies OB, AB en Behandeling samengevoegd tot twee nieuwe functies, te weten Begeleiding en Behandeling. De huidige functie behandeling wordt aangevuld met een klein deel van de activiteiten die nu onder AB vallen. Het resterende deel valt onder de nieuwe functie Begeleiding.

Met ingang van 1 januari 2009 luidt de definitie van de functie Begeleiding in de AWBZ als volgt:

Begeleiding omvat door een instelling te verlenen ondersteunende en activerende activiteiten, niet zijnde persoonlijke verzorging, gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de verzekerde met ernstig regieverlies of met een ernstige, invaliderende aandoening of beperking.³⁸⁶

Het doel van deze nieuwe functie wordt beperkt tot *zelfredzaamheid*. Dit betekent dat de huidige gerichtheid op maatschappelijke *participatie* binnen de AWBZ na een gewenningsperiode in de loop van 2009 vervalt. Zie 3.3 en Bijlage 5.

Vanaf 1 januari 2009 zijn het de gemeenten die verplicht zijn voorzieningen te treffen voor de beperkingen die mensen hebben bij het opgroeien en opvoeden, en voor mensen met beperkingen op het gebied van de maatschappelijke participatie.³⁸⁷ Alleen de begeleiding voor kwetsbare groepen die bijzondere zorginhoudelijke competentie vereist, komt nog in aanmerking voor een vergoeding via de AWBZ.

zorging. Zie noot 136. In de Begroting van 2008 was al aangekondigd dat de staatssecretaris de AWBZ wil reserveren voor langdurige en onverzekerbare zorg.

³⁸⁴ *Uitwerking AWBZ pakketmaatregel*, Den Haag: Ministerie van VWS 16 september 2008. Zie Bijlage 9.

³⁸⁵ De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft op 30-09-'08 in een brief aan zowel de staatssecretaris van VWS als de Vaste Commissie voor VWS uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangegeven meer tijd nodig te hebben voor de overgangmaatregel. Zie voor beide brieven www.vng.nl

³⁸⁶ *Uitwerking AWBZ pakketmaatregel*, 6.

³⁸⁷ Bussemaker, *a.w.*, p. 13.

Voorwaarde voor toelating tot de nieuwe functie Begeleiding is een matige of zware beperking op minimaal één van de volgende gebieden: sociale redzaamheid,³⁸⁸ bewegen en verplaatsen, probleemgedrag,³⁸⁹ psychisch functioneren,³⁹⁰ geheugenproblemen en desoriëntatie in plaats, tijd en persoon. Voor individuele begeleiding geldt dat er in de toekomst drie groepen activiteiten geïndiceerd kunnen worden. Het betreft 1) *hulp bij of oefenen met het aanbrengen van structuur, respectievelijk het voeren van de regie*. 2) *het trainen of ondersteunen van vaardigheden om de zelfredzaamheid te bevorderen* en 3) *het organiseren van toezicht en ingrijpen als het nodig is*.

Mensen die palliatieve/terminale zorg nodig hebben en/of thuis beademd worden zullen in het algemeen hun aanspraak op OB, maar dan onder de noemer Begeleiding, binnen de AWBZ behouden. Dit geldt ook voor mensen met matige tot zware beperkingen als gevolg van psychogeriatrische, somatische, en/of psychiatrische problematiek. Mensen die (begeleid) zelfstandig wonen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke beperking behouden eveneens hun aanspraak. Hierbij blijft de keuze bestaan tussen zorg in natura of in de vorm van een PGB.

In de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ³⁹¹ wordt Behandeling als volgt omschreven: Behandeling omvat behandeling van *specifiek*³⁹² medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling.

In de toelichting bij de invoering op 1 april 2003 worden in het Besluit zorgaanspraken twee verschillen genoemd tussen Behandeling en AB: a) Bij Behandeling is, in tegenstelling tot AB, de diagnose nog niet gesteld en het hiertoe behorende onderzoek nog niet verricht. b) Behandeling is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van de aandoening of handicap en niet, zoals bij AB het geval is, op het leren omgaan met de gevolgen hiervan.

Begeleiding bij coping en zingeving blijft mogelijk als onderdeel van een multidisciplinaire AWBZ-behandeling. Het betreft dan bijvoorbeeld een behandeling door een verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, of orthopedagoog in nauwe samenwerking en afstemming met andere hulpverleners van de AWBZ-instelling met specifieke kennis van de doelgroep.

³⁸⁸ Het kunnen aangaan van sociale contacten, vorm geven en regisseren van eigen leven, inclusief het regelen van de financiën.

³⁸⁹ Het betreft hier destructief, grensoverschrijdend, agressief en dwangmatig gedrag.

³⁹⁰ Gestoorde waarneming, concentratie en stoornissen in het denken.

³⁹¹ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ: Bijlage 8: Behandeling. Driebergen 1 januari 2008. Zie bijlage 8.

³⁹² De term 'specifiek' geeft de gerichte deskundigheid op de door de AWBZ bedoelde doelgroepen aan.

Deze zorg wordt in de praktijk echter alleen in de instelling geboden binnen het zorgzwaartepakket. De instelling mag zelf bepalen wie zij daarvoor inschakelt, bijvoorbeeld de geestelijk verzorger, mits zij voldoet aan de productieafspraken van het zorgkantoor en aan de norm voor verantwoorde zorg. De functie Behandeling is als AWBZ-zorg wettelijk gekoppeld aan de functie Verblijf en de situatie van het full-package.³⁹³ Voor de functie Behandeling kan daarom geen PGB worden aangevraagd.

Voor de geldigheidsduur van de indicatie Behandeling gelden de in de beleidsregel 'Algemeen' opgenomen algemene criteria. De duur wordt dus niet vastgesteld door het CIZ.

De hier boven weergegeven inhoud van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ met betrekking tot Behandeling dateert van 1 januari 2008. Als de maatregel OB en AB samen te voegen tot de functie Begeleiding en een deel van de functie AB met BH tot de functie Behandeling van kracht wordt op 1 januari 2009 moeten de Beleidsregels nog worden aangepast. De pakketmaatregel heeft echter alleen betrekking op de functie Begeleiding en is gericht op het beperken van de aanspraak op de functie OB en de overheveling van de participatiedoelstelling van de AWBZ naar de Wmo.³⁹⁴

7.2 Consequenties voor de geestelijke verzorging

Uitgangspunt bij het schrijven van de Uitvoeringstoets Geestelijke verzorging was de vraag of bij het extramuraliseren van verblijf niet alleen de zorgfuncties, maar ook de geestelijke verzorging ten laste van de AWBZ moest blijven. Vastgesteld werd dat de problematiek bij acceptatieproblemen zo groot kan zijn dat de begeleiding die normaliter deel uitmaakt van een medische interventie onvoldoende is en dat in dat geval specifieke professionele hulp nodig kan zijn. Vastgesteld werd dat deze professionele hulp eerstelijnspsychologie kan zijn (per 1 januari 2007 in de Zvw), maar ook activerende begeleiding en kan worden geboden door bijvoorbeeld een geestelijk verzorger gekoppeld aan de functie AB in het kader van de AWBZ, of maatschappelijk werk als gemeentelijke voorziening (p.5). Zowel het CVZ als het zorgkantoor adviseerde dan ook tot nu toe (2008) mensen die geestelijke verzorging in de thuissituatie nodig hadden een PGB aan te vragen voor AB en zelf de zorg in te kopen. Als deze zorg niet afdoende was, werd in het geval van niet te verhelpen leed een indicatie aangevraagd voor OB.

³⁹³ De zorg wordt in de praktijk alleen in de instelling geboden. De instelling ontvangt een bedrag per cliënt en moet daarvan alle benodigde zorg leveren.

³⁹⁴ De functie Behandeling kan niet met een PGB worden ingekocht. Er bestaat daarom geen PGB-tarief voor.

Vanaf 1 januari 2009 is het dus niet meer mogelijk een PGB aan te vragen voor AB of OB, eenvoudigweg omdat deze functies dan niet meer bestaan. Deze weg is dus afgesloten. De functie Behandeling is gekoppeld aan een AWBZ-instelling en biedt voor de thuissituatie, met uitzondering van het full-package, geen soelaas voor de zorgvrager in de thuissituatie met problematiek rond coping en zingeving. Cliënten die voor hun zorg afhankelijk zijn van één instelling, en/of wonen in een door een instelling geëxploiteerde woning kunnen een beroep doen op de geestelijk verzorger in het kader van de Kwaliteitswet.

De functie Begeleiding is zoals we zagen zowel beperkt in omvang als wat betreft hulpvraag. Hiervoor kan wel een PGB worden aangevraagd en dit biedt de zorgvrager dus wel enige ruimte om zelf te bepalen wie de zorg biedt.³⁹⁵ Geestelijke verzorging lijkt echter moeilijk in te passen in de drie groepen activiteiten die in de toekomst geïndiceerd kunnen worden voor individuele begeleiding (zie 7.1).

Zowel de minister als het CVZ adviseert mensen die geestelijke verzorging in de thuissituatie nodig hebben met ingang van 1 januari 2009 een beroep te doen op de Wmo, of de hulp vergoed te krijgen via de ziektekostenverzekering.

Met ingang van 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ naar de Zvw overgeheveld en is ook de eerstelijnspsychologie onderdeel geworden van de verzekerde zorg in de Zvw en hiermee de op zichzelf staande hulp bij coping en zingeving. Tot de zorg van de huisarts behoort enige begeleiding bij de verwerking van ziekte en verlies. Als er sprake is van problematiek waarvoor specifieke deskundigheid nodig is kan de huisarts verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Dit staat in de zorgverzekeringswet omschreven als 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. Hiermee is bedoeld aan te geven welke zorg de zorgverzekeraar moet betalen, waarbij laatstgenoemde bepaalt wie de zorg waar biedt. De zorgverzekeraar is geheel vrij andere beroepsbeoefenaren te contracteren dan klinisch psychologen, zoals geestelijk verzorgers.

Als geestelijk verzorgers deze hulp willen bieden kan dit volgens de Zvw. Zij moeten in een overleg, of briefwisseling met de zorgverzekeraar van de betreffende zorgvrager hun meerwaarde aangeven ten opzichte van de al bestaande psychosociale begeleiding en hulp vanuit levensbeschouwelijke en maatschappelijke organisaties.³⁹⁶ De geestelijk verzorger moet aangeven van welke problematiek sprake is, hoe het plan van aanpak eruit ziet en de zorgverzekeraar verzoeken deze vorm van zorg te contracteren.

³⁹⁵ De vergoeding in het geval van een PGB voor de nieuwe functie Begeleiding is voor zover ik heb kunnen nagaan nog niet bekend (20-11-2008).

³⁹⁶ Duidelijk is dat de extramurale geestelijke verzorging vraagt om diagnostiek en daarmee om interventies. (Zie ook 2.6).

Dit geldt ook voor de mogelijkheid geestelijke verzorging op te nemen in de aanvullende verzekering.³⁹⁷ Zorgvragers kunnen in dit geval een aantal gesprekken vergoed krijgen van hun zorgverzekeraar voor geestelijke verzorging in geval van verwerking van ziekte en verlies.

Psychosociale problematiek, zoals depressie, angst, eenzaamheid en gebrek aan levensvervulling, kwam al niet meer in aanmerking voor ondersteunende begeleiding zoals in de Beleidsregels van 1 januari 2008 was aangekondigd (Zie bijlage 5). De cliënt moet hiervoor zelf een oplossing vinden. Als dit niet mogelijk is zal deze met ingang van 1 januari 2009 een beroep moeten doen op de Zorgverzekeringswet, of op de gemeente (Wmo), die door de overheid gecompenseerd zal worden voor de te maken kosten.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft in een brief d.d. 30-09-'08 aangegeven aan zowel de staatssecretaris, als de Vaste Commissie voor VWS uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal, meer tijd nodig te hebben voor de overgangsmaatregel.^{398 399} De staatssecretaris heeft cliëntenorganisaties gevraagd een rol te spelen bij het monitoren van het nieuwe beleid. Ook Van Boxtel,⁴⁰⁰ wijst op het belang van deze organisaties voor een solidere basis voor de extramurale geestelijke verzorging als blijkt dat geestelijke verzorging in hun behoefte voorziet. Hier ligt een taak voor het Werkverband, maar ook voor de VGVZ.

Zowel de Wmo als de Zvw (en in sommige gevallen de nieuwe functie Begeleiding via een PGB, gesteld in maatschappelijke termen), bieden dus nieuwe mogelijkheden voor de extramurale geestelijke verzorging.

In 2004 noemde de toenmalige staatssecretaris van VWS Ross van Dorp de toen nog toekomstige Wmo als nieuwe mogelijkheid voor cliënten en patiënten die behoefte hebben aan geestelijke verzorging.

³⁹⁷ Er geldt geen beperking ten aanzien van de inhoud van de aanvullende verzekering, behalve dat de aanvullende verzekering geen zorg mag bevatten die al is verzekerd in de Zvw of de AWBZ. Verzekeraars zijn volledig vrij om te bepalen wat zij aanbieden in de aanvullende verzekering, bijvoorbeeld geestelijke verzorging. De zorgverzekeraar is vrij de hulpverlening een naam te geven. Dit kan dus 'geestelijke verzorging' zijn, maar ook bijvoorbeeld 'begeleiding bij verwerking van ziekte en verlies'. Met betrekking tot opname van geestelijke verzorging in de aanvullende verzekering is het raadzaam eerst na te gaan of het verstandig is. Van den Berg (Menzis) toonde in dit kader een lijst met beroepsverenigingen betreffende *alternatieve psychologische hulpverlening*, waarvan verwerking bij ziekte en verlies een onderdeel kan zijn. Als voorbeeld van een pragmatische oplossing kan de eerstelijns psychologische hulp dienen. Deze is opgenomen in de Zvw voor acht consulten uit de hoofdverzekering en afhankelijk van de aanvullende verzekering van de cliënt voor een vergoeding van twee, vier, zes of acht consulten extra.

³⁹⁸ Zie noot 385.

³⁹⁹ Mensen voor wie de toewijzing van de functie begeleiding in de eerste helft van 2009 afloopt, mogen drie tot zes maanden wennen. Wanneer de toewijzing in de tweede helft van 2009 afloopt, is de gewenningsperiode twee tot drie maanden. Tijdens de gewenningsperiode kunnen de mensen die geen begeleiding meer krijgen aankloppen bij het Wmo-loket van hun gemeente, het maatschappelijk werk, of de MEE voor advies.

⁴⁰⁰ Voorzitter van de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar Menzis en vicevoorzitter Bestuur Zorgverzekeraars Nederland.

Zowel Huijzer van de VGVZ als Van Boxtel wijzen erop dat de weg die de staatssecretaris aangeeft voor extramurale geestelijke verzorging die niet onder de Kwaliteitswet valt de Wmo is. Gemeenten zijn echter vrij zelf invulling te geven aan het vrijgekomen bedrag uit de AWBZ. Dit betekent dat er ook nu nog geen solide wettelijke basis bestaat voor de extramurale geestelijke verzorging en dat geestelijk verzorgers de gemeenten actief zullen moeten benaderen met hun aanbod.

Hoe groot de consequenties van de nieuwe maatregel zijn voor de extramurale geestelijke verzorging zal ten eerste afhangen van de vraag of gemeenten de zorgvraag van inwoners (h)erkennen en openstaan voor de vraag om geestelijke verzorging in de thuissituatie⁴⁰¹, en ten tweede of de geestelijke verzorging door zorgverzekeraars wordt opgenomen in het verzekerd pakket.

Hiermee is duidelijk geworden wat de wettelijke mogelijkheden zijn voor het aanvragen en bieden van geestelijke verzorging in de thuiszorg in de nabije toekomst.

7.3 Aanvullende aanbevelingen

Hoewel er nog veel onduidelijkheid heerst met betrekking tot de nieuwe maatregelen zijn de hieronder beschreven aandachtspunten van belang voor de extramurale geestelijke verzorging met het oog op de veranderde regelgeving met ingang van 1 januari 2009. De verwachting is dat de rol van huisarts en wijkverpleegkundige in de toekomst belangrijker zal worden in verband met de indicatiestelling. Huisartsen kunnen, als gemeenten akkoord gaan, zorgen voor zowel AWBZ- als Wmo-indicaties. Zij zijn ook belangrijke verwijzers. Echter, ook het CIZ, of andere indicatiestellers kunnen door gemeenten worden gecontracteerd voor indicatiestelling. In verband met de nieuwe situatie lijken met name de volgende punten van belang.

- Onafhankelijk van de vraag wie de indicatie stelt, is het in alle gevallen noodzakelijk dat overleg plaats vindt over de terminologie waarin de aanvraag wordt gesteld. Het is verstandig aan te geven dat geestelijke verzorging zich richt op coping en zingeving in relatie tot levensbeschouwing en dat in het bijzonder problemen bij rouw- en verliesverwerking en existentiële problematiek tot het domein van de geestelijk verzorger behoren.

⁴⁰¹ De Kadernota 'Kansrijk Leven!' (WMO fase 2 -concept-) vind ik een mooi voorbeeld van een gemeente (Tynaarlo, augustus 2008), die creatief vorm geeft aan het Wmo-beleid en de vraag van inwoners om geestelijke verzorging serieus neemt. In de nota geeft het College van B&W aan o.a. prioriteit te geven aan een plek voor geestelijk verzorgers in de (samenwerkings)ketenzorg (9). Hiervoor wordt in 2009 en 2010 een pilot opgezet. Het 'Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo' is als Bijlage 7 opgenomen in deze scriptie.

Het is wenselijk dat de aanvraag in deze termen (en niet in die van het maatschappelijk werk) gesteld en toegekend kan worden.

- Aan de gemeente moet worden uitgelegd dat Geestelijke Verzorging een vorm van begeleiding en hulpverlening is en dat tot 2009 gebruik gemaakt is van de functies activerende en ondersteunende begeleiding, die deels samen zijn gegaan in de nieuwe functie Begeleiding. Onderwerp van aandacht bij dit overleg moeten zijn de Uitvoeringstoets geestelijke verzorging gekoppeld aan de vroegere indicatie AB en het domein van de geestelijke verzorging in onderscheid met dat van de maatschappelijk werker, SPV-er en psycholoog.

- Het is wellicht verstandig nog eens te benadrukken dat het College voor Zorgverzekeringen in de Uitvoeringstoets erkent, dat het zowel intra- als extramuraal om dezelfde cliënten gaat, met de zelfde behoefte aan professionele begeleiding bij levens- en zingevingsvragen.

- Hiernaast kan worden aangegeven, dat het wenselijk is dat indicatiebesluiten, ongeacht of het gaat om indicaties in het kader van de AWBZ, of Wmo, inzichtelijker worden dan nu het geval is. Een heldere omschrijving van de argumenten die geleid hebben tot de besluitvorming en een duidelijke weergave van de problemen die de grondslag hebben gevormd voor het indicatiebesluit kunnen zowel de cliënt als de geestelijk verzorger inzicht verschaffen in de redenen waarom de zorg al of niet is toegekend. Hiernaast dient dit ook een algemener belang, te weten de inzichtelijkheid in en rechtvaardige verdeling van zorg in het algemeen en van geestelijke verzorging in het bijzonder.

- Als de gemeente ermee instemt geestelijke verzorging aan te bieden in het kader van de Wmo kunnen afspraken gemaakt worden over de te bewandelen route. Een mogelijkheid is dat bijvoorbeeld naast de huisarts ook de ouderenadviseur van de gemeente een indicatie kan aanvragen, omdat zij degene is op wie alle 55-plussers een beroep kunnen doen. Dit betekent overigens niet dat het alleen ouderen zijn die dringend geestelijke verzorging nodig zouden kunnen hebben.

- Het is belangrijk in het overleg met de gemeente bij een mogelijk ketensamenwerking met plaatselijke zorginstellingen na te gaan of er ook woon-zorgcomplexen in de wijk worden geëxploiteerd door de samenwerkende zorgaanbieder. Deze bewoners vallen namelijk onder de Kwaliteitswet.

- Binnen de VGVZ is nog geen ruimte voor het lidmaatschap van geestelijk verzorgers die bijvoorbeeld in dienst treden van een gemeente of welzijnsinstelling. De geestelijk verzorger zou hiervoor een gedeeltelijke aanstelling bij een zorginstelling in de gemeentelijke zorgketen, of een parttime baan als vrijgevestigd geestelijk verzorger kunnen overwegen.

2.7 Relevantie van het onderzoek

De vraag die tot slot moet worden beantwoord is: wat is de betekenis van het verrichte onderzoek oog in oog met de nieuwe wettelijke situatie die met ingang van 2009 ontstaat?

- In de eerste plaats wordt in deze scriptie de ontwikkelingsgeschiedenis van de extramurale geestelijke verzorging beschreven en de wijze waarop deze tot nu toe wordt gefinancierd. Van hieruit kunnen de lijnen worden doorgetrokken en kan snel inzicht verworven worden in de nieuw ontstane situatie. De vergoedingen die tot nu toe afkomstig zijn uit de AWBZ-functies AB en OB zijn voor een groot deel vervangen door de mogelijkheden die bestaan binnen de Zvw (op grond van de Uitvoeringstoets) en de Wmo (grondslag psychosociaal). De functie Begeleiding kan door mensen uit de door VWS bepaalde doelgroepen die behoefte hebben aan geestelijke verzorging in de vorm van een PGB worden aangevraagd. De aanvraag zal geformuleerd moeten worden in termen als ondersteuning bij het handhaven van de regie over het eigen leven, de structuur, of de zelfredzaamheid.

- Het debat presentie – interventie, gekoppeld aan de voorkeur voor OB – AB is nog steeds relevant. Om als beroepsgroep in aanmerking te komen voor opname in de Zvw is het noodzakelijk dat er sprake is van een methodische, doelgerichte en effectieve aanpak. Dit geldt echter ook als de geestelijk verzorger zijn of haar bijdrage wil leveren binnen de Wmo. Volgens het overheidsbeleid komt de (geestelijk verzorger als) professional in beeld als de zorgvrager zelf geen oplossing heeft kunnen vinden en bestaande gemeentelijke (vrijwilligers-) organisaties geen soelaas bieden. Gemeenten zullen hierbij de eis stellen dat het niet gaat om zorg die op grond van de Zvw kan worden bekostigd.⁴⁰³ De geestelijk verzorger op wie een beroep wordt gedaan kan zowel in dienst zijn van een instelling zoals Oosterlengte, een welzijnsorganisatie, de gemeente, maar kan ook vrijgevestigd zijn.

- Zowel in het kader van de Zvw als van de Wmo zal de geestelijk verzorger moeten aangeven wat hij of zij te bieden heeft, waarvoor men op hem of haar een beroep kan doen en waarin hij of zij zich onderscheidt van de psycholoog en maatschappelijk werker.

⁴⁰² Het Werkverband Vrijgevestigd Geestelijk Verzorger kan volgens Huijzer een collectieve aanvraag doen voor het lidmaatschap van de VGVZ voor het Werkverband. Het initiatief daartoe zal moeten uitgaan van het Werkverband. De VGVZ en het Werkverband hebben momenteel elk een eigen beroepsregister. De vraag die aan de VGVZ gesteld kan worden is of het gezien de in de scriptie beschreven ontwikkelingen verstandig is het beroepsregister te beperken tot geestelijk verzorgers in instellingen.

⁴⁰³ Artikel 2 van de Wmo bepaalt dat deze mogelijkheid alleen aan de orde is voor zover er geen andere regeling bestaat op grond waarvan de hulp kan worden bekostigd.

- Het onderzoek bij Oosterlengte geeft aan welke mensen een beroep doen op de geestelijk verzorger. De termen waarvan in de zorgvraag sprake is zijn dezelfde als die welke in de pakketmaatregel worden genoemd: depressie, angst, eenzaamheid en gebrek aan levensvervulling.^{404 405}

- De in deze scriptie gesignaleerde situatie is ook van belang voor geestelijk verzorgers in instellingen. Het overheidsbeleid is erop gericht mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten verblijven. Dit betekent niet alleen dat mensen later worden opgenomen in verzorgings- en verpleeghuizen, maar ook korter in het ziekenhuis verblijven.⁴⁰⁶ Een logische conclusie is dat het werkkterrein zich zal verleggen, temeer daar met de extramuralisering de vraag naar geestelijke verzorging toeneemt.⁴⁰⁷ Geestelijk verzorgers die extramuraliseren zullen in de toekomst met dezelfde problematiek worden geconfronteerd als de extramuraal werkende geestelijk verzorgers nu.

- Gemeenten mogen zelf mensen indiceren, kunnen dit uitbesteden aan het CIZ, of de indicatiestelling gunnen aan een andere instelling, mogelijk zelfs in Europees verband. Te verwachten is dat zich, wat betreft de termen waarin de indicatie gesteld zal worden, dezelfde problemen zullen voordoen als die zijn beschreven in het onderzoek bij Oosterlengte.^{408 409}

- Ten slotte worden in deze scriptie verschillende initiatieven beschreven die al plaatsvinden in den lande. Hiermee kunnen geestelijk verzorgers hun voordeel doen.

Eelde, november 2008.

⁴⁰⁴ In de Pakketmaatregel worden onder 3.3 *Psychosociaal overhevelen* drie groepen genoemd: dak- en thuislozen, cliënten in de vrouwenopvang en ouderen met psychosociale problemen. Bij navraag bij de centrumgemeente Assen bleek dat het geld voor de provincie Drenthe in 2008 besteed is aan de eerste twee groepen en dat het om een relatief klein bedrag gaat ten opzichte van de problematiek waarvan sprake is.

⁴⁰⁵ Zie ook noot 340.

⁴⁰⁶ Deze mensen komen we vooral tegen bij de regionale thuiszorgorganisatie.

⁴⁰⁷ Vgl. de 'wake-up call' van Van Boxtel, die geestelijke verzorging omschrijft als uiterst belangrijk om mensen te laten 'copen' met een ziekte, beperking, of naderend levenseinde. Boxtel, R.H.L.M. van, 'De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorgers' *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (49) 2008, 30-34, 34 aldaar.

⁴⁰⁸ Voor mensen die op grond van de Pakketmaatregel in aanmerking komen voor de functie Begeleiding (zoals mensen die zijn aangewezen op palliatief/terminale zorg) en een PGB aanvragen voor (eventueel een gedeeltelijke invulling hiervan door de geestelijk verzorger) geestelijke verzorging, geldt exact dezelfde problematiek.

⁴⁰⁹ In prestatieveld 6 van de Wmo wordt de zorg bijvoorbeeld omschreven als '.....en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van *het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer*'.

Literatuur

Arcares, AVVV, LOC, NVVA, STING, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen*, Utrecht: Hoonte Bosch & Keuning, juni 2005.

Baar, F. 'Inleiding', in: Buijssen, H., Bruntink, R., Ploeg, H. van der, Baar, F. en Stoppelenburg, A. (red.), *Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg*, Nijmegen: De Stiel en Tilburg: TRED, 2003, 8-13.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J., *Basisboek Kwalitatief onderzoek*, Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff, 2005².

Baart, A., 'Een bevredigende relatie tot het leven helpen ontwikkelen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging. Themanummer: Verrassend professioneel*, 8 (36) 2005, 23-33.

Baart, A., *Een theorie van de presentie*, Den Haag: Lemma, 2006³.

Bakker, D.J., 'Spiritualiteit en zingeving in zorgvisie en beleid', in: J. Bouwer (red.), *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*, Kampen: Kok, 2004, 42-58.

Berg, M. van den, 'Zingeving in de palliatieve zorg', *Cahierreeks Pallium*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

Boekholdt, M.G., *Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid*. Inaugurale rede Vrije Universiteit, Amsterdam 29 maart 2007.

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M., *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2005.

Bos, M.F., 'Geestelijke verzorging in het zorgaanbod van de thuiszorg en de functiegerichte indicatiestelling in het kader van de AWBZ', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (32) 2004, 39-43.

Bos, M.F., 'Profilering van de geestelijke verzorging in de thuiszorg. Kijken naar de behoefte van cliënten van de thuiszorg aan geestelijke verzorging of begeleiding' Voordracht tijdens het minisymposium 'Profilering van de pastorale zorg' van Stichting Protestantse Gezondheidszorg in Limburg, Roermond 21 november 2007.

Bouwer, J., 'Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek', in: J. Doolaard (eindred.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 2006, 774-797.

Bouwer, J., 'Het professionele domein van de geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 5 (24) 2002, 21-24.

Bouwer, J., *Pastorale Diagnostiek: modellen en mogelijkheden*, Zoetermeer: Boekencentrum, 1998.

Boxtel, R.H.L.M. van, 'De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorgers' *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (49) 2008, 30-34.

Buijssen, H. 'Naar een programma 'Zorg voor zorgenden', in: Buijssen, H., Bruntink, R., Ploeg, H. van der, Baar, F. en Stoppelenburg, A. (red.), *Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg*, Nijmegen: De Stiel en Tilburg: TRED, 2003, 139-175.

CIZ, *Beleidsregel indicatiestelling AWBZ*, Bijlage 6; Ondersteunende Begeleiding / versie 1 januari 2008, Driebergen 2008.

CIZ, *Beleidsregel indicatiestelling AWBZ*, Bijlage 7; Activerende Begeleiding / versie 1 januari 2008, Driebergen 2008.

CIZ, *Beleidsregel indicatiestelling AWBZ*, Bijlage 8; Behandeling / versie 1 januari 2008, Driebergen 2008.

CVZ, *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging*, Diemen 2006.

CVZ, *Voorliggende voorzieningen. Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen december 2005

Dekker, J., *Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo*, Vries 2008.

Elteren, A. van, Kunneman, H.P., Rozing, M., *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2006.

Emous, K., *De loden mantel. Zorg en verzorging in Nederland*, Amsterdam: Mets & Schilt, 2005.

Gastel, L. van, Iersel, A.H.M. van, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging. Een onderzoek naar de invloed van omgevingsfactoren op de organisatiemogelijkheden van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel en de daarmee samenhangende beleidskeuzes*, Budel: Damon 2007.

Geertsema, H., *Identiteit in meervoud. Een identiteitsbeschrijving van het maatschappelijk werk*, Proefschrift Faculteit Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen, RuG, Groningen 2004.

Gelauff, M., Manschot, H., 'Zingeving als funderende dimensie van zorg. Voorstel voor een perspectiefwisseling op de zorgrelatie', in: M. Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, Utrecht: Elsevier / De Tijdstroom 1997, 193vv.

Gemeente Tynaarlo, *Kansrijk leven! Kadernota WMO fase 2 (concept)*, Vries 2008.

Gezondheidsraad, *Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*, Den Haag januari 2008.

Grinten, T. van der en Kasdorp, J., *25 jaar sturing in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

Hansen, K., Kaam, T. van, Mulder, M., *Aandacht voor Levensvragen in de Zorgpraktijk. Twee scholingen voor verzorgenden en verpleegkundigen in zorginstellingen*, Sneek: Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Friesland, 2007.

Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement, 2008⁴.

Heitink, G., *Pastoraat als hulpverlening. Inleiding in de pastorale theologie en – psychologie*, Kampen: Kok, 1977, 1992⁴.

Heitink, G., 'Pastorale Zorg; theologie - differentiatie - praktijk', in: Dingemans, G.D.J., Firet, J., Genep, F.O. van, e.a. (red.), *Handboek Praktische Theologie* Kampen: Kok, 1998.

Henstra, H., 'Geestelijke verzorging en de markt', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 5 (25) 2002, 21-24.

Hopman, F., 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 2-4.

Huijzer, R. 'Staan voor je zaak', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 9 (38) 2006, 10-17.

Huijzer, R., 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging onder de loep', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 5-8.

Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities*, Baarn: Trion, 1999.

Knoop, A. & Schuiringa, K., *Door allen voor allen, een heerlijk streven! Een kleine geschiedenis van het kruiswerk in Nederland naar aanleiding van de herbouw van een wijkgebouw van het Groene Kruis in het Nederland Openluchtmuseum*, Arnhem: Nederlands Openluchtmuseum, 1998.

Kronjee, G. Lampert M., 'Leefstijlen in zingeving', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, 171-208.

Kruijswijk Jansen MScN, J.H., 'Zorgketens: ketens van zorg', in: A.M. Eliens, J.H. de Haan c.s., *Zorginnovatie en transmuralisering. De rol van de verpleegkundige bij vernieuwing en ontwikkeling van zorg*, Dwingeloo: Kavanah, 2002².

Kunneman, H., *Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging*, in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press 2006, 367-394.

Kunneman, H., Slob, M., *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, Bunnik: LSBK, 2007.

Lans, J.M. van der, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress', in: J.M. van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen*, Tilburg: KSGV, 2006, 72-127.

Leeuwen, R. van, 'Towards nursing competencies in spiritual care', Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Medische Wetenschappen aan de RuG op 13 februari 2008, Enschede: Ipskamp Printpartner, 2008.

Leget, C. e.a., 'Geestelijke verzorging en palliatieve zorg: de tijd is rijp', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 11 (46) 2008, 27-39.

Londen, J. van, 'Over solidariteit in de thuiszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005, 14-19.

Loo, D. van der, Jabaaij, L., Goudriaan, I., *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten*, Utrecht: Trimbos-instituut (179), 1998.

Mackor, A.R., *Te meten of niet te meten: dat is de vraag*, Oratie Rijksuniversiteit Groningen, Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2006.

Mackor, A.R., 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (44) 2007, 21-37.

McIntosh, D.N., 'Religion-as-Schema, with Implications for the Relation between Religion and Coping', *The international Journal for the Psychology of Religion*, 5 (4) 1995.

Meiden, J. van der, *Kleuren in Thuiszorg. Handboek integratie levensbeschouwing in beleid en werkuitlevoering van de Thuiszorg*, Kockengen: Landelijk Protestants Christelijke stichting voor Levensbeschouwing in zorg en welzijn (Lizw), 1999.

Melle-Baaijens, E.A.H. van, 'Wat moet je d'r mee, met die DBC?', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 9-12.

Mol, A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam: Van Gennep, 2006.

Mönnink, H. de, *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Mooren, J.H.M., (red.), *Bakens in de stroom. Naar een methodiek van het humanistisch geestelijke werk*, Utrecht: SWP, 1999.

Nationale Kruisvereniging, *Discussienotacontouren eerstelijns(gezondheids)zorg; een aanzet tot een beleidskader van de ontwikkeling van het kruiswerk*, Bunnik 1983

Nationale Kruisvereniging, *Kruiswerk in beweging*, Bunnik 1986.

Pargament, K.I., *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research and Practice*, New York: The Guilford Press, 1997.

Pool, A., 'Investeer in samenwerking en in kwaliteit van verpleegkundige zorg, Solidariteit, overheidsplanning en marktwerking in de gezondheidszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005, 90-93.

Pous, I. de, 'Geestelijke zorg is taak voor verpleegkundige', (de Verdieping / religie&filosofie p.7), *Trouw* 30 januari 2008.

Prins, M.C.J., *Geestelijke verzorging in het ziekenhuis*, Dwingeloo: Kavanah, 1996.

Rebel, J.J., 'Geestelijke verzorging en wetgeving', in: J. Doolaard (eindred.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 2006, 105-109.

Rijksen, H., Heijst, A. van, *Levensvragen in de hulpvraag. Een werkboek voor hulpverleners en pastores*, Tilburg: Damon, 1999.

Ross-van Dorp, C., 'De plaats van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (32) 2004, 8-10.

Rottier, R., Berg, Y. van den, *Stijging Indicaties Ondersteunende Begeleiding. Een verklarend onderzoek*, Den Haag: B&A Groep, 2007.

Roukema-Koning, B., 'Mensen van betekenis. De bijdrage van een Coping-theorie aan communicatie van geestelijke zorgverlening', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 7 (30) 2004, 19-30.

Roy, A. de, Oenema, D., Hutschemakers, G., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, Utrecht: Trimbos-instituut (178), 1997.

Scherpenisse, E., *Geestelijke nood. Een onderzoek naar het herkennen van levens- en zingevingsvragen door verpleegkundigen bij patiënten in een algemeen ziekenhuis*, Doctoraalscriptie vrije studierichting Zingeving en Hulpverlening Theologische Faculteit Tilburg, Universiteit van Tilburg, juni 2003.

Schilderman, H., 'Religie en zorg in het publieke domein', in: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, 395-416.

Schilderman, H., 'De vraag naar het domein. Professionele identiteit van geestelijke verzorging', *Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging*, 10 (42) 2007, 22-27.

Schols, J.M.G.A., *De toekomst van de chronische zorg, ons een zorg? van oude structuren, de dingen, die voorbijgaan...*, Inaugurele rede Universiteit van Tilburg, 12 november 2004.

Schrijvers, G., Legierse, W., Dam, N., Ogtrop, J., van Jörg F. (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling voor de AWBZ*, Utrecht: Igitur, 2005.

Schrojenstein Lantman R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo: Kavanah, 2007.

Seijdel, K., Hekking, R. 'Geestelijke verzorging krijgt plaats binnen nieuwe financiering'. Interview met drs. Hans Hillen, voorzitter CVZ, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7 (32) 2004, 24-27.

Smit, J., 'Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen. Over diagnostiek, presentie en geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (46) 2008, 18-25.

Snoep - van Vliet, H.A.E., *Ethiek en palliatieve zorg in de thuiszorg*, Module 'Ethiek in de gezondheidszorg', Faculteit der GG & GW van de RuG, Eelde 2005.

Snoep - van Vliet, H.A.E., *Geestelijke Verzorging in termen van de indicatiestelling*, Stageonderzoek Master Geestelijke Verzorging RuG, Eelde mei 2008.

Stichting Cliënt en Kwaliteit, *Alles naar wens? Rapportage Stichting Cliënt & Kwaliteit* 2005, Utrecht 2006.

Stichting Onderzoek en Ontwikkeling in de Maatschappelijke gezondheidszorg, *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005.

Swanborn, P.G., *Case-study's. Wat, wanneer en hoe?*, Amsterdam / Meppel: Boom, 2003³.

Teunissen, S.C.C.M., Willems, D.L., 'Het eigene van palliatieve Zorg', in: Spreuwenberg, C., Bakker, D., Dillmann, R.J.M. (red.), *Handboek palliatieve zorg*, Maarssen: Elsevier, 2005².

Tiesinga, L.J., *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg. Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgende en gezinsverzorgenden*, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW), Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen 2006.

Veen, R. van, 'Zorgondernemers in de knel na korting', *Trouw* 23 november 2007.

Veltkamp, H.J., 'Geestelijke verzorging: aan bed gebonden, of transmuraal?', *Praktische Theologie*, 32 (4), 2005, 403-420.

Veltkamp, H.J., *Geestelijke Verzorging in de thuiszorg*, Eindhoven 2005.

Veltkamp, H.J., 'Domein, identiteit en passie van de geestelijke verzorging', in: J. Doolaard (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, 2006, 147-159.

VGZ, *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*, VGZ-cahiers 2, Zoetermeer 2002.

Vilans en Actiz, *Symposium Zin & Zorg, omgaan met levensvragen van ouderen*, Lunteren 15 maart 2007.

Vlas, C., 'Solidariteit, overheidsplanning en marktwerking in de gezondheidszorg', in: J. Bastiaenen e.a., *Caleidoscoop van de thuiszorg. Met wenken en wensen voor de toekomst*, Bunnik: STOOM, 2005.

Werkgroep Zorgleefplan Oosterlengte, *Reader behorende bij het scholingsprogramma Werken met een zorgleefplan*, Winschoten 2007.

Wiegman-Van Meppelen Scheppink, E., 'Gelovige zieke wil liever thuiszorger die dat snapt', *Trouw*, 19-04-2007.

Zanten - van Hattum, M. van, *Leren omgaan met levensvragen*, Baarn: Ten Have, 1994.

Zock, T.H., 'It takes two to Tango', De beroepsidentiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende context', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 9 (40) 2006, 5-15.

Zock, T.H., *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, Inaugurale rede RuG, 13 maart 2007, Tilburg: KSGV.

Wetten en Kamerstukken

Actieplan AWBZ: naar eenvoud in uitvoering. Begrijpelijke informatie voor cliënten. Werkplezier voor professionals. Ruimte voor zorginstellingen. Actieplan voor vermindering van regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten in de AWBZ, Ministerie VWS, Den Haag augustus 2007.

Antwoorden op Kamervragen van Ferrier en Mosterd over geestelijke verzorging in instellingen, Ministerie VWS, 's Gravenhage 12 december 2006.

Bereidheid tot verandering, Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's-Gravenhage 1987.

Besluitbrief, Ministerie VWS, 's Gravenhage 12 december 2007.

Gezond en wel; het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998, Sdu, Ministerie VWS, 's Gravenhage 1995, 24126, nrs.1-2 (28).

Kwaliteitswet zorginstellingen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 's-Gravenhage 1996.

Uitwerking maatregel kwetsbare groepen, Ministerie VWS, Den Haag 12 november 2007.

Uitwerking AWBZ pakketmaatregel, Ministerie VWS, Den Haag 16 september 2008.

Voorstellen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling, Ministerie van VWS, Den Haag 7 juli 2008.

Wet van 29 juni 2006, houdende nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning), Ministerie VWS, Den Haag 29 juni 2007.

Zeker van zorg nu en straks, Kamerstukken II, 2007-2008, 30597, nr. 15, Den Haag 09-10-2008.

Geraadpleegde websites

irs.ub.rug.nl/ppn/290692598.

wetten.overheid.nl/cgi-bin/sessioned/textdocshow/itemrgl=3506/query=20776-...

www.ciz.nl.

www.geestelijkeverzorging.com en <http://www.geestelijkeverzorging~lemmer.nl>.

www.icare.nl/klant_en_familie/over_icare/missie_en_visie/.

www.katholiek nederland.nl/actualiteit/print/detail_objectID452144.html.

www.lokaalloket.nl/Vlaardingen.

[www.minvws.nl/dossiers/awbz/ondersteunende begeleiding/ 13-11-'07](http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/ondersteunende_begeleiding/13-11-'07).

www.minvws.nl/dossiers/bureaucratie.

www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2006/antwoorden-op-kamervragen-van-ferrier-en-....

www.minvws.nl/nieuwsberichten/lz/2008/iets-langer-awbz-begeleiding.asp.

www.minvws.nl/nieuwsberichten/lz/2007/staatssecretaris-licht-ob-toe.asp.

www.nieuwemaas.nl.

www.nizw.nl/innovatiewelzijnouderen/docscontrol/levensloop.pdf.

www.oosterlengte.nl/watis.html.

www.palliatief.nl.

www.rivm.nl.

www.rvz.net/data/downloadgezondheidszorginhetlichtvandetoomstigevergrijzing...

www.thfl.nl en www.thfl.nl/page.php?nodeId=294.

www.tijdvooreengesprek.nl.

www.unimaas.nl/researchmagazine/default.asp?thema=4&template=thema.html 28-7-2008.

www.vilans.nl/smartsite.dws?id=83514 - 15k - 12-04-2007.

www.vng.nl.

www.zorggegevens.nl.

www.zorgvoorbeter.nl.

Bijlagen

1. Cliëntengegevens Oosterlengte
2. Kwaliteitswet Zorginstellingen
3. Uitvoeringstoets geestelijke verzorging
4. Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Activerende Begeleiding
5. Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Ondersteunende Begeleiding
6. Wet maatschappelijke ondersteuning
7. Projectplan geestelijk verzorger in de gemeente Tynaarlo
8. Beleidsregels indicatiestelling AWBZ; Behandeling
9. Uitwerking AWBZ pakketmaatregel
10. Lijst met afkortingen en begrippen

Bijlage 1: Cliëntengegevens Oosterlengte

Clënten per 15 november 2007 in thuissituatie

Clïënt	Voorlopige zorgvraag	Reactie CIZ /verwoording toekenning	Kernbegrippen CIZ	In termen geestelijke verzorging	Gespreksfrequentie
1	<ul style="list-style-type: none"> - zingeving - leren omgaan met: gevolgen hersenbloeding; opname dementerende partner (coping) - levensbalans - hulp bij beslissing over al/niet verhuizen 	<p><u>Indicatie OB-alg:</u> 1.3 en 3.3</p> <p>- voor een jaar.</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p>-Begeleiding ziekteproces vanwege eigen doorgemaakte hersenbloeding, dementerende partner in verpleeghuis en verslechtering van haar situatie.</p> <p>-Begeleiding bij verandering van woonruimte</p>	niet vermeld	<ul style="list-style-type: none"> - het leven voortzetten met ingrijpende verlieservaringen - terugblik op levensloop: (dementerende – nu in verpleeghuis wonende vrouw - verlies eigen gezondheid 	1x per 2 à 3 weken sinds 20/10/2005
2	<ul style="list-style-type: none"> - voortdurende, zich verergerende en complexe ziektesituatie - ernstige beperking in dagelijks functioneren en sociale zelfredzaamheid - dreiging sociaal isolement - signalen overbelasting echtgenoot 	<p><u>Indicatie OB-alg:</u> 1.5</p> <p>- voor vijf jaar (9-10/2006-8/10/2011)</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening;</p> <p>Tweede grondslag: psychosociale problemen</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit 	<ul style="list-style-type: none"> - het leven voortzetten met ingrijpende verlieservaringen, t.w. zeer langdurig verlies van gezondheid (existentiële problematiek) - psychose na recente scheiding 	1x per week sinds 9/11/2004 (contact met wijkverpleging en AMW, die financiën regelt)
3	<ul style="list-style-type: none"> - depressiviteit door geïsoleerde leefsituatie en verlies van dochter en onlangs overleden vriendin. - levensbalans (veel ingrijpende gebeurtenissen verleden en heden) 	<p><u>Indicatie OB-alg:</u> 1.1 en 1.3</p> <p>- voor vijf jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte / aandoening</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p>- naast lange status reuma en osteoporose, verschillende operaties en ziekte dochter overleden. Mw. spreekt geen Gronings. Ondersteuning bij sociale redzaamheid zal gezien beperkingen blijvend zijn, de ene keer intensiever dan de ander</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sociale redzaamheid - Psychosociaal welbevinden (moedeloos /depressief zijn, gemis aan persoonlijke aandacht) 	<ul style="list-style-type: none"> - het leven meewuithouden - (existentiële problematiek) 	1x per twee weken sinds 19/10/2006
4	- niet terug te vinden	<p><u>Indicatie OB-alg:</u> 1.2, 1.3 en 1.4</p> <p>- voor half jaar</p> <p>Eerste grondslag: 03 psychiatrische aandoening; Tweede grondslag: 07 psychosociale problemen</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosociaal welbevinden (angstig zijn; moedeloos zijn) 	<ul style="list-style-type: none"> - bevestigen van levenswijze - aandacht voor belang van religieuze thematiek hierbij - functie van klankbord 	1x per drie weken sinds 16/05/2007
5	<ul style="list-style-type: none"> - chronische lichamelijke klachten - familie op grote afstand - vereenzaming - behoefte aan ondersteuning van professionele gesprekspartner bij verwerking ingrijpende gebeurtenissen in haar leven om van daaruit belangrijke beslissingen te kunnen nemen over toekomst 	<p><u>Indicatie OB-alg:</u> 1.1</p> <p>-voor een jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	Geen vermeld	<ul style="list-style-type: none"> - zingevingsproblematiek - begeleiding bij ingrijpende keuzes in leven (verhuizing naar provincie Utrecht) 	1x per twee weken sinds 2/08/2007 ook begeleiding door SPVer en algemeen maatschappelijk werker

6	- niet terug te vinden	<p><u>Indicatie:</u> OB-alg: 1.3 - voor twee jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening. Inmiddels tevens sprake van psychiatrische problematiek</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	<p>- Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit</p>	<p>- het leven voortzetten - verwerking ingrijpende gebeurtenissen uit het verleden - versterking gevoel van eigen waarde</p>	<p>1x per twee weken sinds 6/10/2004 SPVer en GVer wisselen elkaar af</p> <p>Lentis heeft nieuwe indicatie aangevraagd die loopt tot 17-1-2013.</p>
7	Mw. heeft zelf indicatie aangevraagd en gesprek gevoerd thuis met indicatieadviseur.	<p><u>Indicatie:</u> AB-alg: 1.3 - voor een jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening Tweede grondslag: psychosociale problemen</p> <p><u>Toelichting:</u> - helpen bij structureren huishoudelijk werk en concreet laten zien hoe mw. ondanks lichamelijke beperkingen (buikklachten) samen met dochter en vriend (cliënt GGZ) huishouden tussloten zonder hulp kunnen doen. AB alg. geadviseerd om leefbaarheid te ondersteunen.</p>	<p>- Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit - Deelname aan leren, werken.</p>	<p>- omgaan met verlieservaringen (gezondheid, overlijden moeder) - vertrouwenspersoon (in contacten met hulpverleners, zoals jeugdzorg en Kinderbescherming) - klankbord</p>	<p>- op verzoek van mw. sinds 23/11/2004</p> <p>Zorg wegens gebrek aan indicatie afgesloten.</p> <p>Sinds 15/01/2008 met toestemming van leidinggevende als vertrouwenspersoon betrokken in huishoudelijk geweldssituatie (zonder indicatie sic!)</p> <p>Contact met AMW i.v.m. opvanghuis</p>
8	- via huisarts; niet te vinden dus.	<p><u>Indicatie:</u> OB-alg: 1.1 en 1.2 - voor drie jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening</p> <p><u>Geen toelichting</u></p>	<p>- Mobiliteit</p>	<p>- het leven voortzetten met ingrijpende en traumatiserende gebeurtenissen in het verleden - rouwverwerking (verlies zoon en lichamelijke en geestelijke mishandeling in huwelijk)</p>	<p>1x per twee weken sinds 11/07/2005</p>
9	- niet terug te vinden	<p><u>Indicatie:</u> OB-alg: 1.1 - voor drie jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte / aandoening Tweede grondslag: psychiatrische aandoening</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	<p>- Sociale redzaamheid - Mobiliteit</p>	<p>- verliesverwerking - versterking eigenwaarde, - zin in het leven</p>	<p>1x per twee weken sinds 26/09/2005 Mw. wordt ook eenmaal in de twee à drie weken bezocht door iemand van de GGZ (SPVer, of psychiater) Lentis heeft nieuwe indicatie aangevraagd die loopt tot 17-1-2013 (4-6,9 uur /klasse 3).</p>
10	- indicatie was al aanwezig in vorm van OB door verzorgende (i.v.m. bejegening mw. van verzorgenden)	<p><u>Indicatie:</u> OB-alg: 1.3 (en 2.3 = niet voor geestelijke verzorging) - voor vijf jaar</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>	<p>- Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit</p>	<p>- emotionele eenzaamheid - omgang met afhankelijkheid - zorg om ernstig zieke zoon</p>	<p>1x per 1 à 2 weken sinds 24/03/2006</p>

Afgewezen (verlengde) indicatieaanvragen

Cliënt	Voorlopige zorgvraag	Reactie CIZ /verwoording toekenning	Kernbegrippen	In termen van geestelijke verzorging	Gespreksfrequentie
11	- verergerde eenzaamheid en (depressiviteit vastgesteld door psycholoog met test), mede door verlies naasten en goede vrienden reden: mw. heeft behoefte aan ondersteunende gesprekken met de geestelijk verzorger in de thuiszorg bij verwerking van verlies en rouw. Mw. wil geen gesprekken (meer) met GGZ Mw. heeft nooit indicatie gehad voor g.v. mw heeft indicatie OB-dag voor zes dagdelen per week; wil dagdeel OB inleveren voor g.v.	<u>Indicatie:</u> OB-dag voor zes dagdelen per week Eerste grondslag: somatische ziekte / aandoening Tweede grondslag: psychosociale problemen, waarvoor mw. al OB-dag heeft Afwijzing aanvraag geestelijke verzorging: algemeen maatschappelijk werk voorliggend.	- Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit	- verlies van levensmoed en zin in het leven (zich verergerende depressiviteit) levensbalans in levensbeschouwelijke context	1x per 5weken sinds 24/03/2006 vanaf januari 2008 1x per twee weken GGZ heeft niets meer van zich laten horen en mw. wil daarom geen gesprekken meer met GGZ Na gesprekken over existentiële vragen in licht van haar levensbeschouwing lijkt angel eruit en wordt mw. nog eenmaal in de 5 a 6 weken bezocht zonder indicatie.
12	- niet terug te vinden	Mw. heeft nooit OB-alg gehad. Geestelijke verzorging ging af van uren huishoudelijke verzorging. Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening Afwijzingsgrond: algemeen maatschappelijk werk voorliggend.	- Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven. Mw. heeft moeite met sociale contacten.	- het leven met ingrijpende verlieservaringen voortzetten (twee echtgenoten en een zoon verloren; met twee kinderen geen contact meer)	1x per vier à vijf weken sinds 18/11/2003 contact wordt op verzoek van mw. telefonisch onderhouden mw. wacht op opname in ZH i.v.m. ernstige ziekte
13	Mw. gaat 2x per week naar dagopvang. Desondanks sprake van sociaal isolement. Gebrek aan sociale redzaamheid, existentiële problematiek. Mw. vraagt zich af of leven nog zin heeft. Maakt zich zorgen om toekomst. Moeizame relatie met zoon. Nieuwe aanvraag OB voor geestelijke verzorging onderweg	Mw. heeft OB-dag (vier dagdelen tot 2012) Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening Tweede grondslag: psychosociale problemen In reactie op de nieuwe aanvraag OB-alg bestaat er een verschil tussen de toegewezen zorg op het formulier dat mw. heeft ontvangen en met wat systeem aangeeft. Er is ook geen reden gegeven voor een eventuele afwijzing	- Sociale redzaamheid	- versterking gevoel van eigenwaarde - klankbord bij het terugkijken op eigen leven	1x per vier weken sinds 14/07/2003 herindicatie staat nog niet in systeem. Wel op toekenning op papier aan mevrouw (OB-alg, klasse 2: 2-3,9 uur per week). Dit is in overeenstemming met de aanvraag.
14	Mw. heeft erg veel moeite met verwerken huwelijksproblematiek; zowel geestelijke als lichamelijke mishandeling en zwaar alcoholgebruik echtgenoot. Verstoorde relatie met dochter. Kan met zoon niet praten, omdat deze zelf moeite heeft het te verwerken. Mw. leidt kwetsbaar bestaan; laatste tijd ook veel verlieservaringen.	Indicatie OB-alg was 01/08/2007 afgelopen Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening Nieuwe aanvraag werd eerste keer afgewezen met mondelinge toelichting: maatschappelijk werk voorliggend en bij opnieuw afwijzen aanvraag (op 24-10-'07) met toelichting: geen AWBZ-aanvraag. (GGZ) H.A.	- Sociale redzaamheid	- verwerking ingrijpende verlieservaringen en traumatiserende gebeurtenissen uit het verleden (zingeving).	1x per vier weken sinds 11/03/2003 vanaf oktober 1x per twee weken

Afgeronde begeleiding

Cliënt	Voorlopige zorgvraag	Reactie CIZ /verwoording toekenning	Kernbegrippen	In termen van geestelijke verzorging	Gespreksfrequentie
15	formulering door hoofd thuiszorg/ niet ter beschikking	Indicatie OB-alg. 1.1 en 1.3 - voor twee jaar Veegbesluit Mondelinge toelichting: wanneer de heer in een verpleeghuis zou wonen,- en dat zou kunnen gezien zijn leeftijd- zou indicatie OB worden toegekend.	- Psychosociaal welbevinden (depressief/moedeloos zijn) - Mobiliteit	- het leven voortzetten met zeer ingrijpende verlieservaringen (vrouw en zoon; contactverlies dochter)	1x per een à twee weken Reden beëindiging begeleiding: "te weinig baat bij de gesprekken; liever hulp van psychiater om van verdriet te worden afgeholpen"

Cliënten in verzorgingshuizen

Cliënt	Situatie	Zorgleefplan	Kernbegrippen	In termen van geestelijke verzorging	Gespreksfrequentie
16	- risico depressiviteit, m.n. in wintertijd - contactverlies dochter (GGZ-verleden, maar wil beslist niets meer te maken hebben met GGZ)	Psychisch - stressverwerkingspatroon mw. lijdt aan depressie, wat zich met name in het najaar/begin van de winter kan uiten. Mw. kan hierdoor in isolement geraken	Isolement voorkomen	- erbij blijven - luisterend oor - medemenselijkheid - de moeite waard zijn	- naar behoefte - in de praktijk: 1x in de vier à vijf weken
17	- beide echtgenoten overleden - beide kinderen overleden - lichamelijke en geestelijke achteruitgang	Psychisch slaap- en rustpatroon - mw. geeft aan slecht te kunnen slapen door het niet verwerkte verdriet Psychisch - stressverwerkingspatroon mw. is soms erg verdrietig en somber, omdat mw. het verlies van haar twee echtgenoten en kinderen niet goed heeft kunnen verwerken	Angst en bezorgdheid over lichamelijke en geestelijke gezondheid	- verwerken van zeer ingrijpende verlieservaringen - er bij blijven / trouw zijn - mogelijkheid bieden verhaal steeds opnieuw te vertellen - functie van vertrouwenspersoon in de afhankelijkheid van de zorgverlening	GGZ is ingeschakeld voor aantal gesprekken evaluatie hiervan na afloop geestelijk verzorger is ingeschakeld 1x per twee weken
18	na langdurig proces van dementie en twee verhuizingen is echtgenoot eind december overleden in verzorgingshuis.	nog niets in opgenomen geestelijke verzorging is vervolg op begeleiding in de thuisituatie	niet te vinden	- rouw- en verlies verwerking	1x in de drie à weken
19	aanleiding tot inschakelen van geestelijk verzorger was zeer ernstige ziekte van dochter met wie contact was/is verbroken	nog niets in opgenomen	niet te vinden	- bespreken van verdriet en angst dochter te verliezen - luisterend oor - helpen in afweging weer in contact met dochter te komen	eerste drie maanden 1x per twee weken; hierna lagere frequentie. nu in afbouwfase

Indicatieaanvraag toegekend met terugwerkende kracht voor half jaar

Cliënt	Voorlopige zorgvraag	Reactie CIZ /verwoording toekenning	Kernbegrippen	In termen van geestelijke verzorging	Gespreksfrequentie
20	<p>- omgaan met voortschrijdende dementie echtgenoot en het gescheiden van hem wonen</p> <p>- verlies zus en zwager</p>	<p><u>Indicatie:</u> OB-dag klasse 4</p> <p>Eerste grondslag: somatische ziekte / aandoening Tweede grondslag: psychosociale problemen ten gevolge ziekte/aandoening</p> <p>mw. heeft moeite haar sociale leven vorm te geven nu zij onverwacht alleen is komen te staan vereenzaming dreigt. Dagopvang</p> <p>OB-alg. 1.4: dagelijkse routine regelen; structuur en - kortdurende ondersteuning in sociale redzaamheid, daar eenzaamheid dreigt.</p> <p>Toekenning voor half jaar Verwachte duur langer dan een jaar</p> <p>Dagopvang voorziet niet in behoefte van mw. om in huiselijke omgeving structuur en zinvolle dagindeling op te bouwen. Verwachting is dat mw. met OB-alg in haar eigen omgeving gestimuleerd zal worden dit wel te doen. Deze zorgbehoefte kan (deels) overgenomen worden door: - behandeling/revalidatie: n.v.t. - mogelijkheden in de omgeving of aanpassingen: n.v.t. - wettelijk voorliggende voorzieningen: n.v.t. - algemeen voorliggende voorzieningen: n.v.t. - toepassen van relevante criteria Beleidsregels en Normtijden OB-alg., omdat zorgbehoefte niet op andere wijze kan worden ingevuld.</p>	<p>Sociale relaties en maatschappelijk leven</p> <p>Psychosociaal welbevinden: moedeloos zijn, gemis van persoonlijke aandacht Mobiliteit</p>	<p>vertrouwelijke gesprekken ter verhoging gevoel van eigenwaarde en daarmee haar sociale redzaamheid en zelfredzaamheid</p>	<p>1x per week sinds 31-1-2008</p> <p>31-10-2007 was indicatie aangevraagd. In dit geval moest er drie maanden gewacht worden op de indicatie!</p>

Indicatieaanvraag toegekend

Cliënt	Voorlopige zorgvraag	Reactie CIZ /verwoording toekenning	Kernbegrippen	In termen van g.v.	Gespreksfrequentie
21	<p>- mw. is erg doof en heeft laatste tijd steeds meer last van duizelingen (volgens huisarts niet te verhelpen) waardoor zij zich onzeker voelt en deur niet meer uitkomt.</p>	<p>OB-alg 1.1 Problemen oplossen en besluiten nemen OB-alg 1.4 Dagelijkse routine regelen en structuur in dagindeling Eerste grondslag: somatische ziekte/aandoening</p>	<p>-Sociale redzaamheid - Sociale relaties en maatschappelijk leven - Mobiliteit</p>	<p>het leven voortzetten na overlijden partner (LAT) en uithouden</p>	<p>1x per 2 à 3 weken sinds 27/11/2007</p> <p>indicatie toegekend per 14-12-'07. Geldig tot 13-12-2012</p>

	<p>-mw. wil niet naar dagopvang, omdat zij zich in groepen door doofheid buitengesloten voelt.</p> <p>- mw. heeft twee jaar geleden vriend verloren; heeft geen kinderen en beide broers zijn overleden (nauwelijks meer sociale contacten)</p> <p>- mw. voelt zich vereenzamen en piekert over toekomst</p> <p>- sprake van ernstige beperkingen in dagelijks functioneren en sociale redzaamheid en dreigend sociaal isolement</p> <p>OB aanvraag om mw. te begeleiden en ondersteunen in omgang met verslechterde gezondheid en sociale situatie, opdat zij gevoel krijgt weer meer zelfredzaam te kunnen zijn</p>	<p>- voor vijf jaar</p> <p><u>Geen toelichting gegeven</u></p>			
22	<p>- mw. lijdt sinds tien jaar aan ziekte van Parkinson</p> <p>- heeft alle familieleden van generatie verloren en heeft verslechterde relatie met beide zonen.</p> <p>- hierdoor in sociaal isolement</p> <p>- ernstige depressiviteit en moedeloosheid</p> <p>- bezoekt incidenteel dagopvang, maar hiermee wordt gevoel moedeloosheid en zinloosheid niet minder</p> <p>- nodig zijn vertrouwelijke en inzichtgevende gesprekken met als thematieken coping (over manier waarop mw. met haar probleem omgaat) en zingeving (over manier waarop mw. problemen een plek kan geven in haar belevingswereld)</p> <p>Aanvraag AB i.p.v. OB, ook aangezien de problematiek nader onderzoek behoeft middels vertrouwelijke gesprekken, alsmede er advies, informatie en voorlichting gegeven moet worden over de aanpak van de problematiek</p> <p>(mondelinge toelichting ter voorkoming dat CIZ hierover iets vermeldt in toekenningsbrief); vermoeden huiselijk geweld)</p>	<p>AB aanvankelijk voor twee weken; snelle procedure vanwege hoge urgentie</p> <p>Geen toelichting gegeven</p> <p>2^e keer AB voor een half jaar</p> <p><u>Toelichting uit indicatiebesluit na 17-01-08</u></p> <p>Mw. is in een sociaal isolement geraakt vanwege verlies van al haar familieleden eigen generatie. Hierdoor ernstige depressiviteit en moedeloosheid. Mw. heeft vertrouwelijke en inzichtgevende gesprekken nodig en advies en voorlichting over aanpak problematiek.</p>	<p>- Psychosociaal welbevinden: moedeloos zijn</p> <p>- Beperking: Sociale redzaamheid</p> <p>- Problemen oplossen en besluiten nemen: mw. kan dit slechts met veel moeite</p> <p><u>Opn.</u> Mw. is in sociaal isolement geraakt vanwege verlies familieleden eigen generatie.</p>	<p>- het leven uithouden (mw. wil niet meer leven)</p> <p>- verliesverwerking</p> <p>- opnieuw proberen zin te vinden (moedeloosheid en zinloosheid)</p> <p> coping en zingeving vanuit christelijke levensbeschouwing</p>	<p>1x per week vanaf 15 -12-2007</p>