

# SAMENWERKEN IN HET KWALITEITSBELEID

## Een weg tot integratie van geestelijke verzorging in de zorgorganisatie

Door: Dr. Ren van Schrojenstein Lantman\*

*De geestelijke verzorging staat voor de noodzaak zich een plaats te verwerven in de dynamiek van de zorginstelling. Hiertoe zijn verschillende wegen te bewandelen. Voor de een ligt het accent meer op het beïnvloeden van en het vormgeven aan zorgvisie en identiteit van de instelling. Een andere mogelijkheid is de scholing van medewerkers in levensbeschouwing en ethiek en het doen opnemen van deze dimensies in het zorgplan. In dit artikel pleit Ren Lantman ervoor om de mogelijkheden te onderzoeken die kwaliteitszorg en het kwaliteitsbeleid te bieden hebben. Wanneer de geestelijke verzorger zicht heeft op het kwaliteitsdenken binnen de organisatie, wordt hij deel van de dynamiek van zorg en kan daaraan een constructieve bijdrage leveren.*

### Inleiding

De geestelijke verzorging is schatplichtig aan het kwaliteitsdenken. De uitkomst van een al lang geleden gevoerd politiek debat is, dat de geestelijke verzorging wordt genoemd in de kwaliteitswet, artikel 3; dit is waarschijnlijk een van de meest gebruikte citaten in ons vakgebied.<sup>1</sup> Omdat het inderdaad voor de positie van het vak van groot belang is, wordt in de discussies de nadruk gelegd op 'beschikbaarheid' van de geestelijke verzorging en op het 24-uurs criterium. De wet als geheel is echter gericht op het garanderen van 'verantwoorde zorg', en de relatie met geestelijke verzorging vindt plaats in deze wetcontext.<sup>2</sup> De focus in de volgende bijdrage is gericht op de inbedding

van geestelijke verzorging in een organisatorische omgeving van verantwoorde zorg, die in de Kwaliteitswet (artikel 2) als volgt wordt gedefinieerd: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt'.

In de dagelijkse praktijk heeft de geestelijk verzorger in zijn zorgorganisatie met het kwaliteitsdenken en de vormgeving daarvan te maken. Er is een kwaliteitsfunctionaris aangesteld, er zijn richtlijnen en protocollen aanwezig, op kwaliteitsdagen wordt het belang van kwaliteit naar voren gebracht, in de huiskrant wordt de behaalde kwaliteitscertificering

als een mijlpaal voor de organisatie beschreven. Aan het team geestelijke verzorging wordt nog al eens een actieve bijdrage gevraagd om protocollen vorm te geven, of zich op een andere manier in het kwaliteitsdenken te verdiepen.<sup>3</sup>

Niet zelden roept dit bij de geestelijk verzorger weerstand op. Smeets heeft in zijn proefschrift de houding van beroepsbeoefenaren ten opzichte van kwaliteit zorg geplaatst in het kader van bureaucrativering en professionalisering. Uit zijn onderzoek komt naar voren, dat geestelijk verzorgers tamelijk negatief staan ten opzichte van de ontwikkeling van procedures en protocollen, daarin het gevaar van bureaucrativering zien, en als een 'kritisch tegenover' een reflectie zouden willen zien op de standaardisering van de zorg. Smeets beveelt echter op grond van zijn gegevens aan meer werk te maken van de integratie van geestelijke verzorging in de instelling; daarin staat immers de legitimatie van het vak op het spel.<sup>4</sup>

In een recent Amerikaans kwalitatief onderzoek naar de perceptie van kwaliteit door geestelijk verzorgers, uitgevoerd door het Hastings Center, wordt dit beeld bevestigd; sommige Amerikaanse collega's staan negatief ten opzichte van dit kwaliteitsdenken, anderen neutraliseren het ('meer van hetzelfde') en weer anderen komen met positieve verhalen uit eigen praktijk. Dit onderzoek vormt de aanleiding tot een verdere exploratie met het oog op de toekomst van de geestelijke verzorging in de USA, en wordt breed gedragen door de verschillende beroepsverenigingen daar. Het wordt – zeker door de toonaangevende auteurs van het Hastings Report – gezien als een belangrijk thema voor de komende jaren.<sup>5</sup>

## 1. Benadering

De verwijzing naar 'bureaucrativering', in de praktijk (dus) vaak in een negatieve betekenis verstaan, is overigens niet zonder fundament, zoals Smeets laat zien. Bureaucratie slaat op een historisch

gegroeid beheersingsinstrument, dat – in steeds complexere (zorg)organisaties – regels oplegt, en daarmee voor standaardisering en formalisering zorgt. Hierin schuilt het gevaar van afhankelijkheid van regels, slaafse toepassing ervan, en een latent conflict tussen professionals en managers.<sup>6</sup> De geestelijk verzorger is echter onderdeel van deze organisatie, en zal zijn weg moeten vinden in deze ontwikkelingen. Wil hij hier een kritische buitenstaander blijven, die vanuit zijn beroep op de vrijsplaatsfunctie vooral zijn reflectie geeft op de situatie, of neemt hij deel aan dit proces, en levert hij vanuit zijn eigen vakdiscipline een bijdrage? En welke is dat dan?

Zoals we boven al zagen, is de kwaliteitswet als geheel een uitdrukking van het borgen van verantwoordende zorg. Dit maakt deel uit van een bredere en al langer durende beweging in de Nederlandse zorgwereld, waarin deze verantwoording een steeds belangrijkere plaats inneemt. Zij het helaas steeds meer in de door velen betreunde context van de marktwerking. Huizing e.a. hebben laten zien, hoe er een matrix te tekenen valt, waarin de eisen van verantwoorde zorg kunnen worden afgezet tegen de taakgebieden van de geestelijke verzorging, zoals die uit advisering aan de overheid en uit de beroepsstandaard blijkt.<sup>7</sup> Deze door veldonderzoek ondersteunde matrix is voor de geestelijk verzorger een aanwijzing, positief werk te maken van zijn inbreng in het kwaliteitsdenken; zijn beroep maakt immers onderdeel uit van de zorgorganisatie, die zich maatschappelijk moet verantwoorden. Waarom zou de geestelijk verzorger daarvan uitgezonderd zijn?

De geestelijk verzorger voelt zich echter onderhevig aan uiteenlopende tendensen en meningen. Op symposia van de beroepsvereniging wordt hij vanuit verschillende richtingen toegesproken. Aan de ene kant wordt hij uitgedaagd om zichzelf in de organisatie en daarbuiten waar te maken, het onderscheidene van zijn vak te laten zien<sup>8</sup>, aan

de andere kant wordt hij gewaarschuwd zich niet aan het systeem van standaardisering van zorg en de illusie van maakbaarheid over te geven.<sup>9</sup> En natuurlijk is er ook het brede maatschappelijke debat over kwaliteitszorg, waarbij voor- en tegenstanders te vinden zijn.<sup>10</sup>

Het is duidelijk, dat de geestelijk verzorger zijn kritische zin niet mag verliezen. Maar als hij de positie kiest van buitenstaander in deze discussie, zal hij uit het beeld van de organisatie verdwijnen. De dynamiek van de zorgorganisatie wordt nu eenmaal bepaald door veel tendensen, die in het kwaliteitsdenken hun uitdrukking vinden. Hoe met het behoud van een mogelijke kritische inbreng toch aan deze beweging deel te hebben? Met het antwoord op deze vraag kan een bijdrage worden geleverd aan de legitimatie van het vak in de zorg en zal de integratie van geestelijke verzorging worden bevorderd.<sup>11</sup>

Vanuit deze positief- kritische benadering zou ik het terrein verder willen verkennen vanuit drie (samenhangende) invalshoeken; het kwaliteitsdenken als beleidsinstrument; de ethische impuls die ervan uitgaat; en de levensbeschouwelijke inspiratie, die er op inwerkt. Doel is helderheid te verschaffen over het kwaliteitsdenken, waarin de geestelijk verzorger zijn weg kan vinden. Daarmee gaat de geestelijke verzorging niet op in een 'organisatieplaatje', maar plaatst deze zich in de dynamiek van de zorgorganisatie. Het gaat me hierbij niet om het feitelijk tot stand komen van protocollen en instructies, maar om de achterliggende gedachten, die een diepgaande invloed hebben op de 'taal van de zorg', en die dus ook positie en werk van de geestelijk verzorger in verregaande mate beïnvloeden.

## 2. Kwaliteit als beleidsinstrument

In de aanpak van zorgvraagstukken wordt de geestelijk verzorger geconfronteerd met modellen van werken, checklisten, protocollen, werkwijzen, pro-

cedures, stappenplannen en andere tools, die de zorg in goede banen moeten leiden. Dit gebeurt langs verschillende al langer gebaande wegen (zoals het beschrijven van dienstverlening, of het organiseren van vergaderstructuren), maar is in verregaande mate ook mentaal geïncorporeerd in de zorgsituaties zelf, waarin het om handelen met en aan soms kwetsbare mensen gaat. Daar wordt vaak geroepen, dat we het wiel niet opnieuw hoeven uit te vinden, en dat een protocol in bepaalde situaties best handzaam kan zijn.

De achterliggende suggestie van objectiviteit – alle gevallen van soortgelijke aard op dezelfde manier benaderen – is niet vrij van ambivalentie. Deze objectiviteit leidt er toe, dat de zorg in verregaande mate bepaald door 'maat en getal', terwijl het altijd om mensen in een concreet voorhanden zorgsituatie gaat.

Een voorbeeld uit eigen huidige praktijk (ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking) kan dit verhelderen door de verkorte weergave van een gesprekje tussen twee hulpverleners, een gedragskundige en een zorgplanbegeleider.

De gedragskundige vertelt over het een recent gehouden gesprek met een potentiële cliënt. Eerst gaat het even over de sfeer van het gesprek, de tijd die er voor nodig was, de wijze waarop men de cliënt aantrof. Zegt de zorgplanbegeleider: 'En, is ze verstandelijk beperkt?' Antwoord gedragskundige: 'waarschijnlijk 70'. Zorgplanbegeleider: 'Zou het op te hogen zijn tot 85, vanwege bijkomende problematiek?' Gedragskundige: 'We zullen zien'.

De geestelijk verzorger die dit gesprek aanhoort, zal geneigd zijn hierop negatief te reageren; zo praat je niet over mensen. Aan de andere kant is duidelijk, dat een bepaalde maat nodig is, om iemand binnen de hulpverlening te plaatsen, in dit geval de maat van het IQ, dat mede bepalend is voor de indicatie en dus beslissend is ten aanzien van de ter beschikking staande middelen. Hier wordt aan kwaliteit van zorg gewerkt vanuit een algemene

geaccepteerde standaard, die weliswaar bekritiseerd wordt, maar waarin hulpverleners elkaar verstaan. Het spreken vanuit 'maat en getal' – en de verwijzing naar een objectieve IQ-test in ons voorbeeld – is daarbij bijna zo vanzelfsprekend geworden, dat het in de genen van veel hulpverleners zit. Een geneeskundige aanpak, gebaseerd op richtlijnen vanuit 'evidence based practices' heeft dezelfde uitgangspunten. En ook in de eigen beroepsgroep wordt soms al gevraagd om 'best practices' rond bepaalde thema's.

Vanuit dit streven naar objectiviteit en algemeen geaccepteerde standaarden wordt beleid gemaakt, op landelijk niveau rond, bij voorbeeld, indicatiestelling bij verstandelijk beperkte mensen, maar ook op organisatieniveau. De instructies, protocollen en werkwijzen ten aanzien van de zorgpraktijk worden in een (organisatie)handboek verzameld, en oefenen vandaar (via het intranet) hun normerende werking uit. Vanuit de praktijk is weinig bekend, hoe geestelijk verzorgers omgaan met het gebruik van en het leveren van hun aandeel in een dergelijk kwaliteitsboek.

Voorbeelden uit de praktijk – maar er zullen er ongetwijfeld meer voorbeelden te vinden zijn – betreffen het inschakelen van de geestelijke verzorging op de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp (MCL, Leeuwarden), en de richtlijn levensbeschouwelijke nood voor verpleegkundigen (UMCG, Groningen). Voorwaarden voor de uitvoering van de richtlijn is in beide gevallen, dat het qua capaciteit mogelijk moet zijn de richtlijn uit te voeren (betrouwbaarheid naar de organisatie). Maar evenzeer dat er ondersteuning moet zijn van en samenwerking met de partners, met wie richtlijnen of protocollen zijn opgesteld.<sup>12</sup>

Voor mezelf is het mee formuleren van protocollen een goede leerschool geweest voor het vinden van een verhouding tot deze objectiverende tendens in de gezondheidszorg, en wel op drie manie-

ren. Allereerst is daar de uitdaging om zich helder te leren uitdrukken in categorieën, die daarin centraal staan: het benoemen van verantwoordelijkheden, concrete doelen en werkwijzen. Deze moeten inzichtelijk zijn voor degenen, die er op organisatorisch niveau over gaan. Maar belangrijker is het maken van protocollen en instructies als een leerschool voor interdisciplinair samenwerken. Beroepsbeoefenaren blijken vaak een eigen vaktaal te spreken, die door anderen niet of verkeerd verstaan worden, waarbij verheldering nodig is. Ten aanzien van geestelijke verzorging speelt daarin soms 'ruis' mee, omdat de gesprekspartners vaak vanuit een bepaalde beeldvorming redeneren ('Hoezo protocol Intensive Care? De geestelijk verzorger is er altijd!') of vanuit onbekendheid met het vak. En tenslotte is daar het niet te onderschatten voordeel van de verplichtende afspraken, wanneer ze – uiteraard volgens een bepaalde procedure – in het handboek zijn vastgelegd. Natuurlijk blijkt in de praktijk, dat deze protocollen alleen maar werken, als er sprake is van een zeker vertrouwen bij de andere hulpverleners. Wanneer een protocol is opgesteld in samenwerking met andere hulpverleners, en niet door de organisatie pasklaar is opgelegd, is de kans op borging in de organisatie veel groter, maar niet altijd gegarandeerd.

### 3. Ethische impuls in de kwaliteit zorg

Amerikaanse auteurs, die op de ambivalenties van de geestelijk verzorgers ten aanzien van kwaliteit zorg reageren, wijzen er op, dat juist kwaliteitszorg de verbindende schakel kan zijn tussen de eigen werkzaamheden en de doelen van de zorgorganisatie. In termen van kwaliteit maakt men zich verstaanbaar, wordt helder waar de eigen mogelijkheden liggen, en legt men over het eigen werk verantwoording af. Precies daarin ligt ook een spanningsveld, dat voor geestelijk verzorgers voelbaar is. In het onderzoek onder Amerikaanse collega's treft men het idee aan, dat kwaliteit geleverd wordt, doordat de tijd goed besteed is, waar dat nodig is.

Maar men wil verder voor de organisatie onzichtbaar zijn; 'Flying under the radar', zoals de Amerikaanse uitdrukking daarvoor luidt. Aan deze kant van de oceaan wordt dan vaak de vrijplaats als schuilplaats genoemd om van verdere verantwoording af te zien.<sup>13</sup>

In het Amerikaanse onderzoek wordt echter niet gesproken over 'Quality Assurance' (QA), maar over 'Quality Improvement' (QI). Het eerste is gericht op borging, het maken van verplichtende afspraken; het tweede wil – uitgaande van de patiënt – impulsen geven voor een verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze impulswerking zou de geestelijk verzorger moeten aanspreken: waar liggen kansen voor een optimalisering van de zorg voor de patiënt? Zowel ethisch als strategisch liggen hier mogelijkheden om kwaliteitszorg vorm te geven.<sup>14</sup> Voor de geestelijk verzorger liggen er mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering, wanneer er sprake is van handelingsverlegenheid in complexe situaties, die niet simpel zijn af te doen met een 'hoe te handelen bij', maar die vragen om een nadere door-denking.

Hoe dit in zijn werk gaat, kan met een eigen praktijkvoorbeeld worden verduidelijkt. Volgens protocol is bepaald, dat de geestelijk verzorger wordt ingeschakeld bij een ernstig zieke cliënt; hij maakt onderdeel uit van een zogenaamd kernteam. Dit kernteam komt 'volgens protocol' (QA!) bij elkaar, wanneer er in een woonvoorziening van de organisatie sprake is van een ernstig zieke cliënt. Hier is sprake van borging van 'verantwoorde zorg', waarop de organisatie wil toezien. Het inhoudelijke antwoord op de vraag: 'hoe te handelen bij ernstige ziekte van een cliënt?' is echter niet in een handomdraai te geven (QI). Er zijn verschillende vragen, die om voorrang strijden, afhankelijk van de situatie van de cliënt. Toch leeft daar ook de vraag naar een 'ordelijke' structuur, waarin zaken bespreekbaar zijn en op een meer systematische wijze aan de orde komen, omdat ze veel te ingewikkeld zijn

voor een simpele 'checklist'. Juist in deze situatie kan de geestelijk verzorger vanuit zijn eigen deskundigheid een inbreng hebben, en – omdat deze situatie zich 'objectief gesproken' meerdere malen zal voordoen – samen met andere hulpverleners een notitie over het thema ontwerpen. Deze notitie, geschreven vanuit een combinatie van ervaring en inzicht, kan vervolgens ingezet worden bij scholing van groepen medewerkers, die met ernstige zieke cliënten te maken hebben, of daarmee naar verwachting te maken zullen krijgen. Wanneer de geestelijk verzorger op deze manier deelneemt aan de ontwikkeling van protocollen, is hij daarop ook aanspreekbaar en neemt deel aan de voor de organisatie herkenbare zorg voor kwaliteit.<sup>15</sup>

#### 4. Inbreng van levensbeschouwelijke inspiratie

De kwaliteitszorg, zoals deze zich in de zorgorganisatie heeft ontwikkeld, vertoont in veel opzichten de trekken van QA, het borgen van gemaakte afspraken. In de daartoe ontwikkelde kwaliteitssystemen is een controlemechanisme ingebouwd, dat daarop moet toezien.<sup>16</sup> En sommige zaken kunnen maar beter goed geregeld zijn, zoals zorg voor de brandveiligheid van gebouwen; daar heeft ook de geestelijk verzorger zich domweg aan te houden. Protocollen, vooral gericht op QI zoals het bovenstaande 'hoe te handelen bij ernstige ziekte van een cliënt?' doen een beroep op houding en motivatie van de hulpverleners, die ingebed zijn in de eigen levensbeschouwing. Er is altijd een denk- en beslissingsruimte voor de betrokkenen zelf. Het protocol is gericht op het afbakenen van grote lijnen, zodat voor medewerkers duidelijk en inzichtelijk is, in wat voor proces men zich bevindt. In het geval van genoemd protocol kan het kernteam hierin een stuurmechanisme zijn. De voordelen van opname in een kwaliteitscyclus zijn duidelijk, omdat de protocollen in het systeem zijn opgenomen en zo op geregelde tijden onder de aandacht van de organisatie worden gebracht in het kader van verplichte kwaliteitscontrole.

Tegelijk biedt de openheid in een protocol voor beraad en sturing bij complexe situaties steeds de mogelijkheid tot bezinning op wat hier en nu aan de hand is, en gezamenlijk afwegingen te maken. Daar vindt ook de inbreng vanuit een levensbeschouwelijke inspiratie plaats. Zorgverlening is immers niet alleen vakkundig – en volgens de eisen van de organisatie – optreden, maar is altijd gericht op de ander, als een unieke persoon met een eigen levensgeschiedenis. De zorgethiek heeft ons ingeprent om de zorgrelatie of zorgbetrekking mee te doen resoneren in het optreden van de professional. Verwikkeld in deze ‘protocollair’ gestuurde dienstverlening is de geestelijk verzorger er op gericht zijn levensbeschouwelijke en ethische competenties, maar ook zijn ervaringskennis van de zorgbetrekking in te brengen. In dit proces van beraad en formuleren is de geestelijk verzorger dus trouw aan zijn eigen vakdomein.<sup>17</sup>

De gerichtheid op de unieke mens in de zorgsituatie is voor de zorgverleners ‘het kapitaal’, waarmee ze werken. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt dit in theorievorming onderstreept. De emotionele betrokkenheid bij deze mensen vormt het hart van de zorgverlening. Wederzijdse afhankelijkheid en verbondenheid, het tonen van genegenheid, het zoeken naar mogelijkheden in de kwetsbaarheid, zijn hierin enkele kernbegrippen.<sup>18</sup> Ten opzichte van protocollen en voorschriften hebben deze werkers daarom soms een ambivalente houding. Enerzijds wordt houvast in het handelen gevraagd, waarbij de roep om ‘het beleid’ klinkt. Anderzijds wordt het protocol niet altijd als bedding en richtinggevend document gezien, omdat ‘het in de praktijk altijd anders is’.

Het is dit spanningsveld, dat de geestelijk verzorger ook bij zichzelf onderkent. Geïnspireerd door de zorgethiek zal hij geneigd zijn deze emotionele betrokkenheid te onderstrepen vanuit levensbeschouwelijke inspiratie. Daarbij is hij ook met zichzelf in gesprek over de waarden en normen, die

hem in de zorgsituatie bezighouden. De stellingname van dr. Annelies van Heijst kan hierbij exemplarisch en richtinggevend zijn. In de hedendaagse levensbeschouwelijke pluraliteit kan menswaardigheid als een bindende norm worden gezien, en menslievendheid als een aanstekelijke waarde.<sup>19</sup>

Dit zoeken naar waarden en normen mag echter niet uitgespeeld tegen de zorgorganisatie, waarin de zorg gestalte krijgt. Hoeveel kritiek er ook mag zijn op de ‘zorgfabriek’ – en in het geval van het onderwerp van dit artikel: ‘de protocollenfabriek’ – , een meer objectiverende bedding voor complexe situaties is noodzakelijk. Het is niet terecht menslievende zorg tegenover zorgvuldige protocollering te plaatsen.<sup>20</sup> Zorgverlening kent sturing van buitenaf en van binnen uit. Die betrokkenheid van beide dimensies op elkaar maakt zorg tot een menselijke onderneming. Wanneer in zorgvuldig overleg protocollen zijn opgesteld, zijn daarin ook de noties van menswaardigheid en menslievendheid meebedacht. Als zij echter niet meer in de concrete situatie meebedacht of onherkenbaar of versmald worden, dan is het terecht de alarmklok te luiden. De geestelijk verzorger zal dit ‘van nature’ doen!

## 5. Dynamiek van kwaliteitzorg

In het voorafgaande is geprobeerd verschillende lagen binnen het kwaliteitsdenken, zoals dat wordt uitgewerkt in (verplichtende) werkwijzen, vooral protocollering, te onderscheiden.

Het is allereerst een instrument voor regelgeleid gedrag binnen de organisatie en de samenwerkingsverbanden, die er zijn. Zodat iedereen weet, wat er in bepaalde situaties van hem of haar wordt verwacht (‘hoe te handelen bij’). Vervolgens biedt het protocol bij complexe handelingsituaties een meer gedetailleerd handvat om handelingsverlegenheid te overwinnen en processen te sturen, waarin de ethische impuls om zorg te verbeteren een motiverende rol speelt. Tenslotte biedt een dergelijk protocol ook de mogelijkheid om vanuit levensbeschouwelijke inspiratie de unieke zorg-

relatie te betrekken op en te verankeren binnen deze regelgeleide processen.

In het proces van ontwikkeling van protocollering is een actieve (en aanstekelijke?) rol weggelegd voor de geestelijk verzorger. Niet door kritisch aan de rand te blijven staan, maar door met overtuiging aan deze dynamiek van kwaliteit van zorg deel te nemen. Hierdoor wordt zijn plaats en positie binnen de organisatie een stuk helderder. Hij hoeft daarin niet zijn eigen domein, laat staan zijn eigen spiritualiteit op te geven. Integendeel, deze deskundigheid wordt juist gevraagd en gewenst, maar nu binnen de matrix van de zorgorganisatie en de dynamiek van kwaliteit zorg. Dat verhindert niet om kritisch te blijven op de ontwikkelingen in de zorg, maar dit is alleen maar vruchtbaar, als het van binnen uit geschiedt.

---

\* Dr. Ren van Schrojenstein Lantman was werkzaam als geestelijk verzorger in Atrium medisch centrum in Heerlen, en werkt momenteel bij Radar, een semi-murale instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (Maastricht/Heerlen). De auteur dankt de leden van Convent Limburg, en in het bijzonder de collega's Marianne Debets en Roel Hekking voor hun kritische opmerkingen en aanvullingen bij de vormgeving van dit artikel.

---

## Noten

- 1 Zie voor een militante opstelling in deze: Rebel, J.J., 'Geestelijke verzorging en wetgeving', in: Doolaard, J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 2006, pag. 105 – 110. Een uitgebreider overzicht is te vinden in de 1<sup>ste</sup> editie van het *Handboek Geestelijke Verzorging*: Prins, M., 'Geestelijke verzorging op de politieke agenda van de overheid als vraagstuk van levensbeschouwing en als vraagstuk van kwaliteit van zorg', in: Doolaard, J.J.A. (eindredactie), *Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 1996, pag. 211 – 227.
- 2 Prins, M. in: Doolaard, J.J.A. (red.), *Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 1996, pag. 223.
- 3 Zie voor de eigen kennismaking met het kwaliteitsdenken in het ziekenhuis: Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, pag. 113 – 117.
- 4 Smeets, W., *Spiritual Care in a Hospital Setting*, 25, pag. 153.
- 5 Voor een overzicht van dit project: *Professionals Chaplains and Health Care Quality Improvement. Summary of Project Activities* (Juli 2008). In de focusgroepen waren in totaal 39 geestelijk verzorgers betrokken. Als (opiniërend) resultaat is een aantal essays gepubliceerd, in: *The Hastings Center Report*, Volume 38 no. 6 (November – December 2008).
- 6 Smeets, W., idem., pag. 19 – 22.
- 7 Huizing, W. & Steggerda, M., 'Geestelijke verzorging verantwoord. Over de verantwoording van (de waarde van) geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2008, nr. 50, pag. 48 – 57, hier: pag. 54-55. Deze matrix is te gebruiken als een (zeer fraai) zoekraaster, dat als oefenplaatje kan dienen voor de eigen werkplek en dat beroeps- interne eisen en externe omgeving met elkaar in verband brengt.
- 8 Aldus R. van Boxtel, als vertegenwoordiging van de zorgverzekering in zijn toespraak tijdens het VGVZ-Symposium 'Beelden van Zorg', zie: Boxtel, R. van, 'De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorgers', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2008, nr. 49, pag. 30 – 34.
- 9 Aldus de tendens in de discussiebijdrage van G. Glas tijdens het Symposium VGVZ 2007; anderzijds nodigt Glas de geestelijk verzorgers uit om zich onder andere met het kwaliteitsbeleid van hun instelling te bemoeien. Hij geeft daarvoor de volgende aanwijzing: 'Vaak zijn kwaliteitscriteria nogal extern gedefinieerd. Bedacht dient evenwel te worden dat die extrinsieke criteria op zoek zijn naar een intrinsieke verankering. De geestelijk verzorger kan een intrinsieke verwoording geven van extrinsiek gebeurt en gewenst is' (pag. 43). Dit artikel bedoelt een aanzet in die richting te geven, zie: Glas, G., 'De geestelijk verzorger als expert van de binnenkant', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007, nr. 44, 38 – 43.
- 10 Zie de bijdrage op ditzelfde VGVZ Symposium van 2007 van A.R. Mackor, in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007, nr. 44, pag. 21 – 37. Mij gaat het hier om professionele richtlijnen ter verbetering van de zorg, pag. 27 e.v.
- 11 Smeets, W., 'Geestelijk verzorger en arts: partners in kwaliteitszorg' in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007, nr. 4, pag. 9-20, hier: pag. 16.
- 12 Mackor, A.R., pag. 33 – 37. Momenteel wordt aan de opleiding tot geestelijk verzorger in Groningen (RU Groningen godgeleerdheid en godsdienstwetenschap) onderzoek gedaan naar het gebruik van standaarden in de geestelijke verzorging.
- 13 Vries, R. de (e.a.), 'Lost in Translation: The Chaplain's Rol in Health Care', in: *Hastings Center Report*, pag. 9 – 3.
- 14 Berlinger, N., 'The Nature of Chaplaincy and the Goals of QI: Patient – Centered Care as Professional Responsibility', in: *Hastings Center Report*, pag. 16 – 19. Smeets labelt kwaliteitszorg in zijn Engelstalig proefschrift *Spiritual Care in a Hospital Setting. An Empirical-theological Exploration als Quality Assurance*.
- 15 Zie voor een voorbeeld uit de zorgsituatie in het ziekenhuis de opvang van MRSA-patiënten in: Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziek-*

- teproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking, pag. 108 – 109.
- 16 In het kwaliteitsstelsel van de eigen organisatie is dit de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act), dat als instructie bij het handhaven van kwaliteit gebruikt wordt.
  - 17 Zoals verankerd in het eigen beroepsstandaard van de geestelijk verzorger. In paragraaf 3.5. wordt het verband met het kwaliteitsbeleid van de instelling beschreven, zie: VGVZ, *Beroepsstandaard*, pag. 17. In tegenstelling tot het pleidooi voor een eigen kwaliteitshandboek wordt hier gepleit voor inordening in het kwaliteitshandboek van de instelling.
  - 18 Aldus de principes van Gentle Teaching. Ontleend aan Siepkamp, Pauwel v.d., *Gentle teaching. Een weg van hoop voor mensen met bijzondere kwetsbaarheden*, Soest, 2005.
  - 19 Heijst, Annelies van, *Menslievende zorg, Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, 2006<sup>2</sup>, pag. 48. Dit is een belangrijke grondtrek van haar monumentale analyse van en pleidooi voor wederzijdse betrokkenheid in de zorg.
  - 20 Zoals hier en daar bij Annelies van Heijst kan worden bespeurd in een uitspraak als: 'Protocollisering tast het wezenlijk delibererende karakter van verantwoordelijkheid aan', zie Heijst, Annelies van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, 2006<sup>2</sup>, pag. 263.
- 
- Literatuurlijst**
- Boxtel, R. van, 'De tijden zijn veranderd, ook voor geestelijk verzorgers', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2008, nr. 49, 30 – 34.
- Doolaard, J.J.A. (red.), *Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 1996.
- Doolaard, J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 2006.
- Glas, G., 'De geestelijk verzorger als expert van de binnenkant', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, nr. 44, pag. 38 – 43.
- The Hastings Center (New York), *Professional Chaplains and Health Care*
- The Hastings Center Report, Volume 38 nr. 6 (November – December 2008). *Can we measure good chaplaincy? A new professional identity is tied to quality improvement*. Bijdragen van o.a. Raymond de Vries, Nancy Berlinger & Wendy Cadge.
- Heijst, Annelies van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, 2006<sup>2</sup>.
- Huizing, W. & Steggerda, M., 'Geestelijke verzorging verantwoord. Over de verantwoording van (de waarde van) geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2008, nr. 50, pag. 48 – 57.
- Mackor, A.R., 'Standaardisering van geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007, nr. 44, pag. 21 – 37.
- Rebel, J.J., 'Geestelijke verzorging en wetgeving', in: Doolaar, J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek geestelijke verzorging*, Kampen, 2006.
- Prins, M., 'Geestelijke verzorging op de politieke agenda van de overheid als vraagstuk van levensbeschouwing en als vraagstuk van kwaliteit van zorg', in: Doolaard, J.J.A. (red.), *Handboek geestelijke verzorging*, Kampen, 1996.
- Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo, 2007.
- Siepkamp, P. van de, *Gentle teaching. Een weg van hoop voor mensen met bijzondere kwetsbaarheden*, Soest, 2005.
- Smeets, W., *Spiritual Care in a Hospital Setting. An Empirical-theological Exploration* (diss.), Leiden 2006.
- Smeets, W., 'Geestelijk verzorger en arts: partners in kwaliteitszorg', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 2007 nr. 44, pag. 9 – 20.
- VGVZ, *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*, 2002, VGVZ Cahier 2.