



Spirituele zorg *dicht* *bij huis*

**Best practices voor integratie
van geestelijke verzorging in
de eerstelijnszorg en het
sociaal domein in Nederland**

Onderzoeksrapport

Colofon

Groningen, april 2022

Auteurs

Dr. Anja Visser
Drs. Selma Haverkate
Drs. Jenny Kloosterhuis
Prof. dr. Hetty Zock

Mede mogelijk gemaakt door

Solidariteitsbijdrage van de gezamenlijke religieuzen
in Nederland via KNR- Projecten in Nederland (PIN)
ZonMw

Vormgeving titelpagina

Studio RROOK



rijksuniversiteit
groningen



ZonMw

Samenvatting

Aanleiding

Een toenemende zorgvraag in de thuissituatie, door dubbele vergrijzing en extramuralisering van zorg, in combinatie met een pluraliserend levensbeschouwelijk landschap, zorgen voor toenemende vraag aan begeleiding, advisering en scholing op het gebied van zingeving en levensvragen in de thuissituatie. Geestelijk verzorgers zijn expert op dit gebied, maar waren tot 2019 nog nauwelijks aanwezig in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Eerder onderzoek wees op de volgende beïnvloedende factoren:

- 1) Onduidelijkheid bij financiers, zorgverleners en burgers over het inhoudelijke aanbod van geestelijk verzorgers
- 2) Onvoldoende inzicht in de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging voor de zorg bij financiers en zorgverleners
- 3) Gebrek aan structurele financiering in overleg met gemeenten, zorgverzekeraars, fondsen en particulieren
- 4) Ontbreken van een actieve ondernemende houding van geestelijk verzorgers om de onduidelijkheid, onbekendheid en het gebrek aan structurele financiering aan te pakken.

In deze studie is onderzocht hoe geestelijke verzorging structureel ingebed kan raken in de eerstelijnszorg en het sociaal domein in Nederland.

Methode

Er is gebruik gemaakt van een gemengde methodenonderzoek met behulp van interviews onder 70 geestelijk verzorgers werkzaam in de thuissituatie, deskresearch naar 147 organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie, focusgroepen met samenwerkingspartners van drie organisaties geestelijke verzorging en een enquête onder 24 ex-cliënten. Hierin is onderzocht hoe organisaties functioneerden, hoe ze tot stand gekomen waren en wat daarin bevorderend en belemmerend was, wat de samenwerkingspartners nodig hadden om tot een goede samenwerking te komen met de geestelijk verzorgers en hoe voor cliënten het traject naar de geestelijk verzorger toe verliep en hoe zij de begeleidingscontacten hebben ervaren. Vergelijkende analyse tussen goedlopende en minder goedlopende organisaties op basis praktijkbeschrijvingen samengesteld uit de interviews en

de deskresearch gaf inzicht in *best practices* voor integratie van geestelijke verzorging in zorg en welzijn in de thuissituatie. Thema's uit de focusgroepen en kwantitatieve analyse van de cliëntenenquête gaven nadere informatie over het belang en de vormgeving van deze *best practices*.

Resultaten

Uit de analyse van *best practices* kwamen vier gemeenschappelijke kenmerken naar voren. Bij organisaties die goed geïntegreerd raken in de eerstelijnszorg en het sociaal domein:

- Wordt er sterk en met regelmaat afgestemd op de lokale situatie betreffende financiering, aanbod van diensten en samenwerking.
- Hebben geestelijk verzorgers regelmatig persoonlijk contact met potentiële aanvragers (zorgverleners en burgers).
- Worden de verschillende expertises van geestelijk verzorgers op het gebied van zorgvragen, doelgroepen, levensbeschouwing, taak en/of dienst, en hun regionale inbedding actief ingezet.
- Is er financiële en vakgerelateerde ondersteuning beschikbaar.

Specifiek constateren we dat de volgende factoren op het gebied van financiering, zichtbaarheid en professionalisering noodzakelijk zijn voor integratie: diverse financieringsbronnen, duidelijkheid over de declaratiestructuur van de organisatie en/of financier, bereidheid om enig onbezoldigd werk te verrichten, actieve en warme acquisitie, afspraken over terugkoppeling en afronding, ambassadeurs, heldere en concrete verwoording van de complementariteit van geestelijke verzorging aan zorg- en religieuze disciplines, websites, folders en/of visitekaartjes, afspraken over bereikbaarheid, proactieve omgang met onzekerheid en teleurstelling, en sparringpartners. Handig, maar niet noodzakelijk voor integratie zijn: een flexibel tarief, professionele fondsenwerving, koude acquisitie, een sneeuwbalmethode bij acquisitie, een centraal e-mailadres en/of telefoonnummer, interviews en sociale media, vermelding op websites van derden, kwaliteitsborging, scholing op het gebied van ondernemerschap. Factoren die vermeden moet worden voor integratie zijn: het gratis aanbieden van diensten (in het bijzonder begeleiding) en onduidelijkheid over taakverdeling in samenwerkingsverbanden.

Discussie

De resultaten lijken uit te wijzen dat er bij de integratie van geestelijke verzorging in de thuissituatie sterk afgestemd moet worden op de lokale situatie, waarbij de kennis, behoeften en werkwijzen van financiers, verwijzers en scholingsaanvragers het uitgangspunt vormen. Een proactieve en volhardende houding en een gevoel van eigenaarschap bij de geestelijk verzorgers lijkt noodzakelijk om het ondernemen in de thuissituatie vol te houden. De dominantie van de subsidieregeling van het ministerie van VWS voor de financiering van geestelijke verzorging in de thuissituatie en de, daaraan gerelateerde, dominantie van Centra voor Levensvragen als organisatievorm roepen de vraag op wat de levensvatbaarheid zal zijn van andere organisatievormen en hoe het ondernemerschap van geestelijk verzorgers beïnvloed zal worden. Toekomstig onderzoek dient organisaties sterker als uitgangspunt van de dataverzameling te nemen om tot verdere inzichten te komen over *best practices* voor de integratie van verschillende typen organisaties geestelijke verzorging in verschillende contexten in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Inhoud

Samenvatting	1
Inhoud	4
Begrippenlijst	6
Tabellen en figuren	9
Bijlagen	9
Introductie	11
Achtergrond	13
Doel- en vraagstelling	15
Methode	16
Onderzoeksontwerp	16
Dataverzameling	16
<i>Geestelijk verzorgers</i>	16
<i>Samenwerkingspartners</i>	18
<i>Cliënten</i>	19
Data-analyse	20
<i>Praktijkbeschrijvingen</i>	20
<i>Focusgroepen</i>	22
<i>Cliëntenenquête</i>	22
<i>Synthese</i>	22
Aanvullende data	23
Resultaten	24
Het landschap	24
<i>Vormgeving organisaties</i>	24
<i>Grootte organisaties</i>	26
<i>Diensten</i>	27
<i>Doelgroepen</i>	29

<i>Betrokken partijen</i>	31
Belemmerende en bevorderende factoren	35
<i>Financiering</i>	35
<i>Best practices voor financiering</i>	40
<i>Zichtbaarheid</i>	41
<i>Best practices voor zichtbaarheid</i>	53
<i>Professionalisering</i>	55
<i>Best practices voor professionalisering</i>	61
Conclusie	63
Discussie	64
Relatie tot ander onderzoek	64
Relatie tot huidige tendensen	67
Beperkingen	69
Literatuur	71
Bijlage A1. Informatiebrief voor geestelijk verzorgers	74
Bijlage A2. Informatiebrief over de focusgroepen voor geestelijk verzorgers	81
Bijlage A3. Informatiebrief over de focusgroepen voor samenwerkingspartners	86
Bijlage A4. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor geestelijk verzorgers	89
Bijlage A5. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor ex-clënten	92
Bijlage B. Interviewschema	94
Bijlage C. Cliëntenenquête	99
Bijlage D. Ontwikkeling van het coderingsschema van de praktijkbeschrijvingen	109
Bijlage E. Praktijkvoorbeelden	133

Begrippenlijst

Aanvragers

Burgers, professionals of organisaties die (individuele) begeleiding, onderwijs of advisering aanvragen.

Acquisitie

Het verwerven van nieuwe aanvragen voor begeleiding, onderwijs en advisering

Best practices

Handelswijzen die vernieuwend zijn en kwalitatief goede zorg bevorderen. Het betreft een aanpak van inhoudelijke kwaliteit, met een structurele bestaansbasis, die vernieuwend is, die gezien en gewaardeerd wordt en inspireert om (gedeeltelijk) te herhalen (Pel et al., 2011; Van Gessel, 2016).

Extramurale geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging die aan huis geboden wordt of op afspraak bij de geestelijk verzorger.

Geestelijke verzorging in de thuissituatie

Professionele begeleiding, ondersteuning en advisering bij zingeving en levensbeschouwing, voor mensen die thuis wonen en voor professionals werkzaam bij organisaties die mensen thuis begeleiden. Dit kan in de zorg en het sociaal domein zijn, op het niveau van de regio, gemeente, wijk, of buurt.

Integratie

In dit onderzoek betekent 'integratie' de opname van geestelijke verzorging in het grotere geheel van zorg en welzijn in de thuissituatie. Daarbij passen de binnenkomende partij en ontvangende partij zich aan in een wederzijds proces om zo een samenhangend geheel te vormen.

Interdisciplinaire zorg

Zorg gegeven door meerdere disciplines, met actieve en intentionele uitwisseling tussen verschillende disciplines.

Intramurale geestelijk verzorging

Geestelijke verzorging die geboden wordt aan iemand die verblijft in een zorginstelling (met uitzondering van een hospice).

Organisatie

Verschillende typen bedrijfsvormen en samenwerkingsverbanden die geestelijke verzorging in de thuissituatie bieden, zoals ZZP-praktijken, Centra voor Levensvragen, en intramurale geestelijk verzorgers die transmuraal werken.

Multidisciplinaire zorg

Zorg gegeven door meerdere disciplines met duidelijk afgebakende taken per discipline.

PR (Public Relations)

Een vorm van communicatie gericht op de manier waarop organisaties zichzelf, hun producten en/of onderwerpen die zij belangrijk vinden bij beoogde doelgroepen onder de aandacht brengen.

Professionalisering

Een continu proces waarin iemand beroepscompetenties verder ontwikkelt.

Profilering

De manier waarop een individu en organisatie zich presenteert, zodat anderen een beeld krijgen van wat zij doen, wie zij zijn, en hoe zij zich onderscheiden.

Samenwerkingspartners

Professionals of organisaties die met geestelijk verzorgers werken aan zorg voor zingeving en geestelijke verzorging in de thuissituatie. Denk aan zorg- en hulpverleners, financiers en brancheorganisaties.

Spirituele zorg

Begeleiding bij zingeving en levensvragen, geboden door geestelijk verzorgers, andere professionals en vrijwilligers.

Transmurale zorg

Zorg door meerdere zorgverleners waarbij er onderlinge afstemming plaatsvindt tussen de verschillende zorgverleners. Intramurale en extramurale zorg worden gecombineerd.

Zorg voor zingeving

Aandacht voor en begeleiding bij zingevings- en levensvragen door professionals en vrijwilligers, anders dan geestelijk verzorgers.

Tabellen en figuren

Tabel 1. Functies van de deelnemers aan de focusgroepen tussen geestelijk verzorgers en hun samenwerkingspartners.

Tabel 2. Dienstenaanbod deelnemende organisatie volgens deskresearch (n = 104)

Tabel 3. Doelgroepen deelnemende organisaties naar aandoening volgens deskresearch (n = 72)

Tabel 4. Typen begeleiding deelnemende organisaties volgens deskresearch (n = 72) en begeleidingsthema's volgens cliënten (n = 23)

Tabel 5. Samenwerkingspartners deelnemende organisaties volgens deskresearch (n, %)

Tabel 6. Typen financieringsbronnen voor geestelijke verzorging in de thuissituatie (n, %)

Tabel 7. PR-materialen volgens deskresearch (n = 109)

Tabel 8. Vormen van bereikbaarheid volgens deskresearch (n = 94)

Tabel 9. Taakverdeling in Centra voor Levensvragen (n = 49) Bron: werkveldraad Geestelijke Verzorging Thuis

Bijlagen

A1. Informatiebrief voor geestelijk verzorgers

A2. Informatiebrief over de focusgroepen voor geestelijk verzorgers

A3. Informatiebrief over de focusgroepen voor samenwerkingspartners

A4. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor geestelijk verzorgers

A5. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor ex-clënten

B. Interviewschema

C. Cliëntenenquête

D. Ontwikkeling van het coderingsschema van de praktijkbeschrijvingen

E. Praktijkvoorbeelden

Introductie

Zingeving, levensvragen en de zorg hiervoor (zogenaamde, spirituele zorg) staan volop in de belangstelling. Binnen zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg groeit de opvatting dat niet alleen biologische, psychologische en sociale factoren, maar óók spirituele factoren medebepalend zijn voor de gezondheid. Een voorbeeld hiervan is de populariteit van het model van 'positieve gezondheid', waarin zingeving wordt gepresenteerd als één van de centrale dimensies van gezondheidservaring (Huber, 2014). Uit diverse publicaties komt naar voren dat de Nederlandse zorgpraktijk steeds meer doordrongen lijkt van de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van aandacht voor spirituele zorg binnen het bredere zorgaanbod (Boevink, 2017; Gijsberts et al., 2013; Wijgergangs et al., 2016).

Deze zorgpraktijk verandert. Er is sprake van een toenemende nadruk op participatie, autonomie en individualisering. Dit is ook terug te zien in de definitie van positieve gezondheid: "Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen in het leven." (Huber et al., 2011, p. 2). Zorg wordt daarbij volgens de *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015* steeds meer in de thuissituatie gerealiseerd (Van Rijn & Opstelten, 2014). Deze veranderingen leggen druk op het zelf vormgeven van zingeving en gezondheid door burgers. Dit brengt een grotere vraag naar spirituele zorg met zich mee (Anbeek et al., 2014).

Geestelijk verzorgers zijn specialist op het gebied van spirituele zorg. Geestelijke verzorging was tot voor kort echter zeer beperkt aanwezig in zorg in de thuissituatie en ze was nauwelijks ingebed in een organisatorische of financiële structuur. In het regeerakkoord 2017-2021 is het toenmalige kabinet overeengekomen dat er in die periode een dekkend netwerk van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg zou worden opgezet. De *subsidieregeling Palliatieve terminale zorg* van het ministerie van VWS werd gekozen om dit mogelijk te maken. Doelgroep van de subsidieregeling zijn volwassenen en kinderen in de palliatieve fase en volwassenen van 50 jaar en ouder. Netwerken Palliatieve Zorg (NPZs) en netwerken kinderpalliatieve zorg werden verantwoordelijk gemaakt voor het opzetten van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg (De Jonge, 2019). Dit project is GVThuis gaan heten. In 2021 werd bekend dat de subsidieregeling verlengd wordt tot in ieder geval 2027, maar dat niet

langer de NPZs verantwoordelijk zullen zijn voor de verdere uitrol. (Boven-)regionale centra of netwerken voor levensvragen zullen deze taak overnemen (De Jonge, 2021).

Het project GVThuis heeft gezorgd voor een enorme toename in het aantal aanvragen voor geestelijk verzorgers in de thuissituatie. Veel van deze aanvragen worden verdeeld via zogenaamde Centra voor Levensvragen (CvLs). Op basis van data van vier CvLs kan geschat worden dat tussen 2019 en 2021 het aantal individuele consulten is verdrievoudigd, het aantal groepsbijeenkomsten is vertwaalfvoudigd en het aantal scholingen aan zorgverleners en vrijwilligers bijna 1,5 keer is verveelvoudigd (37% toename). Alleen deelname aan multidisciplinaire overleggen lijkt in veel gevallen afgenomen te zijn; in drie CvLs met 25%, maar in één CvL is het sterk toegenomen (Stuurgroep GVThuis, 15 februari 2022). Mogelijk heeft de uitbraak van COVID-19 in 2020 hier een rol in gespeeld.

De landelijke introductie van geestelijke verzorging in de eerstelijns (palliatieve) zorg en het sociaal domein die door de subsidieregeling versneld tot stand is gekomen, heeft diverse knelpunten voor de integratie van spirituele zorg in de thuissituatie blootgelegd. Knelpunten die menig eerder project voor spirituele zorg buiten de muren van instellingen de das om hebben gedaan. Vier factoren blijken hierin een rol te hebben gespeeld: 1) onduidelijkheid over het inhoudelijke aanbod van geestelijk verzorgers; 2) onvoldoende inzicht in de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging voor de zorg; 3) een gebrek aan structurele financiering in overleg met gemeenten, zorgverzekeraars, fondsen en particulieren; 4) het ontbreken van een actieve ondernemende houding van geestelijk verzorgers (Agora, 2016; Anbeek et al., 2014; Molenaar, 2016; Muthert et al., 2015).

De subsidieregeling van het ministerie van VWS vormt wellicht een gedeeltelijke oplossing voor financiële knelpunten, maar ook vóór de subsidieregeling bestonden er succesvolle organisaties geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Ook deze organisaties waren met name gericht op mensen in de palliatieve fase en ouderen.

In de huidige studie, *Spirituele zorg dichtbij huis* (ook bekend als PLOEG-1)¹, is onder verschillende soorten organisaties geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein onderzocht wat hen geholpen heeft om geïntegreerd te raken in de bestaande structuren in zorg en welzijn in de thuissituatie. Dit onderzoek is gestart in april 2019, vlak na de lancering van het project GVThuis. Het omvat derhalve niet alleen organisaties die in aanmerking kwamen voor de subsidie van het ministerie van VWS. Het onderzoek biedt inzicht in wat het veld van geestelijke verzorging in de thuissituatie in de breedte nodig heeft om succesvol te kunnen zijn.

Achtergrond

Zoals hiervoor geïntroduceerd, ontwikkeld geestelijke verzorging in de thuissituatie zich in een interessante tijd. Dit roept echter ook spanningen op in het beroep. Deze spanningen zijn:

Toenemende vraag naar zorg voor zingeving	↔	Een kleine beroepsgroep van experts
Marktwerking in de zorg	↔	Publieke financiering van geestelijke verzorging
Pluralisering in bronnen van zingeving	↔	Afname van gedeelde taal om over zingeving en levensvragen te spreken

De dubbele vergrijzing die momenteel plaatsvindt in Nederland (CBS, 2021) maakt dat er een toenemende zorgvraag is, in het bijzonder in de palliatieve zorg. Deze zorg wordt al geruime tijd geëxtramuraliseerd, waarbij zorg die voorheen in instellingen werd gegeven, steeds vaker in de thuissituatie aangeboden wordt. Huisartsen en wijkteams spelen een regierol in het aanbieden van deze zorg.

Aandacht voor zingevings- en levensvragen vormt één van de pijlers van palliatieve zorg. Mede naar aanleiding van de herdefinitie van gezondheid door Huber et al. (2011) komt er ook in andere contexten steeds meer aandacht voor zingeving als een belangrijke factor in gezondheid en welzijn, bijvoorbeeld in debatten over voltooid leven, de ervaring van COVID-

¹ Deze studie is onderdeel van een samenwerkingsverband van onderzoeken naar zorg voor zingeving in de eerstelijns palliatieve zorg: [Palliatief Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke verzorging \(PLOEG\)](#).

19 en klimaat- en politieke crises. Dit betekent dat ook de vraag naar professionals op het gebied van zingeving en levensvragen in de eerstelijnszorg en het sociaal domein zal toenemen. Geestelijk verzorgers zijn experts op dit gebied en hebben daarmee een belangrijke verantwoordelijkheid voor het bieden en borgen van begeleiding bij zingevings- en levensvragen in de thuissituatie. Het is echter een vrij kleine beroepsgroep, die vooral in de intramurale zorg gepositioneerd is. Een eerste spanning ontstaat dus in de beperkingen van de grootte van het aanbod aan geestelijke verzorging.

Door de invoering van marktwerking in de zorg in 2006, zijn efficiëntie en rendement leidende principes geworden in de inrichting en financiering van zorg. Ook hier treedt een spanning op voor geestelijke verzorging. Geestelijke verzorging heeft haar basis in artikel 6 van de Grondwet, het recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging, en daaruit voortvloeiend het recht op vrije toegang tot geestelijke zorg. Geestelijk verzorgers ervaren dit recht vaak ook sterk als een missie: beschikbaarheid voor iedereen, ongeacht omstandigheden en financiële middelen. Publieke financiering, via de overheid, zorginstellingen of (religieuze) stichtingen, maakt dit mogelijk. Geestelijke verzorging is daarmee echter ook afhankelijk van, bijvoorbeeld, de politieke wil om haar diensten structureel te financieren. Marktwerking in de zorg en het verschuivende religieuze landschap zetten deze wil onder druk.

Het religieuze landschap raakt steeds verder versnipperd. Door mondialisering en individualisering is een steeds groter aanbod aan bronnen voor zingeving beschikbaar, die mensen naar eigen inzicht vormgeven en inzetten (Bernts & Berghuijs, 2016). Enerzijds levert dit soms een gebrek aan houvast in levensbeschouwing op, waardoor het soms voor mensen moeilijker is om met hun zingevings- en levensvragen om te gaan en de vraag naar geestelijke verzorging groter wordt. Anderzijds maakt dit het ook moeilijker om zingevings- en levensvragen te herkennen en daar woorden aan te geven. De momenteel geobserveerde afname in mentaal welzijn is hier mogelijk een uiting van, waarbij zingevings- en levensvragen worden geuit als psychische en lichamelijke problematiek (De Wachter, 2012; Denys, 2020). Voor de geestelijke verzorging betekent dit dat het moeilijker wordt om in een gedeelde taal duidelijk te maken wat haar toegevoegde waarde is in zorg en welzijn. Ook roept het vragen op rondom het belang van de levensbeschouwelijke identiteit van de geestelijk verzorger en de verhouding van deze beroepsgroep tot psychosociale en religieuze professionals (De Groot, 2018; Zock, 2019).

Doel- en vraagstelling

Met deze ontwikkelingen in het achterhoofd, is het primaire doel van dit onderzoek het faciliteren van structurele inbedding van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein, door inzicht te bieden in *best practices* van geestelijke verzorging in deze contexten en de implementatie hiervan te faciliteren.

Het secundaire doel van deze studie is een bijdrage te leveren aan de professionalisering van de geestelijke verzorging, door een sterkere onderbouwing van en toerusting voor het professioneel handelen van geestelijk verzorgers in de thuissituatie te bieden.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt: Hoe kan geestelijke verzorging structureel ingebed worden in de eerstelijnszorg en het sociaal domein in Nederland?

Deze vraag wordt beantwoord met behulp van de volgende deelvragen:

- Hoe zijn de organisaties van geestelijke verzorging in de thuissituatie in Nederland georganiseerd, in termen van vraag, aanbod, opbrengst/effect, communicatie, samenwerking, financiering en (bestaans)duur?
- Wat heeft deze organisaties geholpen om geïntegreerd te raken in de eerstelijnszorg en het sociaal domein?
- Welke belemmeringen voor integratie in de eerstelijnszorg en het sociaal domein hebben zich in deze organisaties voorgedaan?
- Welke oplossingen zijn er in deze organisaties gevonden voor belemmeringen?
- Wat hebben samenwerkingspartners van geestelijk verzorgers nodig om tot een goede samenwerking te komen?
- Wat vinden cliënten belangrijk in aanbod geestelijke verzorging in de thuissituatie?

Methode

Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek betreft een gemengde methoden onderzoek, waarbij gebruik gemaakt is van een vergelijkende gevalstudie van organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie, focusgroepen en vragenlijsten.

In gevalstudies staat het diepgaand beschrijven van een specifiek geval (hier een organisatie) in haar specifieke context vanuit verschillende bronnen en het analyseren van de processen binnen het geval centraal, om zo te komen tot een beter begrip van een bepaald fenomeen. Door verschillende gevallen te vergelijken ontstaat een model waarmee een fenomeen in meerdere contexten kan worden begrepen (Swanborn, 2010). Het fenomeen dat hier wordt onderzocht is 'integratie van geestelijke verzorging in de thuissituatie'. Swanborn benadrukt dat het in gevalstudies belangrijk is om open te blijven voor onverwachte eigenschappen van het fenomeen en om procedures en operationalisaties niet van tevoren vast te leggen, maar te laten ontstaan tijdens het onderzoek. Immers, het is van tevoren niet bekend welke eigenschappen van het geval en de context belangrijk zijn, en dus moeten worden opgenomen in het model van het fenomeen, en welke onbelangrijk zijn. Derhalve is met name gebruik gemaakt van beschrijvende onderzoeksmethoden.

Dataverzameling

Geestelijk verzorgers

Om inzicht te krijgen in de totstandkoming en inrichting van organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie zijn allereerst 69 semigestructureerd interviews gehouden (waarvan één dubbelinterview, dus met 70 geestelijk verzorgers). Alle geestelijk verzorgers die op dat moment actief waren of in de voorgaande twee jaar actief waren geweest in een organisatie die extramurale, transmurale of zelfstandige geestelijke verzorging bood kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Om deze geestelijk verzorgers te identificeren is gebruik gemaakt van de toenmalige kaart met geestelijk verzorgers in de thuissituatie van de VGVZ (Vereniging van Geestelijk VerZorgers) en van sneeuwballsampling, waarbij geïnterviewde geestelijk verzorgers werd gevraagd wie zij dachten dat de onderzoekers ook zouden moeten spreken.

Geestelijk verzorgers zijn benaderd via e-mail, met in de bijlage een informatiebrief en toestemmingsformulier (zie [Bijlage A1](#)). Na twee weken ontvingen zij een herinneringsemail.

De geestelijk verzorgers werd gevraagd bij instemming met deelname het toestemmingsformulier ondertekend per email of post terug te sturen naar de onderzoeker van de betreffende regio. Bij de selectie van geestelijk verzorgers is ernaar gestreefd om zoveel mogelijk verschillende soorten organisaties en werkvelden te betrekken. In verband met de looptijd van het onderzoek is de werving van nieuwe geestelijk verzorgers voor het onderzoek in mei 2020 gestopt. Geestelijk verzorgers ontvingen geen vergoeding voor hun deelname aan het onderzoek, wel kwamen ze in aanmerking voor punten voor bij- en nascholing bij de SKGV (Stichting Kwaliteitsregister Geestelijk Verzorgers).

De interviews vonden plaats in de periode van augustus 2019 tot juni 2020. De interviews zijn uitgevoerd door twee onderzoekers (SH en JK). SH onderzocht de organisaties in Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland, Utrecht en Flevoland. JK onderzocht de organisaties in Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Limburg en Noord-Brabant. Waar mogelijk bezochten de onderzoekers de praktijkruimte van de geestelijk verzorgers om een indruk te krijgen van de fysieke inrichting. De uitbraak van COVID-19 in maart 2020 betekende echter dat de laatste 24 interviews telefonisch of via een beeldbelprogramma zijn uitgevoerd. De fysieke inrichting van de praktijkruimten is daarmee vervallen als variabele in het onderzoek. De interviews duurden 2 uur, waarvan geluidsopnamen zijn gemaakt.

De interviews startten met een open vraag, waarin de geestelijk verzorger gevraagd werd te vertellen hoe de organisaties waar deze bij betrokken was tot stand was gekomen. De geestelijk verzorgers representeerden 147 organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie. In de interviews werd specifiek aandacht besteed aan de bestaansduur en invulling van de organisaties, betrokken partijen bij de opzet en uitvoering van de organisaties, gebruik van een businesscase, gemiste informatie of faciliteiten, motivatie, bevorderende en belemmerende factoren, gevonden oplossingen voor belemmeringen, PR (public relations) en marketing, achtergrond van de geestelijk verzorger en kwaliteitsborging. Zie Bijlage B voor het interviewschema.

Er is ook deskresearch uitgevoerd naar alle in het onderzoek betrokken organisaties. In de deskresearch werden websites en openbaar beschikbare documenten van de organisaties betrokken. De geïnterviewde geestelijk verzorgers waren ook gevraagd dergelijke documenten op te sturen. Documenten konden bijvoorbeeld jaarverslagen, folders of publicaties zijn. In het deskresearch zijn de volgende variabelen onderzocht: bestaansduur, samenwerkingspartners, financiers, de vorm en inhoud van promotiemateriaal, de toon van promotiemateriaal, fysieke bereikbaarheid, communicatieve bereikbaarheid, vermelding van

lidmaatschap van een beroepsvereniging en kwaliteitsregister, levensbeschouwing van de geestelijk verzorger, doelgroep (leeftijd, 'aandoening', etniciteit, levensbeschouwing), specialistische vormen van begeleiding, diensten, gebruik van specifieke interventievormen en beschikbaarheid van documenten over de bedrijfsvoering.

Samenwerkingspartners

Om inzicht te krijgen in *best practices* voor integratie vanuit het perspectief van verwijzers en andere samenwerkingspartners van geestelijk verzorgers in de thuissituatie zijn er vier focusgroepen gehouden met drie samenwerkingsverbanden van geestelijk verzorgers en hun partners (één verband is opgesplitst in twee gesprekken). Deze vonden plaats in de periode oktober 2020 tot januari 2021.

Elf geïnterviewde geestelijk verzorgers werden gevraagd of zij interesse hadden in een focusgroep met hun samenwerkingspartners. Deze geestelijk verzorgers werden geselecteerd op het lerend vermogen of een reflexieve houding die zij in de interviews hadden laten zien. Er werd gestreefd naar een gelijke verdeling tussen geestelijk verzorgers in goedlopende en minder goedlopende organisaties (zie [Data-analyse](#)). De geestelijk verzorgers werden per email benaderd met nadere informatie in de bijlage (zie [Bijlage A2](#)). De geestelijk verzorgers werd gevraagd om vijf tot acht samenwerkingspartners te betrekken, bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal werker, Wmo-consulent, coördinator van het regionale Netwerk Palliatieve Zorg of een andere geestelijke verzorger met wie de persoon een verwijsrelatie had. Gevraagd werd de namen, contactgegevens en functie van de deelnemers door te geven aan de onderzoekers, waarna deze ook een informatiebrief ontvingen per email (zie [Bijlage A3](#)). In totaal hebben er 16 mensen deelgenomen aan de focusgroepen (zie Tabel 1).

De focusgroepen bestonden uit twee gespreksrondes. In de eerste ronde werd iedere deelnemer gevraagd te reageren op twee vragen: 1) Wat hoop ik vandaag uit deze bijeenkomst mee te nemen? 2) Wat vind ik belangrijk in mijn samenwerking met de geestelijk verzorger? In de tweede ronde werden twee thema's gekozen voor verdiepend gesprek die in de eerste ronde naar voren waren gekomen. Om de praktische toepasbaarheid van de bevindingen in het gesprek te benadrukken eindigden de focusgroepen met de vraag: Wat zou je morgen anders doen? De geestelijk verzorgers deden zelf ook mee in de focusgroepen, zodat beide partijen gelegenheid hadden om door te vragen op elkaars behoeften en het gesprek direct ten goede kon komen aan de samenwerking.

Tabel 1. Functies van de deelnemers aan de focusgroepen tussen geestelijk verzorgers en hun samenwerkingspartners.

Samenwerkingsverband	Achtergrond deelnemers
1	2 geestelijk verzorgers, 2 huisartsen
2	1 politieagent (operationeel expert wijk), 1 coördinator mantelzorg en vrijwillige thuiszorg, 1 dorpscoach volwassenen, 1 medewerker van een inloophuis, 1 coördinator bij stichting voor ouderen, 1 geestelijk verzorger, 1 vrijwilligerscoördinator
3	2 geestelijk verzorgers, 1 sociaal werker, 1 praktijkondersteuner huisarts ouderenzorg, 1 medewerker centrum voor levensvragen

De focusgroepen werden uitgevoerd door JK en SH samen, waarbij één van de twee optrad als gespreksleider en de ander als procesbegeleider. De taakverdeling was afhankelijk van de regio waaruit de groep afkomstig was. De focusgroepen vonden plaats via het videobelprogramma BlueJeans. Elke focusgroep duurde 1,5 uur en werd in audio en video opgenomen.

Cliënten

In november-december 2020 is er een enquête afgenomen onder ex-cliënten van geestelijk verzorgers in het onderzoek. Alle deelnemende geestelijk verzorgers werd middels een email met informatiebrief (zie [Bijlage A4](#)) gevraagd de enquête en een informatiebrief (zie [Bijlage C](#) en [A5](#)) per email of per post te versturen naar alle cliënten met wie het begeleidingstraject maximaal 2 jaar geleden was afgerond of voor langere tijd was gepauzeerd. Doel van de enquête was om inzichtelijk te krijgen wat cliënten gedurende het hele begeleidingstraject ervaren hadden en wat zij hierin belangrijk vonden.

Door alleen cliënten te includeren met wie op dat moment geen actief contact was, kon deelname aan het onderzoek de zorgrelatie en vertrouwensband tussen geestelijk verzorger en cliënt niet beïnvloeden. De cliënten bleven anoniem voor de onderzoekers én voor de geestelijk verzorgers, doordat zij direct werden benaderd met de vraag om de enquête in te vullen. Het niet invullen van de enquête werd gezien als weigering van deelname. Om de deelnamebereidheid van de geestelijk verzorgers te vergroten werd de naam van de geestelijk verzorger niet genoemd in de cliëntenenquête. De onderzoekers konden zodoende de antwoorden van de cliënten niet koppelen aan de geestelijk verzorgers.

Het is onbekend hoeveel geestelijk verzorgers hun ex-cliënten hebben uitgenodigd voor de enquête en hoeveel ex-cliënten er uitgenodigd waren. We hebben geen terugkoppeling van de geestelijk verzorgers gevraagd. Zevenentwintig mensen hebben de vragenlijst online ingevuld, waarvan 14 de volledige vragenlijst ingevuld hebben. Elf mensen hebben de vragenlijst op papier ingevuld, waarvan 10 volledig. Er zijn dus in totaal 24 ex-cliënten geïnccludeerd in het onderzoek.

De enquête bestond uit 31 vragen en was ontwikkeld in samenwerking met Zorgbelang Groningen. Zes vragen gingen over de totstandkoming, duur, inhoud en tevredenheid met het contact met de geestelijk verzorger. Zes vragen gingen over praktische aspecten van het contact (informatievoorziening, bereikbaarheid, financiering, contact met de verwijzer). Vier vragen betroffen de beleving van het contact met de geestelijk verzorger. In zes vragen werd de respondent gevraagd aan te geven hoe belangrijk deze de daarvoor bevroegde aspecten van informatievoorziening, bereikbaarheid, contact met de verwijzer en openheid voor feedback van de geestelijk verzorger vond. Vier vragen betroffen een totaaloordeel over en verbeterpunten van de geestelijk verzorger. Tenslotte werden vier vragen gesteld over sociodemografische kenmerken van de respondent. Gemiddeld deden de respondenten die de enquête online hebben ingevuld er 20 minuten over.

Data-analyse

Praktijkbeschrijvingen

De informatie uit de interviews en de informatie uit de deskresearch zijn samengebracht tot *thick descriptions*. Oftewel, rijke beschrijvingen van de manier waarop de geestelijk verzorger werkzaam was in de thuissituatie en diens ervaringen hiermee. Deze praktijkbeschrijvingen zijn in verschillende fasen en stappen geanalyseerd, gebruik makend van stappen uit thematische analyse (Braun & Clarke, 2006):

Fase 1 bestond uit een analyse van belemmerende en bevorderende factoren voor integratie zoals beschreven door geestelijk verzorgers in goedlopende organisaties. Criteria voor een goedlopende organisatie waren: ze bestonden ten tijde van het interview met de geestelijk verzorger al langer dan een jaar, de geestelijk verzorger had elke week meerdere cliëntcontacten in de thuissituatie, er was sprake van actieve verwijzroutes en regelmatig contact met verwijzers en andere aanvragers, en de geestelijk verzorger vertoonde een proactieve houding in het ondernemerschap. Vierendertig van de 69 praktijkbeschrijvingen (49%) voldeden aan deze criteria. Hiervan zijn er wegens tijdsbeperking 20 geselecteerd voor

analyse. Deze representeerden verschillende soorten organisaties en zowel langlopende (soms meer dan 10 jaar) en kortlopende organisaties (gestart rond 2019).

Stap 1. In een eerste ronde van open codering werden de eigenschappen van de organisaties in zes praktijkbeschrijvingen gecodeerd. In de laatste twee van deze zes beschrijvingen werden weinig nieuwe codes toegevoegd, wat theoretische verzadiging suggereerde.

Stap 2. Vervolgens werd axiale codering toegepast om synonieme codes te verwijderen en codes te groeperen. De resulterende groepen van eigenschappen omvatten: het aantal consultaties met cliënten, de bereikbaarheid van de geestelijk verzorger, typen werkverbanden, doelgroepen, verwijzing naar de geestelijk verzorger, verwijzing door de geestelijk verzorger, financiering, hulpbronnen voor de geestelijk verzorger, hulpvragen, kwaliteitsborging, onderwijs door de geestelijk verzorger, PR, profilering van de geestelijk verzorger, samenwerking, redenen waarom de geestelijk verzorger de organisatie succesvol vindt, werkervaring, en aangeboden typen begeleiding.

Stap 3. De codes die overbleven na axiale codering werden gebruikt om nog eens zes praktijkbeschrijvingen van goedlopende organisaties te coderen. Codes werden toegevoegd of samengevoegd wanneer nodig.

Stap 4. Het coderingsschema bleef in stap 3 vrij stabiel, dus een nieuwe ronde axiale codering werd toegepast om te bepalen welke eigenschappen de 12 goedlopende organisaties gemeen hadden met elkaar en hoe eigenschappen met elkaar samenhangen. Een deel van de codes was enkel descriptief, zoals de frequentie van consulten, maar de meeste codes betroffen belemmerende en bevorderende factoren. Daarmee ontstond een eerste model van *best practices* voor de integratie van geestelijke verzorging.

Stap 5. Het model uit stap 4 werd gecontroleerd op de laatste acht geselecteerde praktijkbeschrijvingen van goedlopende organisaties.

Fase 2 had ten doel om te begrijpen welke factoren noodzakelijk en minder noodzakelijk waren voor succesvolle integratie. Hiertoe werden minder goedlopende organisaties in de analyse betrokken. Dit waren organisaties die soms al enige tijd bestonden (langer dan een jaar), maar waar de geestelijk verzorger slechts maandelijks of minder cliëntencontacten hadden, er geen sprake was van actieve verwijsroutes en regelmatig contact met verwijzers en

andere aanvragers, en de geestelijk verzorger een vaak negatieve houding in het ondernemerschap vertoonden. Zeventien van de praktijkbeschrijvingen voldeden aan deze criteria (25%). De overige 18 praktijkbeschrijvingen gingen over organisaties die niet slecht liepen, maar ook niet bijzonder goed. Voor de analyse in fase 2 werden 10 exemplarische beschrijvingen van minder goedlopende organisaties geselecteerd.

Stap 1. Allereerst werd het model uit fase 1 toegepast op praktijkbeschrijvingen van minder goedlopende organisaties. Er deden zich hierin geen nieuwe ontdekkingen voor, het coderingsschema bleef stabiel. In [Bijlage D](#) is weergegeven hoe het coderingsschema zich over de verschillende stappen in de analyse ontwikkeld heeft.

Stap 2. Middels het berekenen van frequenties en inhoudsanalyse is onderzocht hoe bevorderende en belemmerende factoren uit het model zich verhielden tussen de goedlopende organisaties en de minder goedlopende organisaties. Bevorderende factoren die alleen of voornamelijk bij goedlopende organisaties voorkwamen werden als noodzakelijk beschouwd, terwijl bevorderende factoren die bij zowel goedlopende als minder goedlopende organisaties voorkwamen beschouwd werden als handig, maar niet noodzakelijk. Factoren die als belemmerend werden benoemd of die vooral voorkwamen bij minder goedlopende organisaties werden beschouwd als te vermijden.

Focusgroepen

De opnamen van de focusgroepen zijn getranscribeerd. Vervolgens zijn door lezen en herlezen hoofdonderwerpen geïdentificeerd met betrekking tot behoeften voor succesvolle samenwerking met de geestelijke verzorging. De uitspraken van de deelnemers over deze hoofdonderwerpen zijn vervolgens samengevat om inzicht te krijgen in de motivatie voor de behoefte (wat brengt het?) en het belang hiervan (hoe noodzakelijk is het?).

Cliëntenenquête

De cliëntenenquête is geanalyseerd met SPSS 26. Van gesloten vragen werden frequenties en gemiddelden berekend. Van open vragen werden de antwoorden in categorieën opgedeeld en met de hand geteld.

Synthese

De bevindingen uit het onderzoek onder de samenwerkingspartners en cliënten zijn, in een laatste analytische stap, vergeleken met het overzicht van noodzakelijke en minder noodzakelijke bevorderende factoren, en te vermijden belemmerende factoren uit de analyse

van de praktijkbeschrijvingen. Dit heeft ofwel geleid tot een zwaardere weging van factoren, zoals het belang van persoonlijk contact, ofwel tot een verdere toelichting op het belang van de factoren.

Aanvullende data

In oktober 2020 heeft de VGVZ-werkveldraad Geestelijke Verzorging Thuis onafhankelijk van dit project een enquête gehouden onder geestelijk verzorgers betrokken bij geestelijke verzorging in de thuissituatie via het project GVThuis. De vragenlijst werd ingevuld door 73 respondenten. Twaalf hiervan hadden een groot deel van de vragenlijst niet ingevuld, waardoor hun antwoorden niet betrokken zijn in de analyse. De steekproef bestond dus uit 61 respondenten, waarvan 49 de versie voor Centra voor Levensvragen hadden ingevuld en 12 de versie voor andersoortige organisaties. De enquête is in detail geanalyseerd door de hoofdonderzoeker van dit project (AV), waarbij toestemming verkregen is van de VGVZ-werkveldraad om de resultaten ook te gebruiken voor deze studie. De data uit de enquête dienen in dit rapport vooral ter illustratie van de opbouw van organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie. De data geeft geen nadere informatie over *best practices* voor integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Resultaten

In dit hoofdstuk wordt allereerst een beschrijving gegeven van het landschap van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Besproken worden de vormgeving van de organisaties, hun grootte, welke diensten ze aanbieden, welke doelgroepen ze bedienen, en welke partijen betrokken zijn bij de organisaties. Vervolgens worden de bevorderende- en belemmerende factoren besproken voor integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Dit gebeurt aan de hand van drie thema's: Financiering, Zichtbaarheid en Professionalisering.

In Bijlage E worden de *best practices* ook weergegeven in de vorm van praktijkvoorbeelden, die gebaseerd zijn op de onderzoeksdata. Deze maken concreet hoe de handelingen en houdingen van geestelijk verzorgers eruit kunnen zien, binnen vijf verschillende organisatievormen: een stichting in het sociaal domein, een Centrum voor Levensvragen in zorg en welzijn, transmurale levenseindezorg, een zzp-er in de psychosociale zorg en transmurale ziekenhuiszorg.²

Het landschap

Vormgeving organisaties

De onderzochte organisaties representeerden verschillende manieren van werken in de thuissituatie: Ongeveer een derde van de geïnterviewde geestelijk verzorgers werkte enkel als zelfstandig ondernemer (ZZP-er), ongeveer een vijfde bood geestelijke verzorging in de thuissituatie vanuit een dienstverband bij een stichting of maatschap, ongeveer de helft was in dienst van een zorgorganisatie zoals een verzorgingshuis of ziekenhuis (vaak naast zelfstandig ondernemerschap). Bijna twee-derde van de deelnemende geestelijk verzorgers waren vanuit hun zelfstandig ondernemerschap en/of hun dienstverband aangesloten bij één of meer Centra voor Levensvragen (CvLs). In de enquête door de VGVZ, gaven acht respondenten (13%) aan niet aangesloten te zijn een CvL, 74% was wel aangesloten bij een

² De praktijkvoorbeelden zijn onderdeel van het Werkboek Geestelijke verzorging in de thuissituatie. Dit werkboek is één van de producten die voortgekomen zijn uit deze studie. Voor deze en de andere producten uit de drie PLOEG projecten zie [Palliaweb](#).

CvL of een vergelijkbaar samenwerkingsverband. Gemiddeld waren er volgens respondenten van de VGVZ-enquête 18 (SD = 10,41) geestelijk verzorgers betrokken bij een CvL, maar dit varieerde tussen de 4 en 40.

Uit de interviews bleek dat de rol die het CvL speelde in de aanwas van cliënten in de thuissituatie bij geestelijk verzorgers sterk verschilde: voor sommigen vormde het hun primaire bron van cliënten in de thuissituatie, voor anderen was de aanwas van cliënten via het CvL slechts een klein deel van hun cliëntenbestand in de thuissituatie. Niet alle geestelijk verzorgers werden betaald voor hun diensten, een enkeling deed dit op vrijwillige basis vanuit – bijvoorbeeld – een kerkgenootschap.

Uit de enquête van de VGVZ kwamen verschillende redenen naar voren waarom geestelijk verzorgers niet waren aangesloten bij een CvL. Sommigen hadden een afwijzende reactie op verzoek tot kennismaking gekregen of hun cliënten voldeden niet aan de voorwaarden van de subsidieregeling van het ministerie van VWS. Anderen vonden dat een CvL geen toegevoegde waarde had of aansluiting bij een CvL was niet op hun pad gekomen.

De bestaansduur van de onderzochte organisaties liep sterk uiteen (n = 72). Ten tijde van het onderzoek was de mediane bestaansduur van de organisaties 5,5 jaar, uiteenlopend van een paar weken oud tot 48 jaar. Een zesde (17%) van de organisaties bestond ten tijde van het onderzoek een jaar of korter, 76% bestond 10 jaar of korter. De meeste respondenten van de VGVZ-enquête waren aangesloten bij een CvL dat opgericht was in 2019 (n = 22), met de financieringsregeling van het ministerie van VWS. Negen personen waren aangesloten bij CvLs die in 2020 waren opgericht en drie bij CvLs die voor 2019 waren opgericht (1 in 2018, 2 in 2013).

Er was in de deskresearch vaak geen informatie te vinden over de bedrijfsvoering van de verschillende organisaties. Slechts bij 17 (12%) organisaties waren hier documenten over beschikbaar. Negen organisaties hadden een jaarverslag en zeven (ook) een financieel jaarverslag. Acht van de 17 organisaties hadden een ANBI-status, zes hadden algemene voorwaarden, vijf hadden een bedrijfsplan, en één had statuten. De helft van de respondenten van de VGVZ-enquête gaf aan dat het CvL een rechtsvorm had (47%), waarvan 68% aangaf

dat dit een stichting was. Twee CvLs waren een coöperatie en twee vielen volgens de respondenten direct onder een NPZ (Netwerken Palliatieve Zorg).

Een minderheid van de geïnterviewde geestelijk verzorgers had een ondernemingsplan geschreven. Een ondernemingsplan leek geen rol te spelen in integratie: de goedlopende en minder goedlopende organisaties hadden ongeveer even vaak een ondernemingsplan en gebruikten die op vergelijkbare manier. Het ondernemingsplan werd door degenen die hier gebruik van maakten beschreven als een handige manier om de eigen gedachten op een rij te krijgen. Het ondernemingsplan leek echter alleen behulpzaam in de opstartfase, aangezien het plan bij veel organisaties al snel achterhaald was en daarmee buiten beeld raakte.

Grootte organisaties

De meeste onderzochte organisaties waren klein: ongeveer 67% van de geïnterviewde geestelijk verzorgers voerde vijf of minder gesprekken per week. Dit gold voor zowel de goedlopende als minder goedlopende organisaties. In de goedlopende organisaties voerden geestelijk verzorgers echter meerdere gesprekken per week (zo'n 2-4), terwijl in de minder goedlopende organisaties slechts één gesprek per maand of enkele per jaar gevoerd werden. Een kwart van de geestelijk verzorgers in goedlopende organisaties gaf aan vijf of meer gesprekken per week te voeren, tegenover geen van de geestelijk verzorgers in de minder goedlopende organisaties.

Afhankelijk van de doelgroep vonden gesprekken met een cliënt doorgaans om de 1 tot 3 weken plaats. Bij palliatieve patiënten was de tijd tussen verschillende gesprekken vaak korter, terwijl er bij mensen met een chronische ziekte of in het sociaal domein juist bewust voor gekozen werd om de gesprekken wat meer over tijd 'uit te smeren'. De frequentie van gesprekken leek geen relatie te hebben met de mate van integratie van geestelijke verzorging.

Bij de goedlopende organisaties was een grote diversiteit in tijdsinvestering te zien: ongeveer de helft van de bevroegde geestelijk verzorgers besteedde 8 uur of minder per week aan de praktijk, een kwart 8-20 uur en eveneens ongeveer een kwart meer dan 20 uur per week. Bij de minder goedlopende organisaties besteedde een meerderheid minder dan 8 uur per week

aan geestelijke verzorging in de thuissituatie. Er werd door verscheidene geestelijk verzorgers aangegeven dat ze veel tijd kwijt waren aan reistijd en het opbouwen en onderhouden van contacten.

Diensten

Er waren negen verschillende diensten te onderscheiden die organisaties geestelijke verzorging aanboden (zie Tabel 2). Daarbij ging het voornamelijk om individuele begeleiding, naast scholing in het signaleren en begeleiden van zingevings- en levensvragen. Scholingen werden aangeboden voor zorgverleners en vrijwilligers, zowel in groepsverband als *on the job*. *Coaching on the job* werd minder vaak aangeboden, maar de geestelijk verzorgers die deze dienst aanboden waren er zeer tevreden over:

Inmiddels heb ik een paar keer meegelopen met een verpleegkundige in de wijk en dat was echt een win-win situatie. De zorgmedewerker ziet wat ik als geestelijk verzorger doe en ik krijg ook veel mee van wat er in de wijk speelt. Deze bekendheid genereert ook weer verwijzingen.

Tabel 2. Dienstenaanbod deelnemende organisaties volgens deskresearch (n = 104)

Dienst	n (%)
Individuele begeleiding	98 (94)
Onderwijs zorgverleners/vrijwilligers	52 (50)
Begeleiding zorgverleners/vrijwilligers	39 (38)
Groepsbegeleiding	36 (35)
Moreel beraad	20 (19)
Vieringen	17 (16)
Uitvaartbegeleiding	13 (13)
Beleidsondersteuning/advisering	11 (11)
Onderzoek	3 (3)

Uit de interviews bleek dat een andere belangrijke activiteit het geven van voorlichting over zingeving en geestelijke verzorging was. Het onderscheid tussen onderwijs en voorlichting is dat in onderwijs het publiek zelf vaardigheden wordt aangeleerd op het gebied van zingeving en levensvragen, terwijl voorlichting primair informerend is en ook over andere onderwerpen kan gaan. Naast voorlichting over zingeving en geestelijke verzorging boden de goedlopende organisaties in het onderzoek vaker dan de minder goedlopende organisaties ook voorlichting aan over andere onderwerpen. Voorbeelden van deze onderwerpen zijn eenzaamheid, dementie, mantelzorg of ethiek.

Voorlichting was vaak een eerste kennismaking van de geestelijk verzorger met een mogelijke verwijzer of samenwerkingspartner. Vanuit de samenwerkingspartners in het onderzoek werd benoemd dat een eenmalige voorlichting door een geestelijk verzorger een goede en prettige manier was om meer bekend te raken met de mogelijkheden van geestelijke begeleiding. Zij gaven aan dat voorlichting door een geestelijk verzorger hielp om weerstand weg te nemen en de beeldvorming over geestelijke verzorging bij te stellen.

Consultatie door (zorg)professionals werd ook vaker als dienst aangeboden door de goedlopende organisaties dan door de minder goedlopende organisaties. Consultatie houdt in dat zorgprofessionals advies en ondersteuning vragen aan de geestelijk verzorger bij de zorg voor een cliënt. Dit kon één-op-één, maar geestelijk verzorgers gaven ook aan moreel beraad te leiden, teams te adviseren over ethische dilemma's, en vrijwilligers te ondersteunen middels casuïstiekbespreking en advisering.

Veel van de begeleiding leek in een praktijkruimte plaats te vinden, zoals in de eigen praktijkruimte van de geestelijk verzorger, in een wijkcentrum, gezondheidscentrum of op de polikliniek van het ziekenhuis. Ongeveer de helft van de geïnterviewde geestelijk verzorgers gaf aan (ook) op huisbezoek te gaan. De resultaten uit de cliëntenquête bevestigen dat ongeveer de helft van de cliënten thuis begeleiding ontving en de andere helft in een praktijkruimte of elders. De cliënten hadden geen problemen ondervonden met de fysieke bereikbaarheid van de praktijkruimtes van hun geestelijk verzorger. Goede fysieke bereikbaarheid van de praktijklocatie werd belangrijk gevonden door ongeveer de helft van de bevroegde cliënten (56%).

De geïnterviewde geestelijk verzorgers boden weinig telefonische begeleiding aan; bij zowel de goedlopende als minder goedlopende organisaties ging het om een kleine 25% van de organisaties. Indien er wel telefonische begeleiding werd aangeboden ging dit vaak gepaard met fysieke afspraken, waarbij soms telefonisch de vinger aan de pols werd gehouden na afloop van een reeks fysieke gesprekken of telefonische begeleiding uiteindelijk leidde tot een aantal fysieke afspraken. Het uitsluitend telefonisch begeleiden van een cliënt kwam nauwelijks voor. In de VGVZ-enquête werd dit beeld bevestigd: de meest aangeboden dienst van CvLs (n = 49) was face-to-face consulten (71%), terwijl telefonische/online consulten (24%), groepsconsulten (26%) en deelname aan multidisciplinaire overleggen (MDOs; 24%) het minst werden aangeboden.

Doelgroepen

De belangrijkste doelgroep van de onderzochte organisaties bestond uit volwassenen met een ernstige ziekte, waarvan uit de interviews bleek dat deze meestal in de palliatieve fase waren (zie Tabel 3). Volwassenen in het sociaal domein (in het bijzonder op het terrein van verslaving, armoede/schulden en migranten), gezonde volwassenen en jongeren vormden voor een enkele praktijk een specifieke doelgroep. De resultaten van de VGVZ-enquête bevestigen dit beeld. In een aantal van de goedlopende organisaties werd daarnaast ook begeleiding voor vrijwilligers/zorgverleners aangeboden. Dit werd niet gedaan door de geestelijk verzorgers in minder goedlopende organisaties.

Tabel 3. Doelgroepen deelnemende organisaties naar aandoening volgens deskresearch (n = 72)

Doelgroep	n (%)
Mensen met ernstige ziekte	46 (64)
Eenzaamheid	28 (39)
Dementie	22 (31)
Psychiatrie	11 (15)
Ernstig ziek kind	8 (11)
Mensen met een beperking	6 (8)
Dak- en thuislozen	5 (7)

In Tabel 4 staan de typen begeleiding die in de deskresearch gevonden zijn. In overeenstemming met de grootste doelgroep van de organisaties werden begeleidingsvormen rondom het levenseinde het vaakst genoemd. Interessant is dat in de cliëntenenquête hele andere thema's naar voren kwamen.

Vrijwel alle organisaties gaven in hun openbare bronnen aan open te staan voor mensen met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden, ook de organisaties die wel een specialisatie hadden op dit terrein (15%). Waar aangegeven (n = 78), hadden de geestelijk verzorgers zelf vaak een Protestantse (38%), humanistische (24%) of Rooms-Katholieke (21%) achtergrond. Regelmatig waren er geestelijk verzorgers van verschillende denominaties werkzaam binnen een organisatie.

Tabel 4. Typen begeleiding deelnemende organisaties volgens deskresearch (n = 72) en begeleidingsthema's volgens cliënten (n = 23)

Geestelijk verzorgers		Cliënten	
Begeleidingsvorm	n (%)	Thema	n (%)
Stervensbegeleiding	50 (60)	Relatieproblematiek	5 (22)
Rouw- en verliesbegeleiding	47 (56)	Rouw of levenseinde	5 (22)
Palliatieve begeleiding	45 (54)	Levensvragen algemeen	3 (13)
Rituele begeleiding	38 (45)	Psychologische problemen	7 (30)
Ethiek	28 (33)	Algehele tegenslag	3 (13)
Groepsbegeleiding	24 (29)		
Creatieve werkvormen	17 (20)		
Meditatie	15 (18)		
Mindfulness	12 (14)		
Spreken bij uitvaarten	9 (11)		
Vrijwilligersprojecten	5 (6)		
Lichaamsgerichte benaderingen	5 (6)		
Systeembegeleiding	1 (1)		

Betrokken partijen

Hulp en ondersteuning. Veel geestelijk verzorgers in het onderzoek gaven aan hulp te hebben gehad bij het opzetten en verbeteren van hun praktijk voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. Het ging dan om hulp bij het organiseren van de administratie of het bouwen van een website, of om advies van collega geestelijk verzorgers, ondernemers of ervaringsdeskundigen. In sommige gevallen ging het echter ook om facilitering door netwerkorganisaties of zorgorganisaties die bijvoorbeeld PR-werkzaamheden, financiële regelingen en fondsenwerving op zich namen (bijv. ziekenhuizen, verzorgingshuizen, NPZs, ZONH, ROS). Het hulp ontvangen van anderen werd altijd als bevorderend aspect genoemd. Bij verschillende organisaties kwam daarnaast naar voren dat de persoon die men voor een specifieke dienst had gevraagd, ook meedacht op andere vlakken. Zo vertelde een geestelijk verzorger: *"De websitebouwer gaf heel veel goede tips op zakelijk gebied, qua techniek van de website en het opstellen van de teksten en hoe de cliënten te benaderen."*

Verschillende geestelijk verzorgers waren in de opbouwfase van hun praktijk doelbewust opgetrokken met kennissen of vrienden die in een andere branche ZZP-er waren: *"Als je zo'n onbekend beroep hebt, (...) moet je juist kijken hoe bekendere beroepen het doen."* Het met elkaar praten over hoe de PR en marketing vorm te geven of het samen onderzoeken van de eigen doelgroep konden daarin zeer behulpzaam zijn. Daarnaast hielpen bevriende ondernemers een nuchtere en relativerende kijk op ondernemerschap te houden: *"Het helpt om van anderen, bijvoorbeeld vrienden, te horen dat dat er gewoon bij hoort, of dat een goede onderneming opzetten 7 jaar duurt. Dat is dan goed voor mijn perspectief omdat mijn eigen verwachtingen veel hoger liggen."* Het bekijken van websites van anderen, zowel van geestelijk verzorgers als andersoortige professionals, werd ook vaak genoemd als bron van inspiratie of voorbeeld van hoe iemand het zelf niet wil aanpakken.

Verwijsrelaties. Een goede samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties, en met andere geestelijk verzorgers was om verschillende redenen belangrijk. Allereerst kwam uit de data naar voren dat er in verhouding weinig aanvragen zonder verwijzing tot stand kwamen, tenzij de geestelijk verzorger reeds vanuit intramurale werkzaamheden toegang had tot de doelgroep. Dit waren bijvoorbeeld geestelijk verzorgers die in een ziekenhuis werkten en dan cliënten ook poliklinisch of thuis begeleidden, of die vanuit een ouderenzorginstelling ook

scholing of begeleiding aanboden aan de thuiszorgtak van de organisatie. In de meeste gevallen was een verwijzing, en daarmee de samenwerking met andere professionals, cruciaal voor het ontstaan van een begeleidingscontact of voor het ontvangen van een scholingsaanvraag.

Van de onderzochte cliënten was de helft zonder verwijzing bij de geestelijk verzorger terecht gekomen, meestal omdat zij de geestelijk verzorger al kenden, en was de andere helft doorverwezen. In de meeste gevallen was de huisarts de verwijzer, maar ook de thuiszorg, een woonzorgcentrum en familie werden door de cliënt als verwijzer genoemd. Ook uit de interviews met de geestelijk verzorgers en uit de VGVZ-enquête bleek dat professionals in zorgorganisaties (meestal ziekenhuizen) en huisartsen de belangrijkste bron vormden van verwijzingen, vooral bij de onderzochte goedlopende organisaties. De verwijzingen van huisartsen kwamen met name tot stand via PaTz-overleggen (palliatieve zorg thuis-overleggen).

Wijkverpleegkundigen in wijkteams en thuiszorgmedewerkers speelden ook een substantiële rol in de totstandkoming van verwijzingen: Van de geïnterviewde geestelijke verzorgers uit goedlopende organisaties gaf 45% aan verwijzingen te krijgen via de thuiszorg, bij de minder goedlopende organisaties was dit 40%. In de VGVZ-enquête gaf 78% van 49 respondenten aan soms tot vaak verwijzingen te krijgen van wijkzorg of thuiszorg en 63% soms tot vaak van een wijkteam of buurtteam.

Uit de focusgroepen bleek dat verwijzers het erg belangrijk vinden dat ze weten naar wie ze verwijzen, en mede daarom is persoonlijk contact tussen geestelijk verzorgers en verwijzers van belang (zie Zichtbaarheid). Desalniettemin gaven de geïnterviewde geestelijk verzorgers aan dat er ongeveer even vaak rechtstreeks naar een geestelijk verzorger werd verwezen als via een CvL of koepelorganisatie. Dit gold voor zowel goedlopende als minder goedlopende organisaties. Opvallend is wel dat het bij sommige CvLs niet toegestaan was de gesprekken te declareren, wanneer de cliënt zich rechtstreeks bij de geestelijk verzorger had aangemeld en de geestelijk verzorger dus de eigen 'verwijzer' was binnen het CvL. Het is de vraag in hoeverre een dergelijke constructie wenselijk is, aangezien sommige doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een migratieachtergrond) de route naar een CvL of verwijzer niet

goed weten te vinden. Het contact met een geestelijk verzorger ontstaat dan bijvoorbeeld vanuit presentie in het sociaal domein of via informele contacten, en daarmee zonder tussenkomst van het CvL.

De geestelijk verzorgers kregen niet alleen verwijzingen, maar verwezen soms zelf ook cliënten door naar andere professionals, vrijwilligers of collega geestelijk verzorgers. Het kennen van de sociale kaart was een belangrijke voorwaarde om te kunnen doorverwijzen en enkele geestelijk verzorgers gaven aan dat ze het – net als de samenwerkingspartners in het onderzoek – belangrijk vonden om te weten naar wie ze doorverwezen: *"Afhankelijk van de cliëntvraag zal ik diegene terugverwijzen naar het welzijnswerk of een andere organisatie. Ik voel aan of deze personen zullen matchen. Ik regel het contact, wetende dat die persoon dan in goede handen is."*

Doorverwijzing vond hoofdzakelijk plaats op basis van expertise; dat wil zeggen dat de geestelijk verzorger meende dat de hulpvraag van de cliënt beter paste bij een andere professional, zoals een psycholoog of POH-GGZ. Daarnaast werd ook vaak terugverwezen naar de huisarts of het wijkteam. Naar collega geestelijk verzorgers werd verwezen bij een sterk specialistische hulpvraag die beter paste bij de expertise van een andere geestelijk verzorger: *"Heb ik persoonlijk genoeg te bieden wat hiervoor nodig is? En zo niet, dan verwijst ik door."*

Andere redenen voor doorverwijzing waren dat de cliënt niet aansloot bij de vergoedingsmogelijkheden of vanwege een hoge werklust. Wanneer het maximaal aantal vergoede gesprekken bereikt was, maar de cliënt nog wel behoefte had aan voortzetting van ondersteunend contact, waren er soms ook mogelijkheden om de cliënt naar een vrijwilliger door te verwijzen. De samenwerkingspartners benadrukten daarbij het belang om vooraf aan de cliënt aan te geven wat hierin de mogelijkheden zijn, in de vorm van een helder stappenplan. Bijvoorbeeld, door uit te leggen dat er eerst een intake met een geestelijk verzorger is, om vervolgens een vrijwilliger de verdere gesprekken te laten voeren.

Er leek weinig bekendheid gegeven te worden aan samenwerkingsrelaties. Van minder dan de helft van de onderzochte organisaties (40%) was in openbare bronnen terug te vinden welke

samenwerkingspartners het had. In Tabel 5 staat een overzicht van de gevonden samenwerkingspartners. Voor organisaties in de regio Oost was beduidend minder informatie beschikbaar dan voor organisaties in de regio West (bij respectievelijk 49% en 67% van de organisaties). In de regio Oost waren Netwerken Palliatieve Zorg de belangrijkste samenwerkingspartners (53%), terwijl in de regio West andere geestelijk verzorgers, al dan niet in CvLs, de belangrijkste samenwerkingspartners waren (52%).

Tabel 5. Samenwerkingspartners deelnemende organisaties volgens deskresearch (n, %)

Samenwerkingspartner	Totaal (n = 61)	Oost (n = 32)	West (n = 54)
Geestelijk verzorgers	40 (47)	3 (9)	28 (52)
Netwerk Palliatieve Zorg	39 (45)	17 (53)	22 (41)
Centrum voor Levensvragen	35 (41)	7 (22)	28 (52)
Huisarts	20 (23)	6 (19)	14 (26)
Sociaal werk	13 (15)	3 (9)	10 (19)
Thuiszorg	13 (15)	5 (16)	8 (15)
Wijkteam	13 (15)	3 (9)	10 (19)
PaTz team	11 (13)	3 (9)	8 (15)
Vrijwilligersorganisatie	11 (13)	1 (3)	10 (19)
Gemeente	11 (13)	1 (3)	10 (19)
Netwerk Integrale Kindzorg	5 (6)	2 (6)	3 (6)
Psycholoog	4 (5)	0 (0)	4 (7)
Levensbeschouwelijke organisatie	3 (4)	3 (9)	0 (0)
Hospice	1 (1)	0 (0)	1 (2)
Regionale OndersteuningsStructuur	1 (1)	1 (3)	0 (0)

Vrijwilligers. De rol van vrijwilligers in geestelijke verzorging in de thuissituatie was niet eenduidig. Er waren een aantal goedlopende organisaties die heel bewust gekozen hadden voor het samenwerken met vrijwilligers en daar ook zeer tevreden over waren. Door verschillende bevroegde samenwerkingspartners uit het sociaal domein werd aangegeven dat er behoefte was aan ondersteuning van hun vrijwilligers in de vorm van teambuildingsessies, themabijeenkomsten of casuïstiekbespreking, en dat ze daarin een mogelijke rol voor geestelijk verzorgers zagen. Ook werd het door deze deelnemers prettig gevonden dat

vrijwilligers complexe casussen konden overdragen aan een geestelijk verzorger. Voor een dergelijke overdracht is een veilige werksfeer van belang volgens geestelijk verzorgers die met vrijwilligers werkten, omdat het voor vrijwilligers niet gemakkelijk is om een casus over te dragen.

Van de 49 geestelijk verzorgers die informatie gaven over CvLs in de enquête van de VGVZ, rapporteerden de meesten dat er geen vrijwilligers betrokken waren bij het CvL (63%). Daarbij gaven de meesten aan niet te weten waarom er geen vrijwilligers betrokken waren. De respondenten die het wel wisten rapporteerden dat dit meestal kwam door een tekort aan aanvragen of omdat het CvL nog in opbouw was. Waar er wel vrijwilligers betrokken waren, was dit vooral in de begeleiding (25%) en minder in organisatorische werkzaamheden (10%) of de verwerking van meldingen (8%). In 77% van de gevallen werden deze vrijwilligers door een geestelijk verzorger getraind op het gebied van gespreksvoering.

Belemmerende en bevorderende factoren

Vanuit de ervaringen van geestelijk verzorgers, samenwerkingspartners en cliënten, en een vergelijking van de kenmerken van goedlopende en minder goedlopende organisaties, ontstond inzicht in welke factoren noodzakelijk lijken voor integratie in zorg en welzijn in de thuissituatie, welke factoren handig maar niet noodzakelijk lijken, en welke factoren vermeden moeten worden. In deze paragraaf worden deze factoren besproken aan de hand van drie thema's: Financiering, Zichtbaarheid en Professionalisering. Voor elk thema wordt er eerst inzicht gegeven in de gerapporteerde knelpunten en oplossingen, waarna de aanbevelingen ten aanzien van noodzakelijke, handige en te vermijden factoren worden opgesomd. In samenhang vormen deze aanbevelingen *best practices* voor de integratie van geestelijke verzorging in zorg en welzijn in de thuissituatie. Deze worden geïllustreerd in de praktijkvoorbeelden in [Bijlage E](#).

Financiering

De meeste onderzochte geestelijk verzorgers gaven aan dat zij voldoende financiële draagkracht hadden. Op individueel niveau kwam doordat de geestelijk verzorgers voor hun inkomsten niet alleen afhankelijk waren van hun werkzaamheden in de thuissituatie, maar ook

inkomsten hadden vanuit een intramurale positie of een financieel draagkrachtige partner hadden: *"De manier waarop ik mijn praktijk run, kan alleen omdat mijn partner een steady inkomen heeft."* Ook de meerderheid van de respondenten van de VGVZ enquête gaven aan een ander hoofdkomen te hebben dan uit geestelijke verzorging in de thuissituatie: voor 37 respondenten was werk in loondienst het hoofdkomen (61%), voor acht vormde een pensioen het hoofdkomen (13%), vijf werkten 50/50 in de thuissituatie en in loondienst (8%), en één persoon had een uitkering. Voor slechts 10 respondenten van de VGVZ-enquête was werk als zelfstandige het hoofdkomen (16%). Hoewel financiële draagkracht van geestelijk verzorgers aan de ene kant gunstig kan zijn voor integratie van de organisatie, omdat de geestelijk verzorger daardoor tijd en financiële ruimte heeft om te investeren in de organisatie, kan het ontbreken van een noodzakelijke, financiële prikkel ook de inzet voor de organisatie verminderen: *"De verhouding kosten-baten is en was niet heel belangrijk. Het ontbreken van een financiële noodzaak is ook een lastige factor geweest om er vol voor te gaan."*

Op organisatieniveau, gaven de meeste respondenten in de enquête van de VGVZ aan dat de financiering van het CvL voldoende was voor de regio (63%), terwijl 27% aangaf dat dit niet het geval was. De helft van de 49 respondenten gaf aan dat het CvL naar andere financieringsbronnen keek (53%).

Voor veel van de geïnterviewde geestelijk verzorgers was het vinden van financiering een belangrijke drempel bij het opzetten en uitvoeren van hun organisatie (CvL of anderszins). Met name voor de invoering van de subsidieregeling van het ministerie van VWS in 2019 waren er weinig mogelijkheden tot (semi-)structurele financiering van begeleiding, onderwijs en advisering door geestelijk verzorgers buiten zorginstellingen. Voor andere activiteiten dan begeleiding gaf dit vaak weinig problemen. De geestelijk verzorgers en verwijzers in het onderzoek gaven echter aan het belangrijk te vinden zo weinig mogelijk financiële drempels te hebben voor cliënten. (Semi-)structurele publieke of private financiering helpt hierbij. Omdat veel fondsen elk jaar opnieuw moesten worden aangevraagd en vaak niet toereikend waren voor de doelen van de organisaties, maakten enkele organisaties gebruik van een fondsenwerver. Deze waren hier zeer tevreden over. Bij organisaties die dit onderdeel zelf op

zich namen was juist veel frustratie zichtbaar over hoeveel tijd en energie fondsenwerving kostte.

Ten tijde van het onderzoek heerste er bij de deelnemers ook nog veel onduidelijkheid over de declaratiestructuur in de regeling van het ministerie van VWS. Dit zorgde voor frustratie bij een aantal van de onderzochte geestelijk verzorgers. Hoewel deze onduidelijkheid geen relatie leek te hebben met de integratie van geestelijke verzorging, werkte het voor een aantal geestelijk verzorgers wel demotiverend. Soms verwachtten zij meer informatie en sturing van de VGVZ over financierings- en declaratiemogelijkheden. Geestelijk verzorgers gaven echter ook aan het belangrijk te vinden om zelf op zoek te gaan naar informatie en mogelijkheden vanwege lokale verschillen in doelgroep, organisatiestructuur en financieringsmogelijkheden. Vasthoudendheid rondom betalingen leek ook frustraties te verminderen; enkele geestelijk verzorgers gaven aan dat er veel aanmaningen nodig waren voordat declaraties door instanties werden betaald. Hulp van een boekhouder of andere expert (zoals de KvK, een accountant of een kennis) kon zorgen wegnemen.

In Tabel 6 staan de financieringsbronnen van de organisaties uit de deskresearch in dit onderzoek en organisaties uit de VGVZ-enquête. Voor de meeste organisaties vormde de subsidie van het ministerie van VWS de belangrijkste bron van financiering van hun diensten. Deze is echter alleen beschikbaar voor de begeleiding van kinderen en volwassenen in de palliatieve fase en volwassenen van 50 jaar en ouder. Ook veel andere financieringsregelingen hadden restricties voor de doelgroep. Bij de geestelijk verzorgers die niet bij een CvL waren aangesloten betaalden cliënten vaak zelf voor begeleiding. Ook scholingsklanten betaalden bij deze organisaties vaak zelf (33%), terwijl dit door slechts 6% van de respondenten van CvLs werd aangegeven. In het huidige onderzoek gaf ongeveer de helft van de geïnterviewde geestelijk verzorgers aan dat cliënten zelf betaalden voor begeleiding. Soms werd begeleiding vergoed via de zorgverzekering doordat de geestelijk verzorger geregistreerd was bij de NVPA of via een regeling met een aanpalende discipline (15%), zoals alternatieve geneeswijzen, de POH-GGZ of huisarts.

Onafhankelijk van de financieringsbron, gaven de meeste geïnterviewde geestelijk verzorgers aan dat er 3-5 gesprekken vergoed werden in hun organisatie. Volgens hen was dit meestal

voldoende, maar regelmatig was er verlenging nodig bij chronische of terugkerende problematiek. Inderdaad had ongeveer de helft van de onderzochte cliënten 7 of meer consulten gehad, verspreid over een periode van 6 maanden (bereik: 1-72 consulten over 1-24 maanden). Het lijkt dus noodzakelijk dat de mogelijkheid wordt geboden tot uitbreiding van het aantal gesprekken. Ook in de enquête van de VGVZ kwam deze aanbeveling terug. Met name bij de goedlopende organisaties in het onderzoek was hier een regeling voor getroffen, zij het door de vergoeding te verlengen, door andere financieringsbronnen aan te spreken of door de cliënt door te verwijzen. De meeste cliënten in dit onderzoek gaven aan geen problemen te hebben ondervonden met de financiering van de begeleiding. Slechts één cliënt benoemde dat dit een groot probleem was, aangezien de gesprekken niet door de zorgverzekering vergoed werden.

Tabel 6. Typen financieringsbronnen voor geestelijke verzorging in de thuissituatie (n, %)

Financieringsbron	Huidig onderzoek ^a (n = 65)	VGVZ-enquête	
		Centra voor Levensvragen (n = 49)	Overige organisaties (n = 12)
VWS-subsidie	40 (62)	48 (98)	1 (8)
Stichting	16 (25)	7 (14)	3 (25)
Particuliere giften/donaties	14 (22)	2 (4)	1 (8)
Religieus genootschap	12 (19)	-	-
Particuliere fondsen	12 (19)	-	-
Zorgverzekeraar	9 (14)	-	1 (8)
Zorginstelling	9 (14)	-	3 (25)
Wmo	6 (9)	2 (4)	3 (25)
Gemeente, niet Wmo	6 (9)	5 (10)	2 (17)
Particuliere betaling	-	1 (2)	7 (58)

^a In het huidige onderzoek kon geen onderscheid gemaakt worden tussen Centra voor Levensvragen en andere organisatievormen.

Er was weinig informatie beschikbaar over uurtarieven. Sommige geestelijk verzorgers hanteerden een flexibel tarief op basis van de financiële draagkracht van de klant (cliënt of organisatie), de groepsgrootte bij groepsbegeleiding of de aard van de scholingsaanvraag. Uit de enquête van de VGVZ bleek dat de respondenten een gemiddeld uurtarief van rond de

€74 voor een consult, €80 voor scholing en €80 voor een groepsconsult passend vonden. De VGVZ publiceert elk jaar adviestarieven.

Er werd veel onbezoldigd werk gedaan in begeleiding, PR en bestuur. Hier werd door veel deelnemers frustratie over geuit. Een aantal geestelijk verzorgers uit goedlopende organisaties benadrukte echter dat het onvermijdelijk is dat er met name in de opbouwfase van een organisatie meer geïnvesteerd wordt dan er wordt verdiend. Dit betaalt zich, volgens hen, later weer uit doordat er meer aanvragen komen en ev. hogere tarieven kunnen worden gevraagd (zie ook Professionalisering). Betreffende het kosteloos aanbieden van begeleiding was een tweedeling zichtbaar onder zowel de geïnterviewde geestelijk verzorgers als de respondenten van de VGVZ-enquête. Enerzijds waren er geestelijk verzorgers die vanuit idealistische of religieuze overwegingen vonden dat ze mensen zonder financiële middelen niet in de kou konden laten staan zolang er geen vergoeding voor iedereen was. Zij voelden vaak schroom om geld te vragen voor hun diensten. Anderzijds was er een groep geestelijk verzorgers die juist aangaf het onverstandig te vinden om begeleiding kosteloos aan te bieden, vanwege de financiële draagkracht van de organisatie en het imago van de geestelijke verzorging als professionele beroepsgroep:

Ik had er grote problemen mee dat het [de financiering van geestelijke verzorging in de thuissituatie, red.] niet formeel geregeld was: je levert dezelfde zorg als in het ziekenhuis waar je daar goed voor betaald wordt, en vervolgens neem je de afslag naar een andere plaats en doe je hetzelfde, en vraag je niks. En je bent niet verzekerd bezig, dus nee, dat vond ik niet zo verstandig.

Best practices voor financiering

Uit de bovenstaande analyse leiden we de volgende aanbevelingen af met betrekking tot de financiering van geestelijke verzorging in de thuissituatie.

Noodzakelijk:

- **Diverse financieringsbronnen.**

Het gebruik van diverse financieringsbronnen maakt het mogelijk om diverse doelgroepen te begeleiden en ook langere begeleidingstrajecten aan te bieden. Dit betekent dat er dus beter aangesloten kan worden op de diversiteit van de vraag. De subsidieregeling door het ministerie van VWS is momenteel de belangrijkste bron van inkomsten, maar dekt niet alle aanvragen en behoeften.

- **Duidelijkheid over de declaratiestructuur van de organisatie en/of financier.**

Het gebrek aan kennis over en duidelijkheid in een declaratiestructuur geeft veel frustratie bij geestelijk verzorgers. Vertraagde betaling werkt demotiverend. Overweeg als organisatie hulp van boekhouder, accountant, KvK of ervaringsdeskundigen.

- **Bereidheid om enig onbezoldigd werk te verrichten.**

Begeleiding van cliënten met zeer weinig financiële mogelijkheden, PR- en acquisitieactiviteiten, en bestuursactiviteiten vragen veel tijd waar meestal geen vergoeding tegenover staat. Met name bij zelfstandige praktijken en organisaties in opbouw lijkt de bereidheid tot onbezoldigd werk noodzakelijk te zijn om de randvoorwaarden van de organisatie neer te zetten. Bij collectieven en goedlopende organisaties lijkt deze bereidheid minder noodzakelijk.

Handig, niet noodzakelijk:

- **Een flexibel tarief.**

Dit biedt de mogelijkheid om diverse doelgroepen te begeleiden en deze ook langer te begeleiden. Bovendien doet dit recht aan de wens van geestelijk verzorgers om dienstbaar te zijn aan iedereen met levensvragen. De financiële draagkracht van de zelfstandig geestelijk verzorger en/of de organisatie dient hierbij in de gaten gehouden worden.

- **Professionele fondsenwerving.**

Fondsen zijn vrijwel altijd tijdelijk van aard en aanvragen moeten regelmatig opnieuw ingediend worden. Fondsen zijn ook niet altijd toereikend voor het aantal benodigde gesprekken. Vanwege de tijdsinvestering die fondsenwerving vraagt is het zinvol te overwegen een professionele fondsenwerfer in te schakelen of op zoek te gaan naar een samenwerkingspartner in fondsenwerving. Zeker wanneer de organisatie doelgroepen wil bereiken die niet in aanmerking komen voor vergoeding binnen de regeling van het ministerie van VWS kan een fondsenwerfer behulpzaam zijn.

Vermijden:

- **Gratis aanbieden van diensten.**

Hoewel onbezoldigd werk in sommige gevallen noodzakelijk en wenselijk is, zorgt het verrichten van veel onbezoldigd werk voor overbelasting en ontevredenheid bij geestelijk verzorgers. Uit de ervaring van diverse geestelijk verzorgers bleek dat de meeste mensen bereid zijn te betalen voor diensten als begeleiding, scholing en voorlichting, zeker in combinatie met flexibele tarieven. De schroom om geld te vragen lijkt niet direct van invloed op de integratie van de praktijk, maar wel op de duurzaamheid van de onderneming.

Zichtbaarheid

Zichtbaarheid bleek een belangrijk thema voor een goede integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Zowel geestelijk verzorgers, als samenwerkingspartners en cliënten in het onderzoek gaven aan dat er grote onbekendheid heerste over geestelijke verzorging. In de VGVZ-enquête gaven de meeste respondenten die over een CvL gerapporteerd hadden aan enigszins tevreden te zijn over de bekendheid van het CvL (45%). Ongeveer een derde was ontevreden over de bekendheid (29%). Van de 25 respondenten die een toelichting gaven op hun antwoord, gaven de meesten aan dat 'het beter kan' en dat de bekendheid groeiende was. Een tekort aan tijd en personeel werd een paar keer als reden genoemd voor een ervaren gebrek aan bekendheid.

De benaming geestelijke verzorging had voor verschillende verwijzers een beladen klank of gaf een eenzijdige associatie met religiositeit. Vanwege deze onbekendheid en/of dit negatieve beeld leek het belangrijk dat geestelijk verzorgers lieten zien wie ze zijn en wat ze doen. Dit betekent dat actieve acquisitie noodzakelijk was: geestelijk verzorgers konden er niet vanuit gaan dat mensen hén wisten te vinden (passieve acquisitie). Er waren verschillende manieren waarop geestelijk hun zichtbaarheid bij verwijzers en cliënten vergrootten:

Acquisitie. Veel geestelijk verzorgers maakten meer gebruik van actieve dan van passieve acquisitie. Dit betekent dat de geestelijk verzorgers zelf actie ondernamen om bekendheid te genereren bij potentiële cliënten en samenwerkingspartners. Uit de data kwam naar voren dat met name warme actieve acquisitie bevorderend was voor zichtbaarheid en integratie. Warme acquisitie houdt in dat er al een relatie is tussen de geestelijk verzorger en degene die deze benadert. Mede daarom leek het van wezenlijk belang om een netwerk op te bouwen, te onderhouden en verder uit te bouwen. Een geestelijk verzorger vertelde over warme acquisitie via het bestuur van de stichting waar zij werkzaam was:

Het bestuur was heterogeen samengesteld en bestond toen uit een kaderhuisarts palliatieve zorg, de netwerkcoördinator, ikzelf en een intramuraal werkende geestelijk verzorger, een gepensioneerde anesthesist en een predikant. Ieder boorde steeds hun netwerk aan en zo konden we als werkgroep gemakkelijk bij netwerkorganisaties binnen komen.

Geestelijk verzorgers uit meerdere goedlopende organisaties gaven aan dat zij in de opstartfase baat hadden bij het gebruik van een 'sneeuwbalmethode' in het promoten van hun organisatie. Zij startten bij organisaties en personen waar de zij reeds een ingang hadden, bijvoorbeeld via een eerdere werkervaring of samenwerkingsverband. Van daaruit bouwden ze hun netwerk steeds verder uit en genereerden ze verdere bekendheid.

Ik heb in het begin ook veel 'koude' mails gestuurd, maar toen ik opmerkte dat de organisaties die antwoordden, de organisaties waren waar ik al mensen kende, ben ik het anders gaan aanpakken. Veel is daarna organisch en via via verlopen.

De sneeuwbalmethode kan werken via ambassadeurs. Ambassadeurs zijn professionals die geen geestelijk verzorger zijn maar wel het belang van geestelijke verzorging inzien en zich daarover uitspreken. Deze vorm zit tussen warme en koude acquisitie in, aangezien het gaat om het werven van nog onbekende contacten voor de geestelijk verzorger, waarbij de persoonlijke relatie met de ambassadeur de weg vrij maakt. De ambassadeur kon de brug slaan tussen de geestelijk verzorger en potentiële samenwerkingspartners, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld uit een praktijkbeschrijving:

Via de eerste PaTz-groep kwam ze [de geestelijk verzorger, red.] vrij gemakkelijk bij een tweede PaTz-groep, omdat nu de huisartsen elkaar vertelden dat dat een goed idee was. Ze kon toen wederom na een scholing [aan de PaTz groep, red.] plaatsnemen in het team.

Daarnaast bleek de ambassadeur ook een belangrijke spin in het web in het verbinden van de geestelijk verzorger met de beoogde doelgroep:

Door haar coaching en begeleiding daar [in het sociaal-cultureel werk in haar woonplaats, red] had ze al een stukje bekendheid verworven en waren collega's warmgelopen voor de verdieping die ze inbracht. Ze heeft haar plannen rondom een eigen praktijk met hen gedeeld en zij hebben daar reclame voor gemaakt bij hun bezoekers en meegedacht.

De ambassadeur kon de geestelijk verzorgers ook wegwijs maken in hoe verschillende partijen zich tot elkaar verhielden en met welke sleutelfiguren de geestelijk verzorger contact moest opnemen. Een geestelijk verzorger vertelde over een sociaal werkster: "Zij zit ons ook continu achter de broek. Je moet dit doen, je moet die bellen. Dankzij haar gaan we nu trainingen geven aan een team ouderenwerkers." Overeenkomsten tussen ambassadeurs zijn dat ze een gemeenschappelijke missie delen met geestelijk verzorgers, een positieve respons hebben gekregen van cliënten over de geestelijk verzorger en een helder geformuleerd beeld hebben van de meerwaarde van geestelijke verzorging.

Persoonlijk contact als onderdeel van warme acquisitie bleek het vertrouwenwekkends. *"Elkaar kennen creëert vertrouwen, en dat is een voorwaarde om samen te kunnen werken en elkaar te kunnen versterken"*, aldus een samenwerkingspartner. Het hebben van een persoonlijke relatie maakte het gemakkelijker om naar elkaar door te verwijzen. Door het persoonlijke contact konden verwijzers, bijvoorbeeld, ook een terughoudende cliënt beter geruststellen. Zij konden vertellen wat voor type persoon de geestelijk verzorger was. Ook voor de verwijzer zelf was de persoonlijke relatie van belang: verwijzers in het onderzoek gaven aan te willen weten dat hun cliënten goed terechtkomen. In de praktijk betekende dat, dat ze wilden weten naar welke geestelijk verzorger ze door verwezen, niet naar welke organisatie.

De onderzochte geestelijk verzorgers en samenwerkingspartners gaven aan dat het hebben van persoonlijk contact met verwijzers vroeg om een continue investering in de vorm van herhaaldelijk contact. Dit zorgde er volgens hen voor dat de mogelijkheid van geestelijke verzorging in het denken van de samenwerkingspartners kwam en vertrouwen opgebouwd werd. Samenwerkingspartners gaven aan dat het helpend was als ze een geestelijk verzorger tegenkwamen op plekken waar ze zelf kwamen, zoals bij een sociaal café van het inloophuis of in de gang van een gezondheidscentrum. Dit is een informele vorm van persoonlijk contact waardoor de geestelijk verzorger op de radar van de samenwerkingspartner blijft en deze sneller denkt aan de geestelijk verzorger als er sprake is van een zingevingsvraag bij een cliënt. Bovendien gaven een aantal geestelijk verzorgers aan dat dit contact hen ook hielp om meer te weten te komen over de werkwijzen en behoeften van de samenwerkingspartners, wat de samenwerking en het vertrouwen verder bevorderde. Uit verschillende voorbeelden bleek echter ook dat op tijd stoppen met contacten waar geen respons op kwam frustratie en energieverlies bij de geestelijk verzorger kon voorkomen (zie ook Professionalisering).

Naast het informele, persoonlijke contact bleek het formele contact tussen geestelijk verzorger en verwijzer belangrijk. In dit formele contact konden geestelijk verzorgers in de praktijk laten zien welke interventies ze deden en hoe ze inhoudelijk werkten. Formeel contact omvatte deelname aan overleggen, het geven van scholing en voorlichting (al dan niet over geestelijke verzorging), advisering over casuïstiek en contact over cliënten. Hierin

kon de geestelijk verzorger ook meer leren over hoe de samenwerkingspartners werkten en welke vragen en behoeften zij hadden. Voorbeelden van (multidisciplinaire) overleggen en netwerken zijn: multidisciplinaire overleggen (MDOs) in zorgorganisaties en hospices, PaTz groepen, overleggen van (sociale) wijkteams, het NIK (Netwerk Integrale Kindzorg), VPTZ (Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg) en NPZ. Ook in de VGVZ-enquête bleken netwerkbijeenkomsten en presentaties of lezingen een belangrijk pr-kanaal voor geestelijk verzorgers.

Actieve samenwerking in formele contacten was behulpzaam voor integratie vanwege de directe aansluiting op de beroepspraktijk van de verwijzer. Directe aansluiting kon, bijvoorbeeld, gestalte krijgen door middel van casusbesprekingen. Zowel vanuit didactisch als acquisitie perspectief leek dit bevorderend; potentiële verwijzers kregen hierdoor volgens de onderzoeksdeelnemers goed inzicht in zingeving en geestelijke verzorging, en de geestelijk verzorger kon een vertrouwensband met de verwijzers opbouwen. Uit de focusgroepen met samenwerkingspartners kwam naar voren dat het geven van voorlichting over geestelijke verzorging of andere onderwerpen helpend was om bekendheid te genereren, maar dat een eenmalige presentatie niet toereikend was. De geestelijk verzorger moest het initiatief nemen in opvolging van formele contacten, benadrukten verwijzers en geestelijk verzorgers. Dit onderstreept opnieuw het belang van actieve acquisitie.

In samenwerkingsrelaties leek terugkoppeling over cliënten tussen de geestelijk verzorger en de verwijzer ook een belangrijke plaats in te nemen als bevorderende factor voor integratie. In de VGVZ-enquête gaf 80% van 49 respondenten aan dat er regelmatig of vaak terugkoppeling plaatsvond naar verwijzers. Terugkoppeling droeg volgens de deelnemers niet alleen bij aan zichtbaarheid, maar ook aan vertrouwen en effectievere verwijzing. Door terugkoppeling over cliënten kregen samenwerkingspartners en geestelijk verzorgers inzicht in elkaars werkwijzen en behoeften. Ook deed terugkoppeling volgens deelnemers recht aan de investering die verwijzers gedaan hadden in de totstandkoming van de verwijzing:

Zo kan het voorkomen dat een verpleegkundig specialist palliatieve zorg heeft moeten praten als Brugman om jou binnen te krijgen bij een cliënt. Als ze je kennen, kan ze zeggen, die is heel rustig, kan goed luisteren, geef het een kans.

Onderzochte samenwerkingspartners vertelden dat het frustrerend kan zijn als er geen opvolging is van een aanvraag. Zij zijn immers ook begaan met het welzijn van de cliënt en voelen zich daar medeverantwoordelijk voor. Verwijzers spraken expliciet uit behoefte te hebben aan (duidelijkheid rondom) een terugkoppeling. Dit gold overigens ook voor geestelijk verzorgers die een cliënt naar een collega of samenwerkingspartner doorverwezen hadden.

Koude acquisitie (het verwerven van fondsen, aanvragen en verwijzingen zonder dat er sprake is van een eerdere relatie) leek vooral te werken voor de al gevestigde organisaties, door hun naamsbekendheid. Geestelijk verzorgers gaven aan dat het belangrijk was dat het koud contact leggen niet beperkt bleef tot e-mail of telefonisch contact. Vanwege het eerder beschreven noodzakelijke vertrouwen is de stap naar (meerdere) persoonlijke ontmoetingen cruciaal.

Door zowel verwijzers als geestelijk verzorgers in het onderzoek werd benadrukt dat het van belang was om concreet te kunnen verwoorden hoe geestelijke verzorging zich verhoudt tot andere disciplines, zodat duidelijk werd wat de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging was. Een geestelijk verzorger vertelde:

Ik raakte met deze huisarts in gesprek over het verschil tussen POH en geestelijk verzorgers, en toen kwam naar voren dat de huisarts het verschil eigenlijk helemaal niet wist. Vervolgens heb ik voorgesteld daar een keer meer over te vertellen en toen pas ging er een deur open.

Het helder kunnen formuleren van hoe geestelijke verzorging zich positioneert ten opzichte van andere disciplines, gold ook voor de verhouding tussen geestelijk verzorgers en religieuze organisaties en hun vertegenwoordigers. Vanwege de verwarring en de vaak

eenzijdige associatie met religie kan de profilering ten opzichte van religieuze en levensbeschouwelijke professionals helderheid scheppen over hoe geestelijke verzorging hieraan complementair is.

Het bleek dat het af te raden is om de term 'geestelijke verzorging' te gebruiken zonder uitleg daarbij. De onderzochte geestelijk verzorgers gaven aan dat de beste aansluiting werd gevonden door te vertellen wat een geestelijk verzorger doet en wat de opbrengsten zijn. Dit wordt eveneens benadrukt door verschillende samenwerkingspartners. Het gebruik van ervaringsverhalen en praktijkvoorbeelden maakte daarbij concreet voor welke vragen een geestelijk verzorger ingeschakeld kon worden en wat de meerwaarde van geestelijke verzorging was: "*Mensen willen tijdens bijvoorbeeld een lezing graag materiaal ter illustratie, of mensen hebben behoefte aan een voorbeeld om daar vervolgens zelf mee aan de slag te gaan.*"

Onderzochte samenwerkingspartners suggereerden dat indien een verwijzer vaak aan cliënten moet vertellen wat een geestelijk verzorger doet om hun schroom weg te nemen, het behulpzaam kan zijn om het verhaal van de verwijzer en de geestelijk verzorger op elkaar af te stemmen. Dan kreeg de cliënt niet twee verschillende perspectieven te horen. Diverse geestelijk verzorgers gaven aan dat ze hiervoor folders of andere materialen hadden ontwikkeld die de verwijzers als handvat konden gebruiken.

PR. Het belang van persoonlijk contact suggereert dat 'formele' pr-middelen van ondergeschikt belang zijn voor acquisitie. Deze pr-middelen zijn mogelijk wel belangrijk voor een professionele uitstraling en vindbaarheid na eerder contact, als vorm van passieve acquisitie. De pr-vormen die in de deskresearch naar voren kwamen zijn te vinden in Tabel 7.

Tabel 7. PR-materialen volgens deskresearch (n = 109).

PR-materiaal	n (%)
Website	
CvL	39 (36)
Anders	63 (58)
Folder	
CvL	23 (21)
Anders	33 (30)
Sociale media	
LinkedIn	44 (40)
Facebook	24 (22)
Twitter	8 (7)
Visitekaartje	20 (18)
Nieuwsbrief	17 (16)
Flyer evenementen	6 (6)

De meest gebruikte pr-middelen onder geestelijk verzorgers waren websites en folders voor cliënten. Uit de VGVZ-enquête bleek dat daarnaast visitekaartjes veel gebruikt werden en dat CvLs veel gebruik maakten van folders voor professionals. Weinig van de geïnterviewde geestelijk verzorgers noemden folders voor professionals als pr-middel. Daarnaast gebruikten diverse organisaties interviews voor kranten, tijdschriften (vooral van patiëntenverenigingen), radio, tv, of podcasts voor pr. Ook stonden organisaties of individuele geestelijk verzorgers regelmatig vermeld op websites van derden, zoals van NPZs, het NIK, en zorg- en welzijnsorganisaties. Zes procent gebruikte flyers voor de marketing van evenementen zoals lezingen of gespreksgroepen.

De folders voor cliënten werden geplaatst in bibliotheken of in wachtkamers van zorgverleners, waarbij de folders in bibliotheken gretiger aftrek leken te vinden. Verschillende geestelijk verzorgers gaven aan dat cliënten zich rechtstreeks via de folder uit de bibliotheek hadden aangemeld. Folders leken echter niet noodzakelijk; er waren verschillende onderzochte geestelijk verzorgers in goedlopende organisaties die aangaven gestopt te zijn met het gebruik van folders omdat niemand de folders las.

In lijn met de eerdere aanbeveling om concrete praktijkvoorbeelden te gebruiken in het mondelinge contact met potentiële verwijzers, leek het ook in het geschreven materiaal belangrijk dat de geestelijk verzorger 'zichzelf laat zien'. Dit betekent dat ook voor het pr-materiaal (in het bijzonder voor websites en folders) geldt dat het opnemen van ervaringsverhalen helpend kan zijn om de relevantie van geestelijke verzorging duidelijk te maken. Daarnaast maakten blogs en interviews (bij voorkeur samen met een cliënt of samenwerkingspartner) het werkveld van de geestelijk verzorger concreet en relevant, volgens de deelnemers. Voor 33% van 91 onderzochte organisaties waren er dergelijke filmpjes of teksten beschikbaar in het pr-materiaal en in 25% van de organisaties werden er voorbeelden van casuïstiek gegeven. Bij bijna 65% van de organisaties gaven de geestelijk verzorgers ook informatie over hun professionele ontwikkeling. Slechts 7% van het materiaal bevatte recensies van ex-clieënten of samenwerkingspartners en 4% foto's van activiteiten of evenementen.

Uit de deskresearch (n = 78) kwam naar voren dat men in het pr-materiaal, naast veel ervaringsgerichte taal, vaak gebruik maakte van een informerende strategie. Daarbij werd een combinatie van medemenselijke (58%) en zakelijke (46%) toon gehanteerd en werd de lezer meestal direct aangesproken (32%). Een voorbeeld van zowel een medemenselijke als zakelijke toon is: *"Een gesprek van mens tot mens, in alle rust, over wat u ten diepste bezighoudt. CvL-X brengt u in contact met professionals en vrijwilligers, gespecialiseerd in ondersteuning bij levensvragen."* In dit voorbeeld wordt er zowel invoelend geschreven over wat een gesprek met een geestelijk verzorger inhoudt, als benadrukt dat het gaat om professionals met een zekere expertise.

Een wervende toon werd nauwelijks toegepast in het pr-materiaal; mogelijk is dit minder passend bij de stijl van geestelijk verzorgers en bij de aard van zingevingsvragen. De organisaties leken niet de bedoeling te hebben om *iedere* lezer aan te spreken en te bewegen tot aanmelding, maar om vanuit een gevoel van herkenning degenen die worstelden met soortgelijke vragen uit te nodigen contact op te nemen.

Bereikbaarheid. Goede bereikbaarheid leek ook bevorderend te zijn voor de zichtbaarheid van geestelijke verzorging en het vertrouwen in de professionaliteit van de geestelijk verzorger. Van de meeste organisaties in het onderzoek (76%) waren geen adresgegevens beschikbaar. Dit past niet bij de eerdere observatie over de verhouding tussen huisbezoek en gebruik van een praktijkruimte. Wellicht was er vaak sprake van een praktijk-aan-huis en werd er om privacy-redenen voor gekozen het adres niet openbaar te maken.

Zoals in Tabel 8 te zien is, waren organisaties meestal bereikbaar per e-mail en telefoon. Sommige organisaties waren per email te bereiken via een contactformulier op de website (42%). Een grote meerderheid van de organisaties gebruikte persoonlijke contactgegevens van een geestelijk verzorger. Bij 4% van de organisaties stond WhatsApp openbaar vermeld als communicatievorm. Geestelijk verzorgers gaven in de interviews echter regelmatig aan bereikbaar te zijn via WhatsApp, o.a. om tussen consulten contact te kunnen hebben met de cliënt.

Tijdens het onderzoek werd in het project GVThuis een nationaal telefoonnummer voor geestelijke verzorging gelanceerd, mede vanwege de uitbraak van COVID-19. Er zijn in dit onderzoek echter niet direct aanwijzingen dat het gebruik van een centraal e-mailadres of telefoonnummer bijdraagt aan een goede integratie. Een aantal deelnemers gaf aan dat dit in hun regio als prettig ervaren werd. Centraal beheer van aanvragen werd dan gezien als teken van betrouwbaarheid en vindbaarheid. Door andere geestelijk verzorgers en samenwerkingspartners werd echter genoemd dat dit onvoldoende vertrouwenwekkend was, vanwege het belang van het contact met de individuele geestelijk verzorger. Het lijkt dus raadzaam om met de lokale samenwerkingspartners af te stemmen of zij behoefte hebben aan een centraal telefoonnummer/e-mailadres.

Tabel 8. Vormen van bereikbaarheid volgens deskresearch (n = 94)

Vorm bereikbaarheid	n (%)
E-mail	66 (70)
Nummer mobiele telefoon	56 (60)
Telefoonnummer/emailadres CvL	35 (37)
Nummer vaste telefoon	18 (19)
Postadres	12 (13)
WhatsApp	4 (4)
Chatfunctie website	1 (1)

Verschillende verwijzers in het onderzoek gaven aan dat een goede, flexibele bereikbaarheid en snelle inzetbaarheid van geestelijk verzorgers belangrijk was in de samenwerking. Met name de deelnemende huisartsen en de POH bestempelden dit als essentieel onderdeel van goed samenwerken. Ook de geestelijk verzorgers vonden dit belangrijk: verschillende geestelijk verzorgers gaven aan geen aparte werk- en privételefoon te hebben, waardoor ze in principe altijd telefonisch bereikbaar waren. De antwoordtermijn die de onderzochte geestelijk verzorgers hanteerden was doorgaans binnen 24-48 uur. Het belangrijkste voor samenwerking leek dat er onderling afspraken gemaakt werden over wanneer en hoe de geestelijk verzorger bereikbaar is voor de samenwerkingspartners, waarbij het volgens verwijzers belangrijker was dát er iets afgesproken werd, dan wát er afgesproken werd.

Door 88% van de onderzochte cliënten werd aangegeven dat een goede bereikbaarheid van de geestelijk verzorger van belang is. Cliënten benoemden onder andere dat een goede bereikbaarheid bijdraagt aan het gevoel er niet alleen voor te staan en dat het zekerheid geeft. Slechts één cliënt gaf aan het prettig te hebben gevonden dat de geestelijk verzorger in de avonduren bereikbaar was. Bereikbaarheid in de avonduren leek dus niet per se van belang. Ook voor cliënten lijkt dus met name een heldere afstemming rondom de bereikbaarheid bij te dragen aan hun tevredenheid over bereikbaarheid.

De uren waarop de geestelijk verzorgers werkzaam waren lagen bij de meeste goedlopende organisaties in het onderzoek niet vast. Dit kon overdag, 's avonds of in het weekend zijn en was volgens de geestelijk verzorgers afhankelijk van de vraag. Bij de minder goedlopende

organisaties hanteerde ongeveer de helft vaste werktijden en de helft onregelmatige werktijden. De meeste geestelijk verzorgers die geen vaste werktijden hanteerden (van zowel de goedlopende als minder goedlopende organisaties) gaven aan het prettig te vinden dat ze flexibel en vrij waren in het bepalen van hun werkuren, zeker in combinatie met andere functies. Bereikbaarheids- of werkuren werden dan ook nauwelijks benoemd in openbare bronnen (2-18%).

Tegelijkertijd werd door verschillende deelnemers (zowel verwijzers als geestelijk verzorgers) aangegeven dat de flexibiliteit en bereikbaarheid soms dusdanig groot was, dat de belastbaarheid van de geestelijk verzorgers onder druk kwam te staan. Zo vertelt een geestelijk verzorger dat ze zichzelf in het begin over-bereikbaar vond en dat ze te veel werkte:

Tegenwoordig is dat minder, omdat ik mijn werk steeds meer los kan laten, wat ik zelf wel gezond vind. Eerder moest ik heel erg zoeken naar: (..) wanneer is het werk genoeg? Het is namelijk nooit af. Nu heb ik mijn eigen grenzen meer gevonden.

Een huisarts merkte op: "Zijn geestelijk verzorgers niet te flexibel wanneer dit op grote schaal uitgerold zou worden?" Zeker geestelijk verzorgers die werkten met een doelgroep waarbij de urgentie hoog kan zijn, zoals terminale patiënten, gaven aan dat hun werk een groot beslag op hun tijd en ontspanning kon leggen. Het lijkt daarom voor de duurzaamheid van organisaties geestelijke verzorging in de thuissituatie belangrijk om de impact van niet-vaste werktijden op het welzijn en het privéleven te overwegen.

Best practices voor zichtbaarheid

Uit de bovenstaande analyse leiden we de volgende aanbevelingen af met betrekking tot de zichtbaarheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie.

Noodzakelijk:

- **Actieve, warme, acquisitie.**

Dit lijkt het meest succesvol voor het werven van nieuwe aanvragers. Daarbij dient geïnvesteerd te worden in informeel persoonlijk contact met (potentiële) verwijzers en aanvragers en in formeel persoonlijk contact waarin de inhoud en werkwijzen van geestelijke verzorging zichtbaar worden. Dit schept vertrouwen en genereert aanvragen voor begeleiding en scholing. Ook voor de werving van fondsen kunnen deze contacten behulpzaam zijn.

- **Afspraken over terugkoppeling en afronding.**

Terugkoppeling helpt verwijzers om te leren welke casuïstiek een geestelijk verzorger op kan pakken en of een verwijzing passend was. Het toont betrouwbaarheid van de geestelijk verzorger en er wordt zo erkenning gegeven aan de inspanning en betrokkenheid van de verwijzer.

- **Ambassadeurs.**

Beleidsmakers (managers, netwerkcoördinatoren etc.), zorgprofessionals en cliënten kunnen zorgen voor mond-tot-mond reclame. Dit zorgt vaak voor meer vertrouwen bij partijen die de geestelijk verzorger nog niet kennen.

- **Heldere en concrete verwoording van de complementariteit van geestelijke verzorging aan zorg- en religieuze disciplines.**

Dit maakt de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging helder, waardoor zorgverleners sneller en accurater verwijzen en financiers meer bereid zijn diensten te vergoeden. Praktijkvoorbeelden zijn hierbij helpend.

- **Websites, folders en/of visitekaartjes.**

Een website, folder of visitekaartje genereert weinig directe aanvragen, maar kan wel bijdragen aan de vindbaarheid van nadere informatie en het opnemen van contact op een later moment. Met concrete voorbeelden kunnen de inhoud en werkwijze van geestelijke verzorging duidelijk worden gemaakt.

- **Afspraken over bereikbaarheid.**

Een goede bereikbaarheid wordt belangrijk gevonden, maar belastbaarheid van de geestelijk verzorger dient in de gaten gehouden te worden.

Handig, niet noodzakelijk:

- **Koude acquisitie.**

Als er al enige naamsbekendheid is kan koude acquisitie werkzaam zijn. Alleen email- of telefonisch contact is daarbij onvoldoende. Herhaaldelijk en persoonlijk contact zorgen voor nadere bekendheid en vertrouwen.

- **Sneeuwbalmethode.**

Het lijkt in de opstartfase van een organisatie behulpzaam om te beginnen bij de mensen en organisaties die al in het netwerk zitten, om vanuit daar toegang te krijgen tot nieuwe organisaties (ev. via ambassadeurs).

- **Een centraal e-mailadres en/of telefoonnummer.**

Er zijn geen directe aanwijzingen dat dit een bijdraagt aan de integratie. De wenselijkheid om in te zetten op centrale contactpunten is dus met name afhankelijk van de voorkeuren van lokale en regionale verwijzers.

- **Interviews en sociale media.**

Deze pr-vormen lenen zich goed voor het op laagdrempelige wijze delen van praktijkervaringen van geestelijk verzorgers. Ook wordt de geestelijk verzorger via sociale media persoonlijk zichtbaar.

- **Vermelding op websites van derden.**

Indien de geestelijk verzorger contact heeft met (zorg)professionals die als ambassadeur fungeren, is het zinvol om te verzoeken of zij het aanbod en de contactgegevens van de geestelijk verzorger willen opnemen op hun website. Zo komen collega's gemakkelijker met de geestelijke verzorging in aanraking.

Professionalisering

Uit de interviews met de geestelijk verzorgers bleek dat het opzetten en uitvoeren van een praktijk in de eerstelijnszorg en/of het sociaal domein ook veel reflectie teweegbracht over het beroep en de eigen kwaliteiten. In dit proces van professionalisering gaven de geestelijk verzorgers enerzijds aan behoefte te hebben aan heldere kaders en richtlijnen voor hun bedrijfsvoering, en anderzijds zich te willen aanpassen aan de regionale situatie en te willen meebewegen met de wensen van specifieke samenwerkingspartners. Een aantal houdingsaspecten bleken belangrijk om dit spanningsveld te kunnen navigeren.

Allereerst bleek het van belang om te kunnen omgaan met onzekerheid. Ook de geestelijk verzorgers van de goedlopende organisaties gaven aan regelmatig momenten van twijfel te kennen. Zij leken dit echter te benaderen als inherent aan het pionieren en verkennen van een (nieuw) werkveld. Het nieuwe werkveld van geestelijke verzorging in de thuissituatie werd gezien als ruimte en mogelijkheid om professioneel én persoonlijk te groeien. Geestelijk verzorgers uit minder goedlopende organisaties leken momenten van twijfel vaker te ervaren als een teken van gebrek aan competentie of kwaliteiten. Het bleek voor diverse geestelijk verzorgers behulpzaam om terug te keren naar hun persoonlijke missie en motivatie, waarna de twijfel weer afnam.

Ten tweede bleek proactief handelen bij problemen of bij een gebrek aan kennis en vaardigheden van belang. Voorbeelden van proactief handelen zijn het actief op zoek gaan naar informatie en ontwikkelingsmogelijkheden bij onzekerheid en het zoeken van terugkoppeling met verwijzers, aanvragers en cliënten over de aansluiting van vraag en aanbod. Het tegenovergestelde hiervan, een meer passieve houding, leek te leiden tot stilstand en zelfkritiek. Een geestelijk verzorger zei hierover: *"Zoals benoemd sta ik wel op een aantal oproeplijsten, maar daarmee heb ik me wel heel afhankelijk opgesteld, vind ik. Ik neem*

eigenlijk genoeg met de situatie, omdat ik ergens deep down voel: 'ik ben geen ondernemend persoon'." Een proactieve houding, daarentegen, lijkt samen te hangen met een gevoel van eigenaarschap en *agency*, waarin geestelijk verzorgers ervaren dat ze invloed hebben op de situatie, dicht bij hun eigen wensen en expertise te kunnen blijven en ook 'nee' te durven zeggen tegen een vraag.

Ook in het ontwikkelen van zichtbaarheid bleek een proactieve houding belangrijk, samen met doorzettingsvermogen en geduld. Een geestelijk verzorger vertelde:

Bij gemeentelijke bijeenkomsten stelde ik me voor aan de wethouder en hield een gesprekje. Veel investering, weinig respons. Maar doordat je binnen loopt, leren ze je toch wel (her)kennen. Bij de invoering van de herziene Wmo-2015, hield de wethouder een mooi verhaal: mensen met moeilijkheden konden hem persoonlijk benaderen. Ik sprak hem die avond in de pauze: 'Stel ik kom met mijn problemen bij het Wmo-loket, en die ambtenaar weet er niets van.' Wethouder: 'Dan kom je bij mij.' Dus dat heb ik gedaan voor een cliënt en sindsdien heb ik goed contact met de wethouder. Wanneer iemand met een hulpvraag bij hem komt, zegt hij tegen mij: 'jij bent daar geschikt voor. Ik heb gezegd dat jij komt'. De wethouder heeft me ook geholpen om contact te krijgen bij andere gemeenten. Ik heb die gemeenten gewoon gebeld en omdat ik in mijn gemeente al een contract had, werd ik door andere gemeenten ook gemakkelijker geaccepteerd.

Samenwerkingspartners beamen dat ergens binnen komen en bekend raken tijd nodig heeft: *"Neem die tijd, maar toon ook doorzettingsvermogen als geestelijk verzorger. Volg het tempo en het proces van de ander in de kennismaking."* Ook in het creëren van de juiste randvoorwaarden is een proactieve en een zekere volhardende houding van belang:

'Kennen we niet', en 'weten we niet' komen niet in mijn woordenboek voor. Ik heb ontzettend hard mijn best moeten doen om alsnog de zending voor elkaar te krijgen. Ik heb de directeur van de VGVZ erbij betrokken en ZonMw

gemaild, en zij steunden mij. (...) Het heeft 6 maanden geduurd, maar door de druk van de VGVZ kreeg ik uiteindelijk mijn zending.

In het analyseren van deze proactieve en volhardende houding valt het op dat de geestelijk verzorgers in goedlopende organisaties zich meer gelijk leken te stellen aan potentiële samenwerkingspartners waardoor ze ook meer ruimte durven innemen, dan geestelijk verzorgers uit minder goedlopende organisaties. De geestelijk verzorgers uit goedlopende organisaties straalden een gevoel van zelfvertrouwen uit en wisten wat ze te bieden hadden:

Ik ben niet introvert en afwachtend, vind het leuk om naar mensen te gaan die ik nog niet ken, om te vertellen over mijn werk en de toegevoegde waarde daarvan. Wie dit spannend vindt gaat dat waarschijnlijk niet doen of zal lang afwachten. De eerste-lijn vraagt echt om mensen die beroepstrots hebben en die niet bang zijn om het woord te voeren.

De geestelijk verzorgers in minder goedlopende organisaties leken zich soms meer te laten intimideren door hun gesprekspartner en zichzelf zodoende weg te cijferen. Een dienstbare en voorzichtige houding werd gewaardeerd door samenwerkingspartners, omdat zij daarmee vertrouwen ontwikkelden dat vraag en aanbod goed op elkaar zouden aansluiten. Bij vrijwel alle geestelijk verzorgers was dan ook een zekere dienende houding richting (potentiële) verwijzers en financiers te zien. Er school echter ook een risico in een te dienende houding: *"ik probeer in oplossingen te denken, maar veer weleens te veel mee. (...) Mijn dienstbaarheid is ook een valkuil. In de opleiding lag de nadruk heel erg op het belang van een dienstbare houding."* Zeker wanneer de dienende houding resulteerde in afwachtendheid, leek dit bij geestelijk verzorgers te zorgen voor ontevredenheid, omdat zij ervaarden weinig terug te krijgen van hun investering.

Ten derde hanteerden de geestelijk verzorgers verschillende vormen van kwaliteitsborging. Er was hierin weinig verschil zichtbaar tussen de goedlopende en minder goedlopende organisaties. Alle onderzochte geestelijk verzorgers stonden ingeschreven bij de SKGV, waren lid van een beroepsvereniging (97% VGVZ, 11% NVPA) en volgden intervisie. Daarnaast had ongeveer de helft van de geestelijk verzorgers van goedlopende organisaties supervisie

gevolgd en scholing gehad op het gebied van ondernemerschap. Van de minder goedlopende organisaties had 20% aanvullende scholing gevolgd en had 40% supervisie gevolgd. Het níet voldoen aan de formele kwaliteitseisen voor geestelijke verzorging in de thuissituatie – registratie bij de SKGV, deelname aan intervisie en supervisie, en lidmaatschap van een beroepsvereniging (zoals de VGVZ of NVPA) – werd door diverse geestelijk verzorgers genoemd als bedreiging voor een goede integratie van de gehele beroepsgroep. Zij gaven aan dat dit intern de betrouwbaarheid en kwaliteit van het aanbod bedreigt, maar ook extern invloed heeft op het imago van geestelijke verzorging.

Tenslotte, verschillende vormen van kwaliteitsborging, zoals het aangesloten zijn bij een intervisiegroep of beroepsvereniging, gaven ook een basis om op terug te vallen voor informatie en ondersteuning. Een aantal van de onderzochte geestelijk verzorgers was gestopt met hun werkzaamheden in de thuissituatie gedurende de looptijd van het onderzoek. In alle gevallen ging het om geestelijk verzorgers die in het interview hadden aangegeven dat ze zich er alleen voor voelden staan. Hoewel het samenwerken met andere geestelijk verzorgers soms ook een bron van spanning kon zijn, bleek het tevens een belangrijke bron van steun. Een geestelijk verzorger vertelde:

Het delen van die ervaring is zo belangrijk. Als ik het niet actief opzoek, gebeurt er niks. Ook het weten dat ik bepaalde collega's kan bellen als ik vastloop of als een casus heel moeilijk is, is heel helpend. Omgekeerd kunnen ze mij ook bellen en dat gebeurt ook beide kanten op.

Het lijkt dus bevorderend om een netwerk van geestelijk verzorgers en andere professionals te hebben waar de geestelijk verzorger op terug kan vallen en samen mee kan bouwen. Dit gaf niet alleen de mogelijkheid tot laagdrempelig sparren, zoals in het voorbeeld hierboven, maar bood eveneens gelegenheid om taken en daarmee werklust te verdelen. Een voorbeeld van zo'n netwerk is een CvL. In de enquête door de VGVZ gaf 90% van de respondenten die aangesloten was bij een CvL aan dat er door het CvL regelmatig bijeenkomsten georganiseerd werden voor de geestelijk verzorgers. De meeste respondenten gaven aan dat dit 4 tot 6 keer per jaar was en beschreven het als een vorm van intervisie of teamoverleg. Soms werd er een onderscheid gemaakt tussen grotere groepen geestelijk verzorgers (zoals

regionaal) die zo'n 2 of 3 keer per jaar samenkwamen en frequentere overleggen tussen kernteams. Toch vormden de geestelijk verzorgers volgens de meeste respondenten die bij een CvL aangesloten waren niet een hecht team (57%), omdat er (te) weinig samenkomsten waren of het CvL nog te nieuw was. Daarnaast gaf een aantal aan dat er binnen het CvL wel 'groepjes' waren die een hechtere band hadden, maar dat ze niet alle geestelijk verzorgers bij het CvL goed kenden. Uit de interviews in de huidige studie bleek dat het ontbreken van een achterwacht onrust en overbelasting gaf.

Bij grotere samenwerkingsverbanden van geestelijk verzorgers leek het belangrijk om tot een duidelijke taakverdeling te komen. Diverse geïnterviewde geestelijk verzorgers gaven aan dat zij zich niet competent voelden in alle aspecten van het werk in de thuissituatie en, bijvoorbeeld, vooral begeleiding wilden bieden of wilden netwerken. De andere werkzaamheden namen tijd en energie weg van hun primaire motivatie voor het werk in de eerste-lijn of het sociaal domein. Daarnaast trad er soms ook een gevoel van concurrentie op in samenwerkingsverbanden omdat collega's die veel bezig waren met netwerken ook veel aanvragen kregen. Dit zorgde soms ook voor overbelasting bij die geestelijk verzorgers. Afspraken over de verdeling van aanvragen zorgde voor minder overbelasting bij een deel van de geestelijk verzorgers. Ook specialisatie op het gebied van doelgroepen (kinderen, mensen met een psychiatrische aandoening, ouderen, jongeren ...) of begeleidingsvormen (individuele of groepsbegeleiding) leek bij sommige organisaties bij te dragen aan hogere werktevredenheid. Bovendien zorgde specialisatie soms voor meer aanvragen, door een duidelijk profiel en stevig netwerk.

Tabel 9. Taakverdeling in Centra voor Levensvragen (n = 49) Bron: werkveldraad Geestelijke Verzorging Thuis

Taak	Coördinator (n, %)	Geestelijk verzorger (n, %)		
		niet betrokken	deels betrokken	zeer betrokken
Financiële zaken	37 (76)	25 (51)	16 (33)	6 (12)
Beleid maken	37 (76)	8 (16)	28 (57)	11 (22)
Profilering en communicatie	36 (74)	1 (2)	29 (59)	18 (37)
Invulling en uitwerking inhoudelijke werk	11 (22)	3 (6)	7 (14)	38 (78)

In Tabel 9 is informatie te vinden over de taakverdeling in de CvLs die door de VGVZ-werkveldraad Geestelijke Verzorging Thuis onderzocht zijn. De (toenmalige) coördinatoren van het CvLs waren vooral betrokken bij financiële zaken, het maken van beleid en profilering en communicatie. Volgens 59% van de respondenten verdeelde de coördinator de inkomende aanvragen, volgens 35% deden de geestelijk verzorgers dat. De geestelijk verzorgers waren vooral betrokken bij profilering en communicatie, en bij de invulling en uitwerking van het inhoudelijke werk en beleid. De coördinatoren leken een belangrijke rol te hebben in het zichtbaar maken van het centrum. Alle respondenten gaven aan dat de coördinator hier een actieve rol speelde, terwijl de helft van de respondenten aangaf dat het hele team geestelijke verzorging actief meewerkte aan het vergroten van de bekendheid. De geestelijk verzorgers hielden elkaar nauwelijks (43%) of matig (35%) op de hoogte van pr-activiteiten die ze ondernamen. In veel CvLs waren er geestelijk verzorgers die zich enkel toelegden op individuele consulten (76%). Specialisatie in scholing kwam weinig voor (14%).

Inkomende aanvragen werden meestal verdeeld op basis van regio en beschikbaarheid van de geestelijk verzorger. Daarnaast gaf een aantal respondenten aan dat specialisatie (zorgvraag, doelgroep, levensbeschouwing) hierbij een rol speelde. De respondenten schreven dat er niet altijd beleid was over de verdeling van aanvragen en niet alle respondenten waren op de hoogte van de bijbehorende procedures.

De meeste respondenten uit de VGVZ-enquête gaven aan dat er een goede taakverdeling en verstandhouding was tussen de geestelijk verzorgers en andere betrokkenen van het CvL (65% en 92% van 49 respondenten, resp.). Het team van geestelijk verzorgers leek in veel

gevallen voldoende initiatief te nemen in hun taken: 49% gaf aan dat het team soms gemotiveerd moet worden om initiatief te nemen, 39% gaf aan dat dit regelmatig of vaak moet. Een aantal respondenten gaf aan dat ze vonden dat een deel van de geestelijk verzorgers een te afwachtende houding had. Geestelijk verzorgers waren volgens de respondenten ook niet altijd duidelijk in wat ze konden en wilden bijdragen aan het CvL (53% redelijk, 29% prima, 16% nauwelijks).

Best practices voor professionalisering

Uit de bovenstaande analyse leiden we de volgende aanbevelingen af met betrekking tot de professionalisering van geestelijke verzorging in de thuissituatie.

Noodzakelijk:

- **Proactieve omgang met onzekerheid en teleurstelling.**

Onzekerheid, onduidelijkheid en teleurstelling zijn inherent aan het werk als geestelijk verzorger in de thuissituatie. Volhardendheid, actief op zoek gaan naar informatie en ontwikkelingsmogelijkheden, terugkeren naar de eigen missie en visie, en terugkoppeling zoeken over de aansluiting van vraag en aanbod zorgen voor zelfvertrouwen en regie en tonen oplossingsvermogen.

- **Sparringpartners.**

Het hebben van formele en informele contacten binnen en buiten de geestelijke verzorging zorgt voor emotionele, instrumentele en informatieve ondersteuning.

Handig, onduidelijk hoe noodzakelijk:

- **Kwaliteitsborging.**

Registratie bij de SKGV, deelname aan intervisie en supervisie, en lidmaatschap van een beroepsvereniging (zoals de VGVZ of NVPA) borgen de interne kwaliteit en dragen bij aan een imago van betrouwbaarheid en kwaliteit van de beroepsgroep. Het is op basis van dit onderzoek echter niet te zeggen of en hoe dit bijdraagt aan integratie in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

- **Scholing op het gebied van ondernemerschap.**

Geestelijk verzorgers uit goedlopende organisaties hadden vaker scholing op het gebied van ondernemerschap gevolgd dan geestelijk verzorgers uit minder goedlopende organisaties. Mogelijk heeft dit een relatie met de proactievere houding van de geestelijk verzorgers uit de goedlopende organisaties (als oorzaak en/of gevolg). Uit het gehele onderzoek blijkt dat veel geestelijk verzorgers die actief zijn in de thuissituatie ondersteuning nodig hebben op het gebied van boekhouding en declaratie, acquisitie, en het ontwikkelen van een balans tussen houdingen van dienstbaarheid en eigenaarschap. Scholing kan hieraan bijdragen.

Vermijden:

- **Onduidelijkheid over taakverdeling.**

In samenwerkingsverbanden van geestelijk verzorgers zorgt een onduidelijke taakverdeling voor ongelijke belasting van geestelijk verzorgers en voor spanningen in de samenwerkingsrelatie. Talenten komen niet volledig tot hun recht.

Conclusie

In dit project is met behulp van gemengde methoden onderzocht wat ervoor nodig is om geestelijke verzorging structureel te integreren in de eerstelijnszorg en het sociaal domein in Nederland. Het bleek dat geestelijke verzorging in deze contexten op zeer diverse manieren wordt ingevuld, met een brede reikwijdte aan doelgroepen, aanbod, organisatievormen en bestaansduur. In zowel langer bestaande als nieuwe organisaties lag de nadruk echter op geestelijke verzorging voor mensen in de palliatieve fase. Centra voor Levensvragen (CvLs) ontwikkelden zich tijdens het onderzoek als een dominante organisatievorm, gestimuleerd door de subsidieregeling van het ministerie van VWS voor geestelijke verzorging in de thuissituatie voor volwassenen en kinderen in de palliatieve fase en volwassenen van 50 jaar en ouder. Bevorderende en belemmerende factoren voor integratie lagen op het terrein van financiering, zichtbaarheid en de professionalisering van geestelijk verzorgers. Uit de analyse van *best practices* vanuit het perspectief van geestelijk verzorgers, samenwerkingspartners en cliënten kwam naar voren dat integratie duurzaam tot stand komt wanneer:

- Er sterk en met regelmaat afgestemd wordt op de lokale situatie betreffende financiering, aanbod van diensten en samenwerking.
- Geestelijk verzorgers regelmatig persoonlijk contact hebben met potentiële aanvragers (zorgverleners en burgers).
- De verschillende expertises van geestelijk verzorgers op het gebied van zorgvragen, doelgroepen, levensbeschouwing, taak en/of dienst, en hun regionale inbedding actief ingezet worden.
- Er financiële en vakgerelateerde ondersteuning beschikbaar is.

Een terugkerend thema tijdens de uitvoering van het onderzoek was de spanning die door de verschillende partijen in het veld (geestelijk verzorgers, coördinatoren GVThuis, beleidsmakers, bestuurders en onderzoekers) werd ervaren tussen het creëren van eenduidige structuren en het inspelen op de wensen, behoeften en gewoonten die aanwezig zijn in de lokale context. Uit dit onderzoek concluderen wij dat het inspelen op de lokale situatie belangrijker is voor de integratie van geestelijke verzorging in de thuissituatie, dan het vormen van eenduidige structuren. Vaste structuren, zoals adviezen rondom tariefstelling of een landelijk

telefoonnummer, kunnen houvast bieden bij het inrichten van de eigen organisatie. Deze zullen echter moeten worden aangepast aan de werkwijzen, persoonlijkheden en mogelijkheden van de burgers, zorgverleners, beleidsmakers, financiers en geestelijk verzorgers.

Discussie

Relatie tot ander onderzoek

De bevindingen uit ons onderzoek lijken sterk op de adviezen die gegeven worden in het Groeiboek Regionaal Initiatief (Begemann & Vermaas, 2011) voor initiatieven op het gebied van levensvragen en ouderen, maar wijken ook op een cruciaal punt daarvan af. Net als in ons onderzoek ligt de nadruk in het Groeiboek sterk op het vormen van samenwerkingsrelaties, afstemming, naamsbekendheid en, daarmee, draagvlak door warme acquisitie. In tegenstelling tot wat wij tegenkwamen in de praktijk bepleiten Begemann en Vermaas echter een sterke planmatige aanpak, waarin met name op doel en doelgroep gestuurd wordt. In die zin hanteren zij sterker het causale ondernemersmodel waarin men de middelen zoekt en creëert om een voorspelbaar of meetbaar doel te behalen (Fisher, 2012).

Eenzijds heeft deze aanpak als voordeel dat er gericht gezocht kan worden naar financierings- en verwijzpartners, sluit het goed aan bij de verantwoordingsmechanismen van bijv. gemeenten, en kan daarmee duidelijker profilering plaatsvinden. Anderzijds onderschat deze benadering volgens ons de onzekerheid van de markt en overschat het de beschikbaarheid van middelen. Doordat geestelijke verzorging nog relatief onbekend is, potentiële verwijzers vaak nog niet veel inzicht hebben in het belang van levensvragen in de zorg voor hun cliënten en er een beperkt aantal geestelijk verzorgers (en vrijwilligers) beschikbaar is, kan het formuleren (en behalen) van doelen en het bewust kiezen van doelgroepen vaak lastig zijn. Als er al doelen en doelgroepen gekozen worden, suggereren de resultaten uit dit onderzoek dat deze wellicht beter gekozen kunnen worden op basis van de beschikbaarheid van financiering, verwijzers en scholingsaanvragers. De beschikbare middelen bepalen dan de afbakening van de doelen (volgens het bricolage model; Fisher, 2012), in plaats van dat de doelen bepalen welke middelen er worden ingezet.

In die zin lijken de *best practices* voor het integreren van geestelijke verzorging in de thuissituatie sterker op die voor het implementeren van een interventie in een bestaand zorgproces of een organisatie. Volgens De Groot en Van der Zwet (2019) moeten de volgende zaken aanwezig zijn voor het succesvol implementeren van een interventie:

- De interventie moet zo goed mogelijk passen bij de huidige werkwijze van de organisatie en wordt daarom ontwikkeld in constante afstemming met de (potentiële) gebruikers.
- De interventie moet kunnen worden aangepast bij veranderingen in de organisatie of de wensen/behoefte van gebruikers.
- De interventie moet eenvoudig te gebruiken zijn.
- De interventie heeft duidelijke voordelen voor gebruikers waar herhaaldelijk over gecommuniceerd wordt in de taal en het tempo van de gebruikers.
- De interventie wordt verspreid via een paar mensen die graag nieuwe dingen proberen en al snel de toegevoegde waarde ervan zien (*innovators* en *early adopters*).
- Er is ondersteuning beschikbaar bij het leren van de interventie.

Op deze wijze worden bestaande processen in organisaties als uitgangspunt genomen en wordt nieuw aanbod daarop aangepast. Ambassadeurs worden gebruikt voor verspreiding. Het belang van deze contextgebondenheid kwam in dit onderzoek sterk terug.

Wellicht verrassend is dat in het huidige onderzoek de afstemming op behoeften van cliënten nauwelijks genoemd is als voorwaarde voor effectieve integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Enerzijds lijkt dit te zijn omdat de behoeften als bekend worden verondersteld, anderzijds lijkt dit te komen doordat geestelijke verzorging wordt toegevoegd aan bestaand zorgaanbod en bestaande financieringsstructuren in de thuissituatie die sterk op specifieke doelgroepen gericht lijken. Zoals eerder opgemerkt bevindt geestelijke verzorging in de thuissituatie zich in een min of meer 'arme' en selecte omgeving: er zijn beperkte financiële middelen voor handen, de geestelijk verzorger heeft een specialistische functie die enerzijds al vormgegeven is en anderzijds nieuw is in de markt waar het nu aangeboden wordt en er zijn weinig geestelijk verzorgers beschikbaar. Dit maakt dat er in het vormgeven van het nieuwe aanbod allereerst gebruik moet worden gemaakt van de middelen die er zijn: de competenties van de geestelijk verzorgers die zich eraan wagen, de

netwerken die er zijn, de cliënten die verwezen worden, de financieringsstructuren en fondsen die beschikbaar zijn. Bestaande middelen moeten creatief worden ingezet voor nieuwe doelen (een zogenaamd 'bricolage model'; Fisher, 2012). Pas als de middelen ruimer worden – geestelijk verzorgers zijn bekender met en in de extramurale setting, netwerken functioneren goed en er is meer financiële draagkracht of flexibiliteit – kunnen er andere markten worden aangeboden op basis van de behoeften van cliënten (volgens het klassieke causale ondernemersmodel; Fisher, 2012).

Dit betekent niet dat er helemaal geen rekening gehouden wordt en hoeft te worden met de behoeften van cliënten, want als zij geen behoefte zouden hebben aan geestelijke verzorging of het aanbod niet zou aansluiten op hun vragen is er überhaupt geen integratie mogelijk. In dit onderzoek zagen we echter dat de vragen van cliënten gemedieerd worden door verwijzers en financiers. Zij bepalen hun beleid ten aanzien van samenwerking met geestelijk verzorgers op basis van de behoeften die zij signaleren bij hun doelgroepen. In zekere zin is het dus eerder de vraag van de (potentiële) verwijzer, scholingsaanvrager of financier die het aanbod aan geestelijke verzorging bepaalt.

Deze relatieve afhankelijkheid van verwijzers en financiers vraagt om specifieke houdingen en vaardigheden. De houding van de geestelijk verzorgers in het onderzoek bekijkend, herkennen we in de minder goedlopende organisaties de profielen van de naïeve en impulsieve starters uit het onderzoek naar succes- en faalfactoren van startende ondernemers in de gemeente Den Haag (Remmers et al., 2010). Deze ondernemers starten zonder goed te weten hoe ze zichzelf of hun bedrijf moeten positioneren, hebben geen tot weinig financiële buffer, bereiden zich niet goed voor op het 'papierwerk' en de acquisitie van een onderneming en vinden dit vaak ook vervelend om te doen, en voelen zich verloren omdat ze ook niet goed weten waar ze de benodigde steun en informatie moeten vinden. Tegelijkertijd geven Remmers et al. aan dat er met name onder de naïeve starters bedrijven zijn die voorbij de 'kritieke twee jaar' komen, doordat ze tijd vrijmaken om alsnog op zoek te gaan naar middelen, informatie en advies. Dit is wat we ook bij een aantal van de minder goedlopende organisaties terug hebben gezien in de periode tussen de dataverzameling en deze rapportage (2020-2022).

In het onderzoek van Remmers et al. worden ook gedreven starters onderscheiden. Deze hebben een sterke intrinsieke drijfveer om te ondernemen, zorgen voor een financiële buffer, bereiden zich uitgebreid voor op het ondernemerschap, hebben vat op de financiën van het bedrijf, beseffen dat het tijd en energie kost om een onderneming op te bouwen en geven zichzelf die tijd, kunnen goed omgaan met teleurstellingen en druk, hebben een duidelijk beeld van de markt en kunnen (daardoor) goed anticiperen op veranderingen. Hierin herkennen we deels de geestelijk verzorgers uit de goedlopende organisaties. Zeldzaam in ons onderzoek waren echter de 'geboren ondernemers', die Remmers et al. in de categorie van gedreven starters plaatsen. Hoewel de geestelijk verzorgers in de goedlopende organisaties duidelijk ook plezier beleefden aan pionieren en het werken in de thuissituatie gaven veel van hen ook aan zich niet echt als ondernemer te zien en vooral gedreven te worden door de inhoud van het werk.

Een recent instrument dat geestelijk verzorgers beoogt te ondersteunen bij zowel de zakelijke als de persoonlijke aspecten van het (zelfstandig) ondernemerschap is de *Starterschecklist Geestelijke verzorging in de eerste lijn* (Ruiter & Winkel, 2018). In deze checklist ligt echter ook sterk de nadruk op aanbodgericht denken vanuit de geestelijk verzorger (wie ben ik, wat kan ik, wat wil ik), waarbij weinig aandacht is voor de vragen van financiers, verwijzers en scholingsaanvragers, terwijl afstemming hierop in dit onderzoek juist zeer belangrijk bleek.

Relatie tot huidige tendensen

De resultaten van dit onderzoek roepen diverse vragen op over de huidige tendensen in geestelijke verzorging in de thuissituatie, zoals het starten van een publiekscampagne over geestelijke verzorging, het instellen van een landelijk telefoonnummer voor Centra voor Levensvragen (CvLs), het gebruik van de subsidieregeling van het ministerie van VWS en de centralisering van Centra voor Levensvragen in 2022. Met het oog op zichtbaarheid, stabiliteit van financiering, eenduidigheid in declaratiestructuren en netwerkvorming onder geestelijke verzorgers in de thuissituatie kunnen deze ontwikkelingen als positief gezien worden.

Aan de andere kant kunnen er ook vragen worden gesteld over de effectiviteit van deze maatregelen, gezien de conclusie van dit onderzoek over het belang van afstemming op de lokale situatie en van persoonlijke zichtbaarheid van de geestelijk verzorger voor burgers, zorgverleners en financiers.

Het naast elkaar bestaan van landelijke, regionale en lokale initiatieven kan vruchtbaar zijn, wanneer landelijke en regionale initiatieven de potentiële samenwerkingspartners en aanvragers van lokale organisaties en individuele geestelijk verzorgers sensitief maken voor het aanbod geestelijke verzorging. Ook kunnen landelijke en regionale initiatieven de professionalisering van lokale organisaties en individuele geestelijk verzorgers ondersteunen. Andersom kunnen lokale initiatieven een voorbeeldfunctie hebben voor regionaal en landelijk beleid (bijvoorbeeld via de resultaten van de actieonderzoeken Zingeving en Geestelijke Verzorging en de leernetwerken in de Kenniswerkplaats Zingeving en Geestelijke Verzorging, geïnitieerd door ZonMw).

Momenteel wordt er grote nadruk gelegd op de subsidieregeling van het ministerie van VWS voor de financiering van geestelijke verzorging in de thuissituatie en, daaruit voortvloeiend, op CvLs als dominante organisatievorm voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. Dit roept twee vragen op: 1. Wat zal de levensvatbaarheid zijn van andere organisatievormen in deze setting (zoals maatschappen, stichtingen in het sociaal domein of geheel zelfstandige geestelijk verzorging)? 2. Hoe zal het ondernemerschap van geestelijk verzorgers worden beïnvloed?

CvLs zijn verantwoordelijk gesteld voor het verdelen van de subsidie van het ministerie van VWS, waar een min of meer vaststaande organisatiestructuur en takenpakket bij horen. De meeste CvLs zijn een stichting en hebben een bestuur. Tariefstelling, doelgroep en dienstenaanbod zijn beperkt binnen de subsidieregeling. De interviews in dit onderzoek tonen dat geestelijk verzorgers hier enerzijds van profiteren: hoewel ze nog steeds zelf hun boekhouding moeten doen en moeten bijdragen aan PR en acquisitie, worden ze op dit gebied ondersteund door het CvL. Anderzijds maakt de dominante positie van de subsidieregeling van het ministerie van VWS het ook moeilijker om andere initiatieven voor het voetlicht te brengen en te ontplooien. De onderzoekers ervoeren dit ook in feedbackrondes op de producten uit deze studie: Geestelijk verzorgers, beleidsmakers en onderzoekers die we om feedback vroegen lazen de resultaten alsof ze enkel over geestelijke verzorging binnen de subsidieregeling gingen.

Hierin schuilt een gevaar. Niet elke geestelijk verzorger die in de eerstelijnszorg en het sociaal domein wil werken zal begeleiding willen bieden aan doelgroepen binnen de subsidieregeling of zich willen aansluiten bij een CvL. Zullen zij nog gehoor vinden bij zorgverleners, financiers en burgers? Longitudinaal onderzoek, waarin de ervaringen van burgers, zorgverleners, financiers, individuele geestelijk verzorgers, organisaties geestelijke verzorging en beleidsmakers worden opgenomen is nodig om deze vraag te beantwoorden.

Beperkingen

Dit onderzoek is gestart in april 2019, juist op het moment dat de subsidieregeling voor geestelijke verzorging in de thuissituatie voor volwassenen en kinderen in de palliatieve fase en mensen van 50 jaar en ouder door het ministerie van VWS geïmplementeerd werd. Dit heeft voor een unieke situatie gezorgd: er was een enorme toename in het aantal geestelijk verzorgers werkzaam in deze context en de structuren waarin zij zich moesten integreren waren volop in beweging.

Eenzijds betekende dit dat de onderzoeksvraag actueler was dan ooit en dat we direct inzicht kregen in hoe organisaties zich in de thuissituatie ontwikkelden, wat de knelpunten waren en hoe hier oplossingen voor gevonden werden. Tegelijkertijd raakten de verhalen van reeds geïntegreerde organisaties en van organisatievormen anders dan CvLs enigszins op de achtergrond. In de selectie van organisaties voor analyse hebben we getracht een goed evenwicht te bereiken tussen 'rijp' en 'groen'. Ook hebben we onze resultaten en conclusies getoetst bij diverse gevestigde pioniers in het werkveld. Hierdoor hebben we er vertrouwen in dat de adviezen ook op de lange termijn zullen bijdragen aan integratie van geestelijke verzorging in de thuissituatie, en niet enkel een momentopname vormen van een opkomend veld.

Individuele geestelijk verzorgers vormden de centrale bron van informatie over de organisaties geestelijke verzorging. Dit heeft rijke data opgeleverd over de houdingen, activiteiten, behoeften en ervaringen van de geestelijk verzorgers. In de interviews bleek echter dat zij vaak bij meerdere organisaties betrokken waren, in verschillende capaciteiten.

Hierdoor konden ze over sommige organisaties niet veel vertellen en liepen verhalen over organisaties regelmatig door elkaar.

Ook de rijkheid van de openbare bronnen was vaak zeer beperkt. Hierdoor was het onvoldoende mogelijk om verschillen tussen typen organisaties en tussen contexten te onderzoeken. Toekomstig onderzoek zou sterker de organisaties als uitgangspunt moeten nemen en vanuit verschillende personen en bronnen informatie over deze organisaties moeten verzamelen om tot verdere inzichten te komen over *best practices* voor de integratie van verschillende typen organisaties geestelijke verzorging in verschillende contexten in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Literatuur

- Agora (2016). *De wereld van de trage vragen: Geestelijke begeleiding in de palliatieve zorg thuis, knelpunten en verbetervoorstellen*. Utrecht: Agora, leven tot het einde!
<http://docplayer.nl/31608993-De-wereld-van-de-trage-vragen-geestelijke-begeleiding-in-de-palliatieve-zorg-thuis-knelpunten-en-verbetervoorstellen.html>
- Anbeek, C., Palmboom, G., & Schuurmans, J. (2014). De levensbeschouwelijke professional in transitie. *Handelingen, Tijdschrift voor praktische theologie en religiewetenschap*, 3, 5-19.
- Begemann, C., & Vermaas, M. (2011). *Groeiboek regionaal initiatief*. Utrecht.
<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/PRIL/groeiboek-regionaal-initiatief.pdf>
- Bernts, T., & Berghuijs, J. (2016). *God in Nederland 1966-2015*. Utrecht: Ten Have.
- Boevink, W. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1550-hee.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CBS (2021). *Ouderen*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- De Groot, K. (2018). Spiritual care. The devastating success of chaplaincy. In: K. de Groot. *The Liquidation of the Church* (ch. 7). New York: Routledge.
- De Groot, N. & Zwet, R. van der (2019). *Toolkit implementatie. Eerste hulp bij verspreiding en implementatie van sociale interventies voor interventie-ontwikkelaars en organisaties*. Utrecht: Movisie. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2019-03/Toolkit-implementatie-ontwikkelaars-organiaties_0.pdf
- De Jonge, H.M. (2019). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 december 2018, kenmerk 1456418-184010-LZ, houdende wijziging van de Regeling palliatieve terminale zorg in verband met een uitbreiding van de activiteiten van de netwerken voor palliatieve zorg. *Staatscourant*, 2019(1258).
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-1258.html>
- De Jonge, H.M. (2021). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 juli 2021, kenmerk 2356090-1008161-LZ, houdende wijziging van de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering. *Staatscourant*, 2021(36263).
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2021-36263.html>

- De Wachter, D. (2012). *Borderline Times: Het einde van de normaliteit*. Leuven: Lannoo Meulenhoff-Belgium.
- Denys, D. (2020). *Het tekort van het teveel: de paradox van de mentale zorg*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Fisher, G. (2012). Effectuation, causation, and bricolage: A behavioral comparison of emerging theories in entrepreneurship research. *Entrepreneurship: Theory and Practice*, 36(5), 1019–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6520.2012.00537.x>
- Gijsberts, M., Steen, J. van der, Muller, M., Hertogh, C., & Deliëns, L. (2013). Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 679-84. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.001>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163–d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Molenaar, C. (2016). *Hart voor de zorg en zorg voor het hart*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Muthert, H. (2015). Geestelijke verzorging (binn)en de WMO. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 18(77), 31–36.
- Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A. & Rooijen S. van. (2011). *Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ*. Utrecht: Vilans.
- Remmers, G., Hobbelen, M. & Vijverberg, T. (2010). *"Bezint eer u begint!" Rapportage kwalitatief onderzoek naar de succes- & faalfactoren van startende ondernemers in Den Haag*. Rotterdam: Blauw Research. <https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/3344304/1/RIS177442b>
- Ruiter, M. & Winkel, W. (2018). *Starterschecklist Geestelijke verzorging in de eerste lijn*. Utrecht: VGVZ Werkveldraad Eerste Lijn. <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/12/181206-Starterschecklist-GV-in-de-eerste-lijn.pdf>
- Swanborn, P. (2010). *Case study research* (First Edition ed.). SAGE Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781526485168>
- Van Gessel, A. (2016). *Geestelijke begeleiding in transitie. Een exploratief onderzoek naar good practices van het vak humanistische geestelijke begeleiding in het werkveld van de zorg*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Van Rijn, M. J. & Opstelten, I. W. (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. <https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0035362&z=2021-07-01&g=2021-07-01>

Wijgergangs, L., Ras, T. & W. Reijmerink, W. (red.). (2016). Zingeving in zorg: De mens centraal. [ZonMw-signalement]. <http://publicaties.zonmw.nl/zingeving-in-de-zorg/>

Zock, H. (2020). Reinventing spiritual care in a secular context: the chaplain as entrepreneur. In E. Ansen Zeder, P-Y. Brandt, & J. Besson (Eds.), *Clinique du sens* (pp. 21-33). Éditions des archives contemporaines. <https://doi.org/10.17184/eac.9782813003591>

Bijlage A1. Informatiebrief voor geestelijk verzorgers

Informatie voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Praktijken geestelijke verzorging in de thuissituatie

Project: Spirituele zorg dicht bij huis

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek.

Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft.

1. Algemene informatie

Dit onderzoek is opgezet door de Rijksuniversiteit Groningen en wordt uitgevoerd onder geestelijk verzorgers die werken in de eerstelijnszorg of het sociale domein.

2. Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in factoren die de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg of het sociale domein bevorderen of belemmeren. Aan de hand van deze inzichten worden er aanbevelingen voor implementatie gedaan, om zo structurele inbedding van geestelijke verzorging in deze contexten te faciliteren. Het secundaire doel van dit project is een bijdrage te leveren aan de professionalisering van de geestelijke verzorging.

3. Achtergrond van het onderzoek

Aanleiding voor dit onderzoek is dat er de laatste decennia een toenemende maatschappelijke behoefte is aan een integrale en persoonlijke benadering van ziekte en

gezondheid. Aandacht voor zingeving en spirituele zorg hoort daarbij. Geestelijk verzorgers zijn experts op dit gebied. Daarnaast vindt de zorg steeds meer plaats in de thuissituatie. In de afgelopen jaren hebben diverse geestelijk verzorgers zich vrijgevestigd om bij de nieuwe ontwikkelingen aan te sluiten. Geestelijke verzorging is echter nog beperkt aanwezig binnen de eerstelijnszorg en het sociale domein en ze is op geen enkele manier (structureel) geïntegreerd in beide domeinen. In dit project worden bestaande vormen van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociale domein geanalyseerd om de integratie van bestaande en toekomstige praktijken in deze setting te versterken.

4. Wat meedoen inhoudt

Als u meedoet, houdt dat het volgende in:

- Deskresearch: bij toestemming wordt allereerst informatie verzameld over de aard van de praktijk op basis van publiekelijk beschikbare bronnen. Dit betreft bijvoorbeeld informatie over hoe u werkt, met wie u werkt, hoe uw werk gefinancierd wordt, hoe u uw werk bekend maakt, en wat uw professionele kwalificaties zijn.
- Diepte-interview: er wordt een diepte-interview met u afgenomen, bij voorkeur in uw praktijkruimte. Een bezoek duurt ongeveer twee uur. Het gesprek zal gaan over uw ervaringen met het werken in de eerstelijnszorg en/of het sociale domein. Het gesprek wordt opgenomen. Deze geluidsopname wordt uitsluitend gebruikt in dit onderzoek voor het nauwkeurig verwerken van de gegevens.
- Observatie: indien het interview in de praktijkruimte plaatsvindt zal de onderzoeker eveneens de sfeer en locatie van de praktijk beschrijven.

Aanvullende informatie

Naast informatie van geestelijk verzorgers, willen we in dit onderzoek ook informatie verzamelen onder samenwerkingspartners, zoals huisartsen, en cliënten van geestelijk verzorgers. Met deze informatie willen we een rijker beeld vormen van de factoren die integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociale domein bevorderen of belemmeren. Mogelijk vragen we u later in het onderzoek dus of u ons in contact wilt brengen met deze mensen. De cliënten blijven anoniem voor de onderzoekers.

5. Mogelijke voor- en nadelen

Het is belangrijk dat u de mogelijke voor- en nadelen goed afweegt voordat u besluit mee te doen. Meedoen aan dit onderzoek heeft een aantal voordelen: U levert met het delen van uw ervaringen een bijdrage aan de structurele inbedding van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociale domein. U kunt aan de hand van de onderzoeksresultaten uw manier van werken vergelijken met die van collega's in het land. U kunt opgenomen worden op een kaart die beschikbaar wordt gemaakt voor inwoners en zorgverleners, zodat u nog beter vindbaar bent. U kunt gebruik maken van de adviezen die wij aan de hand van het onderzoek formuleren om uw werkwijze te verfijnen.

Meedoen aan dit onderzoek kan ook nadelen hebben: We vragen u om documenten beschikbaar te maken over hoe u werkt, zoals uw promotiemateriaal, en mee te werken aan een interview. Dit kost tijd en het kan gevoelig voor u zijn.

6. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig.

Als u wel meedoet, kunt u zich tot twee maanden na het interview bedenken en toch stoppen. Na twee maanden belemmert verwijdering van gegevens de analyse van het onderzoek te veel. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten.

7. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als

- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het onderzoek is bereikt (naar verwachting op 31 december 2021)

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Dit gebeurt op drie momenten: Omstreeks juli 2020, juli 2021 en februari 2022.

8. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek is het nodig dat uw persoonsgegevens worden verzameld en gebruikt. Elke geestelijk verzorger krijgt een code die op de gegevens komt te staan. Uw naam en andere persoonsgegevens worden in een apart bestand opgeslagen, zodat we tijdens het onderzoek eventueel contact met u kunnen opnemen bij onduidelijkheden of om u op de hoogte te houden.

Uw gegevens

Al uw gegevens blijven vertrouwelijk. Alleen de onderzoekers weten welke code u heeft. Deze onderzoekers staan vermeld in bijlage A. De beschrijving die wij maken van uw werkwijze, zullen we verwerken in rapporten en aan het einde van het onderzoek helemaal beschikbaar maken in een landelijke database (DataVerseNL) voor andere onderzoekers. Op de beschrijvingen staat alleen de code, nooit uw naam. De sleutel voor de code blijft bij de onderzoeker. Ruwe data en persoonsgegevens worden niet beschikbaar gemaakt voor hergebruik en zijn alleen na een verzoek bij de projectleider (prof. dr. Zock) beschikbaar voor controle. Op het toestemmingsformulier kunt u aangeven of u hiermee akkoord gaat. U kunt deze toestemming altijd weer intrekken.

De onderzoeker bewaart uw gegevens minimaal 10 jaar. De gegevens worden opgeslagen op de beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen. U kunt te allen tijde inzicht vragen in uw gegevens.

9. Geen vergoeding voor meedoen

U wordt niet betaald voor het meedoen aan dit onderzoek. Wel kunt u punten opvoeren bij het SKGV voor deelname aan dit onderzoek. Deelname aan wetenschappelijk onderzoek valt onder de categorie "Beroepsontwikkeling" of "Innovatie". Hierbij geldt dat u één punt toegekend krijgt per vier uur.

10. Heeft u vragen?

Bij vragen kunt u contact opnemen met dr. Anja Visser, hoofdonderzoeker op dit project. U kunt haar bereiken via e-mail op [...](#), of via de telefoon op

11. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Het handtekeningenblad wordt door de hoofdonderzoeker bewaard. U krijgt een kopie of een tweede exemplaar van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

12. Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage B: toestemmingsformulier

Praktijken geestelijke verzorging in de thuissituatie

Door dit document te ondertekenen, verklaart u het volgende:

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. De vragen die ik gesteld heb zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik tot twee maanden na het interview kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan.
- Ik weet dat ik te allen tijde inzicht kan krijgen in de over mij verzamelde gegevens.
- Ik geef toestemming voor het delen van de bewerkte gegevens voor toekomstig onderzoek. Deze toestemming kan ik te allen tijde terugtrekken.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens nog 10 jaar na dit onderzoek te bewaren op de Rijksuniversiteit Groningen.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Het ondertekende toestemmingsformulier kunt u sturen naar de onderzoeker van uw regio, zie het e-mailadres vermeld op pagina 6 of per post (postzegel is niet nodig) naar:

...

Bijlage A2. Informatiebrief over de focusgroepen voor geestelijk verzorgers

Titel e-mailbericht: **Uitnodiging focusgroep met samenwerkingspartners**

Beste [naam van geestelijk verzorger],

Op [datum interview] heeft u deelgenomen aan een interview voor het onderzoeksproject Spirituele zorg dicht bij huis. Integratie van Geestelijke Verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Momenteel zijn we bezig met het verwerken van alle informatie die we onder geestelijk verzorgers hebben verzameld tot uitgebreide praktijkbeschrijvingen. Zo krijgen we inzicht in bevorderende en belemmerende factoren voor de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Zoals aangekondigd in de informatiebrief over dit onderzoek, willen we naast uw ervaringen ook de ervaringen, wensen en verwachtingen van uw samenwerkingspartners meenemen in het onderzoek. Wilt u ons hierbij helpen?

Wat we u vragen

We vragen u om samen met uw belangrijkste samenwerkingspartners deel te nemen aan een focusgroep. U bepaalt zelf wie de belangrijkste samenwerkingspartners zijn voor de geestelijke verzorging die u biedt in de thuissituatie. U kunt hierbij denken aan een huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal werker, maar ook een Wmo-consulent, de coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg in uw regio, een andere geestelijke verzorger met wie u een verwijsrelatie heeft, etc. Er kunnen minimaal 5 en maximaal 8 mensen meedoen aan een focusgroep, inclusief uzelf als u dat wilt.

In het bijgevoegde bestand "informatiebrief focusgroep voor geestelijk verzorgers" vindt u meer informatie.

Aanmelden

We zullen u over een week bellen om te horen of u met uw samenwerkingspartners wilt deelnemen aan de focusgroep en wat voor u een geschikt moment in december zou zijn om de focusgroep te houden. Wanneer u in de tussentijd vragen hebt over de focusgroep kunt u bellen of mailen met Selma Haverkate/ Jenny Kloosterhuis.

Indien u geen vragen heeft en graag wilt deelnemen, kunt u dit per email bevestigen. Stuur u dan de bijgevoegde uitnodigingstekst per email aan uw samenwerkingspartners?

Vriendelijk verzoeken wij u uw aanmelding vóór [datum] via de email te bevestigen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking.

Mede namens de onderzoeksgroep Spirituele zorg dicht bij huis,

Vriendelijke groet,

Informatiebrief focusgroep voor geestelijk verzorgers

Het onderwerp van de focusgroep

Uit de reeds verzamelde data is gebleken dat u heel intensief samenwerkt met verschillende professionals en partijen, en we willen graag beter begrijpen hoe deze samenwerking tot stand is gekomen, en wat daarin voor u en uw partners van belang is gebleken. /In het interview heeft u aangegeven dat de samenwerking met belangrijke partners nog niet optimaal verloopt. Graag onderzoeken we in de focusgroep samen met u wat de samenwerking zou kunnen versterken. De focusgroep biedt de unieke mogelijkheid om met uw samenwerkingspartners gezamenlijk in gesprek te gaan over uw lokale samenwerking en de integratie van GV Thuis in verleden, heden en toekomst.

Het gesprek kan daarmee direct bijdragen aan de bevordering van de integratie van uw praktisch GV Thuis in het plaatselijke en/of regionale landschap van zorg en welzijn. Daarnaast zullen de bevindingen uit de focusgroepen bijdragen aan het formuleren van bredere aanbevelingen voor integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

De volgende vraag staat centraal in de focusgroep: Wat is voor u belangrijk voor de onderlinge samenwerking?

Werkwijze

Als u ons wilt helpen bij dit onderdeel van het onderzoek, dan vragen we u allereerst om voor uzelf te bepalen met welke samenwerkingspartners u de focusgroep wilt houden. Dit kunnen mensen zijn met wie u al intensief samenwerkt, maar ook mensen met wie u de samenwerking graag zou versterken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal werker, maar ook een Wmo-consulent, de coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg in uw regio, een andere geestelijke verzorger met wie u een verwijzrelatie heeft, etc. Er kunnen minimaal 5 en maximaal 8 mensen meedoen aan een focusgroep, inclusief uzelf als u dat wilt.

Vervolgens vragen we u deze mensen de bijgevoegde uitnodiging te sturen. Kopieer deze tekst en plak het in zijn geheel in de email.

De deelnemers kunnen aan u laten weten of zij mee willen doen of niet. Als minimaal 5 mensen willen meedoen (ev. inclusief uzelf), kan de focusgroep doorgang vinden. Kunt u ons uiterlijk over een week laten weten of u en/of uw samenwerkingspartners willen deelnemen? Stuur u ons dan ook de informatie door die in de brief aan samenwerkingspartners gevraagd wordt? Wij zullen u en uw samenwerkingspartners dan nadere informatie sturen voor deelname.

De focusgroep vindt online plaats en wordt geleid door twee onderzoekers. Er wordt gewaakt voor een open, opbouwende en informele sfeer. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat het gesprek bijdraagt aan uw samenwerking. Daarbij is iedere ervaring en mening even waardevol: er is geen goed of fout. De focusgroep zal maximaal 1,5 uur duren, met een pauze.

Privacy en gegevensbescherming

Er wordt een opname gemaakt van het beeld en het geluid van de focusgroep. Deze wordt opgeslagen op een beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen. De opname is alleen toegankelijk voor het onderzoeksteam, bestaande uit prof. dr. Hetty Zock, dr. Anja Visser, drs. Selma Haverkate en drs. Jenny Kloosterhuis. De opname wordt niet gedeeld met derden. In rapportage over de bevindingen uit de focusgroepen zal niet te herleiden zijn van wie de informatie afkomstig is.

De contactinformatie die we verzamelen voor de uitnodiging van uw samenwerkingspartners wordt uiterlijk één maand na de focusgroep verwijderd, tenzij de persoon toestemming heeft gegeven deze langer te bewaren voor het vervolg van het onderzoek. De opname wordt tot 10 jaar na de afronding van het onderzoek bewaart.

Mocht u vragen of klachten hebben over de omgang met persoonsgegevens, dan kunt u contact opnemen met de Functionaris Persoonsgegevens van de Rijksuniversiteit Groningen. De contactgegevens vindt u onderaan deze brief.

Vrijwillige deelname

Uw deelname is geheel vrijwillig. U bent niet verplicht mee te werken aan het organiseren van een focusgroep. Als u ons helpt een focusgroep te organiseren, bent u ook niet verplicht om hier zelf aan deel te nemen.

Als u zelf deelneemt aan de focusgroep hebt u het recht om uw bijdrage tot één maand na de focusgroep terug te trekken, zonder opgave van redenen. Na deze periode is de informatie al zodanig verwerkt dat dit niet meer te onderscheiden is.

Als u zich wilt terugtrekken uit dit deel van het onderzoek, dan kunt u dat aangeven bij de onderzoekers. De contactgegevens vindt u onderaan deze brief.

Hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking!

Contactgegevens onderzoeker

Contactgegevens Functionaris

Persoonsgegevens

Bijlage A3. Informatiebrief over de focusgroepen voor samenwerkingspartners

UITNODIGING FOCUSGROEP voor samenwerkingspartners GV Thuis

Beste [naam],

Hierbij nodig ik u uit voor een eenmalige focusgroep over het onderwerp 'Integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein'. Deze focusgroep wordt georganiseerd door onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen, in het kader van het project Geestelijke verzorging dicht bij huis. Eerder hebben de onderzoekers mij geïnterviewd over mijn werk in de thuissituatie, nu zouden zij graag ook de ervaringen, wensen en verwachtingen van mijn samenwerkingspartners willen horen.

Het doel van het project is om bevorderende en belemmerende factoren voor de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein in kaart te brengen en adviezen te formuleren om deze integratie te verbeteren. U vindt meer informatie over het project via deze link: <https://hdl.handle.net/10411/2P1T3B>. Meer informatie over de focusgroepen staat onderaan deze email. Ik zou het erg op prijs stellen als u hieraan wilt bijdragen.

Kunt u mij uiterlijk over een week laten weten of u aan een focusgroep wilt deelnemen?

Als u mee wilt doen, stuurt u mij dan een email met daarin de volgende informatie:

- Uw naam, emailadres en telefoonnummer zodat de onderzoekers contact met u op kunnen nemen voor de specifieke uitnodiging.
- Uw functie, zodat de onderzoekers alvast een beeld hebben van de samenstelling van de groep.
- Een aantal momenten in december waarop u beschikbaar zou zijn voor de focusgroep. Dit kan ook een avond of weekenddag zijn
- Of u akkoord gaat met opname van het beeld en het geluid van de focusgroep

- Of de onderzoekers eventueel contact met u mogen opnemen voor deelname aan een expertmeeting in de loop van 2021, waarbij de geformuleerde adviezen worden getoetst met verschillende mensen uit de praktijk.

Wanneer u vragen hebt over het onderzoek kunt u zich wenden tot Selma Haverkate (e-mailadres) / Jenny Kloosterhuis (e-mailadres), onderzoeksmedewerker Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking.

Mede namens de onderzoeksgroep Spirituele zorg dicht bij huis,
Vriendelijke groet,

[naam gv-er]

MEER INFORMATIE

De focusgroep

De focusgroep zal in december 2020 plaatsvinden. Er zullen maximaal 8 mensen uit mijn netwerk aan meedoen (OPTIONEEL: inclusief ikzelf). De volgende vraag staat centraal in de focusgroep: Wat is voor u belangrijk voor de onderlinge samenwerking? Door over deze vraag in gesprek te gaan kunnen wij ook direct onze samenwerking versterken.

De focusgroep vindt online plaats en wordt geleid door twee onderzoekers. Er wordt gewaakt voor een open, opbouwende en informele sfeer. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat het gesprek bijdraagt aan onze samenwerking. Daarbij is iedere ervaring en mening even waardevol: er is geen goed of fout. De focusgroep zal maximaal 1,5 uur duren, met een pauze.

Privacy en gegevensbescherming

Er wordt een opname gemaakt van het beeld en het geluid van de focusgroep. Deze wordt opgeslagen op een beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen. De opname is alleen toegankelijk voor het onderzoeksteam, bestaande uit prof. dr. Hetty Zock, dr. Anja Visser, drs. Selma Haverkate en drs. Jenny Kloosterhuis. De opname wordt niet gedeeld met derden.

In rapportage over de bevindingen uit de focusgroepen zal niet te herleiden zijn van wie de informatie afkomstig is. Om de informatie uit de focusgroep te kunnen analyseren, wordt er een transcript gemaakt. Namen van personen en organisaties en locatiegegevens worden daar niet in opgenomen, zodat de informatie niet direct herleidbaar is naar de deelnemers. Wel wordt het beroep van de persoon die spreekt opgenomen in het transcript, om verschillen in wensen en ervaringen tussen professionals te kunnen onderzoeken.

De contactinformatie die de onderzoekers van u verzamelen voor de uitnodiging wordt uiterlijk één maand na de focusgroep verwijderd, tenzij u toestemming geeft deze langer te bewaren voor het vervolg van het onderzoek. De opname wordt tot 10 jaar na de afronding van het onderzoek bewaart.

Mocht u vragen of klachten hebben over de omgang met persoonsgegevens in dit onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de Functionaris Persoonsgegevens van de Rijksuniversiteit Groningen. De contactgegevens vindt u hieronder.

Vrijwillige deelname

Uw deelname is geheel vrijwillig. Als u besluit deel te nemen aan de focusgroep, hebt u het recht om uw bijdrage terug te trekken, zonder opgave van redenen. Uw bijdrage wordt dan niet opgenomen in het transcript. Als u zich wilt terugtrekken uit het onderzoek, dan kunt u dat aangeven bij de onderzoekers. De contactgegevens vindt u hieronder.

Contactgegevens onderzoeker

Contactgegevens Functionaris

Persoonsgegevens

Bijlage A4. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor geestelijk verzorgers

Uitnodigingsbrief aan gv-ers, cliëntenquête

Onderwerp van de mail: Spirituele zorg dicht bij huis: cliëntperspectief gevraagd!

Beste [naam van geestelijk verzorger],

Op [datum interview] heeft u deelgenomen aan een interview voor het onderzoeksproject *Spirituele zorg dicht bij huis. Integratie van Geestelijke Verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein*. Tot op heden zijn we bezig met het verwerken van alle informatie die we onder geestelijk verzorgers hebben verzameld, om deze zo veel mogelijk te bewerken tot uitgebreide praktijkbeschrijvingen. Zo krijgen we inzicht in bevorderende en belemmerende factoren voor de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Zoals aangekondigd in de informatiebrief over dit onderzoek, willen we naast uw ervaringen ook de wensen, verwachtingen en ervaringen van voormalige cliënten met Geestelijke Verzorging in de thuissituatie meenemen in het onderzoek. **Wilt u ons hierbij helpen?**

In het bijgevoegde document "Cliëntenenquête, informatie voor geestelijk verzorgers" vindt u meer informatie.

We zullen u over drie werkdagen bellen om te horen of u ons wilt helpen en waarmee wij u kunnen helpen. Mocht u in de tussentijd vragen hebben, schroom dan niet om contact op te nemen. Dit kan met Selma Haverkate / Jenny Kloosterhuis via dit e-mailadres.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking.

Mede namens de onderzoeksgroep *Spirituele zorg dicht bij huis*,
Vriendelijke groet,

Cliëntenenquête, informatie voor geestelijk verzorgers

Wat we u vragen

Wilt u de bijgevoegde uitnodigingstekst en link voor de online enquête naar uw voormalige cliënten sturen? Wij bedoelen daarmee alle cliënten met wie het begeleidingstraject maximaal 2 jaar geleden is afgerond of voor langere tijd is gepauzeerd. Door alleen cliënten te includeren met wie u op dit moment geen actief contact heeft, kunnen we een beeld krijgen van wat cliënten in het hele begeleidingstraject ervaren hebben en kan hun deelname aan dit onderzoek uw zorgrelatie en vertrouwensband met de cliënt niet beïnvloeden. De cliënten blijven anoniem voor de onderzoekers én voor u. Uw naam wordt in de cliëntenenquête niet genoemd. De onderzoekers kunnen zodoende de antwoorden van de cliënten niet koppelen aan uw praktijk.

Wat we cliënten vragen

Zoals u ook in de bijgevoegde uitnodigingstekst kunt lezen, vragen we cliënten om een enquête in te vullen. We hopen dat cliënten dit online willen doen, maar we stellen ook papieren enquêtes beschikbaar als dat beter bij uw doelgroep past. In deze enquête vragen we mensen naar hun ervaringen met het vinden van de geestelijk verzorger en de begeleiding die ze van de geestelijk verzorger hebben ontvangen. Hiermee willen we meer leren over wat vanuit cliëntenperspectief kan bijdragen aan betere integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en/of het sociaal domein. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. Desgewenst kan de cliënt met hulp van een naaste de vragenlijst invullen. Zoals hierboven ook vermeld, blijven zowel de cliënt als de geestelijk verzorger die hen begeleid heeft anoniem voor ons.

Praktische uitvoering

We vragen u bijgevoegde begeleidende tekst voor cliënten in een email aan uw voormalige cliënten te sturen met als onderwerp: Ervaringen met geestelijk verzorging thuis: uw stem telt. In uw email aan de cliënten dient de uitnodigingstekst goed leesbaar te zijn (dus niet als bijlage, maar in de hoofdtekst van de email).

Onder voormalige cliënten verstaan we dus mensen met wie u geen actief cliëntencontact heeft omdat de begeleiding beëindigd of gepauzeerd is (tot maximaal 2 jaar geleden).

In het geval de cliënt niet beschikt over een computer of computervaardigheden, horen we graag van u of u bereid bent papieren vragenlijsten en begeleidende brieven door te sturen naar cliënten en hoeveel exemplaren daarvoor nodig zijn. Vervolgens sturen wij u per post de benodigde papieren, inclusief gefrankeerde (retour)enveloppen.

Om uiteindelijk tot zinvolle adviezen voor de integratie van geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg en het sociaal domein te komen, is het heel belangrijk om het cliëntperspectief in dit onderzoek op een gedegen wijze te includeren. We vragen u dan ook zo spoedig mogelijk de uitnodigingsmail en link c.q. de papieren versies naar zoveel mogelijk van uw voormalige cliënten te sturen. Deelname door de cliënten is mogelijk tot uiterlijk 18 december 2020.

Bijlage A5. Informatiebrief over de cliëntenenquête voor ex-clënten

Email aan cliënten verstuurd door geestelijk verzorger

Beste meneer, mevrouw,

In 2019 of 2020 hadden wij één of meerdere gesprekken met elkaar. Intussen is ons contact afgesloten of voor langere tijd gepauzeerd. Ik benader u nu om te vragen of u mee wilt doen aan een onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek gaat over uw wensen, verwachtingen en ervaringen met Geestelijke Verzorging.

Ik ben geen onderdeel van het onderzoeksteam. De onderzoeksgroep heeft mij alleen gevraagd een vragenlijst door te sturen naar alle mensen die ik de afgelopen twee jaar heb begeleid. Vanwege het belang van dit onderzoek ga ik op dit verzoek in.

Het doel van dit onderzoek is om te zorgen dat geestelijke verzorging in de thuissituatie een duidelijkere plek krijgt. De ervaringen en inzichten van voormalige cliënten helpen om erachter te komen welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Daarom stuur ik u in deze email een internetlink naar de vragenlijst, met het vriendelijke verzoek deze in te vullen **voor 18 december 2020**.

Ik benoem nog een paar belangrijke punten:

- U hoeft niet aan mij te laten weten of u mee wilt doen aan het onderzoek of niet. U kunt met de internetlink die hieronder staat meteen meedoen.
- Ik krijg uw antwoorden op de vragen niet te zien. Uw keuze om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek heeft dus geen invloed op ons contact.
- De onderzoekers kunnen ook niet zien wie u bent of van welke geestelijk verzorger u begeleiding heeft gekregen. Zij kunnen uw informatie dus ook niet aan mij koppelen.
- Als u de vragenlijst niet op internet wilt invullen, kunnen de onderzoekers u een vragenlijst op papier sturen. Onderaan deze email vindt u hun contactgegevens.

- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. U hoeft de vragenlijst niet in één keer in te vullen. U kunt ook op een later moment verder gaan als u even wilt stoppen.
- Als u dat wilt, kunt u iemand bij u in de buurt vragen om u te helpen met het invullen van de vragenlijst.
- Wees zo eerlijk en volledig mogelijk in uw antwoorden op de vragen, zodat de onderzoekers zo goed mogelijke conclusies kunnen trekken uit het onderzoek.

Als u mee wilt doen aan het onderzoek, klik dan op deze link: [enquête geestelijke verzorging](#). U ziet dan eerst nog een aanvullende uitleg over het onderzoek. Daarna kunt u de vragenlijst starten.

Uw mening en ervaring tellen! De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan:

- 1) Meer zicht op wat cliënten belangrijk vinden
- 2) Betere geestelijke verzorging

Hopelijk heb ik u hiermee voldoende geïnformeerd. Als u nog vragen heeft of een papieren vragenlijst wilt ontvangen, neem dan contact op met de onderzoeker Jenny Kloosterhuis/Selma Haverkate, via

Alvast heel hartelijk bedankt voor uw tijd en deelname.

Mede namens de onderzoeksgroep *Spirituele zorg dicht bij huis*,

Vriendelijke groet,

Bijlage B. Interviewschema

Fase 1

1a Interviewer introduceert zichzelf en onderzoek (op een manier die rapport creëert):

Allereerst wil ik u hartelijk bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek. Ik ben onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen, en in dit onderzoek willen wij graag weten welke bestaande praktijken geestelijke verzorging er zijn in de eerstelijnszorg en het sociale domein, en hoe die zich organiseren. We onderzoeken wat er allemaal komt kijken bij het opzetten en voeren van een GV-praktijk, en wat daarin belemmerende en bevorderende factoren zijn. We zijn daarin met name benieuwd naar de ervaringen van de geestelijk verzorgers zelf. Uw verhaal is dus van groot belang voor dit onderzoek en voor (kennis over) de ontwikkeling en integratie van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Graag wil ik benadrukken dat uw persoonlijke gegevens alleen bekend zijn voor de onderzoekers. Voordat we van start kunnen wil ik u nog vragen of u het goed vindt als ik het interview opneem?

1b Heeft u vragen voordat we het interview starten?

1c Startvraag

Startvraag: Dit onderzoek gaat over praktijken geestelijke verzorging in de thuissituatie. Kunt u vertellen hoe uw praktijk tot stand is gekomen?

Fase 2

2a Inventariseren belangrijke aspecten m.b.t. het opzetten en bestendigen van de eigen praktijk:

U heeft nu al behoorlijk wat verteld. Om nog meer zicht te krijgen op uw praktijk, wil ik u graag nog een aantal gerichte, concrete vragen stellen.

Opzetten praktijk

- Wanneer is uw praktijk tot stand gekomen?
- Wie waren er betrokken bij het opzetten van de praktijk?
- Heeft u een businesscase? Hoe ziet uw businesscase eruit?
- Is er informatie die u heeft gemist in het opzetten van de praktijk?
- Of faciliteiten waar u gebruik van had willen maken? Zo ja, op welk moment miste u deze informatie/deze faciliteiten?

- Spelen externe factoren een rol in uw keuze een GV-praktijk te starten? Zo ja, welke?
- Wanneer stopte u met uw praktijk? Hoe kwam u tot deze beslissing?

Ervaringsvragen

- Wat heeft u als bevorderend ervaren in het opzetten en bestendigen van uw praktijk?
Wat heeft het u gebracht? Wat neemt u daaruit mee?
- Wat heeft u als belemmerend ervaren in het opzetten en bestendigen van uw praktijk?
- Hoe bent u omgegaan met deze belemmeringen?
- Valt er volgens u iets te leren uit deze ervaringen? Wat?
- Ervaart u uw praktijk als succesvol? Waarom wel/waarom niet?
- Heeft u wel eens overwogen om te stoppen met de praktijk?
- Wat waren uw overwegingen daarbij?
- Welke aspecten of momenten springen er echt uit voor u/vindt u het meest opvallend?
Welke betekenis heeft dit aspect voor de verdere ontwikkeling van uw praktijk?
- Waarom heeft u een praktijk als geestelijk verzorger in de eerste lijn? Wat drijft u?
- Op welke manier voelt u zich betrokken bij uw praktijk?

Capaciteit en vraag/aanbod van de praktijk (hoe stemt u ... is vraag en aanbod op elkaar af ingesteld)

- Hoeveel uur besteedt u aan de praktijk per maand?
- Hoeveel gesprekken voert u per maand?
- Hoeveel verschillende cliënten ziet u per maand?
- Bent u tevreden over het aantal cliënten dat u spreekt per maand of zou u willen dat dit meer/minder was?
- Welke diensten biedt u aan als geestelijk verzorger?
- Welke dienst wordt in uw praktijk het meest afgenomen?
- Waar is naar uw idee veel vraag naar op het gebied van geestelijke verzorging?
- Hoe stemt u daarop af?
- Is er bepaalde thematiek die terugkerend is in de (zorg)vragen waar mensen mee bij u komen?

Cliënt

- Op welke doelgroepen richt u zich?
- Kunt u iets vertellen over welke stappen een cliënt doorloopt als hij door u begeleid wordt? (van aanmelding tot afronding, inclusief rapportage naar verwijzer)? Focus op inhoudelijk zoals gemiddeld aantal face-to-face contacten met cliënten én overleg met de

verwijzer.

- In hoeverre maakt u in uw interventies gebruik van richtlijnen, bepaalde modellen?
- Wat zijn de bereikte effecten van uw praktijk/begeleiding?
- Monitort u deze effecten?

Samenwerkingspartners

- Bent u verenigd in een bepaald netwerk? Hoe ziet dat netwerk eruit?
- Via welke verwijzroutes komen uw cliënten bij uw praktijk terecht?
- Zijn er bepaalde criteria waar een (potentiële) cliënt aan moet voldoen, en zo ja welke?
- Verwijst u zelf ook wel eens iemand door?
- Hoe gaat dat in zijn werk?
- Heeft u nog andere zorgprofessionals/organisaties waar u mee samenwerkt?
- Schrijft u artikelen voor tijdschriften en/of websites van zorgprofessionals/organisaties, vrijwilligers, huis-aan-huis- of wijkblad?
- Geeft u voorlichting, onderwijs, begeleiding aan andere zorgprofessionals en vrijwilligers in de regio?
- Geeft u lezingen, bezoekt u bijeenkomsten van patiëntenverenigingen, ...?
- Door wie en op welke manier wordt u gefinancierd?
- Wat betekent de wijze van financiering voor eventuele kosten van uw cliënten?

Bereikbaarheid

- Op welke (fysieke/communicatieve) manier probeert u bereikbaar te zijn voor **verwijzers**?
- Hoe bereikbaar bent u, vindt u zelf?
- Op welke momenten en op welke manier bent u bereikbaar **voor patiënten**?
- Wat is uw antwoordtermijn voor cliënten?
- Op welke manier probeert u bereikbaar te zijn voor **kwetsbare mensen** in de samenleving?
- Wat zou u daarin nog kunnen/willen verbeteren?
- Welke PR-kanalen gebruikt u?
- Hoe communiceert u in uw pr-materiaal over uw praktijk?
- Wat voor beeld wilt u daarin neerzetten van uw praktijk?
- Hoe stemt u uw taalgebruik op uw doelgroepen af; verwijzers/medici en onderscheiden groepen cliënten?
- Heeft u een bepaalde stijl waarin u communiceert (bijv. psychologisch, theologisch, nieuwe spiritualiteit)?

Ervaring

- Welke opleiding hebt u gevolgd? Wat was daarin het speerpunt?
- Heeft u (aanvullend) onderwijs gevolgd in het leren methodisch werken?
- Hoeveel jaren hebt u ervaring als geestelijk verzorger?

Professionaliteit

- Hoe waarborgt u uw eigen kwaliteit als professional?
- Bent u lid van de VGVZ of soortgelijk?
- Bent u ingeschreven bij het SKGV?
- Volgt u bijscholing of nascholing voor de professie als geestelijk verzorger?
- En op zakelijk/organisatiegebied?
- Neemt u deel aan supervisie, intervisie groepen?
- Hoe zijn deze groepen samengesteld (1e en 2e lijn gv gemengd)?
- Op welke manier komt uw levensbeschouwelijke achtergrond naar voren in uw praktijk?
- Heeft u een bepaalde expertise of specialisatie binnen het vakgebied?
- Zo ja, onderscheidt dat u van anderen?
- Maakt u gebruik van evidence-informed interventies in uw begeleiding? Waarom wel/waarom niet?

Als sprake is/likt van een omslagpunt in de motivatie de praktijk voort te zetten:

- Herinnert u zich een moment dat u merkte dat u verder kon/het weer de moeite waard vond? Wat maakte dat u verder kon? Wie hebben u daarbij ondersteund?
- Wat was het moment waarop u besloot te stoppen met de praktijk? Wat waren daarbij uw overwegingen?

Fase 3

Samenvattend

- Hoe zou u uw eigen praktijk in een aantal zinnen beschrijven?
- Hoe zou u uzelf als geestelijk verzorger beschrijven?
- Hoe zouden uw cliënten u en uw praktijk beschrijven?
- Hoe zorgt u voor uzelf?

Afsluitend

- Is er nog iets wat nog vermeld moet worden? Iets wat van belang is om te onderstrepen? Zijn er nog belangrijke dingen die we gemist hebben in ons gesprek?
- Zijn er nog aandachtspunten of tips die u mee wilt geven voor het onderzoek?

- Eventueel terugkoppeling bespreken.
- Welke geestelijk verzorgers in de regio kent u, waarvan u denkt dat die ook mee zouden kunnen doen aan dit onderzoek?

Tot slot

- Hoe kijkt u terug op dit interview? Hoe heeft u het ervaren?

Bijlage C. Cliëntenenquête

Vragenlijst voor cliënten (papieren versie)

INTRODUCTIE

We zijn benieuwd naar uw ervaringen met de geestelijk verzorger. Daarover gaat deze vragenlijst.

Uw antwoorden en die van andere deelnemers verwerken wij in een advies aan geestelijk verzorgers. Zo kunnen zij hun begeleiding in de toekomst beter afstemmen op de wensen van cliënten.

Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Dit onderzoek is deel van het project "Geestelijke verzorging dicht bij huis" van de Rijksuniversiteit Groningen. In deze vragenlijst stellen we vragen over hoe de begeleiding door de geestelijk verzorger eruitzag, de bereikbaarheid van de geestelijk verzorger en hoe tevreden u was met de begeleiding. De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. De anonieme gegevens kunnen worden gedeeld met anderen voor onderzoek. De informatie wordt na afloop van het onderzoek maximaal 10 jaar bewaard door de Rijksuniversiteit Groningen.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met Anja Visser, telefoonnummer

Of u kunt een email sturen naar: ...

INVULINSTRUCTIE

- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven in het aangewezen vakje.
- Sommige situaties heeft u misschien niet meegemaakt. Beantwoord deze vraag dan met '*niet van toepassing*' of met de extra antwoordmogelijkheid die bij de specifieke vraag wordt gegeven.
- Wees zo eerlijk en volledig mogelijk in uw antwoorden op de vragen.
- Als u een vraag niet wilt beantwoorden, dan kunt deze overslaan.
- Als u dat wilt, kunt u iemand bij u in de buurt vragen om u te helpen met het invullen van de vragenlijst.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
 - Nee → ***Ga door naar vraag 3***
 - Ja

Introductie

1. Hebt u de afgelopen 2 jaar begeleiding ontvangen van een geestelijk verzorger?

Nee → ***Deze vragenlijst is niet voor u bedoeld. U kunt de vragenlijst terugsturen naar de onderzoekers. Bedankt voor uw tijd.***

Ja

2. Hoe bent u bij de geestelijk verzorger terecht gekomen?

Ik heb zelf een geestelijk verzorger gezocht

Ik ben naar de geestelijk verzorger verwezen door _____

3. Hoe tevreden was u over hoe u bij de geestelijk verzorger terecht gekomen bent?

Licht uw antwoord toe.

4. Waarvoor heeft u begeleiding gehad van de geestelijk verzorger?

5. Hoe vaak heeft u begeleiding ontvangen van de geestelijk verzorger?

_____ keer, gedurende _____ maanden

6. Hoe tevreden was u over de duur van de begeleiding? Licht uw antwoord toe.

Praktische informatie

7. Welke informatie heeft u vooraf gekregen over de geestelijk verzorger?

8. Hoe heeft u deze informatie gekregen?

9. Was de geestelijk verzorger goed bereikbaar voor het maken van een afspraak of bij vragen?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

10. Waren er problemen met de financiering van uw begeleiding bij de geestelijk verzorger?

- Geen probleem
- Een klein probleem, namelijk _____
- Een groot probleem, namelijk _____

11. Waar hebt u begeleiding gekregen van de geestelijk verzorger?

- Ik heb in de praktijkruimte begeleiding gekregen
- Ik heb thuis begeleiding gekregen → **Ga door naar vraag 13**
- Ik heb ergens anders begeleiding gekregen, namelijk _____

12. Was het een probleem om de praktijkruimte van de geestelijk verzorger te bereiken?

- Geen probleem
- Een klein probleem, namelijk _____
- Een groot probleem, namelijk _____

13. Overlegde uw geestelijk verzorger over uw begeleiding met andere zorgverleners, zoals uw huisarts, maatschappelijk werker of (wijk)verpleegkundige?

- Ja, namelijk met _____
- Nee

Beleving

Hieronder staan een aantal vragen over hoe u de geestelijk verzorger beleefd hebt. Kruis het vakje aan dat van toepassing is op uw ervaring.

- | | nooit | soms | meestal | altijd | niet van
toepassing |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Was uw geestelijk verzorger bereid met u te praten als er zaken naar uw mening niet goed gingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Gaf uw geestelijk verzorger u de ruimte om mee te denken over wat het beste is voor u?
16. Heeft u het contact met uw geestelijk verzorger als ondersteunend ervaren?
17. Zorgde de begeleiding van uw geestelijk verzorger ervoor dat uw zorg of problemen verminderden?

Hoe belangrijk vindt u het dat:

Kruis het vakje aan dat het beste bij uw antwoord past en geef een korte toelichting.

- | | niet
belangrijk | eigenlijk
wel
belangrijk | belangrijk | heel erg
belangrijk | niet van
toepassing |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. U vooraf informatie krijgt over de begeleiding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Geef een korte toelichting

Hoe belangrijk vindt u het dat:

Kruis het vakje aan dat het beste bij uw antwoord past en geef een korte toelichting.

- | | niet
belangrijk | eigenlijk
wel
belangrijk | belangrijk | heel erg
belangrijk | niet van
toepassing |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. U de geestelijk verzorger goed kunt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

bereiken voor een
afspraak of met vragen?

Geef een korte toelichting

20. U de praktijkruimte van
de geestelijk verzorger
goed kunt bereiken?

Geef een korte toelichting

21. De geestelijk verzorger
over uw begeleiding
overlegt met andere
zorgverleners, zoals uw
huisarts,
maatschappelijk werker
of
(wijk)verpleegkundige?

Geef een korte toelichting

22. De geestelijk verzorger
bereid is met u te
praten over zaken die
niet goed gaan?

Geef een korte toelichting

Hoe belangrijk vindt u het dat:

Kruis het vakje aan dat het beste bij uw antwoord past en geef een korte toelichting.

niet belangrijk	eigenlijk wel belangrijk	belangrijk	heel erg belangrijk	niet van toepassing
--------------------	--------------------------------	------------	------------------------	------------------------

23. De geestelijk verzorger u ruimte geeft om mee te denken over wat het beste is voor u?

Geef een korte toelichting

Totaaloordeel

24. Welk cijfer geeft u de geestelijk verzorger?

Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte geestelijk verzorger
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekende geestelijk verzorger

25. Zou u deze geestelijk verzorger bij uw vrienden en familie aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

26. Wat zou uw geestelijk verzorger anders of beter kunnen doen?

27. Wat vond u goed aan begeleiding door uw geestelijk verzorger?

Over uzelf

28. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid omschrijven?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

29. Wat is uw leeftijd?

_____ jaar

30. Heeft u een bepaalde levensovertuiging?

- Protestants en praktiserend
- Protestants, maar niet praktiserend
- RK en praktiserend
- RK, maar niet praktiserend
- Moslim en praktiserend
- Moslim, maar niet praktiserend
- Humanistisch
- Geen levensovertuiging
- Overig, namelijk _____

31. Hoe belangrijk vindt u het dat de geestelijk verzorger dezelfde levensovertuiging heeft als u?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Erg belangrijk

Hartelijk bedankt voor het invullen!

U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen met de bijgevoegde envelop.

Bijlage D. Ontwikkeling van het coderingschema van de praktijkbeschrijvingen

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
# NODIG	# NODIG	# NODIG	# GESPREKKEN
# nodig >5	# nodig >5	# nodig >5	# gesprekken nodig
# nodig: 3-5	# nodig: 3-5	# nodig: 3-5	
# PER WEEK	# PER WEEK	# PER WEEK	# gesprekken pw
# per week: <5	# per week: <5	# per week: <5	
# per week: >5	# per week: >5	# per week: >5	
# UUR P.W.	# UUR P.W.	# UUR P.W.	# uur pw
# uur p.w.: <8	# uur p.w.: <8	# uur p.w.: <8	
# uur p.w.: >20	# uur p.w.: >20	# uur p.w.: >20	
# uur p.w.: 8-20	# uur p.w.: 8-20	# uur p.w.: 8-20	
# VERGOED	# VERGOED	# VERGOED	# gesprekken vergoed
# vergoed: <3			
# vergoed: >5	# vergoed: >5	# vergoed: >5	
# vergoed: 3-5	# vergoed: 3-5	# vergoed: 3-5	
# vergoed: verlenging 3-5 mogelijk	# vergoed: verlenging 3-5 mogelijk	# vergoed: verlenging 3-5 mogelijk	

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
<p>ACQUISITIE</p> <p>acquisitie: geen response</p> <p>acquisitie: koud</p> <p>acquisitie: passief</p> <p>acquisitie: warm</p>	<p>ACQUISITIE</p> <p>acquisitie: geen response</p> <p>acquisitie: koud</p> <p>acquisitie: passief</p> <p>acquisitie: warm</p>	<p>ACQUISITIE</p> <p>acquisitie: geen response</p> <p>acquisitie: koud</p> <p>acquisitie: passief</p> <p>acquisitie: warm</p>	<p>PR_geen vraag naar</p> <p>PR_proactief mensen benaderen</p> <p>PR_bezinningsavonden</p> <p>zichtbaarheid; PR_geen actieve werving; dienstverband_geen</p> <p>sterke ZZP profilering</p> <p>bereikbaarheid_door aanwezigheid kenbaar te maken; doorverwijzen naar bekende gv-er fijn voor thuiszorgmedewerkers;</p> <p>PR_bestaande netwerken</p> <p>belangrijk; PR_proactief mensen benaderen</p>
<p>ANTWOORDTERMIJN</p> <p>antwoordtermijn: <24u</p> <p>antwoordtermijn: <48u</p> <p>antwoordtermijn: >48u</p>	<p>ANTWOORDTERMIJN</p> <p>antwoordtermijn: <24u</p> <p>antwoordtermijn: <48u</p> <p>antwoordtermijn: >48u</p>	<p>ANTWOORDTERMIJN</p> <p>antwoordtermijn: <24u</p> <p>antwoordtermijn: <48u</p> <p>antwoordtermijn: >48u</p>	<p>bereikbaarheid_antwoordtermijn</p>

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
			bereikbaarheid_fysiek bereikbaarheid_kleiner werkgebied bereikbaarheid_praktijk aan huis bereikbaarheid_toegankelijkheid praktijk
BELANG EIGEN MAKEN	BELANG EIGEN MAKEN		
CONTACT	CONTACT	CONTACT	
contact: email centraal	contact: email centraal	contact: email centraal	bereikbaarheid_per mail
contact: email eigen	contact: email eigen	contact: email eigen	
contact: telefoon centraal	contact: telefoon centraal	contact: telefoon centraal	bereikbaarheid_gv-ers
contact: telefoon eigen	contact: telefoon eigen	contact: telefoon eigen	telefoondienst cvl; bereikbaarheid_telefonisch; bereikbaarheid_vrijwilligers telefoondienst cvl
contact: WhatsApp	contact: WhatsApp	contact: WhatsApp	bereikbaarheid_app-contact
DIENSTEN	DIENSTEN	DIENSTEN	
diensten: advisering	diensten: advisering	diensten: advisering	PR_folder meer diensten werkwijze_consultatie; werkwijze_moreel beraad
diensten: groepsbegeleiding	diensten: groepsbegeleiding	diensten: groepsbegeleiding	werkwijze_groepsbegeleiding; werkwijze_themabijeenkomsten

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
diensten: huisbezoek	diensten: huisbezoek	diensten: huisbezoek	werkwijze_huisbezoek
diensten: individuele begeleiding	diensten: individuele begeleiding	diensten: individuele begeleiding	werkwijze_individuele begeleiding
diensten: onderwijs	diensten: onderwijs	diensten: onderwijs	Onderwijs; onderwijs als ZZP; onderwijs bij NIK; onderwijs in basismodule PZ; onderwijs sociaal domein; onderwijs via consultatieteam; onderwijs via CvL; onderwijs via PaTz groep; onderwijs via Rino groep; onderwijs via VPTZ; onderwijs via Windesheim; onderwijs voor NPZ; onderwijsontwikkeling
diensten: telefonische begeleiding	diensten: telefonische begeleiding	diensten: telefonische begeleiding	werkwijze_telefonische begeleiding
diensten: uitvaartbegeleiding	diensten: uitvaartbegeleiding	diensten: uitvaartbegeleiding	werkwijze_uitvaarten
diensten: voorlichting anders	diensten: voorlichting anders	diensten: voorlichting	PR_onbekendheid met beroep; PR_presentatie conferenties;
diensten: voorlichting GV	diensten: voorlichting GV		werkwijze_themabijeenkomsten PR_voorlichting over gv

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
DIENSTVERBAND	DIENSTVERBAND	DIENSTVERBAND	DIENSTVERBAND
dienstverband: loondienst stichting dienstverband: zelfst bij CvL/stichting	dienstverband: loondienst stichting dienstverband: zelfst bij CvL/stichting	dienstverband: loondienst stichting dienstverband: zelfst bij CvL/stichting	dienstverband_bestuursfunctie CvL dienstverband_in dienst stichting dienstverband_zzp bij CvL
dienstverband: zelfst+intra dienstverband: zelfst+intra+extra dienstverband: zelfstandig	dienstverband: zelfst+intra dienstverband: zelfst+intra+extra dienstverband: zelfstandig	dienstverband: zelfst+intra dienstverband: zelfst+intra+extra dienstverband: zelfstandig	dienstverband_ook intramuraal; samenwerking_via zorgorganisatie dienstverband_alleen zzp
DOORVERWIJZEN	DOORVERWIJZEN	DOORVERWIJZEN	DOORVERWIJZEN
doorverwijzen: extra gesprekken doorverwijzen: specialisatie doorverwijzen: werkdruk	doorverwijzen: extra gesprekken doorverwijzen: specialisatie doorverwijzen: werkdruk	doorverwijzen: extra gesprekken doorverwijzen: specialisatie doorverwijzen: werkdruk	doorverwijzen_collega's CvL; doorverwijzen_naar andere hulpverleners; doorverwijzing_bij andersoortige problematiek; doorverwijzing_GGD; doorverwijzing_naar gv-ers; doorverwijzing_voor verlenging begeleiding

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
FINAN.BRON finan.bron: fondsen finan.bron: giften/donaties finan.bron: overheid	FINAN.BRON finan.bron: fondsen finan.bron: giften/donaties finan.bron: overheid	FINAN.BRON finan.bron: fondsen finan.bron: overheid	FINANCIERING financiering_subsidie fondsen financiering_schenken financiering_gemeente; financiering_subsidie samenwerking 1ste-0delijn; financiering_VWS subsidie; samenwerking_gemeente
finan.bron: overig	finan.bron: overig	finan.bron: overig	financiering_betaling (zorg)organisatie; financiering_contract zorgorganisatie pilot
finan.bron: particulier	finan.bron: particulier	finan.bron: particulier	financiering_cadeauvoucher; financiering_particuliere betaling
finan.bron: zorgverzekeraar	finan.bron: zorgverzekeraar	finan.bron: zorgverzekeraar	financiering_ als poh-ggz; financiering_zorgkantoor; financiering_zogverzekering
FINAN.DUUR finan.duur: structureel finan.duur: tijdelijk	FINAN.DUUR finan.duur: structureel finan.duur: tijdelijk	FINAN.DUUR finan.duur: structureel finan.duur: tijdelijk	financiering_onzeker

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
FINAN.SUCCES finan.succes: draagkrachtig	FINAN.SUCCES finan.succes: draagkrachtig	FINAN.SUCCES finan.succes: draagkrachtig	financiering_afhankelijk van inkomsten; financiering_bij overlijden cliënt actiever werven; financiering_intramuraal zekerheid; financiering_voldoende inkomen
finan.succes: onduidelijke declaratiestructuur	finan.succes: onduidelijke declaratiestructuur	finan.succes: onduidelijke declaratiestructuur	financiering_begeleiding buiten eigen regio; financiering_verschillende betalingsstructuren; financiering_geen declaratiestructuur; financiering_landelijke afspraken; financiering_betaling stroperig; financiering_contracten traag tot stand; verwijzen buiten eigen regio
finan.succes: schroom betaling	finan.succes: schroom betaling	finan.succes: schroom betaling	financiering_betaling als drempel; financiering_client niet de dupe; financiering_spanning betaald werk

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
finan.succes: uitbesteding fondsenwerving	finan.succes: uitbesteding fondsenwerving	finan.succes: uitbesteding fondsenwerving	financiering_fondsenwerving
HOUDING	HOUDING	HOUDING	HOUDING GV-ER Houding_afronding initief cliënt houding_afstandelijk houding_chaotisch houding_graag winnen houding_spreekt in mogelijkheden houding_afwisseling/uitdaging houding_proactief; houding_beschikbaar; houding_laagdrempelig; werkwijze_aanpassen aan gesprekspartner
houding: afwisseling houding: dienend verwijzers	houding: afwisseling houding: dienend verwijzers	houding: afwisseling houding: dienend	

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
houding: gastvrijheid cliënt	houding: gastvrijheid cliënt	houding: gastvrijheid	houding_aandachtig; houding_beschikbaar; houding_gevoelig; houding_gewoon; houding_goede, warme plek; houding_humor; houding_klik en vertrouwen; houding_doelgerichtheid sluit mensen buiten; werkwijze_aansluiten bij achtergrond cliënt
houding: laagdrempelig	houding: laagdrempelig	houding: laagdrempelig	doorverwijzen naar bekende gv-er fijn voor thuiszorgmedewerkers; houding_laagdrempelig
houding: netwerken	houding: netwerken	houding: netwerken	houding_gericht op netwerken
houding: onzeker	houding: onzeker	houding: onzeker	houding_proactief
houding: passie	houding: passie	houding: passie zelfstandige praktijk	houding_creatief; houding_feeling met eerstelijns werk
houding: passief			houding_proactief

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
houding: proactief	houding: proactief	houding: proactief	houding_proactief; houding_doorzettingsvermogen; kwaliteitsborging_ervaringsleren; werkwijze_regelmatig administratie
houding: reflexief	houding: reflexief	houding: reflexief	houding_analytisch; houding_reflexief; kwaliteitsborging_bij-/nascholing;
houding: teamvorming gv-ers houding: vertrouwelijkheid	houding: teamvorming gv-ers houding: vertrouwelijkheid	houding: teamvorming gv-ers houding: vertrouwelijkheid	samenwerking_team gv-ers houding_klik en vertrouwen; houding_goede, warme plek
houding: zakelijkheid	houding: zakelijkheid	houding: zakelijkheid	financiering_bang opdrachten te verliezen; houding_zakelijkheid; werkwijze_to-the-point
HULP	HULP	HULP	HULPBRONNEN
hulp: administratie uitbesteed	hulp: administratie uitbesteed	hulp: administratie uitbesteed	financiering_tussenpartij geldbeheer; hulp bij administratie
hulp: advies bekenden	hulp: advies bekenden	hulp: advies bekenden	hulp eigen netwerk; hulp_advies van andere gv-ers; hulp_advies van collega's; hulp van begeleiders; hulp_het wiel uitvinden

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
hulp: facilitatie door (netwerk)organisatie	hulp: facilitatie door (netwerk)organisatie	hulp: facilitatie door (netwerk)organisatie	hulp netwerkorganisatie; hulp_advies van VGVZ; hulp_adviesbureau; hulp_het wiel uitvinden
KWALITEITSBORGING	KWALITEITSBORGING	KWALITEITSBORGING	KWALITEITSBORGING kwaliteitsborging_leren interculturele communicatie kwaliteitsborging_scholing kindzorg profilering_competenties gv thuis onderwijs_didactische training kwaliteitsborging_lidmaatschap beroepsvereniging kwaliteitsborging_eindevaluatie; PR_feedback vragen kwaliteitsborging_intervisie kwaliteitsborging_scholing ondernemerschap; kwaliteitsborging_training PR kwaliteitsborging_kwaliteitsregister; kwaliteitsborging_bij-/nascholing
kwaliteitsborging: beroepsvereniging kwaliteitsborging: evaluaties	kwaliteitsborging: beroepsvereniging kwaliteitsborging: evaluaties	kwaliteitsborging: beroepsvereniging kwaliteitsborging: evaluaties	
kwaliteitsborging: intervisie kwaliteitsborging: scholing ondernemerschap	kwaliteitsborging: intervisie kwaliteitsborging: scholing ondernemerschap	kwaliteitsborging: intervisie kwaliteitsborging: scholing ondernemerschap	
kwaliteitsborging: SKGV	kwaliteitsborging: SKGV	kwaliteitsborging: SKGV	

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
kwaliteitsborging: supervisie	kwaliteitsborging: supervisie	kwaliteitsborging: supervisie	kwaliteitsborging_supervisie
		MARKETING	PR_evenementenpagina krant; PR_flyers; PR_posters
ONDERNEMINGSPLAN	ONDERNEMINGSPLAN	ONDERNEMINGSPLAN	financiering_ondernemingsplan
PR	PR	PR	PR PR_aandacht zingeving/spiritualiteit PR_bordje voordeur PR_folder met info uit VGVZ PR_geen tarieven op website PR_kleurrijk PR_maatschappelijke aandacht zingeving en ethiek PR_slogan
PR: ambassadeurs	PR: ambassadeurs	PR: ambassadeurs	PR_ambassadeurs; PR_mond-tot-mond reclame
PR: contact verwijzer over cliënt	PR: contact verwijzer over cliënt	PR: apps PR: contact verwijzer over cliënt	samenwerking_direct contact huisarts; samenwerking_terugkoppeling naar verwijzer

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
PR: folder cliënten	PR: folder cliënten	PR: folder cliënten	PR_folder cliënten; PR_folder CvL;
PR: folder zorgverleners	PR: folder zorgverleners	PR: folder zorgverleners	PR_folder gv-thuis zorginstelling
PR: informeel contact	PR: informeel contact	PR: informeel contact	PR_folder aan zorgverleners; PR_folder huisartsen PR_proactief mensen benaderen;
PR: inhoud beeldmateriaal	PR: inhoud beeldmateriaal	PR: inhoud beeldmateriaal	PR_profielen gv-ers cvl; samenwerking_beweging naar zorgverlener toe
PR: inhoud ervaringsverhalen	PR: inhoud ervaringsverhalen	PR: inhoud ervaringsverhalen	PR_ondersteuned beeld folder & website
PR: interviews	PR: interviews	PR: interviews	PR_gebruik ervaringsverhalen
PR: media derden	PR: media derden	PR: media derden	PR_flexibel tarief vermeld in folder PR_interviews
PR: media sociaal	PR: media sociaal	PR: media sociaal	bereikbaarheid_VGVZ kaart; PR_website werkgever; PR_websites derden
			PR_columns; PR_facebook; PR_twitter; PR_youtube

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
PR: media zelfgeschreven	PR: media zelfgeschreven	PR: media geschreven	PR_advertorial CvL; PR_columns; PR_eigen boek; PR_inspiratiemails; PR_nieuwsbrief; PR_persberichten; PR_zelf artikelen geschreven
PR: multidisciplinair overleg	PR: multidisciplinair overleg	PR: multidisciplinair overleg	samenwerking_interdisciplinaire overleggen; samenwerking_levensbeschouwelijk netwerk; samenwerking_NPZ; samenwerking_overleg met andere zorgverleners; samenwerking_professionele netwerken
PR: toon aansluiting	PR: toon aansluiting	PR: toon aansluiting huisarts	PR_gebruik wetenschappelijk onderzoek; samenwerking_aansluiten denkstructuur huisartsen
PR: toon informeren	PR: toon informeren	PR: toon informeren	PR_informeren
PR: toon medemenselijk	PR: toon medemenselijk	PR: toon medemenselijk	PR_medemenselijke toon
PR: toon wervend	PR: toon wervend	PR: toon wervend	PR_wervend
PR: toon zakelijk	PR: toon zakelijk	PR: toon zakelijk	PR_zakelijke toon website
PR: visitekaartje	PR: visitekaartje	PR: visitekaartje	PR_visitekaartje
PR: website CvL	PR: website CvL	PR: website CvL	PR_website CvL

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
PR: website eigen	PR: website eigen	PR: website eigen	PR_eigen website
PROFILERING	PROFILERING	PROFILERING	PROFILERING samenwerking_betrouwbaarheid door alliantie grote organisatie; samenwerking_Deel groter geheel prettig
profilering: andere zorg disciplines	profilering: andere zorg disciplines	profilering: andere zorg disciplines	profilering_andere professionals geen huisbezoek; profilering_expertise; profilering_geen deadline of behandeldoelen; profilering_gv als basiszorg; profilering_verwarring met
profilering: intramurale gv	profilering: intramurale gv	profilering: intramurale gv	profilering_elke gv-er cvl eigen specialisatie
profilering: religieuze disciplines	profilering: religieuze disciplines	profilering: religieuze disciplines	doorverwijzen_niet naar kerk; Profilering_compensatie bereik kerk; profilering_concurrentie met kerk; profilering_verwarring met

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
SPECIALISATIE	SPECIALISATIE	SPECIALISATIE	DOELGROEP doelgroep_geen psychiatrie doelgroep_geen criteria doelgroep_revalidatie doelgroep_cliënten minder mobiel
specialisatie: denominatie	specialisatie: denominatie	specialisatie: denominatie	doelgroep_Christelijk; doelgroep_humanistisch; doelgroep_moslim
specialisatie: gezonde volwassenen	specialisatie: gezonde volwassenen	specialisatie: gezonde volwassenen	doelgroep_gezonde mensen; doelgroep_begeleiding ernstige ziekte; doelgroep_begeleiding naasten
specialisatie: kpz specialisatie: ouderen	specialisatie: kpz specialisatie: ouderen	specialisatie: kpz specialisatie: ouderen	doelgroep kinder palliatieve zorg doelgroep_dementie; doelgroep_begeleiding naasten; doelgroep_levenseinde; doelgroep_rouwenden
specialisatie: psychiatrie	specialisatie: psychiatrie	specialisatie: psychiatrie	doelgroep_licht verstandelijke beperking
specialisatie: sociaal domein	specialisatie: sociaal domein	specialisatie: sociaal domein	doelgroep_begeleiding in sociaal domein

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
specialisatie: vpz	specialisatie: vpz	specialisatie: vpz	doelgroep_50+ of palliatief; doelgroep_begeleiding ernstige ziekte; doelgroep_begeleiding naasten; doelgroep_levenseinde; werkwijze_stervensbegeleiding
specialisatie: zorgverleners/vrijwilligers	specialisatie: zorgverleners/vrijwilligers	specialisatie: zorgverleners/vrijwilligers	doelgroep_begeleiding zorgverleners/vrijwilligers; samenwerking_VPTZ; werkwijze_supervisie aan zorgverleners/vrijwilligers
SPREIDING spreiding: <2 weken spreiding: >3 weken	SPREIDING spreiding: <2 weken spreiding: >3 weken	SPREIDING spreiding: <2 weken spreiding: >3 weken	werkwijze_kortdurende contacten werkwijze_kortdurende contacten
UURTARIEF uurtarief: <€75 uurtarief: >€75 uurtarief: flexibel uurtarief: onbezoldigd	UURTARIEF uurtarief: <€75 uurtarief: >€75 uurtarief: flexibel uurtarief: onbezoldigd	UURTARIEF uurtarief: <€75 uurtarief: >€75 uurtarief: flexibel uurtarief: onbezoldigd	financiering_uurtarief financiering_in natura; financiering_onbezoldigd werk

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
VERWIJZING	VERWIJZING	VERWIJZING	VERWIJZING verwijzing_beslisboom verwijzing_geen structuur verwijzing_vrijwilligers behoefte lijst
verwijzing: direct naar gv-er	verwijzing: direct naar gv-er	verwijzing: direct naar gv-er	verwijzers_voorkeuren voor gv-er; verwijzing rechtstreeks naar gv-er; verwijzing via humanistisch verbond; verwijzing via kerkdiensten zorginstelling; verwijzing via onderwijs; verwijzing via PaTz team; verwijzing_klantenkring; verwijzing_mondeling; verwijzing via parochiële contacten
verwijzing: door anders	verwijzing: door anders	verwijzing: door anders	verwijzing door ambulante begeleider; verwijzing door familieleden; verwijzing door hospice; verwijzing door netwerk kinder palliatieve zorg; verwijzing door patiëntenvereniging

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
verwijzing: door huisarts verwijzing: door intramurale organisatie	verwijzing: door huisarts verwijzing: door intramurale organisatie	verwijzing: door huisarts verwijzing: door intramurale organisatie	verwijzing door huisarts samenwerking ziekenhuis-1stelijn; verwijzing door landelijke organisatie; verwijzing uit vorige werkgevers; verwijzing vanuit zorginstelling
verwijzing: door thuiszorg	verwijzing: door thuiszorg	verwijzing: door thuiszorg	verwijzing door thuiszorgmedewerkers; verwijzing door verpleegkundige
verwijzing: door welzijnsmedewerkers	verwijzing: door welzijnsmedewerkers	verwijzing: door welzijnsmedewerkers	verwijzing door persoonlijk begeleider; verwijzing door welzijnsorganisatie; verwijzing door welzijnswerker
verwijzing: geen verwijzing: via CvL	verwijzing: geen verwijzing: via CvL	verwijzing: geen verwijzing: via CvL	verwijzing_eigen initiatief verwijzing via CvL
		WACHTTIJD wachtijd: <3wkn wachtijd: >3wkn	bereikbaarheid_wachtijd
WERKERVARING	WERKERVARING	WERKERVARING	WERKERVARING

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
WERKTIJDEN werktijden: kantooruren werktijden: niet vast werktijden: weekdays	WERKTIJDEN werktijden: kantooruren werktijden: niet vast werktijden: weekdays	WERKTIJDEN werktijden: kantooruren werktijden: niet vast werktijden: weekdays	<p>bereikbaarheid_werktijden; bereikbaarheid_flexibiliteit; bereikbaarheid_grenzen stellen; dienstverband_verhouding extramuraal en intramuraal</p> <hr/> <p>HULPVRAAG hulpvraag_afstand nemen van huis hulpvraag_ander perspectief op dingen hulpvraag_angst hulpvraag_beter in hun vel hulpvraag_bijna zelfstandig verder hulpvraag_draaglijkheid ziekte hulpvraag_eenzaamheid hulpvraag_ervaren & omgaan met leven hulpvraag_ethische consultatie hulpvraag_geen relatieproblematiek hulpvraag_geheim</p>

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
			<ul style="list-style-type: none"> hulpvraag_gezinssystemen helen, bijhouden, afscheid nemen hulpvraag_herstellen contact kerk hulpvraag_homoseksualiteit hulpvraag_levensbeschouwelijk verband hulpvraag_levenseinde hulpvraag_long term survivorship hulpvraag_luisteren hulpvraag_maakbaarheid hulpvraag_op de been houden hulpvraag_oriëntatie over stappen in leven hulpvraag_overbruggingstijd hulpvraag_schuld/schaamte hulpvraag_structuur missen hulpvraag_trots zijn op zichzelf hulpvraag_verbinding hulpvraag_verliesverwerking hulpvraag_vertrouwensbreuk

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	goedlopende praktijken batch 1 open
			<p>SUCCESVOL WANT</p> <p>succesvol want fijn en extra</p> <p>succesvol want gevoel dat iets toevoegt</p> <p>succesvol want maakt verschil</p> <p>succesvol want tevreden cliënten</p> <p>succesvol want voldoening</p> <p>succesvol want werk bevredigend</p> <p>succesvol want_evaluatie</p>
			<p>WERKWIJZE</p> <p>werkwijze_ met verhalen</p> <p>werkwijze_aandacht contex en beleving</p> <p>werkwijze_aftasten wat dwars zit</p> <p>werkwijze_beeldtaal</p> <p>werkwijze_confrontatie</p> <p>werkwijze_contact maken</p> <p>werkwijze_counselling</p> <p>werkwijze_creatieve werkvormen</p> <p>werkwijze_denken en voelen</p> <p>verbinden</p>

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
			werkwijze_diamantmodel werkwijze_eetgroep werkwijze_Erhard Weiher werkwijze_ervaringsgericht leren werkwijze_geweldloze communicatie werkwijze_lichaamsgerichte benaderingen werkwijze_maatjesproject werkwijze_methodisch werken werkwijze_midzomernachtwandelin g hoogtepunt werkwijze_ontmoetingsplek werkwijze_presentietheorie werkwijze_psychodrama werkwijze_richtlijn palliatieve zorg werkwijze_rituele begeleiding werkwijze_schrijven werkwijze_spelenderwijs zoeken werkwijze_vraaggericht werken werkwijze_workshop compassie

Minder goedlopende praktijken	Goedlopende praktijken batch 2	Goedlopende praktijken batch 1 axiaal	Goedlopende praktijken batch 1 open
			werkwijze_zingen werkwijze_organisatie symposia CvL

Bijlage E. Praktijkvoorbeelden

Werkboek geestelijke verzorging *in de thuisituatie* *praktijk* *voorbeelden*

- 1. Achtergrond**
- 2. Financiering**
- 3. Acquisitie**
- 4. PR en profilering**
- 5. Samenwerking**
- 6. Houding en professionalisering**



Achtergrond



Samuel
Stichting in het sociaal domein

Samuel is aangesloten bij een stichting voor de ondersteuning van mensen die leven in armoede, met schulden, of met HIV/Aids. Vaak hebben deze mensen ook psychiatrische problematiek en/of zijn ze afkomstig uit een niet-westers land.

In de stichting werken verschillende disciplines samen. Samuel geeft vooral groepsbegeleiding. Daarnaast geeft hij ook scholing aan wijkteams in het signaleren en begeleiden van zingevingsvragen, en biedt hij individuele begeleiding.



Meryem
Centrum voor Levensvragen in zorg en welzijn

Meryem is aangesloten bij een Centrum voor Levensvragen (CvL). De begeleiding vanuit het centrum richt zich vooral op individuele en groepsbegeleiding, training van gespecialiseerde vrijwilligers en coaching *on the job* voor wijkteams.

Elke aangesloten geestelijk verzorger heeft zich gespecialiseerd in andere doelgroepen, waardoor het CvL een breed bereik heeft.



Marco
Transmurale levenseindezorg

Marco werkt als geestelijk verzorger bij een grote ouderenzorgorganisatie. Deze zorgorganisatie bestaat uit verschillende verpleeghuizen, een thuiszorgtak en een hospice.

Hij begeleidt oude ouderen die een verbinding hebben met zijn zorgorganisatie, hetzij via een intramuraal wonende partner, hetzij via de thuiszorg of het hospice. Daarnaast geeft hij scholing aan thuiszorgmedewerkers en huisartsen, begeleidt hij uitvaarten en neemt hij deel aan transmurale multidisciplinaire overleggen.

Deze werkzaamheden geeft hij vorm vanuit zijn aanstelling bij de zorggroep, aangezien zijn extramurale diensten daar altijd mee samenhangen.



Dorien
ZZP-er in de psychosociale zorg

Dorien heeft een eigen praktijk Geestelijke Verzorging. Ze richt zich hoofdzakelijk op mensen met een burn-out of die vastlopen in hun loopbaan, mensen met relatieproblemen, familieconflicten, of rouw- en verliesproblematiek.

Ze biedt individuele gesprekken, maar ook meditatie- en mindfulness training. Ze is ook aangesloten bij een Centrum voor Levensvragen, waar ze vooral optreedt als vraagbaak en consultant voor haar collega geestelijk verzorgers.

Daarnaast verzorgt ze trainingen voor zorg- en welzijnsmedewerkers. Dorien is ook gastvoorganger bij een gemeente.



Robin
Transmurale ziekenhuiszorg

Robin werkt in een academisch ziekenhuis in een middelgrote stad. Hen* begeleidt mensen ook na ontslag uit het ziekenhuis. Daarvoor heeft hen afspraken gemaakt met het ziekenhuis en met een hospice waar veel van de patiënten geplaatst worden.

Robin heeft ook verschillende keren een scholing verzorgd voor vrijwilligers om deze te scherpen in communicatievaardigheden en het signaleren van zingevingsvragen.

* Dit is geen typfout, maar een non-binair voornaamwoord

Financiering



Samuel en de stichting waar hij aan verbonden is hebben te maken met verschillende financiers

voor de vergoeding van hun begeleiding, omdat de meeste financieringsregelingen voor ondersteuning in het sociaal domein ingesteld zijn op specifieke doelgroepen. Sommige cliënten krijgen vergoeding via de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), via de gemeente of het zorgkantoor.

Geestelijke verzorging werd niet altijd vergoed onder deze regelingen. Daarom bezochten de geestelijk verzorgers uit de stichting de gemeente en het zorgkantoor. Hierdoor kregen ze meer inzicht in deze regelingen en hebben ze de medewerkers bekend kunnen maken met geestelijke verzorging.

Door deze gesprekken leerden de geestelijk verzorgers dat er bij deze instanties een voorkeur lijkt te zijn voor groepsbegeleiding. De hulpverleners met wie Samuel samenwerkte traden op als pleitbezorgers voor vergoeding van geestelijke verzorging voor hun cliënten in de Jeugdwet of de Wmo.



Doordat het CvL van **Meryem** een divers aanbod heeft, zijn er ook diverse financieringsbronnen. Een deel komt binnen via de deelnemers aan gespreksgroepen, waar een eigen bijdrage voor wordt gevraagd. Uit de gespreksgroepen komen ook veel individuele begeleidingstrajecten voort. De individuele begeleiding wordt grotendeels vergoed via de VWS-subsidie. Voor groeps gesprekken en individuele gesprekken met studenten heeft het CvL een financiële regeling getroffen met de plaatselijke universiteit en hogeschool.

Een van de geestelijk verzorgers is gespecialiseerd in fondsenwerving en regelt subsidiëring bij gemeentelijke en religieuze fondsen en organisaties zodat de prijs voor iedereen behapbaar blijft. De eerste jaren van de CvL deed een van de geestelijk verzorgers de boekhouding, inmiddels hebben ze dat overgedragen aan een boekhoudbureau. Dat kost weliswaar geld, maar ze krijgen er meer plezier, tijd en overzicht voor terug.



Als mensen verbonden zijn aan de zorggroep via de thuiszorg of het hospice legt **Marco** de bezoeken aan mensen thuis af binnen zijn contracturen. Deze worden dus door de zorgorganisatie betaald. Daarnaast heeft hij voor zijn extramurale werk een financieringsregeling getroffen met de ouderenzorgorganisatie. Wanneer hij bijvoorbeeld een uitvaart begeleidt, stuurt zijn werkgever de cliënt een factuur en rekent Marco extra uren boven op zijn contract. Per uitvaart rekent hij €500,-.

Tegenwoordig worden scholingen, deelname aan transmurale multidisciplinaire overleggen en het grootste deel van de begeleiding vergoed via de VWS-subsidie. Daarvoor werden de scholingen voor huisartsen over spiritualiteit en zingeving in de palliatieve zorg bekostigd door het Zorgkantoor. Voor scholing van thuiszorgmedewerkers werd aangesloten bij specifieke projecten van het Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ). De multidisciplinaire overleggen deed Marco in eerste instantie nog onbezoldigd. De verwijzingen die hieruit voortkwamen werden via het NPZ vergoed.



Dorien is lid van de NVPA waardoor veel individuele begeleidingscontacten

(gedeeltelijk) via de zorgverzekering vergoed worden. Als de verzekering de zorg niet dekt, vraagt Dorien mensen particulier te betalen voor de begeleiding. Aan studenten vraagt ze een gereduceerd tarief van €45. Het gebruikelijke tarief is €79,29 (tarief 2022, excl. BTW) en het intakegesprek is gratis. Met een grote huisartsenpraktijk heeft ze geregeld dat een deel van haar zorg vergoed wordt als POH-GGZ. Dan krijgt ze wettelijk slechts €21,19 per uur vergoed (tarief 2022, Nederlandse Zorgautoriteit). Dorien en de huisarts twijfelden over wat dat zou betekenen voor haar reputatie, maar ze zijn beide tevreden dat het laagdrempelig geestelijke verzorging mogelijk maakt.

De zelfstandige praktijk van Dorien valt sinds kort niet meer onder de Kleine Ondernemersregeling (KOR). Door deze regeling betaalde ze de eerste jaren geen btw-heffing. Haar gecertificeerde accountant adviseerde haar over aftrekposten, investeringen, en het afsluiten van een zakelijke verzekering. Nu zijn bijvoorbeeld ook haar autoritten gedekt wanneer ze van een cliënt naar huis rijdt.



Robin spreekt de patiënten die een connectie hebben met het ziekenhuis in intramurale tijd. Deze gesprekken worden dus betaald door het ziekenhuis en vinden meestal ook in het ziekenhuis plaats. Dan zit er geen limiet op het aantal gesprekken. Hen voert ook regelmatig telefonische gesprekken met patiënten of stuurt ze een tekstberichtje om de vinger aan de pols te houden en de periode tussen opnames te overbruggen. Dit brengt Robin niet in rekening.

Wanneer hen mensen thuis bezoekt, voert hen maximaal drie gesprekken binnen intramurale tijd. De langer lopende contacten worden vaak particulier betalende cliënten. Deze gesprekken voert Robin dus buiten de intramurale tijd. Hen hanteert een tarief van €79,29 (tarief 2022, excl. BTW) per gesprek, maar houdt het flexibel indien iemand weinig inkomen heeft.

Robin bezoekt de mensen in het hospice tot ze sterven. Per keer bespreekt hen met het hospice de financiële mogelijkheden voor voortzetting van de begeleiding. Het hospice vergoedt altijd een deel van de begeleiding. Sinds de VWS-subsidie wordt deze geheel gedekt.

Acquisitie



Samuel en zijn collega's in de stichting hebben gaandeweg een sociale kaart opgesteld, om helder te krijgen welke partners belangrijk voor hen zijn om cliënten te bereiken en om naar door te verwijzen. Contact leggen met organisaties doet hij via de team- of wijkcoördinatoren of individuele teamleden, niet via besturen. Hij merkt dat de besturen te ver af staan van de praktijk, weinig responsief zijn op mails, of soms sceptisch zijn over geestelijke verzorging. De team- of wijkcoördinatoren worden dan ambassadeurs binnen de organisatie voor het aanbod geestelijke verzorging van de stichting. Om hun netwerk uit te breiden bezoeken Samuel en zijn collega's ook regelmatig netwerk-bijeenkomsten van de gemeente.

Samuel onderhoudt het contact met samenwerkingspartners door met enige regelmaat met hen te lunchen, langs te gaan op buurtteam-posten en op informele manier bij te praten. Hij woont sociaal cafés en lezingen bij en bezoekt inloophuizen. Via de sociaal cafés en inloophuizen, maakt Samuel zich rechtstreeks bij burgers bekend. Zo krijgt hij ook inzicht in de vragen die er leven. Als hij langsgaat bij een buurtteam-post, vraagt Samuel hoe het met de zorgverleners zelf gaat, hoe het met de cliënten gaat, of er nog bijzondere vragen zijn, en of hij nog ergens bij kan ondersteunen.



In het CvL van **Meryem** heeft iedere geestelijk verzorger eigen samenwerkingspartners passend bij hun doelgroep. Meryem heeft bijvoorbeeld goede contacten in het inloophuis voor mensen met kanker. Met name de maatschappelijk werker die daar actief is, is een belangrijke samenwerkingspartner. Samen organiseren ze gespreksgroepen. De inloophuizen wijzen hun bezoekers ook op het aanbod van het CvL. Deze samenwerking is ontstaan nadat Meryem er spontaan een keer is binnengelopen om met de coördinator koffie te drinken.

Voor haar doelgroep van mensen met een licht verstandelijke beperking heeft Meryem veel contact heeft met persoonlijk begeleiders. Het CvL werkt ook samen met cultuur- en natuurclubs en met verenigingen voor ouderen, patiënten, en mantelzorgers. Met de natuurclubs organiseren Meryem en haar collega ombeurten stiltewandelingen langs rustgevende, 'onontdekte' plekken in de stad.

Het CvL heeft nauwe banden met de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS), waardoor de leden gemakkelijk toegang hebben tot organisatieadvies en tot verschillende organisaties in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.



Marco en zijn transmurale werkende collega-geestelijk verzorgers krijgen veel aanvragen via huisartsen en thuiszorgmedewerkers die zij geschoold hebben in het signaleren van levensvragen. De intramurale collega's van Marco zijn ook belangrijk voor verwijzingen naar mensen die thuis wonen. Verpleeghuisartsen verwijzen partners van bewoners naar hem. Verpleegkundigen uit het hospice bellen regelmatig voor een consultaanvraag. Het MDO van het hospice zorgt voor wekelijkse verwijzingen.

Om zijn netwerk van aanvragers uit te breiden, heeft Marco de netwerkcoördinator en een kaderarts bij het NPZ gevraagd hem te introduceren bij hun samenwerkingspartners. Marco neemt al jaren deel aan het regionaal overleg van de NPZ, dus de netwerkcoördinator en kaderarts kennen hem goed. Marco heeft ook gesprekken gehad met Palliatief Thuiszorg Nederland, waar bekenden van hem werken, om te onderzoeken wat ze voor elkaar kunnen betekenen. Hieruit kwam een aantal aanvragen voort. Ook is Marco aangesloten bij de coalitie 'Van betekenis tot het einde', waar hij als gespreksbegeleider is opgeleid. Via deze route kan hij gespreksgroepen begeleiden over wensen rondom het levenseinde.



Dorien heeft in de loop der jaren een groot netwerk opgebouwd voor haar zelfstandige praktijk en maakt hier handig gebruik van. Zo ontmoette ze bij een buurtactiviteit een bevlogen welzijnswerker die spin in het web is in het koppelen van scholingsvraag en -aanbod. Ze onderhoudt nauw contact door regelmatig even te bellen over hoe het gaat. De contacten die ze via de scholing opbouwt zorgen voor verwijzingen voor individuele begeleidingstrajecten. Uit haar werk als gastvoorganger bij een gemeente komen ook nog wel eens aanvragen van jongvolwassenen. Daarnaast werkt ze samen met de plaatselijke yogaschool waar ze meditatie- en mindfulnesscursussen mag aanbieden.

Om collega's te ontmoeten en op de hoogte te blijven van wat er speelt gaat Dorien veelvuldig naar congressen en overleggen van organisaties waar ze contact mee heeft, zoals de Beweging voor Barmhartigheid, de PKN en het gemeentelijke rampenteam. Via symposia van de beroepsvereniging NVPA heeft ze warme banden opgebouwd met diverse paramedici. Ook dit levert haar verwijzingen op.



Voor **Robin** komen vrijwel alle extramurale begeleidingstrajecten voort uit contacten die in het ziekenhuis ontstaan. Soms biedt hen aan om iemand na ontslag te blijven volgen, maar vaak vragen patiënten zelf of naasten daarnaar. Ook komt het voor dat een intramurale collega van een andere discipline (zoals een arts, verpleegkundig-consulent op de polikliniek, psycholoog of transferverpleegkundige) hen erop wijst dat de patiënt gebaat is bij voortzetting van de gesprekken.

Met name transferverpleegkundigen zijn belangrijke verwijzers voor de extramurale contacten. Dat contact heeft een boost gekregen nadat Robin de artsen en verpleegkundigen geschoold heeft op het gebied van zingeving. Samen met de regievoerder van de patiënt (meestal de huisarts) wordt de mogelijkheid om de gesprekken thuis voort te zetten onderzocht, of er wordt doorverwezen naar een andere zorgverlener of collega geestelijk verzorger tot de volgende opname.

PR & Profilering



Samuel heeft in het sociaal domein gemerkt dat het belangrijk is te kunnen

formuleren of de diensten die de geestelijk verzorgers in hun stichting bieden vallen onder de sociale basis, basiszorg of specialistische, aanvullende zorg. Dit heeft namelijk invloed op de financieringsopties, wat voor aanvragers erg belangrijk is. Om dit helder te krijgen en zich te kunnen profileren in de taal van de samenwerkingspartners heeft Samuel zich met de stichting verdiept in de organisatiestructuren. Ze hebben uiteindelijk besloten zich te profileren als basiszorg; burgers kunnen laagdrempelig bij hen binnen stappen en ze zijn veel in de wijk te vinden.

In de communicatie over hun aanbod sluit de stichting aan bij speerpunten in het gemeentebeleid, zoals 'Eén tegen Eenzaamheid', en 'Positieve gezondheid'. Het adviesdocument *Starterspakket Geestelijke verzorging in de WMO* is ook een bron van inspiratie geweest in het vinden van aansluiting bij het gemeentelijk beleid. Samuel ondervindt dat de koppeling met lokale beleidslijnen het eenvoudiger maakt te duiden wat geestelijke verzorging te bieden heeft in aanvulling op buurtteams en de praktijkondersteuner huisarts (POH).



De geestelijk verzorgers van het CvL waar **Meryem** werkt hebben de wijken van hun

gemeente onderling verdeeld, zodat ze de sociale kaart en sleutelfiguren die affiniteit hebben met geestelijke verzorging goed leren kennen. Ze bezoeken de relevante organisaties en sleutelfiguren regelmatig voor een informeel gesprek. Elke geestelijk verzorger is aanspreekpunt voor één of meerdere wijken en onderhoudt specifieke contacten behorende bij hun specialisatie. Dit maakt het werk voor zowel de wijkorganisaties als de geestelijk verzorgers behapbaar en overzichtelijk. Zo krijgt geestelijke verzorging een gezicht in een grote stad.

Meryem en één van haar cliënten gaven een dubbelinterview voor het buurtkrantje. Er kwamen zoveel positieve reacties op dat alle geestelijk verzorgers van het CvL nu een dubbelinterview gaan geven met een cliënt of samenwerkingspartner in 'hun' wijkkrantje. Meryem kondigt de start van nieuwe gespreksgroepen en stiltewandelingen ook aan in wijkkrantjes en huis-aan-huisbladen.



Marco maakt zich vooral bekend door de scholingen rondom palliatieve zorg en

zingeving die hij houdt voor huisartsen en thuiszorgmedewerkers. Daarnaast fungeren de netwerkcoördinator en één van de kaderartsen in het NPZ als ambassadeurs richting zorgverleners en beleidsmakers. Ook de deelname aan een Patz-team en het multidisciplinaire overleg (MDO) in het hospice zijn manieren waarop hij zichzelf en zijn beroepsgroep bekend maakt.

Marco probeert de lokale en regionale samenwerking in de palliatieve zorg te stimuleren door casuïstiek van cliënten centraal te stellen en samen te bespreken. Hij verwijst veelvuldig naar de richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve zorg. Ook is hij op de hoogte van de kwaliteitskaders van disciplines waar hij mee samenwerkt om zijn werk daarmee te kunnen verbinden.

Vanuit het NPZ maakt hij onderdeel uit van de werkgroep die ieder jaar een lezing of activiteit organiseert op de internationale dag voor de palliatieve zorg. Hij schrijft wel eens een artikel voor het magazine 'Pal voor u'. Zijn doel is om op ontspannen en open wijze mensen uit te nodigen in gesprek te gaan over hun levenseinde en de behoeften daaromtrent.



Dorien maakt haar zelfstandige praktijk zichtbaar door veelvuldig naar congressen

en overleggen te gaan van organisaties waar ze bij aangesloten is. Zo is ze aangesloten bij de Beweging voor Barmhartigheid, de PKN, de NVPA en het gemeentelijke rampenteam.

Ze bezoekt regelmatig het lokale Socratisch café en geeft daar ook lezingen. Ook bij de Rotaryclub en Lion's club is ze een graag geziene spreker. Daarnaast is ze actief op sociale media, vooral op LinkedIn. Dit betekent dat ze regelmatig berichten deelt, liked en erop reageert. Ook plaatst ze veel materiaal op haar website en heeft ze een aantal podcastafleveringen gemaakt. De content die ze plaatst is vaak beeldend of interactief; het zijn filmpjes, posters, energizers, opdrachten of meditaties.

De meerwaarde van geestelijk verzorgers zit volgens Dorien in het aan kunnen boren van bronnen bij de ander en het werken met rituelen. Ze vraagt professionals vaak naar hun krachtbronnen en waarden: 'wat geeft jou als professional kracht om dit moeilijke deel van het werk te doen?' Het vragen naar de betekenis achter iemands handelen onderscheidt een geestelijk verzorger van een psycholoog, aldus Dorien.



Robin legt vooral contact met samenwerkingspartners door een persoonlijk gesprek.

De gesprekspartner kan op die manier proeven aan geestelijke verzorging en Robin kan zichzelf echt laten zien. Hen vindt het belangrijk deze contacten aan te gaan, mede om te voorkomen dat zorgverleners hem zien als concurrent. Hen manoeuvreert zich immers tevens in hun werkgebied.

Via het regionale Parkinsonnet en een lokale werkgroep van het IKNL blijft hen ook zichtbaar en kan hen regelmatig aandacht vragen voor (het omgaan met) langdurige rouw bij chronisch zieken en het belang van zingeving. Dit doet hen ook in scholingen.

Robin vindt het belangrijk dat geestelijk verzorgers samenwerken met andere disciplines op het vlak van zingeving en spiritualiteit. Je moet het als geestelijk verzorger niet alleen willen doen. Hen gebruikt dus vaak het ABC-model uit de richtlijn *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve zorg* in gesprekken met samenwerkingspartners.

Samenwerking



Het samenwerken in een stichting is belangrijk voor **Samuel**. Het biedt borging, je kunt van elkaar leren en je kunt taken verdelen. Als collectief maak je ook makkelijker een vuist dan als individu.

Om goed samen te werken zijn een continue afstemming en heldere afspraken wel noodzakelijk, ervaart Samuel. Samen moet je verkennen of de taakverdeling aansluit bij ieders capaciteiten, ervaring en kennis. Als Samuel langsgaat bij een buurtteam-post, vraagt hij dan ook altijd hoe het met de zorgverleners zelf gaat, hoe het met de cliënten gaat, of er nog bijzondere vragen zijn, en of hij nog ergens bij kan ondersteunen.



De geestelijk verzorgers binnen het CvL waar **Meryem** bij aangesloten is, onderscheiden zich doordat ze veel onderling contact hebben, tweewekelijks overleggen en gezamenlijk studiedagen volgen. Volgens Meryem is het behulpzaam geweest dat ze met een klein clubje zijn gestart die allemaal hetzelfde doel en ideaal voor ogen hadden.

Omdat de geestelijk verzorgers binnen het centrum intensief samenwerken is het cruciaal om elkaar te vertrouwen en geen onderlinge competitie aan te gaan. Ook daarom werkt de verdeling op basis van expertise en geografisch gebied waar ze voor gekozen hebben goed. Daarnaast volgen ze gezamenlijk intervisie, geleid door een bekwame supervisor. Dit draagt bij aan een veilige en vertrouwde sfeer in het centrum, omdat ze elkaar steeds beter leren kennen.



Nadat **Marco** vanuit de ouderenzorgorganisatie lid werd van een PaTz-team, is hij hetzelfde rapportagesysteem gaan gebruiken als de wijkverpleegkundigen. Zij kunnen nu gemakkelijker informatie over cliënten uitwisselen en verwijzingen aanvragen.

Via contact met een huisartsenpraktijk heeft hij kennigemaakt met een POH ouderenzorg. Met haar overlegt Marco wanneer zij beiden betrokken zijn bij een complexe casus of wanneer het onduidelijk is of een POH of geestelijk verzorger het meest passend is bij de hulpvraag. Marco heeft ook afspraken gemaakt met de stichting Vrijwilligers Palliatieve Thuiszorg (VPTZ) over doorverwijzing naar bezoekvrijwilligers. Hij is beschikbaar voor advisering van vrijwilligers en laat altijd aan de hoofdbehandelaar of regievoerder weten of en hoe lang een vrijwilliger betrokken is.



Dorien stuit als zelfstandig geestelijk verzorger regelmatig op weerstand bij nieuwe contacten met artsen, welzijns- of maatschappelijk werkers. Ze neemt dan altijd de tijd om te horen waar de weerstand vandaan komt. Daardoor heeft ze ontdekt dat deze zorgverleners hun cliënten willen beschermen voor nog meer 'bemoeienis'; er zijn vaak al zo veel hulpverleners bij een casus betrokken. Dorien besteedt nu bij nieuwe contacten veel aandacht aan het werk van de ander. Ze vraagt dan door op casussen waar de zorgverleners mee te maken hebben. Door Dorien's vragen krijgen zij andere inzichten over de cliënten en zien ze na verloop van tijd de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging.

Dorien zorgt dat ze goed bereikbaar is voor haar cliënten en samenwerkingspartners. Dat geeft vertrouwen. Wel maakt ze duidelijk dat ze in het weekend niet gebeld kan worden. Elk jaar stuurt ze een kerstkaartje om partners te bedanken voor de samenwerking.



Robin handelt veel in afstemming met de regievoerder van de patiënt. De regievoerder voor de chronisch zieke patiënt verandert continu, afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt, en dat maakt duidelijke afspraken en rechtstreekse communicatie met de verschillende betrokkenen essentieel. Samen bepalen ze in hoeverre er mogelijkheden zijn om de gesprekken thuis voort te zetten of dat er doorverwezen moet worden.

Voor doorverwijzing werkt Robin bijvoorbeeld veel samen met vrijwilligersorganisaties, zoals Humanitas en stichting Zonnebloem. Hen verwijst ook door naar collega geestelijk verzorgers die extramuraal werken, vaak via het lokale Centrum voor Levensvragen. Het online smoelenboek van aangesloten geestelijk verzorgers helpt hen en de patiënt om een passende geestelijk verzorger te kiezen. Robin probeert de warme overdracht nog altijd te waarborgen, omdat hen heeft gemerkt dat dit voor de patiënt prettiger is.

Houding en professionalisering



Wat **Samuel** drijft in zijn werk in het sociaal domein is dat er zoveel kwetsbare groepen zijn wiens lijden vaak onzichtbaar blijft, zelfs voor geestelijk verzorgers. De focus op mensen die leven in armoede, met schulden, of met HIV/Aids geeft Samuel helderheid en houvast. Het maakt ook dat hij gedegen achtergrondkennis en -vaardigheden kan ontwikkelen die het contact met de cliënten en samenwerkingspartners versterken, omdat er sneller sprake is van herkenning en vertrouwen.

Door regelmatig feedback te vragen over zijn scholing heeft Samuel geleerd dat accreditatie, een verplicht karakter, flexibiliteit van dag, tijd, begin- en eindpunt, beperktheid in voorbereiding en omvang van leerstof en financiering belangrijke randvoorwaarden zijn.



Meryem vindt het belangrijk om zich tijdens scholingen door het CvL vooral dienend op te stellen en te benadrukken wat zorgverleners zelf al doen op het gebied van zingeving. Ze gebruikt ook de oncologische richtlijnen van het IKNL om aan te sluiten op het beleid en taalveld van samenwerkingspartners.

Toen het CvL startte hebben ze de tijd genomen om hun doel en ideaal te vertalen naar een missie op papier. Jaarlijks stellen ze hun missie bij en evalueren ze welke stappen ze gezet hebben. Daarnaast volgen ze gezamenlijk intervisie, geleid door een bekwame supervisor. Verder is er in de organisatie ook een vertrouwenspersoon voor de geestelijk verzorgers. Meryem is vertrouwenspersoon voor de cliënten (bij klachten of geschillen). De geestelijk verzorgers hebben gezamenlijk een klachten-procedure opgesteld en onderkend. Dit geeft een belangrijke kwaliteitswaarborging, vindt Meryem.



Marco was vanuit zijn werk in de ouderen-organisatie gewend om mensen zonder bemiddeling te kunnen bezoeken. Wat hij in het begin wel spannend vond aan het extramurale werk was het intensievere contact met zorgverleners in de eerste lijn. Hij was gewend om bijna vanzelfsprekend betrokken te worden bij zorg. In de eerste lijn moest hij zijn aanwezigheid toch meer verantwoorden. Hij heeft zich daarom eerst verdiept in de organisatie van de (palliatieve) zorg in de eerste lijn. Zijn ervaring bij het NPZ hielp daar ook bij. Daar kon hij laagdrempelig vragen stellen en informatie opdoen.

Vanwege sterfgevallen werkt Marco regelmatig in het weekend of 's avonds. Hij heeft met zijn werkgever afgesproken dat, als hij de volgende dag weer verwacht wordt in de zorginstelling, hij dan iets later kan beginnen. Hij probeert daarom ook zo weinig mogelijk contacten vroeg in de ochtend te plannen, om flexibel te kunnen zijn.



Dorien is energiek, zelfverzekerd en nieuwsgierig. Deze eigenschappen komen haar goed van pas in haar ZGP-praktijk. Dorien vindt het ondernemerschap prettig en houdt zich graag bezig met het optimaliseren van haar (digitale) PR en aanbod. Ze ziet zichzelf niet als een conventionele geestelijk verzorger, wel als een traditionele ondernemer.

Ze gaat bij het aanboren van een nieuwe doelgroep, het opzetten van een nieuwe scholing, of het tegenkomen van een obstakel eerst bij zichzelf na wat ze precies wil en wie/wat ze daarbij nodig heeft. Vervolgens stelt ze in haar netwerk de vraag: 'ken jij iemand die daar verstand van heeft?' Zo houdt ze relaties levend en borgt ze de kwaliteit van haar aanbod.

Wanneer een nieuw aanbod geen aansluiting vindt of de opkomst voor een scholing tegenvalt zoekt ze in uitwisseling met haar netwerk naar andere invalshoeken of doelgroepen. Ze houdt zichzelf voor: mensen zitten te wachten op deskundige begeleiding bij grote levensgebeurtenissen, je moet alleen de juiste ingang vinden.



Robin wil graag dichtbij zichzelf blijven en geeft dus de voorkeur aan persoonlijk contact met samenwerkingspartners. Daarom geeft hen ook geen lezingen, maar wel trainingen. Zo kan hen beter aansluiten bij de behoeften en werkprocessen van samenwerkingspartners en bij wat zij zelf als doen op het gebied van zingeving.

Ook leert Robin zo veel over het werk van de samenwerkingspartners. Dat helpt om uit de concurrentiesfeer te blijven. Robin vindt het belangrijk om regelmatig feedback te vragen aan de verwijzers, cliënten en trainingsdeelnemers. Meestal doet hen dit op een vrij eenvoudige manier, door na de afronding van een contact te vragen welke verbeteringen men ziet. Hen kondigt dit altijd van tevoren aan, zodat mensen zich erop kunnen voorbereiden en mogelijk gemakkelijker eerlijk antwoord durven te geven. Eén van de kernwaarden van Robin is aandacht voor het systeem van een persoon. Hen gaat dus elk jaar bij zichzelf na in hoeverre dat gelukt is en wat hen het komende jaar anders zou doen. Vaak bespreekt hen dit met een bevriende collega of met een supervisor.