

# FLEXIBEL MAATWERK IS DE STANDAARD

## *Standaardisering van de geestelijke verzorging binnen de psychiatrie*

Door: Drs. Leonard van Wijk\*

*Leonard van Wijk heeft een kritische kijk op standaardisering. Standaardisering staat voor velen borg voor kwaliteit. Van Wijk stelt dat kwaliteit niet vast te leggen is met afspraken en standaarden. Het is een continu proces, waarin de relatie centraal staat en maatwerk nodig is.*

Het mission statement op de pagina hiernaast hangt op de deur van mijn werkkamer. Als u dit stripje onthoudt, mag u desnoods de rest van wat ik ga schrijven, vergeten.

Ik ga wat kritische kanttekeningen maken bij 'standaardisering in de Geestelijke Verzorging'. Ik doe dat vanuit mijn werkcontext: de psychiatrie. Dat geeft de nodige beperkingen: voor andere sectoren (ziekenhuizen, verpleeghuizen) zou wellicht een heel ander verhaal te houden zijn. Maar voor mij geeft dit stripje de essentie weer van geestelijke verzorging: Dirk die de knuts kwijt is wil graag in zijn eigenheid en individualiteit gezien en begrepen worden. Hij weigert zich te schikken naar de standaard die hem wordt opgelegd: de standaard voor mensen die de kluts kwijt zijn. Wil ik als geestelijk verzorger binnen de psychiatrie iets betekenen voor Dirk, dan moet ik mij richten naar zijn vragen, behoeften, mogelijkheden en onmacht. Kortom, zijn eigenheid. Ook de vorm die ik koos (een strip, met humor) is van belang, want ik moet telkens creatief zoeken naar manieren om voor Dirk van betekenis te kunnen zijn.

Ik zal eerst beschrijven wat de context waarin ik werk, van mij vraagt; en welke keuzes we als team hebben gemaakt qua werkvormen en standaarden. Omdat die standaarden worden verbonden met kwaliteit, ga ik daarna dieper in op het begrip kwaliteit, en wie bepaalt wat dat is. Ik probeer de eigen kwaliteit en waarden van geestelijke verzorging te beschrijven, en houd dan een pleidooi voor flexibel maatwerk en investeren in 'kwaliteitspersonen' in plaats van standaardisering. Ik sluit af met een recent praktijkvoorbeeld ter illustratie.

### **Twee standaard werkvormen**

Als Dienst Geestelijke Verzorging (vanaf nu: DGV) maken wij deel uit van GGNet: een grote verregaand geregionaliseerde instelling in het oosten van het land. GGNet is een samenvoeging van twee klassieke psychiatrische ziekenhuizen, een aantal PAAZ'en (psychiatrische afdeling bij algemeen ziekenhuis), RIAGGS (supportcentra voor ambulante behandeling) en talloze RIBW's (huizen en woon-groepen voor beschermd wonen). Het is een fusie van zeer verschillende werkculturen, en dat ook nog verspreid over een groot gebied.

---

Dit maakt het voor ons al lastig om ons werk te positioneren. We hebben als core business gekozen voor twee werkvormen: het individuele gesprek en het groepsgesprek. Daarnaast hebben we een oude derde vorm gehandhaafd: op de twee hoofdlocaties Apeldoorn en Warnsveld/Zutphen verzorgen we zondagse kerkdiensten. Maar die laat ik nu even buiten beschouwing. Binnen deze twee hoofdvormen kennen we echter een enorme variatie:

- Een *individueel gesprek* kan op afspraak zijn. Eenmalig, of als onderdeel van een langdurige begeleidingsrelatie; of een serie van drie, op verwijzing van een behandelaar. Gesprekken vinden plaats op ons initiatief, op aanvraag van de cliënt, of door een zacht duwtje in de rug door een verpleegkundige. De locatie varieert ook nogal: in onze werk-kamer, in een gesprekskamer van een afdeling, in de kamer van de cliënt zelf, soms in een separeer-cel, in een huis voor beschermd wonen, en soms bij zelfstandig wonende cliënten thuis. Op onze hoofdlocaties kan het ook een terloops gesprek op straat zijn, in een rookkamer, een toevallige ontmoeting op een afdeling of in het Inloopcafé, een aanwaiggesprek met cliënten die in ons kantoorgebouw even warm worden en koffie krijgen. En niet te vergeten: we doen aan even napraten bij de koffie na een kerkdienst.

Het klinkt gefragmenteerd; dat is het ook. Veel cliënten stromen snel door naar andere locaties, met een aantal hebben we langdurige relaties.

- De *groepsgesprekken* zijn wel altijd vaste, afgesproken momenten. Maar ook die variëren sterk van karakter: van laagdrempelig op de koffie komen; mee eten bij de lunch en dan een uur blijven om gelegenheid tot individueel gesprek te bieden, tot stevige levensbeschouwelijke thema-uren die onderdeel van het weekprogramma van een kliniek uitmaken. In het laatste geval: met daarbij per afdeling weer een onderscheid in vrijwillige of verplichte deelname. Het kan ook een cursus Levenswandel of Levensvragen zijn, of een filmgroep,

waar cliënten op moeten intekenen. Soms zijn er verpleegkundigen bij deze groepsgesprekken, soms niet. Op veel plekken werken we samen met activiteitenbegeleiders, maar ook dat is weer geen standaard. En de gebruikte werkvorm hangt geheel af van wat de groep cliënten wil, aankan en nodig heeft. Ik werk zelf met verhalen, gedichten, muziek, foto's, tekstkaarten, vraagkaarten, een stripje. In enkele groepen (vooral ouderen) zingen we ook liederen. Telkens moet ik goed nadenken: wat helpt bij deze groep mensen de communicatie? Pragmatisch: wat werkt, en wat is te hoog gegrepen? Maar ook inhoudelijk: hoe zet ik de juiste toon? Wat helpt hier om bij de levensvragen en bij de gevoelslaag te komen? Of omgekeerd: hoe houd ik het juist wat aan de oppervlakte, op een opnameafdeling waar de mensen nog te instabiel zijn? Dan benoemen we het meer als 'op verhaal komen'. Dit denkwerk is mijn professionaliteit. Daar mag u mij op afrekenen. Als team bevragen wij elkaar hier ook onderling op. Maar waarschijnlijk ben ik zelf mijn strengste baas en recensent...

### **Standaarden om af te bakenen**

Gezien de hiervoor geschetste context, zal het begrijpelijk zijn dat wij als DGV doorgaans weinig kunnen met standaarden. Wij verzorgen meer maatwerk (waarmee ik niet bedoel te zeggen, dat er geen maatwerk geleverd kan worden waar wél standaarden gehanteerd worden!). Toch kennen we een paar standaarden<sup>1</sup>: het gaat om een aantal regelingen, vastgelegd in folders, waarin we vooral voor ouderenzorgafdelingen en familieleden van patiënten aangeven in welke beperkte mate wij beschikbaar zijn voor begeleiding bij het levenseinde en de uitvaart van patiënten. Wij kennen geen bereikbaarheidsdienst, voor een uitvaart moet de familie proberen zelf een pastor te vinden; wij zijn slechts tweede lijn als dat niet lukt. Dit was nodig vanwege de verregaande regionalisering: een ombouw van grote centrale terreinen naar verspreide kleinere locaties. Kort door de bocht: het is voor ons niet meer te behappen. Anderzijds zijn we

wel vaak betrokken bij de verwerking van een suicide of natuurlijk overlijden op een afdeling, door middel van een korte herdenking. Tevens hebben we een kort draaiboek met componenten voor een herdenkingsdienst geschreven, voor afdelingen die dit zelf (zonder ons) willen organiseren. Tot slot hebben we een aantal zelfstandige professionals gezocht en gevonden, die een 'uitvaart op maat' verzorgen; naar hen kunnen wij families verwijzen. Het vaststellen van deze standaarden was een goed proces, waarin we als team een stevig onderling debat hebben gevoerd. We moesten afscheid nemen van een oude rolopvatting (die we 'de dorpspastor' hebben genoemd) en toewerken naar de nieuwe rol van professional met andere kerntaken en minder beschikbaarheid. Dit heeft helderheid en duidelijkheid geschapen: voor onszelf, voor de cliënten, en voor de medewerkers op de locaties waar wij werken. Maar wij zien dit niet zozeer als een kwaliteitsstandaard, het gaat meer om het vaststellen en bewaken van onze grenzen, zodat ons werk als geheel kwalitatief op peil blijft. Kort gezegd: we doen liever wat minder dingen goed, dan veel dingen half.

### **Wat heet standaard?**

Ik heb even een uitgebreid voorbeeld nodig. Ik kom voor groepswork op een ouderenafdeling. Ik werk daarbij samen met een activiteitenbegeleidster: zij haalt de mensen op, zorgt voor koffie en zo voort. Het is een afdeling van ongeveer 20 bedden, aangehaakt bij een verpleeghuis in een dorp in de Achterhoek.

Zoals gezegd: de instelling is verregaand geregionaliseerd. Een beleid van vermaatschappelijking dat ik een warm hart toedraag. Maar gevolg is wel dat ik nu veel rondreis door de regio, en anders, jawel: efficiënter moet werken. Op deze plek is de standaard geworden:

- ik werk samen met de pastor van het verpleeghuis
- omdat ik moet reizen, en voorbereidings-tijd nodig heb, betekent het concreet dat ik

één keer per maand ongeveer anderhalf uur groepswork kom doen. Dan is mijn tijd op, hooguit nog één individueel gesprekje van een kwartier kan er nog bij.

- de pastor ter plekke zit dichterbij en komt wekelijks langs voor individuele gesprekken, plus één maal per maand ook dat groepswork
- maar als een bewoner overlijdt, zitten we al met een probleem: doe jij de uitvaart of ik, of nog liever: kan de familie iemand anders regelen?

Op een dag kom ik op deze ouderengroep. De mensen zitten niet klaar, er is geen koffie. De activiteitenbegeleidster blijkt ziek. *Ik ben blijkbaar onvoldoende in beeld*, niemand heeft er aan gedacht om mij af te bellen. Nu kan ik daarover gaan mokken, of flexibel zijn en even een andere weg bewandelen. Ik besluit tot het laatste, laat het groepswork zitten en ga met een paar cliënten individueel praten. Het wordt een heerlijke morgen met mooie gesprekken. Waarvan mij het meest bijstaat: een gesprek met een vrouw die nooit bij mijn groepswork komt. Want zij kan niet tegen licht, tegen veel geluid, en tegen de geuren van mensen. Ooit had ik een korte ontmoeting met haar op de gang, vijf minuten, op weg naar mijn groepswork. Toen vertelde ze over haar recente zelfmoordpoging. Niet uit te leggen, maar ze deed het op een luchtige toon en met veel humor, ik moest lachen bij haar verhaal. Blijkbaar had ik haar vertrouwen hiermee gewonnen. Die morgen dat mijn groepswork niet doorgaat, hebben we een diepgaand gesprek over hoe zij in het leven staat, hoe het nou verder moet, en waar ze nog op hoopt.

Mijn denken kwam hierdoor weer in beweging: wij zijn vanwege de efficiency dat groepswork gaan doen. Méér cliënten in minder tijd. Maar klopt dat altijd? Zijn de individuele gesprekken niet van een andere, betere kwaliteit? Wat hebben deze mensen nodig? Nog spannender: waar hebben zij recht op?

## Wat is kwaliteit?

Wat me op de vraag brengt: wat is kwaliteit? Immers een voornamelijk veronderstelling bij standaardisering in de GV is, dat het de kwaliteit verhoogt. Maar hoe meetbaar is kwaliteit? Ieder jaar wordt binnen mijn instelling de 'cliënttevredenheid' gemeten. Die krijgt gemiddeld het rapportcijfer 7,5 tot 8. Ieder jaar verbaas ik me daarover, want zelf ontmoet ik veel patiënten die boos en ontevreden zijn over hun behandeling. Zijn ze te goedaardig en te kwetsbaar, hebben ze 'gewenste antwoorden' zitten geven bij dat onderzoek? En is 'ik ben tevreden' hetzelfde als: ik heb de juiste zorg, of: kwalitatief goede zorg ontvangen?

Een eigen ervaring: wegens duizeligheid en problemen met de holtes in mijn hoofd kom ik terecht bij een KNO-arts. Drie maanden later ontvang ik een enquête thuis. Jawel, een patiënttevredenheidsonderzoek. In vier pagina's word ik uitgebreid bevraagd over iedere handeling en elke uitvoerende persoon bij de onderzoeken. Naar waarheid vul ik in dat (op een radioloog na) de professionals mij vriendelijk bejegend en vakkundig onderzocht hebben. Maar die éne cruciale vraag ontbreekt in de enquête: '...bent u inmiddels genezen?' Ik kan namelijk melden dat dit niet het geval is. Sterker nog, er is zelfs geen heldere diagnose gesteld. Maar daar ging het toch om? Ik vrees dat dit ziekenhuis straks een ronkend rapport zal uitbrengen over de goede kwaliteit van de geleverde zorg. Wat zeggen cijfers dan? Wat is: kwaliteit van zorg? En hoe meet je dat?

## Wie bepaalt de kwaliteit?

Nog dringender vraag: wie bepaalt wat de kwaliteit moet zijn? De overheid? Die heeft de zorg uitgeleverd aan de marktwerking – dan zal de kwaliteit vanzelf wel komen, immers: anders haken de klanten wel af. Maar mijn 'klanten' in de psychiatrie hebben meestal niet zoveel te kiezen. Een flink deel van de patiënten wordt min of meer gedwongen behandeld. Zij die dit vrijwillig ondergaan, gaan

echt niet in de Gouden Gids een eigen psychiater uitkiezen. Want zo werkt het niet als je de knuts goed kwijt bent.

Moet de kwaliteit dan door de *zorgverzekeraars* bepaald worden? Op papier stellen die inderdaad de nodige kwaliteitsverbeterende eisen. Bijvoorbeeld meer cliëntenparticipatie, duidelijker behandelplannen, en tastbare resultaatmetingen van de behandeling. Maar: tegelijkertijd wordt de GGZ door die verzekeraar en de overheid financieel zó kort gehouden (en het eind daarvan is nog lang niet in zicht), dat de kwaliteitsverbetering die we de laatste jaren al hadden gerealiseerd (bijvoorbeeld minder separeren van patiënten) in gevaar komt, erger nog: de basiszorg voor met name klinische patiënten raakt (in mijn ogen) soms onder de maat. Moeten de *professionals* onderling de kwaliteit bepalen? Daar valt het nodige voor te zeggen. Laat die mensen hun vak uitoefenen. Vertrouwen, in plaats van voorschrijven en controleren. Nu gaat de papieren en elektronische verantwoording van de professionals ten koste van hun cliëntencontacten, zo geven zij zelf aan.

Maar heeft de *patiënt zelf* (die we tegenwoordig toch *cliënt*, dus: klant moeten noemen) ook nog wat te zeggen, en te beïnvloeden als het om kwaliteit gaat? Ik vrees het ergste...

Dit is wat mij tegenstaat bij alle spreken over kwaliteitszorg, transparantie en verantwoording. Het is in mijn ogen de bocht uitgevlogen. Cliënten zelf vragen niet om al die kwaliteitscontrole, maar om directe aandacht en zorg. Op papier is alles prachtig geregeld met een HKZ-keurmerk, maar de praktijk die zij ervaren is nogal eens anders. Ik vond het nodig eerst de economische en maatschappelijke werkelijkheid te benoemen – want daarbinnen werken wij immers als geestelijk verzorgers. Ik ga nu over naar standaardisering als kwaliteitsinstrument. Ik heb er grote vraagtekens bij.

### Kwaliteit van geestelijke verzorging

De afgelopen vier jaar heb ik onze cliënten nog nooit horen vragen naar of klagen over de kwaliteit van onze geestelijke verzorging. Meestal zijn cliënten namelijk behoorlijk blij met ons. Ja, of ze moeten niet veel van ons hebben (maar zeg nooit 'nooit,' want dat kan binnen een kwartier veranderen). Daar zijn ze ook vrij in: ze hebben een keus. Maar is de kwaliteit of het effect van ons werk meetbaar? Dat betwijfel ik zeer. Het enige harde cijfer dat wij hebben, is een meting op een RGC (dat is een voormalige PAAZ bij een ziekenhuis), waar de cliënten in de top 5 van gewaardeerde activiteiten de geestelijke verzorging op plaats 2 zetten. Uiteraard, dat streelt ons. Verder moeten we het doen met wat cliënten ons mondeling terug geven – en ook daarmee kunnen we ons doorgaans gevleid voelen. Ook verpleegkundigen en teamleiders melden ons vaak hun waardering. De laatste tijd krijgen we steeds meer aanvragen van afdelingen voor groepswerk. Zoveel zelfs, dat we 'nee' moeten gaan verkopen. Ze zien dat ons werk hun cliënten goed doet. Maar wat is dat: 'het doet hun goed'? Hier kom ik nog op terug.

Anderzijds blijven er ook afdelingen waar wij, ondanks veel inspanning, niet echt voet aan de grond krijgen. Standaarden en protocollen zullen dat niet verhelpen. Wij moeten veel netwerken, aftasten, relaties met zorgverleners opbouwen, en in een sterk veranderende omgeving steeds onderzoeken wat de bedding is waarbinnen wij ons werk kunnen doen. Opnieuw: maatwerk dus. In plaats van ons heil te verwachten van papier (richtlijnen, protocollen, doelstellingen, verwijskaarten), zoeken wij het vooral in *de relaties* – zowel met cliënten als met medewerkers. Want wat ons 'product' is, staat niet altijd tevoren vast, *we ontwikkelen het in de relatie met cliënten en medewerkers*.

Nu mijn hoofdstelling: wij kennen als Dienst Geestelijke Verzorging in de psychiatrie geen echte standaarden. En dat willen we graag zo houden. Want:

### Flexibel maatwerk is onze standaard

Dat heeft twee kanten. De voortdurend veranderende organisatie waarin wij ons bewegen, vraagt dit van ons. Maar belangrijker: het is onze *principiële keuze* om zo aan te sluiten bij wat de cliënten van ons vragen. Want de Nederlandse zorg en ook de instelling waar wij in werken, laat zich qua organisatie steeds meer bepalen door de gang van zaken in het moderne bedrijfsleven. Laten we eerlijk zijn: niet omdat we dit zelf zo graag willen maar omdat dit ons van buitenaf is opgelegd. Het gaat minder om de inhoud van de zorg, en meer om 'productie' die gehaald moet worden, tegen zo laag mogelijke kosten. Het moet immers betaalbaar blijven, nu en vooral in de toekomst. Dat op zich is begrijpelijk.

Wat ik minder acceptabel vind, is dat we de *manier van spreken en denken* uit het bedrijfsleven óók overnemen. Wij zijn geen bedrijf dat winst maakt, wij zijn geen fabriek die artikelen produceert – wij verlenen diensten, zórg, aan heel kwetsbare mensen die vaak weinig te kiezen hebben. Het zijn geen consumenten. En efficiency vind ik geen heus vies woord. Maar neem dat liever niet in de mond als je in werkelijkheid bedoelt dat we dezelfde of liefst nog betere zorg moeten leveren voor veel minder geld. Het is nu eenmaal zo: kwaliteit kost geld. Laten we dan eerlijk zijn, en zeggen: dit is bepaald niet de kwalitatief beste, maar momenteel de meest haalbare (= betaalbare) zorg.

### Ruimte voor het toevallige

Nog een risico van standaardisering is, dat die te weinig ruimte laat voor het 'toevallig waardevolle'. Een voorbeeld:

Ik zal net in de auto stappen om naar de zoveelste locatie te gaan. Een mij onbekende vrouw spreekt me aan: of ze even in de kapel mag? Om een kaars aan te steken? Ooit had ik gezegd: kom een andere keer maar terug. Nu neem ik het onverwachte zoals het komt. Ik loop mee, draai de kapel open, laat haar binnen. Ze begint al te vertellen: ze zit op ons terrein in de verslavingszorg. 'Voor het eerst ver-

---

doof ik mijn verdriet niet, ik laat het nu toe. Het is de geboortedag van mijn overleden dochter, ze zou nu 28 worden, wiegendood.' Ze steekt een kaars aan voor haar dochter. 'Ook een voor jezelf?' Dat doet ze. En een derde voor haar dochter die nog wel leeft. Ze laat haar tranen de vrije loop. Is dan stil. Ze komt bij me zitten. 'Dit heb ik nog nooit eerder gedaan', zegt ze. We praten 10 minuten. Ik laat haar weer uit, de drie kaarsen blijven brandend achter.

Hoe het haar verder zal vergaan? Dat is een grote vraag, want verslaving is hardnekkig. Maar dit moment zal de vrouw goed hebben gedaan. Iets van troost. Wie weet geeft het haar de moed om haar gevecht aan te gaan. Al is het maar één dag, één uur. Is dat ook een resultaat? Opnieuw: het weerbarstige leven laat zich in geen standaard stoppen. Ik zou hier talloze voorbeelden aan kunnen toevoegen. Ze bevestigen me in mijn maatstaf: *flexibel maatwerk*.

### **Maakbaarheid en onmacht**

Achter standaardisering zitten veronderstellingen. Ik citeer uit onverdachte hoek, een boekje van twee bedrijfsadviseurs met de heerlijke titel *Gedoe komt er toch?*:

'Het klassieke organisatie- en managementparadigma (...) gaat uit van de *maakbaarheid van de wereld, de voorspelbaarheid van de toekomst, en de eenvormigheid van grote groepen klanten/afnemers*. Dat is al nooit zo geweest, maar wordt door de veelheid en vooral de snelheid van veranderingen alleen nog maar moeilijker. De onvoorspelbaarheid neemt nog eens extra toe naarmate je je meer wilt en durft laten sturen door je klanten'.

Ze geven in dit boekje treffende voorbeelden van bedrijven die hun standaard niet durfden of konden loslaten en ten onder gingen; en omgekeerd van bedrijven die opbloeden nadat ze meer in gesprek met hun klanten gingen, en daardoor creatief nieuwe producten gingen ontwikkelen. Tja, het is herkenbaar. Heel vervelend dat de

wereld niet zo maakbaar, voorspelbaar en eenvormig is. Onhandig voor mijn werk. Maar, zoals de dokter zegt: ik moet ermee leren leven. Ik werk in een voortdurend *snel veranderende* instelling: afdelingen worden verplaatst of opgeheven, nieuwe afdelingen worden opgezet (bij voorbeeld voor Forensische Psychiatrie). Maar ook de medewerkers op die afdelingen komen en gaan. Had ik net een goede werkrelatie met een teamleider die het belang van geestelijke verzorging inziet, verdwijnt hij en moet ik op zoek naar een nieuw 'bruggenhoofd'.

En ik werk voor en met patiënten die bepaald *niet maakbaar* zijn. Zij zijn de levende uitbeelding van de gebroken werkelijkheid, het raadselachtige, onvolmaakte leven. Sommigen vertonen grote veerkracht en knappen min of meer op. Maar dat is *niet voorspelbaar*. Een flink aantal heeft levenslang, en is het leven op den duur dan ook moe. Genezing zit er niet altijd in, coping (ermee leren leven) hopelijk wel. Maar suïcides zijn niet altijd te voorkomen.

### **Eigenheid van geestelijke verzorging**

Onze patiënten moeten ook altijd zo veel. Ze moeten hun gedrag veranderen. Ze moeten al die pillen nemen. Ze moeten de ernstige bijwerkingen daarvan voor lief nemen. Ze moeten zich aanpassen en zich rustig houden, of ze moeten juist leren om hun emoties te uiten. Ze moeten goed omgaan met een groep medepatiënten: mensen waar ze niet zelf voor gekozen hebben. Maar met wie ze zich niet teveel mogen bemoeien, want dat is aan de verpleging. Ze liggen dagelijks onder een vergrootglas en alles wat ze zeggen, doen of niet doen, wordt geïnterpreteerd. En vervolgens ook nog eens vastgelegd in elektronische dossiers.

En bij ons als geestelijk verzorgers? *Bij ons hoeven of moeten ze even niks*. Dat is ons principiële uitgangspunt. Ze mogen even zijn wie ze zijn: met al hun verdriet en verlangen, hun malligheid en eigenwijsheid, hun mislukkingen én hun enorme kracht:

want voor hen is opstaan uit je bed elke dag een k euzе.

Als een tijdelijke bondgenoot probeer ik een betekenisvolle relatie met de cliënten op te bouwen. Hoe die relatie eruit ziet, verschilt per cliënt. Want het zijn unieke mensen, zij zijn het tegendeel van *eenvormigheid*. Dirk (de cliënt) laat zich mijn standaard niet opleggen. Ik nodig Dirk uit om mij duidelijk te maken wat hij van mij wil. Als hij dat al weet... Of misschien zelfs: Dirk nodigt mij uit, om samen te z eken naar wat hij nodig heeft. Als dat lukt, moet ik weer een stapje achteruit doen, om Dirk de ruimte te geven zelf verder te werken aan zijn wensen en doelen.<sup>3</sup>

Zijn afspraken en standaarden dan nergens goed voor? Dat hangt ervan af wat je ermee wilt bereiken.

### **Moreel Beraad: op zoek naar waarden**

Sinds drie jaar ben ik gespreksleider bij Moreel Beraad: dat is een open dialoog, een ethisch gesprek binnen klinische teams over wat 'goede zorg' is. Dat staat niet vast, dat bepaal je elke keer opnieuw met elkaar – vanuit zelf meege­maakte voorbeelden uit de weerbarstige praktijk. De gesprekken gaan vaak niet over 'zware' ethische vragen, maar juist over de gewone alledaagse praktijk op de werkvloer. Hoe werk je goed samen? Hoe zit het met de bejegening van cliënten? Waar begint en eindigt je verantwoordelijkheid? Waar we dan naar zoeken is: vanuit welke waarden en normen lever jij zorg, maak jij je keuzes, hoe bepaal jij wat 'goed' is? Eén van de terugkerende thema's is: 'Waarom werken onze afspraken niet?' Het antwoord is schokkend eenvoudig:

- Het leven is gewoon niet zo maakbaar als we zouden willen.
- Niet de afspraken maar de mensen die ze uitvoeren zijn het belangrijkste instrument, en helaas, wat blijkt: mensen maken fouten! Vaak ook nog: vanuit de beste bedoelingen...

- Het gaat dus ten diepste niet om de afspraken, of ze wel of niet deugen, maar om hoe ieder zich tot die afspraken verhoudt.

De les die ik hier uit leerde: kwaliteit leg je niet vast met afspraken en standaarden. Je kunt er wel de nodige kaders mee aangeven. Maar kwaliteit is een continu doe-bezin-en-leer-proces. Kwaliteit kan groeien, waar je met elkaar in gesprek blijft: of de afspraken wel kloppen, of ze bijgesteld moeten worden, en wanneer je het meer van je eigen houding, initiatief en creativiteit moet hebben dan van de regels. Hierbij past een cyclisch werkmodel, waarin je ook evalueert. Als DGV-team doen wij dit ieder jaar in september, zeer uitgebreid. Overigens, het lijkt mij niet onbelangrijk dat we ook als geestelijke verzorgers nog wat meer gaan zoeken naar onze eigen richtinggevende waarden en normen, zoals in een Moreel Beraad gebeurt.

### **Eigen waarden van geestelijke verzorging**

Ik kom nu terug op wat ik eerder schreef: dat onze cliënten (en hun hulpverleners) aangeven dat de geestelijke verzorging 'hun goed doet'. Wat is dan dat goede?

In de kern: *de relatie* met de cliënt zelf is waardevol, niet een doel of resultaat van die relatie. Een stagiaire, die in het verleden zelf behandelaar is geweest, was nieuwsgierig naar wat nu het eigene van de geestelijk verzorger zou zijn. Na enkele maanden benoemde ze dit als: dat de cliënten het gevoel krijgen werkelijk *gezien* te worden. Ik kan er aan toevoegen: en werkelijk *gehoord* te worden. Dit kan een waardeoordeel lijken richting behandelaars en verpleging, maar zo is het niet bedoeld. Wij hebben als geestelijke verzorgers gewoon een andere, ondersteunende rol. Cliënten beseffen dat heel goed, en zeggen bijvoorbeeld: met jou kan ik vrijuit over mijn doodswens praten, zonder dat er meteen een spuit aan te pas komt; en jij gaat het niet in een dossier vastleggen.

---

Als ik denk over de eigen waarden van geestelijke verzorging dan kom ik op woorden als respect, keuzevrijheid, uitnodigend, onderzoekend, vertrouwelijk, en trouw. De cliënt mag de agenda van het gesprek bepalen. Mijn focus is niet: behandelen, maar ondersteunen en dat betekent nogal eens: met lege handen de onmacht withouden. Overigens, ook een waarde als gelijkwaardigheid koester ik: ik geef niet alleen, ik ontvang en leer heel veel van de cliënten. Zij helpen mij veel zogenaamde problemen te relativeren. Dat vind ik belangrijk, want: hoe meer zorg mensen vragen, des te groter het risico dat we hen als 'hulpbehoevend' gaan zien. En dat is niet gezond.

De eigen waarde van geestelijke verzorging zit ook in ons andere taalveld. Laten we gewoon verdriet niet meteen een depressie noemen (normaliserend). Jij bent geen 'probleemgeval', jij bent een waardevol mens (eigenwaarde, tegen hospitalisatie). Ik kan jou uitnodigen tot het aanvaarden van je levenspijn, ik wil jou helpen onderzoeken met welke bril je naar het leven kijkt (levensbeschouwing) en of het misschien tijd is voor nieuwe glazen; maar jij kiest uiteindelijk zelf (vrijheid). Voor zover ik over kwaliteitsstandaarden in mijn werk wil nadenken, moet het vanuit deze blik en deze waarden komen. Minder gericht op efficiency (daar ben ik niet voor aangenomen) of op resultaten (dat is niet aan mij, dat is aan de cliënt). De mens zelf mag even centraal staan.

Van kwaliteit gesproken. Bij een Moreel Beraad met een managementteam van een collega-instelling kwam een essentieel punt naar voren: de verhouding tussen behandelkwaliteit en levenskwaliteit. Concreet, als het om financiële keuzes en het al dan niet sluiten van een afdeling gaat bij bezuinigingen, dan wint de dure behandelzorg het vaak van de afdeling met bewoners die 'uitbehandeld' zijn, waar het geld veeleer gaat zitten in het vergroten van hun levensgeluk. Bij levensgeluk moet u dan denken aan: het hebben van een eigen slaap-

kamer of douche, en een wat leuker aangeklede huiskamer...

Het lijkt mij dat we als geestelijke verzorgers, als het om werken vanuit onze eigen waarden gaat, het meer moeten zoeken in de richting van de levens- dan van de behandelkwaliteit.

### **Positief: zichtbaarheid en duidelijkheid door standaardisering**

Eigenlijk de enige geldige reden die ik zie voor standaardisering: niet de controleerbaarheid of kwaliteitsgarantie, maar *omdat jij het voor jezelf nodig hebt*.

Omdat het je werk makkelijker zal maken. Of: als je werkt in een context, waar het (te) moeilijk is om jezelf zichtbaar te maken. Waardoor de vraag naar jouw zinvolle aanbod niet op gang kan komen. Dan zul je in gesprek moeten: met de directie, met afdelingsleiders. Maar dan zul je ook met een goed verhaal moeten komen. Wat heb jij als eigenheid te bieden – wat niet ook gedaan zou kunnen worden door een verpleegkundige, een psycholoog, een maatschappelijk werker, die trouwe zonnbloemdame? Zoals Corja Menken-Bekius uitdagend schrijft: *Een beroepspastor kan heel deskundig thee drinken. Inderdaad, daar heeft hij al die jaren voor gestudeerd* (in 'Werken met rituelen in het pastoraat', Kok, 2001).

Ik denk dat ik begrijp wat zij bedoelt, ik herken het ook in mijn eigen werk waarin ik bij veel groepen op de thee of koffie kom. Mijn aanwezigheid roept veel op bij de cliënten. Maar leg het maar eens met goede argumenten uit aan je directie.

### **Een nieuwe ontwikkeling**

We worden recent benaderd door de behandelstaf van een grote afdeling van 8 groepen voor longstay-zorg. Het is een plek waar we in het verleden vaak moeilijk binnen kwamen. Maar er is wisseling van leidinggevenden geweest. De huidige staf is voor de behandeling een nieuw waardesysteem aan het ontwikkelen. Bij hun opname zullen cliënten



een scorelijst invullen, waarbij ze punten geven aan voor hen belangrijke levensgebieden: familie, huwelijk/intieme relaties, ouderschap/kinderen, vrienden en sociaal leven, werk, educatie en training, recreatie/plezier, geloof/spiritualiteit, deelname aan verenigingen, en fysieke verzorging (sport, voeding). Ze zullen wekelijks met dezelfde waardenlijst bevraagd worden: wat ze gedaan hebben op de gebieden waar ze belang aan hechten. De toon is positief, de cliënten hoeven zich niet te laten afschrikken door haalbaarheid. Ze mogen wensen dromen. Uiteraard: wij zijn gevraagd om de waarde 'geloof en spiritualiteit' te 'bemensen'. Prachtige standaard toch? En we hebben er niet eens zelf om hoeven zeuren! Ja. Om toch even te zeuren: we hebben er de volgende vraagtekens bij: Geloof en spiritualiteit zijn een vlag die maar voor een zeer beperkt deel de lading van ons werk dekt. Kan die ene cliënte mij nu nog door de verpleging laten oppiepen, omdat ze haar verdriet met me wil delen om haar poes die 'weg moest'?

Mijn humanistische collega; kunnen de cliënten haar 'plaatsen' bij dit kopje geloof en spiritualiteit? Dat ruikt toch meteen naar godsdienst en kerk? Maar dan lopen ze een vakkundige vertrouwenspersoon mis...

De manier waarop we het (vanwege de efficiency) zullen moeten vormgeven, is toch vooral weer via thema-uren op die 8 groepen. Moeten de cliënten daar verplicht aan gaan meedoen? Maar ze konden toch zelf kiezen voor de waarde 'geloof en spiritualiteit'? Hoe verhoudt zich dit dan?

We hebben niet te lang gezeurd. Samen met de medewerkers van de 8 groepen zijn we het verder gaan ontwikkelen. Inmiddels is duidelijk dat het per groep weer verschillende werkvormen zullen worden. De enige echte zorg is: hebben wij genoeg tijd om het *góed* te doen? Meer uren (dus meer geld) zit er momenteel niet in.

## Conclusies

- Een standaard kan helpen om jezelf als Dienst Geestelijke Verzorging zichtbaar te maken.
- Binnen de psychiatrie zie ik meer nadelen dan voordelen van standaarden.
- Durf accent te leggen op de eigen rol: 'de pastor' of geestelijk verzorger scheidt voor veel cliënten én medewerkers al een soort vanzelfsprekende 'standaard', namelijk die van de vertrouwenspersoon (de klassieke vrijplaats).
- Wees helder in je eigen blik, uitgangspunten en waarden als geestelijke verzorger.
- Investeer liever in jezelf als kwaliteitspersoon, dan in protocollen of richtlijnen; en investeer in goede relaties met afdelingen en medewerkers (netwerken).
- Durf het avontuur van maatwerk aan, ook als het resultaat onzeker is - maar dat is het altijd, want het leven is minder maakbaar dan wij zouden willen.

---

\* Drs. Leonard van Wijk is geestelijk verzorger/gespreksleider Moreel beraad GGNNet te Warnsveld.

## Noten

- 1 Tijdens een symposium in Groningen (17 april 2009) ontdekten we dat het begrip standaard zo open en breed bedoeld was: niet alleen als 'kwaliteitsstandaard', maar elke poging tot regelingen en vaste afspraken, werken met registratiecomputerprogramma's, geestelijke verzorging via internet et cetera.
- 2 Joop Swieringa en Jacqueline Jansen: *Gedoe komt er toch – zin en onzin over organisatieverandering* Scriptum, 2005; p.66
- 3 Voor één van mijn locaties schreef ik een bijdrage over de geestelijke verzorging voor het HKZ-kwaliteitshandboek. Daarin beschrijf ik o.a. als doelstelling: 'De geestelijk verzorger helpt mensen hun levensoriëntatie en zingeving aan het eigen bestaan te ontdekken en vorm te geven. Deze vorm van begeleiding is dan ook vooral: *ondersteuning van zelfzorg*'.