

## Bijlage.

### Vragen voor professionele spirituele zorg binnen de intramurale zorg.

#### **1. Maak binnen de persoonsvolgende financiering binnen de sector voor personen met een handicap en binnen de sector van de ouderenzorg ook ruimte voor aanbodgestuurd werken.**

De overstap naar persoonsvolgende financiering in de sector voor personen met een handicap (en het denkproces hierrond binnen de sector van de ouderenzorg) betekent een switch van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg en ondersteuning, wat wij alleen maar toejuichen.

Wanneer hierbij echter geen enkel aanbodgestuurd en geïntegreerd werken meer mogelijk is, dreigen vele zorgvragers niet de noodzakelijke professionele spirituele zorg te ontvangen. Het gaat hier immers over trage vragen waarbij personen vaak reeds hulp nodig hebben bij de formulering van hun spirituele nood en/of vaak de spirituele nood niet herkend wordt door de zorgmedewerkers.

Hierbij willen we verwijzen naar de resultaten van wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd in Nederland op vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> én naar de Kamerbrief van minister De Jonge<sup>2</sup> waarin hij concreet uiteenzet hoe hij met de onderzoeksresultaten aan de slag gaat.

#### **2. Zorg voor een zekere financiering van professionele spirituele zorg in de sector van de ouderenzorg.**

Op dit ogenblik kan de sector van de ouderenzorg op geen enkele financiële tegemoetkoming rekenen om de spirituele zorg voor hun bewoners op een professionele manier te verzorgen.

We willen zeker niet het onmogelijke vragen: een gesubsidieerde professioneel spiritueel zorgverlener per woonzorgcentrum. Maar we vragen wel om de piste te bekijken dat een aantal

---

<sup>1</sup> Agora – Leven tot het einde! De wereld van de trage vragen. Geestelijke begeleiding in de palliatieve zorg thuis, knelpunten en verbetervoorstellen (oktober 2016): <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Agora-boekje-De-wereld-van-de-trage-vragen-1.pdf>

- p. 4: “Patiënten en naasten ervaren regelmatig problemen op geestelijk gebied, maar kunnen die vaak niet goed verwoorden en weten niet waar ze er mee terecht kunnen. In de praktijk zien we dat thema’s rond het levenseinde mensen onrustig en angstig kunnen maken en dat ze er in stilte mee blijven worstelen. Het zijn zogenaamde *trage vragen*, waar je niet zo maar een concreet antwoord op kunt geven en dat wordt vaak ook niet verwacht.”
- p. 5: “Als patiënt en naaste ben je afhankelijk van de gevoeligheid én competenties van de (informele en formele) zorg voor trage vragen: je treft het óf je treft het niet. Doordat er geen standaard training is op dit gebied, verschillen zorgverleners in het gericht zijn op vragen rond leven en dood en in hun vaardigheid om er goed mee om te gaan.”

<sup>2</sup> Kamerbrief minister Hugo De Jonge (08/10/2018): <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/10/Naamloze-bijlage-01235.pdf>

- “Het thematisch onderzoek concludeert dat de bereikbaarheid van geestelijke verzorging niet optimaal is. Dit heeft meerdere oorzaken die zich op verschillende niveaus bevinden. *Een eerste oorzaak is dat de aard van levensvragen zodanig is dat ze zich niet makkelijk laten vertalen in een hulpvraag.* Een tweede oorzaak is dat patiënten, naasten en zorgverleners onvoldoende bekend zijn met de (deskundigheid van) geestelijk verzorgers. Een derde oorzaak van gebrekkige toegankelijkheid is dat geestelijk verzorgers organisatorisch niet altijd integraal onderdeel uitmaken van het zorgproces. Dit laatste is met name het geval in de eerstelijnszorg. Hier zijn geestelijk verzorgers doorgaans geen onderdeel van de zorgorganisatie. Verder speelt mee dat er signalen zijn dat ook het aantal geestelijk verzorgers in intramurale settings afneemt en dat mensen vanuit ziekenhuizen sneller naar huis gaan en sowieso langer thuis wonen.”
- “Als mensen in de thussituatie behoefte hebben aan geestelijke verzorging, waar het eigen sociale netwerk niet in kan voorzien, kunnen zij zelf contact opnemen met een geestelijk verzorger of kunnen zij door een zorgverlener worden doorverwezen naar een geestelijk verzorger. *Het doorverwijzen komt relatief vaker voor dan zelf contact opnemen, omdat de behoefte om over levensvragen door te praten vaak pas in een gesprek met derden manifest wordt.*”

woonzorgcentra samen gesubsidieerde professioneel spirituele zorgverleners zouden kunnen engageren om enerzijds de specialistische spirituele noden (die veelvuldig voorkomen gezien de stijgende zorggraad) te lenigen als de experten ter zake én om anderzijds alle zorgmedewerkers te kunnen opleiden en coachen in het opvangen van de eerstelijns spirituele zorg.

**3. Zet voldoende middelen in om zorgvoorzieningen (algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen) de mogelijkheid te bieden om professionele spirituele zorg in te kunnen zetten als onderdeel van een professionele totaalzorg, net zoals voor de professionele zorg binnen de lichamelijke, sociale en psychische dimensie.**

Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen zetten enorm in op kwaliteitsvolle zorg. Het werken met accreditatiesystemen valt ook binnen dit streven. We zien binnen de bruikbare accreditatiesystemen ook de normen voor professionele spirituele zorg verhogen. We willen als voorbeeld NIAZ aanbrengen: binnen NIAZ 'QMentum Global', dat de 'NIAZ QMentum' normensets vervangt vanaf 1 januari 2020, wordt naast het 'recht op uitoefening levensbeschouwing' en 'recht op een ruimte om religieuze overtuiging te beleven', ook volgende norm overal vermeld waar het om patiëntgerichte normensets gaat (revalidatie en hospicezorg, maar ook kritieke diensten etc.): "De spirituele behoeften en voorkeuren van de cliënt worden beschouwd als een integraal onderdeel van het zorg- en genezingsproces en worden besproken wanneer er zorgbeslissingen moeten worden genomen met mogelijk een ethische of spirituele component." Deze norm wordt als een 'gouden' norm gezien, zijnde de 'laagste' (zeker te halen) graad van kwaliteitsnormen en dus een norm waar elk NIAZ-geaccrediteerd ziekenhuis vanaf 2020 aan zal moeten voldoen.

Hoe moeten ziekenhuizen naar deze norm kunnen streven als zij geen voldoende middelen ter beschikking hebben om professionele spirituele zorgverleners te engageren? Dit staat haaks op de vele huidige erkenningsnormen vanuit de overheid.

We vragen uitdrukkelijk dat er binnen het uitwerken van erkenningsnormen voor specifieke zorgtrajecten als concretisering van een visietekst ook aandacht is voor de professionele spirituele zorg.

Vanuit het werkveld horen we bijvoorbeeld expliciet de vraag van de spiritueel zorgverleners werkzaam binnen de algemene ziekenhuizen i.v.m. beroertezorg<sup>3</sup>: "Wij werken nauw samen met de stroke coach, nemen deel aan de stuurgroep, participeren in de werking rond mantelzorg ... maar als puntje bij paaltje komt, hebben we nergens recht op terwijl de nood op vlak van zingeving zeer groot is."

Maar deze vragen bereiken ons ook in verband met zorgtrajecten op oncologische dagziekenhuizen, geriatrie leidraden rond het levenseinde, Minimale Verpleegkundige Gegevens ...

Vragen voor professionele spirituele zorg binnen de extramurale zorg.

**4. Veranker professionele spirituele zorg binnen de palliatieve thuiszorg.**

Ook binnen de Belgische palliatieve thuiszorgteams is geen (financiële) ruimte voor geïntegreerde professionele spirituele zorg, het is dé lacune binnen de vier dimensies van de totaalzorg. Terwijl de spirituele noden onder andere precies binnen palliatieve situaties vaak de kop opsteken.

In Nederland heeft men ook de keuze gemaakt om in eerste instantie via de palliatieve thuiszorg te werk te gaan (cf. voetnoot 1 en 2).

<sup>3</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Visietekst\\_Beroertezorg\\_Vlaanderen\\_0.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Visietekst_Beroertezorg_Vlaanderen_0.pdf) - op p. 26 wordt expliciet een taskforce vermeld om onder meer te kijken naar een eventuele aanpassing van de erkenningsnormen. Wij willen vragen om zeker artikel 11 uit het KB van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's 'beroertezorg' moeten voldoen om erkend te worden (Het zorgprogramma kan binnen het ziekenhuis een beroep doen op een kinesist, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een psycholoog, een maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige.) te herbekijken en daarbij alle dimensies van de totaalzorg evenwaardig te behandelen.

## **5. Veranker professionele spirituele zorg binnen de mobiele behandelingsteams voor acute en chronische problematiek.**

Het is opvallend dat spiritueel zorgverleners geen deel uitmaken van de mobiele behandelingsteams die op poten werden gezet binnen de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (artikel 107).

Vanuit het werkveld horen we deze vraag echter expliciet van de spiritueel zorgverleners werkzaam binnen de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg:

- soms zijn ze reeds betrokken bij de zorg voor bepaalde zorgvragers wanneer ze opgenomen waren in de zorgvoorziening, en moeten ze in de ambulante thuiszorg afhaken;
- soms krijgen ze vragen vanuit mobiele teams, maar kunnen ze hierop niet ingaan.

We vragen tenslotte dat de toegang van de patiënt tot spirituele zorg vanuit zijn of haar levensbeschouwelijke wensen zou worden gegarandeerd en dat zou worden toegezien op een billijke verdeling van de middelen over de verschillende erkende levensbeschouwingen.

Kristien Henderickx

Coördinator van de Beroepsvereniging voor Zorgpastores

Coördinator van de Interlevensbeschouwelijke Werkgroep project erkenning spirituele zorg in de gezondheids- en welzijnszorg

[kristien.henderickx@zorgpastores.be](mailto:kristien.henderickx@zorgpastores.be)

0498/67.11.94.