

# Financiering van GV in de thuissituatie

## Observaties en vragen vanuit de PLOEG-projecten

Geestelijk verzorgers werken al geruime tijd in institutionele contexten, maar daarbuiten (bijvoorbeeld in de thuissituatie) is het niet vanzelfsprekend dat geestelijke verzorging beschikbaar is. Met de nieuwe aanpak voor ondersteuning van geestelijk verzorgers in de thuissituatie is hier verandering in gekomen voor mensen in de palliatieve fase (patiënten en naasten) en voor vijftigplussers. De vraag is echter of de bekostigingsstructuur voor deze zorg past bij de feitelijke contacten.

**Anke Liefbroer, Annelieke Damen, Selma Haverkate, Jenny Kloosterhuis, Sjaak Körver, Carlo Leget, Anja Visser, Iris Wierstra en Hetty Zock**

**I**N HET PALLIATIEF Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke verzorging ofwel PLOEG (gefinancierd vanuit het ZonMw-programma 'Palliantie. Meer dan zorg') wordt door middel van drie deelprojecten de bestaande praktijk van geestelijke verzorging in de eerste lijn in kaart gebracht en worden instrumenten ontwikkeld en onderzocht om deze bestaande praktijk te ondersteunen en/of verder te ontwikkelen. De eerste observaties van de onderzoeken laten zien dat geestelijke verzorging in de thuissituatie (ten minste) twee vormen aanneemt. Een deel van de geestelijk verzorgers lijkt zich hoofdzakelijk te richten op kortdurende, gestructureerde interventie, waarbij de geestelijk verzorger bij de cliënt langskomt en een reeks gesprekken ('consulten') voert in een relatief kort tijdsbestek (bijvoorbeeld één tot twee maanden). Doel van deze gesprekken is veelal de acute spirituele of existentiële nood te verlichten en zo mogelijk te verhelpen. Na de reeks wordt het contact afgerond.

Een andere vorm van geestelijke verzorging in de eerste lijn is wat wij 'waakvlamzorg' noemen: de geestelijk verzorger voert af en toe een gesprek met de cliënt, soms ook te

lefonisch, en doet dit gedurende een relatief lang tijdsbestek (bijvoorbeeld meerdere jaren). In deze waakvlamzorg volgt de geestelijk verzorger de cliënt langdurig in zijn of haar omgeving en is beschikbaar voor eventuele crisissituaties. Het contact wordt na één of meer gesprekken niet beëindigd, maar blijft – op een spreekwoordelijk ‘laag pitje’ – in stand.

Hoewel beide vormen van geestelijke verzorging plaatsvinden binnen de thuissituatie, gaat de meeste aandacht uit naar de kortdurende, gestructureerde interventievorm van zorg. Zo wordt financiering in het kader van de VWS-subsidieregeling gekenmerkt door bekostiging van een beperkt aantal consulten (Agora, 2019) en wordt in onderzoek een kortdurende interventie ontwikkeld bestaande uit een serie gesprekken (zoals PLOEG-2). De waakvlamzorg blijft daarmee grotendeels buiten beeld. In dit artikel bieden wij daarom een eerste verkenning van deze vormen van zorg en de implicaties voor financiering. Na een bespreking van de observaties vanuit de drie PLOEG-projecten, wordt een aantal vragen besproken die beide vormen van zorg oproepen.

## Observaties

Observaties PLOEG-1: spirituele zorg dichtbij huis

PLOEG-1 focust op hoe het snel toegomen aantal praktijken geestelijke verzorging in de thuissituatie zich organiseert en bestendigt. Doel van dit onderzoek is de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en in het sociale domein te bevorderen, onder meer via een rapport met beschrijvingen van succesvolle praktijken (‘best practices’), een adviesplan en een publiek toegankelijke toolbox, bestemd voor geestelijk verzorgers, zorgverleners en cliënten.

In deze paragraaf geven we indrukken weer uit ongeveer zestig interviews met geestelijk verzorgers. Zij zijn werkzaam voor verschillende doelgroepen in de thuissituatie en betrokken bij zowel nieuwe Centra voor

Levensvragen als bij al langer bestaande, goed functionerende praktijken, de zogenoemde ‘pioniers’ (circa dertig van de zestig). De meeste geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de thuissituatie, werken tevens intramuraal; (vrijwel) niemand kan van de eigen extramuraal activiteiten financieel rondkomen.

Hoe passend is dit model voor de typen contact die geestelijk verzorgers hebben?

De meeste Centra voor Levensvragen, waar geestelijk verzorgers veelal bij aangesloten zijn, hanteren een maximumaantal gesprekken (vijf of zes) per cliënt of per cliënt per jaar. In crisissituaties vinden de gesprekken plaats gedurende een korte, intensieve periode, maar in andere situaties worden ze ook uitgespreid over een langere tijd. Daarna wordt kritisch geëvalueerd of een vervolg van het contact nodig en gewenst is.

De al langer bestaande Centra draaiden tot voor kort vooral op subsidies van onder meer fondsen en gemeenten. In deze centra is er meer diversiteit aanwezig in doelgroepen, werkwijzen en duur van het contact dan in centra die opgericht zijn naar aanleiding van de VWS-richtlijnen. De meerderheid van de respondenten begeleidt ook mensen in de palliatieve fase. Zij benoemen dat ze vaak pas in de terminale fase ingeschakeld worden, waardoor er soms maar één gesprek (en eventueel nazorg) mogelijk is. Hun indruk is echter dat de geestelijk verzorger in een eerder stadium ook van betekenis had kunnen zijn.

Er is in de onderzochte praktijken over het algemeen weinig sprake van waakvlamzorg, hoewel contacten met cliënten soms wel van relatief lange duur kunnen zijn. Zulke langdurige contacten zien we vooral in de organisaties die met vrijwilligers



werken; deze hebben contact met cliënten als er iets bijzonders aan de hand is (voor een langduriger begeleiding, maar ook voor een 'praatje'). We zien ze ook in het sociaal domein, zoals een inlooppreekuur of gespreksgroep in een buurthuis. Een aantal pioniers heeft enkele langdurende contacten, maar gaat daar heel terughoudend mee om. De geestelijk verzorgers houden in die gevallen soms af en toe telefonisch contact, maar zijn bang voor het creëren van afhankelijkheid.

*De cliënt moet niet afhankelijk van je worden. Ik wil wel een ruggensteuntje zijn, maar ik wil niet dat ze omvallen als ik weg ben. Ik wil een stukje meelopen – maar niet de hele weg.*

Onder de geestelijk verzorgers klinken geluiden dat de VWS-subsidieregeling enerzijds kansen biedt om nieuwe doelgroepen te bereiken, maar anderzijds ook meer sturend is wat betreft de vorm en doelgroep van de begeleiding.

Observaties PLOEG-2: in dialoog met je levensverhaal  
PLOEG-2 richt zich op de inhoud van de

geestelijke verzorging. In zes gesprekken wordt het levensverhaal van palliatieve cliënten en de plaats van zingeving en levensbeschouwing in dat verhaal besproken, aan de hand van een (in het onderzoek ontwikkeld) gespreksmodel. Het onderzoek focust op de ervaring van geestelijk verzorgers en cliënten met het werken met dit model en het effect ervan op spiritueel welbevinden.

Voor dit onderzoek hebben wij met coördinatoren en geestelijk verzorgers, betrokken bij veertien Centra voor Levensvragen verspreid over Nederland, gesproken om een verwijzingsstructuur voor cliënten en geestelijk verzorgers op te zetten. Ook spraken wij hen over hun ervaringen met geestelijke verzorging in de thuissituatie. Uit deze verkennende gesprekken blijkt ten eerste dat er een grote variatie tussen geestelijk verzorgers bestaat in hun manier van werken en in de duur en frequentie van de begeleiding. Gemiddelden zijn daardoor moeilijk te geven, maar vaak lijkt het om drie tot vier gesprekken te gaan die bij het ene centrum in een tijdsbestek van zes tot acht weken worden gevoerd en bij het andere centrum verspreid worden over de duur

van zes maanden. Dit suggereert dat zowel kortdurende interventiegerichte zorg, als langdurende waakvlamgerichte zorg in de thuissituatie wordt geboden.

Ten tweede leren de gesprekken met de Centra voor Levensvragen ons dat sommigen positief en enthousiast zijn over het gestructureerde karakter van het gespreksmodel, terwijl anderen juist terughoudender reageren. Uit de verkennende gesprekken blijkt dat sommigen (vooral coördinatoren) enthousiast zijn, omdat zij graag zien dat geestelijke verzorgers meer doelgericht en methodisch werken. Daarentegen roept een gestructureerd gespreksmodel bij een deel van de geestelijk verzorgers de associatie op met een medisch model, waarin zij als behandelaren optreden en een vooropgesteld doel moeten nastreven. Dit past volgens hen niet bij de praktijk van geestelijke verzorging. Tegelijkertijd is de interesse en bereidheid om mee te werken aan het onderzoek bij geestelijk verzorgers groot en horen wij ook positieve geluiden over de kansen van methodisch werken voor de geestelijke verzorging. Deze observaties uit het PLOEG-2 onderzoek sluiten daarmee aan bij eerder onderzoek (o.a. Damen e.a., 2019) dat geestelijk verzorgers uit zichzelf vaak niet zo snel geneigd zijn om gestructureerd en daarmee ook interventiegericht te werken.

Observaties PLOEG-3: integratie geestelijke verzorging in de eerste lijn vanuit drie multidisciplinaire praktijken

PLOEG-3 richt zich op de ontwikkeling van drie signalerings- en verwijzings tools in Rotterdam (bij gezondheidscentrum Levinas), Amsterdam (bij Cordaan Thuiszorg) en Utrecht (bij verschillende organisaties). Deze tools ondersteunen eerstelijnszorgverleners om zingevingsprocessen te signaleren bij hun cliënten en te besluiten of de aandacht daarvoor voldoende is of dat er doorverwezen moet worden naar een andere zorgverlener.

Om de tools per locatie te ontwikkelen, werden focusgroepen gehouden met een multi-

disciplinair team en een overkoepelende projectgroep. Twee thema's die tijdens deze focusgroepen naar voren kwamen, zetten vraagtekens bij een financieringsmodel dat uitgaat van een vast aantal consulten. Ten eerste geven geestelijk verzorgers en andere zorgverleners aan dat vertrouwen de basis vormt voor het bespreken van zingeving. Om dit vertrouwen op te bouwen, is soms tijd nodig of ruimte zodat het via onverwachte wegen kan ontstaan.

Er wordt in de thuissituatie zowel interventiegerichte zorg als waakvlamzorg geboden

*Bij een aantal cliënten werkt dat niet goed, want dat zijn juist de cliënten over wie jij zojuist zei: juist tijdens het wassen of de verzorging ontstaan zulk soort gesprekken. Die mensen zijn vaak ongelukkig met iemand zoals wij, die dan komt om te praten.*

*Je kunt niet in je protocol zeggen: bij het derde bezoek gaan we het eens gezellig hebben over wilt u nog euthanasie of niet. Het is inderdaad van heel veel dingen afhankelijk. Ik was laatst bij een meneer, ik ben er nu drie keer geweest. En vanaf het eerste moment ging het heel erg de diepte in. Dat kan ook, weet je?*

Ten tweede komt uit de focusgroepen naar voren dat zingevingsprocessen moeilijk in een tijdpad te vangen zijn. Het kan zijn dat bepaalde thema's op sommige momenten heftig spelen, vervolgens schijnbaar beantwoord zijn, maar op een later moment toch weer de kop opsteken. Zingevingsprocessen zijn vaak complexe processen die niet altijd helemaal of direct toegankelijk zijn voor zowel de cliënt als de zorgverlener.

*Soms zeggen mensen heel veel, maar pak je het niet op. Omdat het in een andere taal gebeurt of in een verborgen taal. (...) Maar volgens mij is dat ontzettend belangrijk. Niet iedereen kan con-*

*creet verwoorden wat zijn zingeving of spiritualiteit is. Vaak zit het onder andere lagen.*

Deze twee thema's vragen soms om waakvlamzorg van geestelijk verzorgers. Hierin speelt het netwerk van geestelijk verzorgers met cliënten een grote rol van betekenis, gekenmerkt door continue aandacht voor wie er in de knel komt en mogelijk extra zorg nodig heeft. De geestelijk verzorgers in het project merken dan ook op dat zij bij een vastgesteld aantal gesprekken soms voor een dilemma komen te staan: het contact afronden vanwege een gebrek aan financiële vergoeding of iemand vrijwillig

de vorm van zorgverlening sterker nadruk gelegd op een onderlinge vertrouwensband die tijd nodig heeft om te ontstaan.

Beide vormen van zorgverlening zijn niet nieuw, maar sluiten aan bij bestaande modellen van geestelijke verzorging. Zo past interventiegerichte zorg bij de rol van de geestelijk verzorger als hulpverlener en vertoont de waakvlamzorg gelijkenis met de rol van de geestelijk verzorger als medemens (Heitink, 2001; Ganzevoort & Visser, 2007; Liefbroer, Ganzevoort & Olsman, 2019).<sup>1</sup> Ook doet de waakvlamzorg denken aan pastorale zorgverlening (zoals gebruikelijk binnen kerken en parochies) en aan de rol van de geestelijk verzorger als 'geestelijke', waarbij een pastor of dominee langdurig contact onderhoudt met kerkgenoten of parochianen.

Een van de vragen die deze verkenning oproept, is in hoeverre interventiegerichte zorg en waakvlamzorg aansluiten bij de zingevingbehoefte van cliënten. Uit de observaties uit alle onderzoeken blijkt dat beide vormen in de praktijk voorkomen en dat – en dat blijkt het duidelijkst uit de observaties van PLOEG-1 – de kortdurende vorm het meest in de praktijk gebruikt wordt. Tegelijkertijd suggereren observaties van PLOEG-3 dat waakvlamzorg, waarin een langduriger relatie tussen geestelijk verzorger en cliënt wordt opgebouwd, soms noodzakelijk is om zingevingvragen te kunnen bespreken, bijvoorbeeld tijdens een serie meer interventiegerichte gesprekken. Ook wekken de observaties van PLOEG-2, onder meer wat betreft het gebrek aan doelgerichtheid en methodisch werken onder geestelijk verzorgers, de suggestie dat geestelijk verzorgers zich niet altijd toegerust voelen om meer gerichte interventiezorg te bieden en daarmee (wellicht uit noodzaak) tot waakvlamzorg overgaan. De resultaten van het PLOEG-2-onderzoek, waarin het effect van bestaande zorgverlening op spiritueel welbevinden vergeleken wordt met een interventie, kunnen mogelijk antwoord geven op de vraag naar het cliëntperspec-

## Welke financieringsstructuur sluit het beste aan bij de huidige praktijk van eerstelijnszorg?

blijven begeleiden. Uit de observaties van PLOEG-3 komt daarmee naar voren dat de organisatie van geestelijke verzorging in de palliatieve zorg soms volgens de beschreven relatief kortdurende, interventiegerichte vorm verloopt, maar vaak (ook) een vorm van waakvlamzorg is.

### Discussie

De observaties vanuit de drie PLOEG-onderzoeken maken duidelijk dat er in de praktijk van geestelijke verzorging in de thuissituatie zowel relatief kortdurende interventiegerichte zorg, als langer durende waakvlamzorg geboden wordt. Bij de eerste vorm van zorgverlening treedt de geestelijk verzorger vooral op als 'expert' die de cliënt helpt of ondersteunt op het moment dat dat nodig is. Bij de tweede vorm ligt de nadruk meer op de geestelijk verzorger als vertrouwenspersoon en naaste, die op verscheidene momenten in de loop van de tijd beschikbaar is voor de cliënt. Waar bij de eerste vorm van zorgverlening de relatie met de cliënt vooral kortdurend en coachend van aard lijkt, wordt bij de twee-

tief. Ook de enquête onder cliënten door PLOEG-1 kan zicht bieden op hoe cliënten de meer interventiegerichte werkwijze ervaren van geestelijk verzorgers die in de thuissituatie werkzaam zijn.

Een vraag waarmee wij deze verkenning willen afsluiten, betreft welke financieringsstructuur het beste aansluit bij de huidige praktijk van eerstelijnszorg. De VWS-subsidieregeling, waarin een aantal consulten in relatief kort tijdsbestek wordt gefinancierd, past binnen gestructureerd en interventiegericht werken, maar lijkt onvoldoende aan te sluiten bij langer durende waakvlamzorg. Deze verkenning zet daarmee aan tot een heroverweging van de bestaande financieringsstructuur. Is een mix van financieringsmodellen mogelijk waarmee beide vormen van zorg bekostigd kunnen worden? In zo'n heroverweging kan de geestelijke verzorging mogelijk leren van al langer bestaande Centra voor Levensvragen, maar ook van andere beroepsgroepen, zoals de psychologische hulpverlening – waarin interventiegericht werken een gebruikelijke vorm is – en het sociale domein van maatschappelijk werkers en (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen dat raakvlakken vertoont met de hier beschreven waakvlamzorg. Wellicht dat deze andere beroepspraktijken bruikbare handvatten kunnen bieden voor het omgaan met verschillende zorgbehoeften bij cliënten en voor het vinden van een passende financieringsstructuur die aansluit bij de eerstelijnspraktijken van geestelijke verzorging.

Anke Liefbroer is promovenda interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging bij de Vrije Universiteit Amsterdam en onderzoeker en docent godsdienstpsychologie bij de Universiteit van Tilburg. E-mail: a.i.liefbroer@vu.nl.  
Annelieke Damen is promovenda effecten van geestelijke verzorging bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.  
Selma Haverkate is onderzoeker geestelijke verzorging bij de Rijksuniversiteit Groningen.

Jenny Kloosterhuis is onderzoeker geestelijke verzorging bij de Rijksuniversiteit Groningen.  
Sjaak Körver is universitair hoofddocent geestelijke verzorging bij de Universiteit van Tilburg en hoofdredacteur van dit tijdschrift.

Carlo Leget is hoogleraar zorgethiek en bijzonder hoogleraar palliatieve zorg bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Anja Visser is universitair docent geestelijke verzorging bij de Rijksuniversiteit Groningen.

Iris Wierstra is onderzoeker geestelijke verzorging bij de Universiteit van Tilburg en de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Hetty Zock is bijzonder hoogleraar levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid bij de Rijksuniversiteit Groningen.

## Literatuur

Agora (2019). *Factsheet 2: subsidieregeling geestelijke verzorging thuis*. Internet: [www.agora.nl/wp-content/uploads/2020/03/Factsheet-2.pdf](http://www.agora.nl/wp-content/uploads/2020/03/Factsheet-2.pdf) (8 april 2020).

Damen, A., Schuhmann, D., Leget, C. & Fitchett, G. (2019). Can outcome research respect the integrity of chaplaincy? A review of outcome studies. *Journal of Health Care Chaplaincy*.

Ganzevoort, R.R. & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.

Heitink, G. (2001). *Biografie van de dominee*. Baarn: Ten Have.

Katwyk, P.L. van (2003). *Spiritual care and therapy: integrative perspectives*. Waterloo, ON: Wilfred Laurier University Press.

Liefbroer, A.I., Ganzevoort, R.R. & Olsman, E. (2019). Addressing the spiritual domain in a plural society: what is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental Health, Religion and Culture*, 22 (3), 244-260.

## Noot

1. Vergelijkbare rollen worden onderscheiden in het competentiemodel en het compassiemodel (VanKatwyk, 2003). Het eerste focust vooral op de coachende, helpende rol van de geestelijk verzorger en diens inhoudelijke expertise, terwijl het tweede de medemenselijke rol van de geestelijk verzorger benadrukt en het belang van empathie en medeleven (p. 70).