

Werkveld Eerste Lijn

Verslag 'Brainstormsessie geestelijke zorg in de eerste lijn' *Samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers*

14 november 2017, Hospice Utrecht, Kanaalstraat 200A in Utrecht.

Aanwezig: Liesbeth Gerritsen (GV, Rotterdam), Corine Baar (HA, Rotterdam), Godelieve van Liebergen (GV, Utrecht), Katja Beerman (GV, Leiden), Marleen van Venrooij (HA, Utrecht), Charlotte Molenaar (gespreksleider/GV, Amsterdam) en Martin Ruiter (verslaglegging/GV).

1. Doel avond

Allen hebben ervaring met de samenwerking tussen huisarts (HA) en geestelijk verzorger (GV), in de palliatieve zorg of breder huisartsenzorg/gemeente. Allen onderkennen het belang van de aandacht voor de levensvragen, zingeving en gewetenskwesaties voor de zorg en zien dat de inzet van GV hier meerwaarde biedt. Het is echter alleen via gekunstelde constructies dat dit momenteel mogelijk is.

Het doel: onderzoeken of we met elkaar kunnen bepalen wat een goede constructie is voor samenwerking, en welke acties nodig zijn om hier vorm aan te geven.

2. Welk onderwerp/topic wil je besproken hebben vanavond?

- Profilering: Hoe bereikt de startende GV de huisarts? HA Informeren wat de toegevoegde waarde is van GV. Onderscheid van GV met andere professionals. Vooral kijken naar aanvulling op elkaar. Wat voegt GV toe?
- Financiering: welke mogelijkheden
- Samenwerking: Handen ineen slaan: hoe? Samenwerkingsafspraken: hoe lopen de lijnen tussen HA en GV?
- Deskundigheid HA: Hoe kan HA levensvragen herkennen?

3. Wat zijn condities om GV in de eerstelijnszorg succesvol te kunnen laten zijn?

- I. Gezamenlijke scholing, bij HA gevoeligheid ontwikkelen voor levensvragen. (B.v. *Als ik me machteloos voel dan moet ik aan GV denken.*)
- II. GV dient een heldere plek te hebben in het totale zorgaanbod.
- III. Laagdrempeligheid (geen financiële drempels). Voor iedereen toegankelijk.
- IV. Belang van levensvisie, kwetsbaarheid, niet-maakbare leven erkennen. Tegenwicht tegen technische cultuur in geneeskunde en samenleving.
- V. Aansluiten bij actuele ontwikkelingen:
 - In huidige cultuur weinig rust/withoudingsvermogen bij tegenslagen. Mensen gaan vaak uit van de maakbaarheid van het leven. Mensen uit 'lagere' sociale milieus kunnen vaak beter met tegenslag omgaan. Daar is meer ervaring, meer gemeenschapsgevoel en hebben mensen een fijnmaziger netwerk. GV bijdrage aan leren omgaan met tegenslag.
 - Voltooid leven: GV helpt bespreekbaar maken en verkennen

- Positieve gezondheid (Machteld Huber)
 - Waardig ouder worden
 - Aan tafel bij overleggen (b.v. Platform Gezonde Wijk in Utrecht, regiotafels)
- VI. Netwerk dat draagvlak van onderop creëert:
- Wijkteams in Utrecht willen GV opnemen, maar gemeente Utrecht wil dat niet.
 - Huisartsen die elkaar (collegiaal) informeren over mogelijkheid, GV begint met scholing

4. Plek van GV in het totale zorgaanbod over 2 jaar? Vorm van samenwerking?

➤ **Plek in de wijk op het snijvlak gezondheid/welzijn.**

GV zou moeten worden aangevuld met meer activiteiten in de wijk, zoals zorgverleners, mantelzorg en vrijwilligers. Cursussen geven aan vrijwilligers en trainingsavonden aan professionals. Groepsactiviteiten en individuele gesprekken. Vraaggericht. Een 'alternatieve parochie' creëren. GV zou een coördinerende rol kunnen spelen om al deze aspecten op elkaar aan te laten sluiten.

- Aansluiten bij wat er al is en waar behoefte aan is, wat actueel is. Humanitas wil ook meer in de wijk aanwezig zijn, volgens de presentiemethode. Voorzitter Raad van Bestuur van Humanitas Gijsbert van Herk zet zich hiervoor in. Mogelijkheden zoeken om hierbij aan te sluiten.

➤ **Profilering**

- ABC model is nuttig: Aandacht Begeleiding Crisis.
- Nadruk op toegevoegde waarde van GV, zoals in wijkteams, i.p.v. profilering tegenover anderen; ondersteunend en aanvullend karakter.
- HA en GV moeten samen zoeken naar toegevoegde waarde van GV en elkaars taal leren begrijpen. HA kan jeuk krijgen van wollige taal van GV.
- Inzetten op:
 - Levensindeproblematiek/palliatieve zorg/PaTz, omdat HA en GV elkaar hier het beste kunnen vinden (strategisch argument).
 - Transculturele problematiek, zoals een avond over Islam, ziekte en gezondheid.
 - Levensvragen in spreekuur: frequente bezoekers. Er zijn patiënten die steeds maar terugkomen omdat de HA de vragen niet kan 'oplossen'. Na gesprekken met GV ziet HA die patiënt vaak niet meer terug. Dat scheelt HA tijd.
 - A.d.h.v. het model van Machteld Huber laten zien waar HA en waar GV werkt.
 - HA gevoeligheid ontwikkelen dat ziekte meer is dan een lichamelijk, psychisch en sociaal. Dit erkennen en als visie aannemen. Patiënten verpakken spirituele zaken vaak in medische zaken en de arts mag die uitpakken. Als de arts patiënt doorverwijst, moet HA ervoor zorgen dat patiënt zich niet afgewezen voelt door HA. HA: GV geeft op een andere manier aandacht. De dokter behandelt alleen ziektes. Patiënten voelen zich soms niet als mens gezien worden. In de GGZ worden mensen vaak gereduceerd tot ziektebeeld. (Machteloosheid)
 - Je afvragen of mensen de dingen een plek hebben gegeven. Mensen helpen rust te krijgen door hun verhalen te laten vertellen.
- De profilering professionaliseren, niet alles zelf doen.
- Aanbevolen boek: Arthur Frank, *The wounded storyteller*.

5. Financiering

- Overzicht vanuit Taskforce VGVZ op www.vgvz.nl
- Door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraar VGZ werkt samen met Institute for Positive Health van Machteld Huber om het instrument voor positieve gezondheid verder te ontwikkelen. In dit model is aandacht voor zingeving onderdeel van visie op gezondheid. VGZ ziet geen rol weggelegd voor de GV.
- GV: Verlengde arm constructie in de palliatieve zorg. Dubbel consult intensieve zorg (71,29 euro) doorrekenen aan GV.
- GV: Beroepsvereniging VGVZ zet in op vergoeding vanuit de basisverzekering. HA: moet je dit wel willen? Niet, want GV is geen medische behandelaar. Dan moet GV in die mal van behandelaar en problemen gaan oplossen. Dat is het laatste wat je wilt. GV kan preventief werken, maar zorgverzekeraars zien zichzelf in de eerste plaats als schadeverzekeraars. HA: Preventiemodel is onbetaalbaar.
HA: GV moet niet haar erkenning van ZvZ laten afhangen.
- Innovatiegelden Zorgverzekeraar (S3-gelden) benutten
- Door gemeente en welzijn. HA: In Rotterdam en Nijmegen is uit onderzoek gebleken dat het werk van de kerken miljoenen per jaar aan kosten scheelt en toch willen gemeenten geen geld beschikbaar stellen. Waarom? In de (gratis) informele sfeer houden? Scheiding van kerk en staat? Daarom het werk van GV generiek maken en niet afhankelijk van kerk.
- Voor (groeps)activiteiten entree vragen.

6. Samenwerking met HA

- I. Multidisciplinair overleg
 - a. binnen de wijk. Zo kun je de huisarts bereiken. HA: vroeger overlegden op veel plaatsen HA en GV uit parochie of kerk jaarlijks met elkaar.
 - b. In de palliatieve zorgoverleggen (Patz) kun je laten zien wat je waarde is, zonder verkooppraatje.
- II. Intervisie voor HA en GV
 - a. Rondom levenseindezorg. Plannen hiervoor in Utrecht door HA en GV. GV: Landelijk organiseren? HA: Het gevaar is dat huisartsen erop afknappen. Ze moeten gesteund worden in het trekken van hun eigen lijn en niet met de waan van de dag mee hoeven mee te gaan. Het werkt het beste door het lokaal te organiseren.

7. Welke ingangen zien we?

- I. Multifunctionele ingang: fysiek in de wijk (Huis van de wijk/Buurtontmoetingsplek, etc.
- II. Ingang via woningstichting/corporaties: verplichten om wooneenheden met zorg te maken.
- III. Scholing

- IV. Richtlijnen: richtlijn spirituele zorg. In de gemeente: Wie toets je dan? HA kunnen getoetst worden op b.v. palliatieve zorg, maar hoe doe je het gemeente breed?
- Vanuit VGVZ (beroepsvereniging GV):
 - Zichtbaarheid en profilering. HA kan GV moeilijk vinden. Oproep aan GV om zichtbaar te worden: wordt ondernemer.
 - Indicatie document
 - Landelijke overzichtskaart
 - Platform met 24 uur bereikbaarheidsdienst creëren?
 - Machteld Huber benaderen: positieve gezondheid? Het gaat om quality of life. Zingeving: mogelijkheden. Hoe kunnen wij jullie faciliteren?
 - Samen met LHV/NHG:

Je kunt niet dingen van bovenaf invoeren. Het moet van onderen komen en van bovenaf ondersteund worden.

 - Gezamenlijke scholing GV/HA
 - Scholing door GV aan HA

Wat GV zelf kan doen:

1. Huisartsen lokaal benaderen via voorlichting/scholing waarin deskundigheidsbevordering centraal staat. Hen laten zien wat ze al doen (zie volgende alinea punt 6). Scholing/voorlichting in Patz team, daarna deelnemen
2. Waar vallen lokaal de gaten? Spring hierop in met activiteiten.
3. Werk samen met lokale organisaties op domein zorg/welzijn, aansluiten!
4. Naar gemeente toe gaan en vragen om gesprek.
5. Start pilot rondom palliatieve zorg (S3 innovatiegelden).
6. Meer samenwerking opzoeken met andere GV in de regio. Samen kom je professioneler over en ben je minder kwetsbaar.
7. Binnen Gezondheidscentrum Levinas in Rotterdam meer islamitische GV op de kaart krijgen. Daar is veel behoefte aan. Uitleggen wat verschil is tussen GV en imam.

Wat HA zelf kan doen:

1. Vragen stellen aan patiënt: naar religiositeit, naar gevoelens van machteloosheid, Wat houdt u op het moment bezig?
2. Oprechte aandacht tonen: Mensen het gevoel hebben dat ze gezien worden.
3. Collega's warm maken voor GV. Je neemt iets het gemakkelijkst aan van mensen die je na staan.
4. GV ondersteunen en diens werk borgen om goede positie te houden. Ondersteuning van lokaal initiatief, op de vraag die daar is.
5. Scholing organiseren voor collega's: Hoe maak je een HA gevoelig voor levensvragen? Hoe levensvragen herkennen en bespreekbaar maken?

6. Uitdaging voor huisartsen om te zien wat ze al doen. Er is een gebied dat ze doen, een tussengebied en er is een derde specialistisch gebied waar je moet doorverwijzen. (ABC)
7. Bij zorgverzekeraar plan voor innovatie indienen. Beneden € 21.000 kan het eenvoudig door zorgverzekeraar goedgekeurd worden. GV is innovatief (S3) dus hier plan voor indienen.
8. Samenwerking met GV m.i.v. 2018 verbeteren via nieuwe betaaltitels voor Organisatie en Infrastructuur (O&I), de opvolger van de bestaande GEZ-regelingen. Met O&I kan de organisatie van de samenwerking in de eerstelijns gestimuleerd en verbeterd worden.

Vervolg

De aanwezigen willen over een half jaar weer bij elkaar te komen in Rotterdam. Er is dan voldoende tijd om aan besproken zaken te werken. Het zou mooi zijn als bij de huidige huisartsen die het belang van GV inzien ook 'nieuwe' huisartsen aansluiten. Dan ook nader ingaan op de vraag: Hoe kan de huisarts levensvragen herkennen?

Koester wat je hebt en werk van daaruit verder. Het is zonde van de energie om mensen die niet willen, proberen te overtuigen.