

# STANDAARDISERING VAN GEESTELIJKE VERZORGING IN DE GEZONDHEIDSZORG: ZEGEN OF VLOEK?

Door: Anne Ruth Mackor\*, Hetty Zock\* en Froukje Pitstra\*

*Drie Groningse wetenschappers deden exploratief onderzoek naar de aanwezigheid en het gebruik van standaarden voor de geestelijke verzorging in de gezondheidszorg. Zij kwamen tot de conclusie dat het gebruik van standaarden geen negatief effect lijkt te hebben op het domein, de doelstellingen en de methode van de geestelijke verzorging, en ook niet op de ambtelijke binding en de vrijplaatspositie. En soms lijken standaarden zelfs een zegen te kunnen zijn.*

## 1. Inleiding

Standaardisering: omstreden, onontkoombaar en een kans. Hoeveel uur kost het om een stervende patiënt<sup>1</sup> en diens familie bij te staan? Hoe kun je de effectiviteit van je ondersteuning en begeleiding bij trage vragen aantonen? Hoe verdraagt een systematische rapportage over je contacten met patiënten zich met de vrijplaatsfunctie van de geestelijk verzorger? Dit zijn kritisch getoonzette vragen die gesteld worden in de felle discussie over de toenemende standaardisering van het werk van geestelijk verzorgers.

Geestelijke verzorging zou niet in standaarden te vangen zijn, omdat zaken als zinbeleving, troost en 'menslievende zorg' nu eenmaal moeilijk te kwantificeren en niet maakbaar en planbaar zijn. De geestelijk verzorger werkt daarom eerder met de 'clock of understanding' (Puchalsky et al. 2006,

410v). En dat staat haaks op de huidige nadruk in de zorgsector op effectiviteit en efficiëntie en de tendens om kwaliteit vooral met behulp van kwantitatieve parameters te meten.

Standaardisering is echter een veelzijdig fenomeen, dat niet alleen verantwoording aan en controle door management, zorgverzekeringen en politiek dient, maar dat ook de kwaliteit van het werk van professionals en hun onderlinge samenwerking kan bevorderen. Er zijn dan ook geestelijk verzorgers die de voordelen van standaardisering zien.<sup>2</sup> Zo stellen sommigen dat geestelijk verzorgers meer actief zouden moeten participeren in kwaliteitszorg (Smeets 2008; Lantman 2007 en 2009; Berliner 2008<sup>3</sup>).

Hoe het ook zij, geestelijk verzorgers wordt steeds vaker gevraagd om op gestandaardiseerde wijze



aan te geven wat hun specifieke bijdrage aan de zorg is, wat ze doen, hoe ze dat doen, hoeveel tijd dat in beslag neemt, en om de kwaliteit van hun werkzaamheden aan te tonen. Geestelijk verzorgers moeten meedoen in de kwaliteitszorg.

#### *Achtergrond*

De discussie over standaardisering van de geestelijke verzorging is zo heftig, omdat zij gevoerd wordt tegen de achtergrond van twee belangrijke ontwikkelingen: de transformatie van de geestelijke verzorging én fundamentele veranderingen in het zorgstelsel.

Het beroep van geestelijke verzorging lijkt te veranderen van een levensbeschouwelijk/religieus, denominationeel gebonden vorm van zorg in een specifieke discipline binnen de gezondheidszorg (Engelhardt 1998, Vandecreek & Burton 2001, Zock 2007, Hastings Center Report 2008, Swift 2009, Mooren & Smeenk 2009). De geestelijk verzorger is de afgelopen jaren geleidelijk aan steeds meer een professional geworden die verantwoordelijk is voor de geestelijke dimensie van de zorg, voor zingeving en existentiële vragen (VGVZ, Beroepsstandaard 2002), in plaats van een ambtsgebonden vertegen-

woordiger van een levensbeschouwelijke denominatie, die vooral religieuze en rituele functies vervult (Smeets 2006).

Hierdoor is niet meer duidelijk wat de identiteit van de geestelijk verzorger is, en waaruit diens specifieke bijdrage aan de gezondheidszorg bestaat, in het bijzonder in relatie tot andere disciplines in de zorg zoals maatschappelijk werk en psychologie. De vraag rijst of standaarden behulpzaam kunnen zijn bij het afgrenzen van het domein en de doelen van de geestelijke verzorging en het in kaart brengen van de gebieden waar het vakgebied overlapt met andere beroepen.

Een andere cruciale vraag betreft de eigen methode van de geestelijke verzorging. De discussie over standaardisering is direct verbonden met de discussie over de methodiek van het vak, in het bijzonder met het debat over presentie en interventie. Kunnen effect en kwaliteit van de geestelijke verzorging worden gemeten zoals het effect van medische en andere zorginterventies? Zijn 'levensbeschouwelijke diagnostiek' (Bouwer 1998, 2000) en 'spirituele interventies' vergelijkbaar met medische en psychologische diagnostiek en interventies? Kan geestelijke verzorging, een beroep geworteld in de geesteswetenschappen, gebruikmaken van de evidence-based manier van werken die centraal staat in de gezondheidszorg (Bouwer 1998, 2000)? Of moet geestelijke verzorging juist weigeren om dergelijke modellen te gebruiken (Baart 2001) en moet zij zich blijven richten op presentie in plaats van interventie? Standaarden lijken beter te passen bij de empirische wetenschappen en bij een aanpak die is gericht op interventie dan bij de traditionele aanpak van presentie, die is geworteld in de geesteswetenschappen.

Niet alleen het debat over de identiteit van de geestelijke verzorging, maar ook de toename van de extramurale en poliklinische zorg en de veranderingen in de financiering van het zorgstelsel, heb-

ben het debat over standaardisering op scherp gezet. Hoe moet geestelijke verzorging gefinancierd worden? Intramurale geestelijke verzorging heeft een (min of meer zekere) wettelijke grondslag in artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen die immers terugverwijst naar artikel 6 van de Grondwet, de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging. Extramurale geestelijke verzorging heeft deze grondslag niet. De vraag is of, en zo ja hoe, de sterk opkomende extramurale geestelijke zorg kan worden gefinancierd.<sup>4</sup>

De vraag naar het domein, de doelstellingen en de methoden van geestelijke verzorging in een veranderende levensbeschouwelijke en maatschappelijke context hangt dus nauw samen met de discussie over standaardisering.

*Exploratief onderzoek 'Standaardisering van geestelijke verzorging in de praktijk'*

In dit artikel doen wij verslag van ons verkennend onderzoek naar het gebruik van standaarden in de geestelijke verzorging in zorginstellingen in Nederland.<sup>5</sup> Als onderzoeksgroep geestelijke verzorging van de Rijksuniversiteit Groningen<sup>6</sup> willen wij een constructieve bijdrage leveren aan het voor de identiteit van de beroepsgroep zo belangrijke debat over standaardisering van geestelijke verzorging. Daarbij staat de vraag centraal in hoeverre het gebruik van standaarden strookt of juist botst met domein, doel en methode van de geestelijk verzorger. Zoals gezegd is dit debat emotioneel beladen en ideologisch gekleurd. In het hier beschreven onderzoek richten wij ons niet op de ideologie of de theorie, maar op de dagelijkse praktijk van de geestelijke verzorging.

*Vooruitblik*

In de tweede paragraaf zullen wij eerst aandacht besteden aan de verschillende verklaringen voor het feit dat standaarden de laatste decennia een opmars in de gezondheidszorg hebben gemaakt. Daarbij zullen we ook ingaan op de aard en doe-

len die verschillende standaarden geacht worden te hebben. In paragraaf 3 doen wij verslag van ons onderzoek, en in paragraaf 4 volgen enkele conclusies en aanbevelingen.

## 2. Standaardisering

Een van de meest ingrijpende veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg in de afgelopen jaren is dat de overheid zowel professionals als instellingen voor gezondheidszorg verplicht om activiteiten en producten te standaardiseren in termen van productspecificaties, competentieprofielen, protocollen, richtlijnen, kwaliteitssystemen, prestatie-indicatoren, et cetera. Aanhangers en critici twisten sindsdien over de veronderstelde voor- en nadelen van deze verplichting. Voorstanders noemen onder andere verbetering van kwaliteit, doelmatigheid en controle; tegenstanders wijzen op de ondermijning van vertrouwen en motivatie, het risico dat gegevens gemanipuleerd worden en op de bureaucratische rompslomp.<sup>7</sup>



Wanneer we het proces van standaardisering van professies willen begrijpen, kunnen we verschillende perspectieven innemen. Aan de ene kant kunnen we standaardisering zien als een logisch gevolg van de professionalisering van een beroepsgroep, wat wil zeggen dat deze meer 'rationeel' en 'wetenschappelijk onderbouwd' te werk gaat. Zo beschouwd gaan professionals hun producten en diensten standaardiseren om de kwaliteit van hun diensten te verbeteren. Professionele kennis wordt daarbij vastgelegd in protocollen en procedures. Dit sluit aan bij het toenemende belang dat in de gezondheidszorg gehecht wordt aan evidence-based werken. Een voorbeeld is het PICO-systeem, dat ontwikkeld is om artsen in staat te stellen gebruik te maken van alle beschikbare onderzoeksgegevens (Sackett et al. 1996, Hutschemaekers & Tiemens 2006, Westert 2006). De ontwikkeling van procedures en protocollen is in deze visie wenselijk, aangezien artsen (en andere professionals) in het verleden vaak zijn bekritiseerd omdat zij te veel zouden vertrouwen op hun klinische expertise en daardoor niet op de hoogte zouden zijn (of zelfs niet zouden willen zijn) van beschikbaar onderzoek. Door het beste wetenschappelijke bewijs vast te leggen in richtlijnen en protocollen, zo wordt gedacht, kan de kwaliteit van de gezondheidszorg worden verbeterd. Doel van standaardisering is in dit geval dus kwaliteitsverbetering.<sup>8</sup>

Vanuit een extern, sociologisch perspectief kun je deze standaardiseringsactiviteiten van professionals echter ook beschouwen als een strategie om een bepaald domein te verdedigen of zelfs te veroveren (Abbott 1988). Zo bekeken is het niet zo vanzelfsprekend dat 'professionalisering' plaats vindt in de vorm van de ontwikkeling van standaarden. Integendeel, soms vraagt de keuze voor standaardisering juist om nadere toelichting. Andere beroepen hebben soms gekozen voor de tegenovergestelde strategie. Zij stellen juist dat hun professionele activiteiten te complex en/of te idiosyncratisch zijn om te standaardiseren.<sup>9</sup>

Daarbij komt ook dat standaarden niet alleen vrijwillig door de professionals zelf worden ontwikkeld of gebruikt om de kwaliteit van hun werk te verbeteren of om hun domein te verdedigen, maar dat deze ook of zelfs vooral door anderen worden ingevoerd om de professionals te controleren. In zijn beroemde boek *Surveiller et punir* zet Foucault op een bijna profetische wijze uiteen hoe de opkomst van instellingen zoals het leger, scholen, ziekenhuizen, fabrieken en gevangenissen in West-Europa vanaf de 18e eeuw hand in hand ging met disciplineren van de mens door middel van gedetailleerde instructies en metingen. Standaardisering is dus niet altijd, zelfs niet in de eerste plaats, een middel voor professionals om de kwaliteit en efficiëntie van hun activiteiten te verbeteren of verdedigen, maar ook, of misschien zelfs vooral, een middel van de autoriteiten om hen te controleren (Foucault 1989, vergelijk ook Power 1997, Mackor 2007b).

Waar Foucault de invoering van regels, voorschriften en metingen opvat als middel om mensen te disciplineren en controleren, biedt Porter een iets andere verklaring van het proces van standaardisering. Hij stelt dat het meestal niet de wetenschappers en professionals zijn die invoering van standaarden propageren, maar met name de overheid (Porter 1995). Porter richt zich niet op standaardisering in het algemeen, maar meer specifiek op het proces van kwantificering. Hij stelt dat (...) *reliance on numbers and quantitative manipulation minimizes the need for intimate knowledge and personal trust. Quantification is well suited for communication that goes beyond the boundaries of locality and community* (1995, p. ix). Met andere woorden, volgens hem is het onvermijdelijk dat standaarden en metingen in de plaats komen van persoonlijk vertrouwen (zie ook Power 1997). Precies vanwege het feit dat metingen persoonlijk vertrouwen vervangen, is de invoering van standaarden in de openbare diensten heftig bekritiseerd (Tonkens 2003, Van den Brink et al. 2005).

### *Standaardisering in de gezondheidszorg*

Al deze verklaringen lijken relevant wanneer we proberen recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg te begrijpen. Het debat over standaardisering en kwantificering in de gezondheidszorg laat duidelijk zien dat de invoering van standaarden zoals kwaliteitssystemen, outputindicatoren<sup>10</sup>, productspecificaties, evidence-based protocollen, et cetera, zowel wordt gerechtvaardigd in termen van verbetering van kwaliteit en efficiëntie, als ook in termen van verantwoording en controle (bijv. Berg & Schellekens 2002, zie ook Gezondheidsraad 2006). Porter (1995) lijkt bovendien het gelijk aan zijn zijde te hebben wanneer hij stelt dat de drijvende kracht achter deze ontwikkelingen in Nederland eerder de overheid is dan de professionals zelf. Het is immers de overheid die in artikel 2 en 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen niet alleen heeft verplicht om goede zorg te leveren, maar ook om die zorg te registreren en te meten.

### *Standaardisering van geestelijke verzorging?*

Onder geestelijk verzorgers kunnen twee standpunten met betrekking tot standaardisering worden onderscheiden. Allereerst is er de opvatting dat geestelijke verzorging is getransformeerd in een specialistisch beroep dat niet alleen thuishoort in, maar ook moet voldoen aan de doelen en kwaliteitseisen van de gezondheidszorg (Bouwer 1998 en 2000; Van Schroyen Lantman 2007 en 2009). Anderen menen dat geestelijke verzorging een bijzondere positie en functie heeft binnen de gezondheidszorg. Geestelijke zorg is en moet buiten 'het systeem' blijven en kan en mag daarom niet op dezelfde wijze als andere beroepen in de gezondheidszorg gestandaardiseerd worden. Hierbij wordt vaak verwezen naar de presentietheorie van Baart (2001) en wordt de nadruk gelegd op de ambtelijke binding van de geestelijk verzorger en diens vrijplaats. Volgens deze visie biedt de geestelijk verzorger zijn diensten vrij aan patiënten aan, zonder gebonden te zijn aan behandeldoelen. Hieraan

gekoppeld is dat de geestelijke verzorger niet plan- en doelmatig werkt.<sup>11</sup>

De vrijplaats van de geestelijke verzorging wordt beschouwd als iets anders dan het 'normale' beroepsgeheim van de andere zorgverleners. Deze houdt ondermeer in dat zowel de patiënt als de geestelijk verzorger op eigen initiatief contact met elkaar kunnen zoeken. Geen van beiden hebben hier dus een verwijzing van een arts of andere professional voor nodig. Dit betekent dat een geestelijk verzorger een verplichting heeft ten opzichte van alle patiënten die om zijn ondersteuning vragen, ongeacht of andere professionals hen hebben doorverwezen. Een andere implicatie is dat de geestelijk verzorger geen informatie over patiënten deelt met andere professionals in de instelling, tenzij de patiënt hier expliciet mee instemt. Wanneer de geestelijk verzorger een 'normale' professional wordt in de instelling zou de kans bestaan dat deze vrijplaatspositie verdwijnt of wordt ingeperkt.<sup>12</sup>

Standaardisering, zo menen sommigen, zou het unieke karakter van geestelijke verzorging ondermijnen. In Nederland wordt geestelijke verzorging vaak omschreven als 'presentie' en als het bieden van 'belangeloze aandacht'. Volgens de aanhangers van de presentietheorie biedt de geestelijk verzorger in de eerste plaats een 'luisterend oor'. Het doel is niet, althans niet primair, om het verhaal van de patiënt te vertalen naar een professionele 'diagnose' en de geestelijke verzorger biedt geen 'behandeling' aan. Echter, als geestelijke verzorging steeds meer gaat lijken op andere beroepen in de gezondheidszorg en moet concurreren met andere professionals zoals psychologen en maatschappelijk werkers, dan is de kans aanwezig dat deze karakteriserende kenmerken van 'onbaatzuchtige aandacht' en presentie zouden kunnen verdwijnen.

Geestelijk verzorgers vrezen dat gestandaardiseerd werken, bijvoorbeeld in de vorm van tijdschrijven, op gespannen voet komt te staan met belangeloos



present-zijn, en dat verslaglegging en verantwoording afleggen aan management en aan de andere zorgprofessionals schadelijk kan zijn voor de vertrouwensrelatie met de patiënt.<sup>13</sup>

#### *Argumenten pro en contra standaardisering*

Heel algemeen gesteld is het doel van standaardisering het creëren van transparantie. Wanneer het werk transparanter wordt, wordt duidelijk waar het ineffectief of inefficiënt is, waar fouten worden gemaakt en waar fraude plaatsvindt. We kunnen globaal twee doelen onderscheiden waaraan standaarden en de daaruit voortvloeiende transparantie verondersteld worden te voldoen (Mackor 2007b):

1. Verbeteren van de kwaliteit en/of de efficiëntie
  - a. van de inhoud van het werk;
  - b. van de organisatie van het werk. Hierbij moet onder andere gedacht worden aan het verbeteren van de samenwerking met andere professionals;
2. Verantwoording en controle.

Het grootste nadeel van standaarden is dat zij schadelijk kunnen zijn voor de toepassing van professionele kennis (phronèsis). Dit komt vooral omdat standaarden de professionele autonomie kunnen bedreigen, namelijk wanneer zij de uitkomsten gaan dicteren en niet genoeg ruimte laten voor professionele beraadslaging en discretie in concrete gevallen (Mackor 2009a).

Standaardisering kan ook leiden tot een te sterke focus op efficiëntie en 'productie'. Zelfs als het doel is om de kwaliteit van zorg te verbeteren, dan nog leiden standaarden vaak tot een eenzijdige nadruk op meetbare aspecten van het werk. Aangezien efficiëntie nu eenmaal eenvoudiger te meten is dan subtiele aspecten van de zorg zoals menswaardigheid en aandacht voor existentiële vragen, zou men deze laatste gemakkelijk uit het oog kunnen verliezen (De Bruijn 2007).

Als de focus ligt op doelmatigheid en als standaarden het handelen van professionals gaan dicteren, dan ondermijnen ze daarmee niet alleen de professionele kennis, maar ook professionele motivatie (Frey & Jegen 2001). Standaarden kunnen bovendien bestuurlijke en bureaucratische overbelasting met zich meebrengen, in het bijzonder wanneer ze bedoeld zijn voor controle en verantwoording. Ook verhogen standaarden het risico van manipulatie van data. Dit gevaar is vooral groot wanneer standaarden zijn bedoeld voor controle en verantwoording. Als gegevens gemanipuleerd worden, dan maken standaarden de wereld niet transparanter, maar creëren ze een virtuele wereld naast de 'echte' wereld (Bevan & Hood 2006).

Helaas is het debat over de pro's en contra's van standaardisering voornamelijk ideologisch van aard. Dat wil zeggen, de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg benadrukken vooral de


voordelen van standaarden en negeren eventueel nadelige gevolgen, terwijl critici vooral wijzen op de nadelen en risico's. Er is nauwelijks iets bekend over de – positieve of negatieve – gevolgen van het gebruik van standaarden in de gezondheidszorg<sup>14</sup> en al helemaal niets over de effecten van standaardisering op het werk van geestelijk verzorgers. Daar komt bij dat er geen informatie beschikbaar is over het aantal standaarden dat betrekking heeft op geestelijke verzorging en nog minder over het percentage van deze standaarden dat daadwerkelijk wordt gebruikt.

### 3. Exploratief onderzoek

Het onderzoek 'Standaardisering van geestelijke verzorging in de praktijk' vond plaats tussen 2007-2009 aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen. De kick-off was een symposium op 13 maart 2007. Op het afsluitende symposium op 17 april 2009 werden de resultaten gepresenteerd.

**MIDDAGSYMPOSIUM**

STANDAARDISERING VAN  
GEESTELIJKE VERZORGING IN DE PRAKTIJK



Rijksuniversiteit Groningen  
Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap  
Oude Boteringestraat 38  
17 april 2009 - 12:00-17:30 uur  
Opgave: gv@rug.nl  
Kosten: Geen

### Onderzoeksvraag

Aangezien nog nauwelijks iets bekend was over de aantallen en soorten van standaarden, laat staan over de rol die deze spelen binnen de geestelijke verzorging, was onderhavig onderzoek vooral bedoeld als een verkennende studie, waarvan de resultaten mogelijk als uitgangspunt voor een groter onderzoek naar de rol en het gebruik van standaarden zouden kunnen dienen. Het primaire doel van ons onderzoek was dan ook te verkennen welke rol standaarden spelen in het dagelijks werk van de geestelijk verzorgers. Een belangrijk tweede doel was het op gang brengen van uitwisseling van informatie over bestaande standaarden binnen de geestelijke verzorging en het stimuleren van gefundeerde discussie over standaardisering in de beroepsgroep. Een vragenlijst werd opgesteld voor de ± 1300 geestelijke verzorgers die werken in instellingen voor gezondheidszorg in Nederland. Ongeveer 935 vragenlijsten werden verstuurd, te weten naar de leden van de VGVZ (± 800), de VGW Camus (± 105) en het werkverband Vrijgevestigde Geestelijk Verzorgers (± 30). Ook werd de vragenlijst op de website van de VGVZ geplaatst. Tevens werd op de site een artikel (Mackor 2007b) geplaatst<sup>16</sup> waarin de aard en de functie van standaarden werd uiteengezet en waarin enkele voorbeelden van standaarden van de geestelijke verzorging werden besproken. Bovendien werd geestelijk verzorgers verzocht de vragenlijst door te sturen aan collegae die geen lid zijn van genoemde verenigingen. De vragenlijst was opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel vroegen we naar algemene gegevens, zoals de soort instelling waar de geestelijk verzorger werkzaam was, diens werkervaring en denominatie. Het tweede deel richtte zich op de aard van de standaard. We vroegen naar de naam van de standaard en wie deze had geïntroduceerd, naar het doel van de standaard en naar het aantal jaren dat deze in gebruik was. In het laatste deel vroegen we naar het daadwerkelijk functioneren van de standaard in de praktijk en de invloed die deze had op de werkzaamheden en contacten van de geeste-

## ■ Wat zijn standaarden?



lijk verzorger. Onze achterliggende onderzoeksvragen waren:

- Hebben de standaarden invloed op de werkzaamheden van de geestelijke verzorger?
- Zo ja, hoe? Veranderen ze de aard en kwaliteit van geestelijke verzorging, en zo ja, op welke punten en in positieve of in negatieve zin?
- (Hoe) Hebben standaarden invloed op de contacten met patiënten, met andere zorgprofessionals en/of met het management van de instelling?
- (Hoe) beïnvloeden standaarden de vrijplaatspositie en de ambtelijke binding van de geestelijk verzorger?

### Respons

Van de 935 verstuurde vragenlijsten ontvingen we 96 ingevulde vragenlijsten terug. 38 geestelijk verzorgers antwoordden dat zij werken met één of meer standaarden; het merendeel van hen was werkzaam in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGz-instellingen. De resterende 58 respondenten gaven aan niet met standaarden te werken. Ook gaf een aantal (ongeveer 30) geestelijk verzorgers via email of telefonisch aan, niet mee te willen of kunnen werken aan het onderzoek. De redenen die hiervoor genoemd werden waren divers. Men gaf aan niet met standaarden te werken, geen tijd te hebben of bezwaar te hebben tegen standaardise-

ring. We ontvingen reacties als: *Ik ben geen voorstander van het werken met standaarden en Als team zijn wij daar niet zo weg van. Je gaat dan mee in de denkwijze van efficiëntie, effectiviteit en productie. Wij steken onze energie liever in de ontmoeting van cliënten en het bedenken van bezielde programma's.* Anderen gaven aan dat standaardisering op hun werkplek nog in ontwikkeling was: *Een binnen de organisatie vastgestelde standaard hebben we niet, we zijn wel bezig om een aantal zaken te standaardiseren. Dit betreft de anamnese en Op dit moment ben ik druk bezig met het onderzoeken van de mogelijkheden.* Sommigen lieten echter ook weten dat het niet duidelijk was wat wij nu precies bedoelden met de term standaardisering en begrippen als richtlijn en meetinstrument: *Ik weet niet of dit een standaard is. Wij gebruiken geen standaarden, maar hebben wel een registratiesysteem en Is een schema ook een standaard?*

Hoewel de respons laag was (98 van 935 = 10,5%), bleek achteraf, tijdens het symposium, dat vaak per team geestelijk verzorgers slechts één antwoordformulier ingevuld was, en dat de uitkomsten van het onderzoek dus de praktijk van veel meer dan 100 geestelijk verzorgers betreffen. Hoeveel precies weten we helaas niet. Zodoende is het op grond van deze respons niet mogelijk om harde conclusies te trekken uit onze gegevens. Echter, gezien de hoge mate van betrokkenheid van geestelijk



verzorgers rond het thema standaardisering (negatief of positief), veronderstellen wij dat het merendeel van geestelijk verzorgers die met standaarden werken op onze enquête gereageerd heeft. In ieder geval zijn sommige uitkomsten interessant en zelfs verrassend te noemen, en suggereren zij een duidelijke richting voor verder onderzoek.

#### *Algemene resultaten*

Een eerste belangrijk resultaat is dat de respondenten<sup>17</sup> aangaven niet goed op de hoogte te zijn van de betekenis van termen als standaarden, richtlijnen, protocollen en meetinstrumenten. Men vroeg veelvuldig wat hier precies onder verstaan moest worden. De door de respondenten genoemde standaarden verschillen sterk in mate van complexiteit, gedetailleerdheid en functie. Onder de beschreven standaarden was een geavanceerd registratiesysteem<sup>18</sup> dat het werk van de geestelijke verzorgers helpt organiseren en hen in staat stelt verrichte werkzaamheden te verantwoorden naar zowel de patiënt, het management als henzelf. Een ander voorbeeld is de Richtlijn voor geestelijke verzorging op de Spoedeisende Eerste Hulp<sup>19</sup>, gericht op interdisciplinaire samenwerking wanneer een patiënt daar wordt binnen gebracht en onverwacht sterft (bijvoorbeeld na een ongeval of hartaanval). Deze richtlijn is bedoeld om 24 uur per dag de mogelijkheid van ondersteuning door een geestelijk verzorger te bieden aan familieleden van een overledene. Weer een ander voorbeeld van een standaard is de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood<sup>20</sup> die ontwikkeld is voor verpleegkundigen in een ziekenhuis. Deze richtlijn heeft als doel om verpleegkundigen te helpen signalen van geestelijke nood bij patiënten te herkennen en om eerste hulp te bieden bij eenvoudigere levensbeschouwelijke vragen. De richtlijn is echter ook bedoeld voor verbetering van interdisciplinaire samenwerking. Wanneer de verpleegkundige een meer complex levensbeschouwelijk of existentieel probleem bij de patiënt signaleert, geeft de richtlijn instructie om een geestelijk verzorger in te roepen. Een laatste voorbeeld is een

beslisboom, bedoeld als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen rondom de begrafenis of crematie van een patiënt.<sup>21</sup> Deze beslisboom helpt de geestelijke verzorgers om tot een weloverwogen besluit te komen over het al dan niet ingaan op verzoeken van familie, verpleging of de patiënt om de begeleiding rondom overlijden en uitvaart op zich te nemen. Het proces van besluitvorming biedt zo de ruimte om een pastorale relatie met de patiënt aan te gaan als er geen 'eigen' pastoraat is of in andere omstandigheden waarin het wenselijk is dat de patiënt door de geestelijk verzorger van de instelling begeleid wordt. Het contact met de patiënt blijft dankzij de beslisboom transparant en binnen en buiten het team kan goed onderbouwd worden verantwoord waarom een bepaald besluit is genomen.

#### *Ontwikkeling*

De respondenten bevestigden ons vermoeden dat standaarden met betrekking tot geestelijke verzorging betrekkelijk recent zijn ontwikkeld. Bijna alle standaarden werden later dan 2000 geïntroduceerd en de meeste pas in 2006 en 2007. Bovendien lieten veel respondenten weten, zowel degenen die al met standaarden werken als degenen die dat (nog) niet doen, dat nieuwe standaarden met betrekking tot geestelijke verzorging op dit moment worden ontwikkeld.



*Er wordt op dit moment gewerkt aan de ontwikkeling van een standaard spirituele nood, maar deze is nog niet ingevoerd.*

*Op dit moment ben ik druk bezig met het onderzoeken van de mogelijkheden.*

*Een binnen de organisatie vastgestelde standaard hebben we niet, we zijn wel bezig om bepaalde werkwijzen te beschrijven*

De meeste standaarden (31) zijn ontwikkeld door de afdeling geestelijke verzorging van de instelling, tien (10) door de raad van bestuur of management en zeven (7) door anderen. Het doel van de meeste standaarden is het verbeteren van de kwaliteit van het werk (34) of van de (interdisciplinaire) samenwerking (25). Acht (8) standaarden waren uitdrukkelijk bedoeld voor controle. Tien (10) standaarden hebben daarnaast nog andere functies, zoals 'de verkoop van een product' of certificering. Deze aantallen kloppen met de bevinding dat de meeste standaarden zijn gericht op (de praktijk van) de geestelijk verzorgers (23) of andere zorgprofessionals (34), en niet op 'externe' of 'controle-rende' instanties. Ten slotte gaven de respondenten aan de ingevoerde standaarden altijd (10) of vaak te gebruiken (24), terwijl slechts weinigen zeiden deze zelden (3) of nooit (2) – *de standaard is verdwenen in een lade* – te gebruiken.

#### *Geen negatieve effecten*

Aangezien we vooral geïnteresseerd waren in hoe geestelijk verzorgers de effecten van standaarden op hun werk evalueerden, was een belangrijk resultaat dat geen van de respondenten meldt ernstige negatieve effecten te hebben gemerkt na de invoering van een standaard.

#### *Vrijplaatsfunctie*

Geen van de respondenten rapporteerde nadelige gevolgen van standaarden op de vrijplaatsfunctie. Vier meldden op dit punt een positief effect en

32 geen effect. Al met al waren de toelichtingen bij deze vraag positief te noemen:

*Geestelijke verzorging is duidelijk neergezet als eigen discipline die toetsbaar is aan anderen.*

*De vrijplaatsfunctie speelt geen rol in het standaardiseringsproces. Wordt als vanzelfsprekend verondersteld.*

*Versterking inzake eigen domein en reflectie op de grenzen hiervan.*

*Over de vrijplaatsfunctie heb ik nooit oorlog hoeven voeren, standaard of niet.*

*Door deel te nemen aan de organisatie is de vrijplaatsfunctie afgenomen, maar de interactie is toegenomen.*

#### *Ambtelijke binding*

Slechts drie geestelijk verzorgers vermeldden een negatieve verandering met betrekking tot de ambtelijke binding te hebben ervaren, terwijl vijf een positief effect en 35 geen effect vermeldden:

*De kerk bemoeit zich nauwelijks (meer) met de geestelijke verzorging in de instelling.*

*De ambtelijke binding is vooral verankerd in het eigen geloofsgoed.*

*Het heeft geen invloed.*

#### *Presentie*

Geen van de respondenten vermeldde negatieve effecten van de standaarden met betrekking tot de specifieke manier van werken van de geestelijke verzorger, te weten 'present zijn' en het aanbieden van 'belangeloze aandacht'.

#### *Bureaucratie*

Geen van de respondenten ten slotte noemde een toename van bureaucratie.



#### *Positieve effecten van standaardisering*

Respondenten vermeldden ook enkele interessante positieve effecten van standaardisering.

#### *Cliënten*

Deze kwamen aan het licht bij de vragen naar eventuele door de standaardisering ontstane veranderingen in het aantal en de kwaliteit van de contacten met patiënten. Respondenten verklaarden dat het aantal contacten met cliënten gelijk is gebleven (26) of zelfs is toegenomen (22) en dat de kwaliteit van de contacten nagenoeg hetzelfde is gebleven (29) of na invoering van een standaard verbeterde (20). Bij geen van de respondenten is het aantal contacten afgenomen of de kwaliteit van het contact verslechterd.

*Patiënten worden beter en meer bereikt.*

*Betere contacten met familie en naasten.*

*Het dwingt me alerter te zijn richting cliënten.*

*Behoeft en aanbod worden beter op elkaar afgestemd.*

#### *Andere zorgprofessionals*

Ook het onderhouden en opbouwen van contact met andere zorgprofessionals (aantal en kwaliteit) werd neutraal tot positief beoordeeld. Respondenten gaven aan dat het aantal interdisciplinaire contacten gelijk was gebleven (20) of toegenomen (26) en dat de kwaliteit van de contacten hetzelfde was gebleven (20) of was verbeterd (26). Ook hier gaf geen van de respondenten aan dat het aantal en/of de kwaliteit van contacten was afgenomen.

*Ik heb duidelijkere verwijfsgronden.*

*Het is nog te vroeg om verbeteringen waar te nemen.*

*Consult en overleg nemen toe.*

*Zichtbaarheid van geestelijke verzorging verbetert.*

*De contacten zijn directer en intensiever.*

Ook de zichtbaarheid op de afdeling en in de instelling is volgens de respondenten hetzelfde gebleven (16) of zelfs verbeterd (31).

*Geestelijke verzorging heeft een gezicht gekregen.*

*Het is merkbaar aan aanvragen voor onderwijs over spiritualiteit en levensbeschouwing.*

*Geestelijke verzorging is niet meer weg te denken.*

#### *Management*

Over de contacten met het management verklaarden de respondenten dat deze in aantal nagenoeg hetzelfde waren gebleven (39) of waren toegenomen (8), en dat de kwaliteit van die contacten gelijk was gebleven (33) of was verbeterd (12). Slechts één respondent gaf aan dat het contact met het bestuur was verslechterd nadat de standaard was ingevoerd.

*Nauwelijks verandering (maar er is wel vertrouwen).*

*De directie is actief betrokken geraakt bij de geestelijke verzorging.*

*Het gesprek over de inhoud van mijn werk heeft aan diepte gewonnen.*

Over de erkenning van de rol van religie en levensbeschouwing in het zorgproces door het bestuur schreven de respondenten dat de erkenning van de rol van religie en levensbeschouwing dezelfde is gebleven (23) of is verbeterd (24).

*Het belang van geestelijke verzorging wordt nu ook door de directie onderstreept.*

Eén respondent gaf aan dat er op dit punt sprake was van verslechtering.

*De productencatalogus kwam in plaats van de informatie die werd verstrekt door de geestelijk verzorger.*

#### *Overige opmerkingen*

Naast het invullen van deze 'gestandaardiseerde' vragenlijst vermeldden sommige geestelijk verzorgers spontaan ook andere zaken op het vragenformulier, in een toelichtende email of in een telefoongesprek. Hierin zagen we bepaalde aspecten meerdere malen terugkomen. Sommige respondenten lieten ons weten dat het gebruik van standaarden had geresulteerd in efficiënter en meer gestructureerd werken en in een bewustwording van prioriteiten. De werkzaamheden werden door de standaard controleerbaar en toetsbaar. Door verslaglegging en registratie van de contacten gingen anderen bewuster doorvragen naar redenen van doorverwijzing naar de dienst geestelijke verzorging. Ook gaven enkele respondenten aan dat werken met standaarden hun zelfreflectie had gestimuleerd en dat ze daardoor kritischer waren geworden over hun eigen werk, maar ook dat ze op de werkvloer meer zelfvertrouwen ervoeren.

## **4. Conclusies en aanbevelingen**

Ons onderzoek was, zoals gezegd, bedoeld als een verkennende studie op een relatief onontgonnen terrein. Door de relatief lage respons, evenals door onduidelijkheid met betrekking tot het begrip 'standaard' kunnen we geen harde conclusies trekken uit onze bevindingen. Toch kunnen uit de resultaten enkele lessen worden geleerd. Ook doen we enige aanbevelingen voor verder onderzoek.

Eén resultaat van dit onderzoek is de constatering dat geestelijk verzorgers relatief onbekend zijn met termen als standaard, richtlijn, protocol en meetinstrument. Men heeft wel van de termen gehoord, maar is er in vele gevallen nog niet of nauwelijks vanuit de werksfeer mee bekend. Wel zijn er momenteel nogal wat standaarden in ontwikkeling. De standaarden die worden gebruikt zijn allemaal na 2000, en grotendeels pas in 2006 of 2007 ingevoerd. Het is dus niet zo verrassend dat maar weinig geestelijke verzorgers aangeven dat zij werken met standaarden.<sup>22</sup>

De aan- of afwezigheid van standaarden lijkt gedeeltelijk af te hangen van de grootte van de organisatie (vergelijk noot 17). Hoe groter de organisatie, hoe meer (behoefte aan) standaarden, vooral (aan) standaarden voor interdisciplinaire samenwerking. Slechts enkele standaarden lijken primair bedoeld om te 'sturen' of 'ter controle' van de inhoud van het werk van de geestelijke verzorger.

Eén van de verrassendste bevindingen is dat de meeste geestelijk verzorgers die werken met standaarden neutraal tot positief zijn over de standaarden en dat sommige geestelijk verzorgers aan het gebruik ervan zelfs zelfvertrouwen ontlenen. De meest relevante conclusie is misschien wel dat het gebruik van standaarden geen negatief effect lijkt te hebben op het domein, de doelstellingen en de methode van de geestelijke verzorging, en ook niet op de ambtelijke binding en de vrijplaatspositie. Met andere woorden, hoewel sommigen geneigd

---

zijn te denken dat standaarden een vloek voor de geestelijke verzorging zijn, weerspreken de reacties van de respondenten van ons onderzoek dit beeld en lijken standaarden soms zelfs een zegen te kunnen zijn.

Hierbij moet aangetekend worden dat de standaarden die wij ontvingen voor het grootste deel ontwikkeld zijn door de geestelijk verzorgers zelf en gericht zijn op het werk van geestelijk verzorgers en hun samenwerking met andere professionals. Het is mogelijk dat standaarden die door externe instanties worden geïntroduceerd en vooral een controlerende functie hebben een andere, minder positieve invloed hebben op de geestelijke verzorging. Hier zou vervolgonderzoek naar kunnen worden gedaan.

Een andere conclusie is dat het niet alleen aan de standaard ligt of deze positief of negatief wordt beoordeeld. Het zal niet als een verrassing komen dat het niet de standaard op zichzelf is die bepaalde positieve of negatieve effecten heeft, maar het functioneren van de standaard in een bepaalde sociale context (vergelijk noot 14). De resultaten van onze enquête bevestigen de veronderstelling dat de standaarden een neutraal tot positief effect hebben wanneer anderen (verpleegkundigen, artsen, management) het belang van geestelijke verzorging en haar eigenheid ten opzichte van psychologie, maatschappelijk werk, et cetera (willen) onderkennen. Als de organisatie echter kritisch is, dat wil zeggen als andere professionals en/of het management van mening zijn dat geestelijke verzorging niet belangrijk is en het werk net zo goed gedaan kan worden door andere zorgprofessionals, dan kunnen standaarden een dode letter worden of zelfs een negatief effect hebben op geestelijke verzorging. Met andere woorden, openheid en erkenning door andere professionals en het management lijken belangrijker voor de inhoud en de kwaliteit van het werk dan louter het bestaan of ontbreken van standaarden.

#### *Een kritische noot*

We eindigen deze bijdrage met een kritische opmerking en een aanbeveling. De kritische opmerking heeft betrekking op het feit dat er nauwelijks sprake lijkt te zijn van uitwisseling van informatie over standaarden tussen verschillende instellingen en tussen geestelijk verzorgers onderling. Als gevolg daarvan wordt het wiel vaak opnieuw uitgevonden. Dit is niet zo'n probleem als het relatief eenvoudige standaarden betreft die gemakkelijk opgesteld en geïmplementeerd kunnen worden. Maar als het gaat om minder eenvoudige standaarden zoals het hierboven vermelde registratieprogramma of de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood voor verpleegkundigen, dan zou uitwisseling van informatie en samenwerking zeer de moeite waard kunnen zijn.

Hier zien wij een belangrijke taak weggelegd voor de VGVZ. Deze zou zowel de uitwisseling van informatie over de inhoud van standaarden als over de implementatie en de evaluatie op zich moeten nemen. Wij hebben hiervoor een voorzet gedaan door de standaarden die wij in ons onderzoek hebben ontvangen in een database te verzamelen. Deze database is vooralsnog te raadplegen via <http://www.rug.nl/ggw/onderwijs/maopleidingen/magv<sup>23</sup>>, maar wij zullen deze in de nabije toekomst ook aan de VGVZ ter beschikking stellen zodat deze eventueel via de site van de VGVZ kan worden geraadpleegd.

#### *Aanbeveling*

Onze aanbeveling luidt dat er vervolgonderzoek zou moeten komen naar het aantal, de aard en het gebruik van standaarden en hun invloed op de alledaagse werkzaamheden van geestelijk verzorgers. Vooralsnog lijkt kwalitatief onderzoek in de vorm van etnografisch onderzoek en diepte-interviews – niet alleen met geestelijke verzorgers, maar vooral ook met andere zorgprofessionals – ons een veelbelovende wijze om de impact van standaardisering op het werk van geestelijk verzorgers ver-

der in kaart te brengen. Wij vermoeden dat daarbij duidelijk zal worden dat onze vraag of standaardisering van geestelijke verzorging een zegen of een vloek is, niet met een eenvoudig 'ja' of 'nee' te beantwoorden is. Niet alleen zal onderscheiden moeten worden tussen verschillende vormen en doelen van standaarden, maar evenzeer naar de sociale context waarin deze gebruikt worden. Het is in ieder geval een uitdaging voor de beroepsgroep om standaarden, of deze nu van buitenaf opgelegd of door geestelijk verzorgers zelf ontwikkeld worden, zodanig te vertalen en vorm te geven dat deze recht doen aan de eigen aard, doelen en methode van de geestelijke verzorging.

\* Prof. mr. dr. Anne Ruth Mackor is als gewoon hoogleraar professie-ethiek verbonden aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen en als Socrates hoogleraar professionele ethiek aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap en de Faculteit Wijsbegeerte van de Rijksuniversiteit Groningen.

\* Prof. dr. Hetty Zock is als bijzonder hoogleraar Geestelijke Verzorging en universitair hoofddocent godsdienstpsychologie verbonden aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen.

\* Drs. Froukje Pitstra rondde de master Geestelijke Verzorging en de researchmaster Religious Symbols & Traditions af aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen en werkt daar momenteel als bursaal aan een dissertatie over Anne Mankes-Zernike, de eerste predikante van Nederland. Zij was in 2007 en 2008 aangesteld als onderzoeker binnen het beschreven project.

## Literatuur

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago/London, University of Chicago Press.
- Baart, A. (2001) *Een theorie van de presentie*, Utrecht, Lemma.
- Berg, Marc en Wim Schellekens (2002) 'Paradigma's van kwaliteit', in: *Medisch Contact* Vol. 57 no 34, pp. 1203-1205.
- Berlinger, Nancy (2008) 'The Nature of Chaplaincy and the Goals of QI: Patient-Centered Care as Professional Responsibility', in: *Hastings Center Report* 38, pp. 30-33.
- Bevan, Gwyn and Christopher Hood (2006) 'What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health System', in: *Public Administration* Vol. 84 no 3, pp. 517-538.
- Bouwer, J. (1998) *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, Zoetermeer, Boekencentrum.
- Bouwer, Johan (ed.) (2000) *Met meer dan hart en ziel. Levensbeschouwelijke diagnostiek, geestelijke zorgverlening en context*, Gorinchem, Ekklesia.
- Bouwer, Johan (2005) 'Jorna tussen geestelijke begeleiding en geestelijke zorgverlening (?)', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8 nr. 37, pp. 37-48.
- Brink, Gabriel van den, Thijs Jansen en Dorien Pessers (red.) (2005) *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*, Boom, Amsterdam.
- Bruijn, Hans de (2007) *Managing Performance in the Public Sector*, London, Routledge.
- Duyvendak, Jan Willem, Trudie Knijn en Monique Kremer (red.) (2006) *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Welfare*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Engelhardt, H. Tristram (1998) 'Generic Chaplaincy: Providing Spiritual Care in a Post-Christian Age', *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality* Vol. 4 no 3, pp. 231-238.
- Foucault, Michel (1989) *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Groningen, Historische Uitgeverij, 1989. (Vertaling van: *Surveiller et Punir: Naissance de la Prison*, Paris, Gallimard, 1975.)
- Frey, Bruno S. and Reto Jegen (2001) 'Motivation Crowding Theory', in: *Journal of Economic Surveys* Vol. 15, no 5, pp. 589-611.
- Gezondheidsraad (2006) *Vertrouwen in verantwoorde zorg. Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren, Signalering ethiek en gezondheid* 2006/1, Den Haag, CEG.
- Hastings Center Report (2008) *Can we Measure Good Chaplaincy? A New Professional Identity is Tied to Quality Improvement* Vol. 38, no 6.
- Hutschemaekers, G. en B. Tiemens (2006) 'Evidence-Based Policy. From Answer to Question', in: Jan Willem Duyvendak, Trudie Knijn en Monique Kremer (red.), *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, Amsterdam, Amsterdam University Press, pp. 34-47.
- Jorna, T. (2005) 'De geestelijke dimensie in geestelijke verzorging. Kritische noot bij Bouwers competenties van het vak', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8, nr 34, pp. 36-46.
- Lantman, Ren van Schrojenstein (2007) *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo, Uitgeverij Kavanah.
- Lantman, Ren van Schrojenstein (2009) 'Samenwerken in het kwaliteitsbeleid. Een weg tot integratie van de geestelijke verzorging in de zorgorganisatie', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12, nr 53, pp. 6-13.
- Mackor, Anne Ruth (2006) *Te meten, of niet te meten: dat is de vraag*, Amsterdam, SWP.
- Mackor, Anne Ruth (2007a) 'Standaardisering en ambtelijke binding. Lopen de idealen van geestelijk verzorgers gevaar?', in: Jos Kole en Doret de Ruyter (eds.), *Werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit*, Assen, Van Gorcum, pp. 89-103.

- Mackor, Anne Ruth (2007b) 'Standaardisering van geestelijke verzorging', in: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10, nr. 44, pp. 21-37.
- Mackor, Anne Ruth (2008) 'Prestatienormen. Over prestatie-meting (in opdracht) van de overheid', in: P.C. Westerman en A.R. Mackor (red.), *Vormen van (de?) regulering*, Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, pp. 73-92.
- Mackor, Anne Ruth (2009a) 'Richtlijn en autonomie', in: Jos Kole en Doret de Ruyter (red.), *Code en karakter*, Amsterdam, SWP, pp. 47-59.
- Mackor, Anne Ruth (2009b) 'Standardization of Spiritual Care in Healthcare Facilities in the Netherlands: Blessing of Curse?', in: *Ethics and Social Welfare* Vol. 3, no 2, pp. 215-228.
- Mooren, J.H.M. en W. Smeenk (2009) *Ambtelijke Binding. Rapport van de Commissie Ambtelijke Binding van de VGVZ*, 2009.
- Organ, Dennis W. and Charles N. Greene (1981) 'The Effects of Formalization on Professional Involvement: A Compensatory Process Approach', in: *Administrative Science Quarterly* Vol. 26, pp. 237-252.
- Porter, T.M. (1995) *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press.
- Power, Michael (1997) *The Audit Society*, Oxford, Oxford University Press.
- Puchalsky, Christina M., Beverly Lunsford, Mary H. Harris and Rabbi Tamara Miller (2006) 'Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model', in: *The Cancer Journal* Vol. 12, no 5, pp. 398-416.
- Sackett, D.L. et al (1996) 'Evidence Based Medicine: What it Is and What it Isn't', in: *BMJ* 312, pp. 71-72.
- Smeets, W. (2006) *Spiritual Care in a Hospital Setting. An Empirical-theological Exploration*, Leiden, Brill.
- Swift, Christopher (2009) *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS*, Ashgate, Farnham, England/Burlington, VT.
- Tonkens, Evelien (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, Utrecht, NIZW.
- VandeCreek, L. and L. Burton (eds.) (2001) 'Professional Chaplaincy: Its Role and Importance in Healthcare', White paper, in: *Journal of Pastoral care* Vol. 55, no 1, pp. 81-97.
- VGVZ (2002) Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen. *Vereniging van geestelijk verzorgers in zorginstellingen* [Online]. <http://www.vgvz.nl/userfiles/files/beroepsstandaard.pdf> [23 oktober 2009]
- Westert, G. (2006) *Variatie in prestatie. De kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod* Inaugurale rede, Tilburg.
- WRR (Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid) (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening. Rapport no 70*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Zock, Hetty (2007) *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief* (oratie Rijksuniversiteit Groningen), Tilburg, KSGV.

## Noten

- In dit artikel gebruiken we veelvuldig de term patiënten. Deze term kan waar nodig worden vervangen door de term cliënten of bewoners.
- Zie ook het artikel van Frits Postema elders in dit nummer.
- De Amerikaanse Nancy Berlinger stelt dat geestelijk verzorgers door mee te werken aan patiëntgerichte zorg, één van de foci van kwaliteitsverbetering, ook hun eigen bijdrage in de zorg zouden kunnen verduidelijken (Berlinger 2008).
- Het Werkverband van Vrijgevestigde Geestelijk Ver-zorgers heeft in 2009 onderdak gevonden in de koe-pel van het NVPA (het Nederlands Verbond voor Psy-chologen, Psychotherapeuten en Agogen). Daardoor is geestelijke verzorging als een vorm van behandeling opgenomen in het aanvullend pakket van een aantal ziektekostenverzekeraars.
- Dit onderzoek is financieel mede mogelijk gemaakt door de VGVZ en door de Stichting Geestelijke Ver-zorging en Geestelijke Gezondheid, die de bijzondere leerstoel Geestelijke Verzorging in Groningen onder-steunt.
- <http://www.rug.nl/ggw/onderwijs/maopleidingen/magv/index>
- Porter 1995, Power 1997, Frey & Jegen 2001, Tonkens 2003, WRR 2004, Van den Brink et al. 2005, Bevan & Hood 2006, Duyvendak et al. 2006, Gezondheidsraad 2006, De Bruijn 2007, Mackor 2006, 2008, 2009a.
- Een bijkomend, niet te onderschatten, probleem is hoe je de professionals zo ver krijgt dat ze ook daad-werkelijk gebruik gaan maken van deze richtlijnen en protocollen.
- Zie Mackor 2006, p. 19, noot 10.
- Output indicatoren zijn indicatoren die de geleverde diensten of producten in termen van volume (aan-tallen) en de kwaliteit ervan meten. Als voorbeeld: het aantal bezochte patiënten, het aantal afgeronde contacten (met resultaten), verantwoording van aan-wezigheidsuren in de instelling, etc. Zie verder over prestatie-indicatoren Mackor 2008.
- Zie bijvoorbeeld de discussie tussen Ton Jorna (2006) en Johan Bouwer (2006) in *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*.
- Hier moet overigens gewezen worden op het feit dat vrijplaats door verschillende geestelijk verzorgers op verschillende wijzen wordt ingevuld en gelegitimeerd en dat dit veelal met de aard van de zorginstelling samenhangt.
- Meer hierover in de bijdrage van Leonard van Wijk elders in dit nummer (pp. 35-43).
- Relevant empirisch bewijs dat standaarden intrin-sieke motivatie kunnen beïnvloeden komt van de 'motivation crowding theory'. Frey & Jegen (2001, pp. 592, 594) betogen dat interventies die afkomstig zijn van anderen, zoals voorschriften die vergezeld gaan van sancties, de intrinsieke motivatie negatief kun-

- 
- nen beïnvloeden. Zij betogen dat externe interventies een 'crowding out' effect kunnen hebben omdat zij zowel het gevoel van zelfbeschikking als de eigenwaarde kunnen verminderen. De auteurs betogen echter ook dat onder specifieke omstandigheden het opleggen van externe interventies, zoals het invoeren van een standaard, een positief, dat wil zeggen 'crowding in', effect kan hebben. Vergelijk ook Organ & Greene 1981.
- 15 Vergelijk bijvoorbeeld Gezondheidsraad 2006 over de effecten van prestatie-indicatoren
  - 16 Het artikel is online te raadplegen via: <http://www.vgvz.nl/userfiles/files/Mackor%20Standaardisering%20van%20GV%20TGV.doc>
  - 17 De meeste respondenten zijn protestant (42) of katholiek (26). Respectievelijk 17 en 7 van hen gebruiken standaarden. Twaalf (12) respondenten hebben geen ambtelijke binding en twee (2) werken niet in een instelling voor gezondheidszorg, maar hebben een eigen praktijk (beiden gebruiken standaarden). Van de 40 respondenten die werken met standaarden zijn de meesten verbonden aan een (groter) ziekenhuis (35 respondenten - 17 met standaarden), een verzorgingstehuis (29-11) of een psychiatrische kliniek (22-7).
  - 18 Dit programma werd ontwikkeld door Frits Postema, geestelijk verzorger in een Geriatrisch Verpleeghuis. Vliethoven te Delfzijl. Lees hierover meer in zijn bijdrage elders in dit nummer (pp. 26-33).
  - 19 Deze richtlijn is ontwikkeld door de dienst Geestelijke Verzorging van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Momenteel wordt onderzocht of het wenselijk is dat de richtlijn ook wordt ingevoerd op andere afdelingen in het ziekenhuis.
  - 20 De Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood voor verpleegkundigen is ontwikkeld door de afdeling Geestelijke Verzorging van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).
  - 21 Deze beslisboom is ontwikkeld door de Dienst Geestelijke Verzorging van de Isala Klinieken in Zwolle.
  - 22 Het percentage van *respondenten* dat zegt te werken met standaarden is redelijk hoog is (40%). Op basis van gesprekken met verschillende geestelijk verzorgers is onze indruk dat het percentage van geestelijk verzorgers dat werkt met standaarden in werkelijkheid veel lager is.
  - 23 Informatie over de standaard en de gegevens van de geestelijk verzorgers zijn opgenomen met goedkeuring van de betreffende geestelijk verzorger. Respondenten die op de vragenlijst aangaven anoniem te willen blijven zijn niet opgenomen in de database. Omdat dit een niet onaanzienlijk deel betrof is de omvang van de database momenteel kleiner dan het aantal standaarden dat wij ontvingen.