

Zorgkwaliteit in de geestelijke verzorging



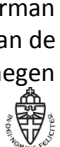
Over de relaties tussen *rolkeuze*, *zorgkwaliteit*
en de *positie* van geestelijk verzorgers in zorginstellingen

Door: Ada Byrnes-de Laet, S3044432

Begeleider: Prof. dr. J.B.A.M. Schilderman

Mastercriptie van de Masteropleiding Religiewetenschappen, traject: Geestelijke Verzorging aan de
Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen

Radboud Universiteit



Aantal woorden zonder bibliografie en bijlagen: 44802
d.d. 8 juli 2017

Verklaring eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Ada Byrnes-de Laet, dat voorliggend eindwerkstuk getiteld *Zorgkwaliteit in de Geestelijke Verzorging. Over de relaties tussen rolkeuze, zorgkwaliteit en de positie van geestelijk verzorgers in zorginstellingen*, zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Nuenen, 8 juni 2017

Hereby I, Ada Byrnes-de Laet, declare and assure that I have composed the present thesis with the title *Zorgkwaliteit in de Geestelijke Verzorging. Over de relaties tussen rolkeuze, zorgkwaliteit en de positie van geestelijk verzorgers in zorginstellingen*, independently, that I did not use any other sources or tools other than indicated and that I marked those parts of the tekst derived from the literal content or meaning of other works – digital media included – by making them known as such by indicating their source(s).

Nuenen, July 8th, 2017

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	i
Lijst figuren en tabellen	iii
Voorwoord.....	iv
1. Inleiding	1
1.1. Probleemstelling	1
1.2. Doelstelling	3
1.3. Onderzoeksmodel	4
1.4. Vraagstelling	5
1.5. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	5
1.6. Leeswijzer.....	6
2. Ontwikkeling van de geestelijke verzorging	7
2.1. Vrijheid van godsdienst: verzuiling in de zorg?.....	7
2.2. Scheiding Kerk en staat	8
2.3. Secularisering en individualisering	9
2.4. Professionalisering	11
2.5. Conclusie	13
3. Roltheorie: naar een proactief rolgebruik	15
3.1. Roltheorie. Van passief, naar actief en naar proactief rolgebruik	15
3.1.1. Rol spelen	15
3.1.2. Rol maken	16
3.1.3. Rol gebruiken	17
3.1.4. Rol en positie	18
3.1.5. Evaluatie roltheorie en definitie	18
3.2. Geestelijke verzorging en rol	19
3.2.1. Doelen van geestelijk verzorgers	20
3.2.2. Rollen voor geestelijk verzorgers	20
3.2.3. Rollen van geestelijke verzorgers als cultureel object	21
3.2.4. Resources/kapitaal van geestelijk verzorgers	21
3.2.5. De positie van geestelijk verzorgers	22
3.3. Conclusie	23
4. Theorie van kwaliteitszorg: de cliënt staat centraal	24
4.1. Wetgeving	24
4.2. Kwaliteitszorg als beleidsinstrument	24
4.2.1. Wat is kwaliteit	25
4.2.2. Kwaliteitszorg: van zorginhoudelijke naar bedrijfskundige aanpak	25
4.2.3. Het Service Quality Model	26
4.3. Verschuiving in object in kwaliteitszorg en gezondheidszorg	27
4.3.1. Patiënt georiënteerde zorg	27
4.3.2. Een nieuwe definitie van gezondheid	28
4.4. Kwaliteitszorg en geestelijke verzorging	31
4.4.1. De visie van geestelijk verzorgers	31
4.4.2. Het Servqual model voor de geestelijke verzorging?	32

4.5. Conclusie	35
5. Opzet onderzoek	37
5.1 Centrale begrippen	37
5.2 Onderzoeksoptzet	37
5.2.1 Onderzoeksmethode	37
5.2.2 Steekproef	38
5.2.3 Het feitelijke veldwerk	38
5.2.4 Ontwikkeling van de richtvragen	39
5.2.5 Procedures	40
5.2.6 Kwaliteitsborging	40
5.2.7 Inductieve of deductieve analyse	41
5.2.8 Interviewanalyse	42
5.3 Conclusie	43
6 Onderzoeksresultaten	44
6.1 Resultaten deelvraag 1: Wat wordt verstaan onder geestelijke verzorging	44
6.2 Resultaten deelvraag 2: Hoe ziet men de rol van geestelijk verzorgers	48
6.3 Resultaten deelvraag 3: Wat verstaat men onder zorgkwaliteit en kwaliteitszorg	52
6.4 Resultaten deelvraag 4: het verband tussen rolkeuze en zorgkwaliteit	59
6.5 Resultaten deelvraag 5: het verband tussen bijdragen aan zorgkwaliteit en de positie	61
6.6 Conclusie onderzoeksresultaten	63
7 Conclusies	65
7.1 Beantwoording onderzoeksvraag	65
7.1.1 Deelvraag 1	65
7.1.2 Deelvraag 2	66
7.1.3 Deelvraag 3	67
7.1.4 Deelvraag 4	68
7.1.5 Deelvraag 5	69
7.2 Terugkoppeling naar de theorie	70
7.2.1 De ontwikkeling van de geestelijke verzorging	70
7.2.2 Roltheorie	71
7.2.3 Kwaliteitszorg	72
7.2.4 Positie	72
Bibliografie	75
Samenvatting	81
Bijlage 1 Chronologisch overzicht	82
Bijlage 2 Overzicht leeftijdsgroepen en geloof in God	84
Bijlage 3 Morele generaties	85
Bijlage 4 Mindmap interviewvragen	86
Bijlage 5 Codeboek	87
Bijlage 6a Codeboom Geestelijke Verzorging	90
Bijlage 6b Codeboom Rol	91
Bijlage 6c Codeboom Kwaliteitszorg.....	92
Bijlage 6d Netwerkverbindingen tussen geestelijke verzorging, rol en kwaliteitszorg	93

Figuren en tabellen

Figuur 1.a	Onderzoeksmodel	4
Figuur 2.a	Geloof in God in Nederland	9
Figuur 2.b	Religieuze kaart Nederland	10
Figuur 3.a	Relatie positie en rol.....	19
Tabel 4.a	Hoofddimensies en aspecten van gezondheid	29
Figuur 4.b	Mate van overeenstemming met dimensies van gezondheid	30
Tabel 4.c	Doelen en zorgkwaliteit van de geestelijke verzorging	32
Figuur 4.d	Servqual model voor de geestelijke verzorging	34
Tabel 7.a	Aangepaste doelen en zorgkwaliteit van de geestelijke verzorging	71
Figuur 7.b	Rolkeuze ambt	73
Figuur 7.c	Rolkeuze professional	73

Voorwoord

De foto met het beeldje van Christus en Johannes op de voorpagina geeft een impressie van wat ik versta onder geestelijke verzorging. Nu zou de eerste gedachte kunnen zijn dat ik een ambtelijke benadering van het vak voorsta. Toch is dat niet zo. Zelf ben ik meer voor een professionele benadering van ons vak, omdat ik zie hoe divers het levensbeschouwelijk landschap in Nederland is geworden en omdat ik mijzelf als een ongebonden spiritueel beschouw. Ik ben weliswaar christelijk opgevoed, maar sta open voor verschillende stromingen en bronnen en ik vind het belangrijk cliënten zo onbevangen en onbevooroordeeld als mogelijk is te kunnen ontmoeten.

Het beeldje kan op verschillende manieren worden bekeken, het hangt af van je eigen perspectief wat je erin ziet. Dit is een van de belangrijkste dingen die ik tijdens mijn studie religiewetenschappen heb geleerd. Een andere mooie les was dat wij als mensen nooit in staat zullen zijn alle perspectieven te kennen. Daarom is een onbevangen ontmoeting volgens mij ook zo belangrijk. Geestelijk verzorgers zijn in mijn ogen dan ook geen verzorgers of hulpverleners, maar gelijkwaardige begeleiders.

Op dit moment zie ik in het beeldje een aantal aspecten. Zo zie ik een christelijke boodschap die ook een neutralere of overstijgende betekenis kan hebben. Ik zie compassie, mededogen, onvoorwaardelijke liefde, vriendschap en presentie, maar ook overgave, verdriet en eenzaamheid. Daarnaast zie ik het geluk iemand te hebben om de zorgen mee te delen. Maar ik realiseer me dat een ander waarschijnlijk heel andere dingen ziet. Die diversiteit in interpretatie zou ik aan willen dragen als geestelijk verzorger, zodat de begeleiding past bij dat wat de cliënt nodig heeft.

De bachelor Religiewetenschappen en de master Geestelijke Verzorging aan de Radboud universiteit hebben dit mogelijk gemaakt. Het is heerlijk geweest de colleges te volgen en mijn horizon op levensbeschouwelijk gebied te verbreden. Niet alleen op het professionele vlak, maar juist ook voor mijn persoonlijke spiritualiteit heb ik heel veel inzichten opgedaan, niet in het minst door de inspirerende docenten. Daarom wil ik hier alle docenten bedanken voor hun lessen. Zonder hen was deze scriptie er niet gekomen. In het bijzonder wil ik mijn begeleider prof. Hans Schilderman bedanken. Dankzij zijn begeleiding, bemoediging en kritische blik is een scriptie ontstaan waar ik heel blij mee ben. Ook wil ik mijn respondenten, al zijn ze anoniem, bedanken voor hun openhartigheid. Daardoor is een eerlijk beeld ontstaan en heeft mijn onderzoek aan waarde gewonnen. Daarnaast wil ik Grietje Dresen bedanken, zij heeft mij een ansicht met deze foto gegeven na afloop van mijn stage. Hij staat inmiddels ingelijst op mijn meditatieplek.

In de persoonlijke sfeer wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun. Mijn moeder wil ik hierin een speciale plek geven. Zij heeft in de eerste jaren van mijn studie iedere week voor de kinderen gezorgd als ik college had en mijn man Hugo aan het werk was. Daarnaast veel dank aan Hugo en mijn kinderen Feline en Alec, zij hebben als ik tentamens had en tijdens het schrijven van deze scriptie te maken gehad met een ietwat afwezige vrouw en moeder. Dankzij jullie steun is het gelukt!!!

Ada Byrnes
Juli 2017

1. Inleiding

Tijdens mijn opleiding geestelijke verzorging observeerde ik in de zorginstelling waar ik stage liep een aantal onduidelijkheden en dilemma's ten aanzien van het beroep die de werkwijzen van de geestelijk verzorgers leken te beïnvloeden. Zo was het vanaf het begin duidelijk dat de geestelijk verzorgers¹ verschillende ideeën hadden over een van de kernconcepten van ons beroep 'de vrijplaats'. De vrijplaats betekent feitelijk dat een geestelijk verzorger op grond van religieuze of kerkelijke motieven het recht heeft om cliënten zonder verwijzing te benaderen en zorg te verlenen.² In de praktijk beroepen geestelijk verzorgers zich echter vaak op de vrijplaats vanuit de gedachte dat het gaat om het ambtsgeheim. Dit onderscheid leek hun houding ten opzichte van collega-zorgverleners en de manier waarop zij met hen samenwerkten te beïnvloeden. De visie op de vrijplaats werd ook als argument gebruikt voor het beleid om geen gebruik te maken van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) of deel te nemen aan het Multidisciplinair Overleg (MDO). Ik kreeg soms het gevoel dat deze visie hun keuze zodanig legitimeerde dat daardoor een mogelijke discussie over het al dan niet gebruiken van het EPD of deelname aan het MDO was uitgesloten.

In één situatie kwam dit scherp naar voren. Op verzoek van een van de geestelijk verzorgers had ik gebruik gemaakt van het zingevinganalyse model van het werkveld verstandelijk gehandicapten van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in zorginstellingen (VGvZ) "Zin, zien en beleven".³ Mij bleek al snel dat dit model voor de volledigheid het beste kon worden ingevuld met behulp van collega's. Met toestemming van een van de bewoners van de instelling heb ik haar zingevinganalyse besproken met haar persoonlijk begeleider en haar hoofdbehandelaar. Omdat het zo'n andere kijk gaf op haar problematiek werd mij door hen gevraagd of het mocht worden opgenomen in het EPD. Daar kon ik niet direct antwoord op geven, omdat ik het beleid daarin niet precies kende. De persoonlijk begeleider was verbaasd en gaf aan dat alle andere zorgverleners de plicht hadden alles wat zij op schrift hebben staan in het EPD op te nemen. Ze vond het vreemd dat wij dit niet hoefden. Ik heb toen uitgelegd dat dit te maken had met de vrijplaats, maar dat ik het in het kader van 'goede zorg' wel een dilemma vond. Uiteindelijk heb ik nagevraagd bij mijn mentor of de analyse mocht worden opgenomen in het EPD. Zij gaf aan dat het niet mocht, omdat het een bewuste keuze van de instelling was geen gebruik van het EPD te (kunnen) maken. Een consequentie van die keuze was dat de geestelijk verzorgers de plicht van hun collega's ten aanzien van het EPD niet hadden.

1.1 PROBLEEMSTELLING

Wat mij in de weken daarna bezig hield, was wat nu eigenlijk onder de beste zorg kan worden verstaan. Veel hiermee samenhangende vragen kwamen op. Is het in de zorg wel zo'n goed idee om niet betrokken te willen zijn bij het zorgplan en de behandelteams? En welke betekenis wordt er door geestelijke verzorgers aan de vrijplaats toegeschreven dat het kan legitimeren geen gebruik te maken van het EPD en MDO? Het aspect 'geheimhouding' dat vaak met de vrijplaats wordt geassocieerd zal in het justitiepastoraat of in de psychiatrie vast een veel belangrijkere rol spelen dan in het werkveld 'Verstandelijk gehandicapten' van de zorg. Een vraag die daar op volgde is hoe geestelijke verzorgers zelf denken over hun taak en rol. Hoe denken zij over hun eigen beroep? Daarmee komt meteen een ander aspect van dit probleem naar boven, namelijk of geestelijk verzorgers nu wel of niet primair vertegenwoordigers zijn van religieuze of levensbeschouwelijke instellingen? Hoe zien geestelijk

¹ In de instelling werkten een progressieve en oecumenisch gerichte pastor en een meer behoudende Rooms-Katholieke pastor.

² Schilderman, 2006, p.406

³ Werkgroep Zingevinganalyse (2013)

verzorgers dit? Voelen zij zich een professional of vatten zij hun rol meer ambtelijk op? En hoe zien hun collega's in de instelling dit?

Al deze vragen zijn uiteindelijk onderdeel van het centrale probleem, namelijk dat geestelijk verzorgers als medewerker van een zorginstelling een geheel eigen taak hebben in het totale pakket van zorg, maar dat over hun rol soms onduidelijkheid bestaat, bij henzelf maar ook bij de mensen waarmee ze te maken hebben.⁴ Hierdoor kan de manier waarop zij bijdragen aan de kwaliteit van zorg ook onduidelijk zijn. Die onduidelijkheid lijkt soms zowel bij henzelf, hun collega's, hun leidinggevend en patiënten te bestaan en kan gevolgen hebben voor hun positie als geestelijk verzorger in de instelling, waarvan het nut door secularisatie en pluralisatie de laatste decennia door menig een toch al in twijfel is getrokken. Om hun positie zeker te stellen werd door de jaren heen in de literatuur steeds weer opgeroepen duidelijk te maken en goed te verwoorden wat geestelijke verzorging is, wat het beroep inhoudt en hoe het bij kan dragen aan betere zorg.⁵ Hieraan zit echter ook een gevaar, omdat het zoals Fred van Iersel zegt kan leiden tot navelstaren. In een blog van november 2014 op de site van Nieuwwij.nl gaat Van Iersel in op de vraag of er nog toekomst is voor de geestelijke verzorging. Hij beschrijft een aantal aspecten, maar wat er uitspringt is zijn observatie ten aanzien van de blik op de eigen rol, die in zijn ogen bij reflectie teveel gefocust is op het functioneren van de eigen persoon in plaats van op de cliënt en de organisatie. *"Steeds maar weer vragen geestelijk verzorgers zich af wie ze zelf zijn, in plaats van waar ze eigenlijk hun werk doen, wie hun cliënten zijn, en wat context en cliënten nodig hebben."*⁶ Hiermee wordt op een andere manier de kern van het probleem benoemd, namelijk dat geestelijk verzorgers zeker moeten kunnen benoemen wat ze te bieden hebben en wat hun spirituele of religieuze basis is, maar dat hierbij soms de context van hun beroep, namelijk de cliënt en instelling wordt vergeten. Dit zien we terug in de spanning die bestaat tussen de ambtelijke en de professionele identiteit van geestelijke verzorgers.

Een belangrijk aspect van die context is dat in de zorg de nadruk is komen te liggen op verantwoorde zorg en zorgkwaliteit. Door verantwoorde zorg wordt getracht de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren. Om dit te bereiken wordt in *kwaliteitskaders* beschreven hoe dit door middel van normen en meten kan worden gewaarborgd. Hierbij moet gebruik gemaakt worden van een goed werkend kwaliteitssysteem aan de hand waarvan de gegeven zorg kan worden geëvalueerd en eventueel verbeterd. Patiëntgerichtheid staat voorop, maar het gaat het er ook om dat zorgverleners op mesoniveau goed samenwerken met bijvoorbeeld collega's, andere disciplines, mantelzorgers of vrijwilligers.⁷ Uit onderzoek van Wim Smeets uit 2006 blijkt echter dat geestelijk verzorgers kwaliteitszorg vooral beoefenden op microniveau in de directe interactie met de patiënt en zich minder bewust leken te zijn van het belang van het mesoniveau, het niveau waarop de condities geschapen worden voor deze interactie.⁸

⁴ Waardoor die onduidelijkheid is ontstaan wordt zichtbaar als we kijken naar de geschiedenis van het beroep. Het is ontstaan in de jaren '60 van de vorige eeuw, toen in de ziekenhuizen naast de zielzorgers die werkten vanuit de kerken ook joodse rabbijnen en humanistisch raadsliden dit werk gingen verrichten. Zij konden geen pastor genoemd worden en daarom werd het 'geestelijk verzorger'. Zie: Küttschrütter, W.J. Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen. Historische Schets 1971-1991. Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, 1991

⁵ Dat dit hard nodig is blijkt uit een voorbeeld van Sjaak Körver die beschrijft hoe, tot zijn ongenoegen, een geestelijke verzorger zich op een conferentie beroept op de vrijplaats, om zo te verdedigen dat hij niet hoeft of kan samenwerken of overleggen met andere disciplines. Hij motiveert dit door zich te beroepen op het ambtsgeheim en het idee dat het vertrouwen van de cliënt dan geschonden zou worden. Daarnaast doet hij niet aan registratie, interventies of diagnoses. Waarop Körver een manager hoort zeggen dat hij wel weet wie er in zijn instelling in de volgende bezuinigingsronde zal sneuvelen. Körver (2014) p. 1.

⁶ Iersel, van. (2014)

⁷ Zie bijvoorbeeld het Kwaliteitskader van de VV&T uit 2010.

⁸ Smeets (2006) 17 en 212-213.

Ook blijkt uit de literatuur dat geestelijke verzorgers in de zorg zich vaak beroepen op de vrijplaats. Dit heeft in de eerste plaats tot gevolg dat ze minder te controleren zijn op de kwaliteit die ze leveren, omdat ze menen geen verantwoording af te hoeven leggen. In de tweede plaats leidt het er toe dat soms gemeend wordt dat ze vanwege het ambtsgeheim niet mee kunnen doen aan het MDO en EPD, waardoor hun visie geen invloed heeft op het behandelplan. En in de derde plaats heeft het gevolgen voor hun positie in de zorginstelling, omdat hun rol onduidelijk wordt. In de praktijk zien we dat de geestelijke verzorging in haar bestaan wordt bedreigd. Alleen door bezinning op bestaande traditionele praktijken als vrijplaats en ambt en bewustwording van de eisen die in de huidige tijd aan professionals in de zorg worden gesteld (denk aan verantwoording afleggen, kwaliteitszorg en interdisciplinair werken) kan deze dreiging worden weerstaan. Inmiddels is in veel zorginstellingen de discussie over de positie en de rol van de geestelijke verzorging in de afgelopen jaren gevoerd. Interessant is te onderzoeken wat dit voor gevolgen heeft gehad voor de geestelijke verzorging.

1.2 DOELSTELLING

Zoals uit het voorgaande indirect al bleek heeft de geestelijke verzorging in de zorgsector de laatste decennia te maken gehad met een aantal ingrijpende maatschappelijke ontwikkelingen. In de eerste plaats is sprake geweest van secularisatie en individualisatie in de maatschappij en werd de positie van geestelijk verzorgers in zorginstellingen, die voorheen bijna onaantastbaar was, minder vanzelfsprekend. In de tweede plaats is kwaliteitszorg steeds belangrijker geworden en zijn instellingen tegenwoordig verplicht zich regelmatig voor de kwaliteit van de geboden zorg te verantwoorden. Zoals eerder gezegd is volgens het 10 jaar oude onderzoek van Smeets gebleken dat geestelijk verzorgers best mee wilden werken aan kwaliteitszorg, maar dan vooral op microniveau. Ze waren zich minder bewust van hun rol hierin op mesoniveau. Een derde ontwikkeling betreft de emancipatie van de patiënt in zowel de zorg als de kwaliteitszorg. Dat wil zeggen dat er een ontwikkeling gaande is die er eerst toe heeft geleid dat de patiënt steeds meer centraal werd gesteld en die er op dit moment toe leidt dat de patiënt steeds meer als partner in de zorg wordt gezien. De patiënt wordt niet meer zozeer gezien als het zorgobject, maar als gelijkwaardig subject die in staat wordt geacht zelf beslissingen te kunnen nemen. De patiënt is autonomer geworden.⁹

Gezien deze ontwikkelingen lijkt het voor geestelijke verzorgers belangrijk te zijn zich bewust te worden van de context waarbinnen zij opereren en de rol die zij daarin willen spelen. Uit de literatuur, verhalen die ik hoor en mijn persoonlijke ervaring blijkt dat geestelijke verzorgers zeer begaan zijn met hun patiënten, maar dat er onduidelijkheid en soms zelfs spanning bestaat met betrekking tot hun positie, rol, samenwerken en kwaliteitszorg in de instelling. Hans Schilderman relateert dit aan de roltheorie met zijn term 'roldiffusie'. Waar rol volgens hem gaat om de verwachtingen die aan een bepaalde positie worden verbonden, gaat roldiffusie over de onduidelijkheid van een positie, verschillen in verwachtingen van roldrager en rolzenders en de spanningen die hierdoor ontstaan. Volgens Schilderman zien we deze roldiffusie bij de geestelijke verzorging mede doordat "het vak wordt beoefend op het grensvlak tussen kerk en staat".¹⁰ Beide bemoeien zich volgens Schilderman echter nauwelijks met de taak en inhoud van het vak. Dit en het (soms oneigenlijk) gebruik van de vrijplaatsfunctie heeft geestelijk verzorgers lange tijd veel professionele autonomie gegeven, maar lijkt zich de laatste decennia tegen hen te hebben gekeerd. De vraag die hierbij steeds terugkomt is welke rol geestelijk verzorgers kiezen. Zijn zij vertegenwoordigers van een levensbeschouwelijk c.q. religieus genootschap (ambt) of professionals in dienst van de instelling (geïntegreerde geestelijke verzorging)?

Binnen al deze ontwikkelingen zie ik drie speerpunten die ik in mijn doelstelling tot uitdrukking wil brengen: rolkeuze, ontwikkelingen in de zorg (kwaliteitszorg en subjectivering van de patiënt) en de

⁹ Zie bijvoorbeeld Sácristan (2013) en Huber (2011)

¹⁰ Schilderman (2010b) p. 19

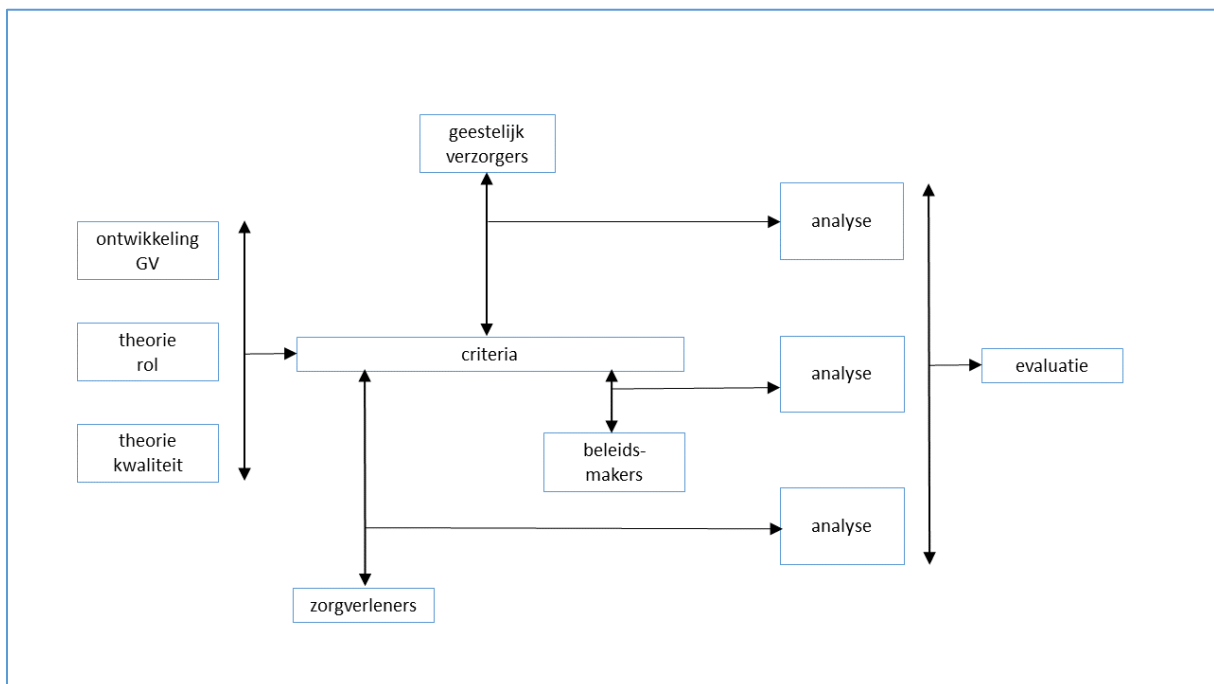
verslechterde professionele positie in de zorginstelling. Op basis hiervan ben ik gekomen tot de volgende doelstelling:

Het doel van deze scriptie is inzicht te geven in de relatie tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers in zorginstellingen en hun bijdrage aan de zorgkwaliteit en effecten daarvan op de positie van geestelijk verzorgers, door ideeën en meningen daarover bij stakeholders met elkaar te vergelijken.

1.3 ONDERZOEKSMODEL

Hoewel de aanleiding voor mijn onderzoek lag bij een observatie in een care-instelling, was ik ook benieuwd naar ideeën daarover bij een cure-instelling. Voor mijn onderzoek heb ik een groot regionaal ziekenhuis bereid gevonden aan mijn onderzoek mee te werken. In deze instelling heeft de geestelijke verzorging de discussie over haar positie en rol al een aantal jaren geleden gevoerd en zijn naar aanleiding daarvan veranderingen doorgevoerd.

Voor het onderzoek zal ik eerst de theorie onderzoeken en beschrijven, waarbij de volgende onderwerpen aan de orde zullen komen: de ontwikkeling van de geestelijke verzorging, de roltheorie en de theorie van de kwaliteitszorg. Vervolgens zal ik onderscheid maken tussen drie stakeholders die mij relevant lijken voor een goede analyse: geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers.¹¹ Door middel van interviews wil ik de meningen van deze drie stakeholders over de onderwerpen verkrijgen en deze vervolgens analyseren, waarna ik tot mijn conclusies kan komen. In het onderzoeksmodel wordt zichtbaar welke stappen ik zal nemen om mijn doelstelling te bereiken:



Figuur 1.a Onderzoeksmodel.

¹¹ De zorgverleners betroffen een specialist en een verpleegkundig specialist en de beleidsmakers de secretaris van de Raad van Bestuur, de verantwoordelijke manager en een lid van de cliëntenraad. Deze laatste omdat de cliëntenraad een verzwaard adviesrecht heeft t.a.v. de geestelijke verzorging. Zie: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007920/2016-01-01 d.d. 21-02-2017>.

1.4 VRAAGSTELLING

In deze scriptie staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Welke relatie bestaat er tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers in zorginstellingen en hun bijdrage aan de zorgkwaliteit en heeft dit invloed op hun positie in de zorginstelling waar zij werkzaam zijn?

Om dit te kunnen beantwoorden zullen de volgende afgeleide deelvragen worden gebruikt:

Deelvragen

1. Wat verstaan geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers onder geestelijke verzorging?
2. Welke ideeën bestaan bij geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers over de twee belangrijkste rollen van geestelijk verzorgers en daarbij horende rolverwachtingen?
3. Wat verstaan geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers onder zorgkwaliteit en kwaliteitszorg?
4. Welk verband bestaat tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers en hun bijdrage aan de zorgkwaliteit volgens geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers?
5. Welk verband zou een duidelijke bijdrage aan de zorgkwaliteit kunnen hebben met de positie van geestelijk verzorgers volgens geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers?

1.5 WETENSCHAPPELIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

In deze scriptie ligt de focus op de relatie tussen rolkeuze van geestelijk verzorgers, de kwaliteit van zorg en hun positie in de instelling waar zij werkzaam zijn. Dit wil ik onderzoeken door geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers te bevragen over hun ideeën ten aanzien van de rollen van geestelijk verzorgers, kwaliteitszorg en hun positie. Dit is van belang, omdat uit literatuur en mijn persoonlijke ervaring blijkt dat de positie en toegevoegde waarde van de geestelijke verzorging voor anderen (denk aan management, verzekeraars, collega's) maar soms ook voor henzelf onduidelijk is. Meer zicht hierop kan misschien helpen beter te communiceren en meer begrip te krijgen voor hun positie en functioneren. Daarnaast denk ik dat de positie van geestelijk verzorgers kan worden verstevigd als duidelijk wordt hoe zij bijdragen aan de kwaliteit van zorg, hoewel dit natuurlijk geen doel op zich is.

Interessant is dat in artikel 6a van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, voorheen art. 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen) staat dat instellingen verplicht zijn geestelijke verzorging op maat te bieden aan iedereen die langer dan 24 uur in een zorginstelling verblijft.¹² Kennelijk wordt er in de wet vanuit gegaan dat geestelijke verzorging bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. In de zoektocht naar literatuur viel op dat relatief veel is geschreven over de inhoudelijke kant van de kwaliteit van geestelijke verzorging en over spirituele behoeftes van patiënten. Minder onderzoek lijkt gedaan te worden naar de directe relatie tussen geestelijke verzorging en zorgkwaliteit en hoe geestelijke verzorging werkelijk bijdraagt aan het totale welbevinden van patiënten.¹³

¹² De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft op 01-01-2016 de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1996 vervangen

¹³ Kruizinga, et. al. (2013), Hijweege, (2010), p. 197-198, Wim Smeets heeft wel kwantitatief onderzoek gedaan. Smeets (2006 en Smeets, Gribnau & v.d. Ven (2010))

Een onderwerp waar ook veel aandacht aan wordt besteed is de onduidelijkheid het domein van geestelijk verzorgers en hun positie.¹⁴ Deze onduidelijkheid kent een aantal oorzaken, maar is mede in gang gezet door veranderingen in het religieuze en levensbeschouwelijke landschap in Nederland, waarop in het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) uit 2006 'Geloven in het publieke domein' uitgebreid wordt ingegaan.¹⁵ Een van de artikelen daarin is van Schilderman, die beschrijft hoe de religieuze signatuur van veel zorginstellingen door de ontvlechting van kerk en staat verloren is gegaan, waardoor de vraag opkomt hoe de geestelijke verzorging nog kan bijdragen aan en in de zorg.¹⁶ In een ander artikel uit 2010 beschrijft Schilderman dat er sprake is van domeinproblematiek, doordat geestelijke verzorging nog in de kinderschoenen staat als wetenschappelijk specialisme. Hij stelt dat het nodig is om zorg te dragen voor "... conceptueel scherpe begripsvorming, empirisch veldonderzoek volgens standaarden die ook in de sociale en medische wetenschappen gebruikelijk zijn en een tot op zeker hoogte *evidence based* reflectie op het professioneel functioneren inzake godsdienst en levensovertuigingen."¹⁷ Schilderman schrijft in hetzelfde artikel dat in de opleiding tot geestelijk verzorger ook aandacht moet zijn voor het leren van onderzoeksvaardigheden, zodat een geestelijk verzorger "... het eigen professionele functioneren empirisch kan onderzoeken en interdisciplinair kan verantwoorden."¹⁸ Ook Körver roept geestelijk verzorgers op om "... hun koudwatervrees voor resultaten van wetenschappelijk onderzoek van zich af te zetten. Zij dienen in staat te zijn om wetenschappelijke resultaten op waarde te schatten en de vertaling naar de praktijk vorm te geven."¹⁹ Hij geeft aan dat het gaat om "... wat geestelijke verzorging kan bijdragen aan het lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel welbevinden van mensen – gespecificeerd naar doelgroep, levensfase, levensvragen en contexten."²⁰ Zowel Körver als Schilderman lijken de onduidelijkheid over de positie en het domein van de geestelijke verzorging te relateren aan kwaliteit van zorg en roepen op tot empirisch onderzoek.

1.6 LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 zal de ontwikkeling van het beroep geestelijk verzorger uiteen worden gezet. In hoofdstuk 3 zal het theoretisch kader van de rol worden geschetst en worden verbonden met de geestelijke verzorging. Hoofdstuk 4 gaat in op de theorie van kwaliteitszorg en zorgkwaliteit in de zorg en ook deze theorie zal ik verbinden met de geestelijke verzorging. In hoofdstuk 5 zal worden ingegaan op de opzet en de methode van het onderzoek. Vervolgens zal in hoofdstuk 6 verslag worden gedaan van het feitelijk empirisch onderzoek. Hoofdstuk 7 zal gaan over de conclusies die te trekken zijn.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld Schilderman (2006, 2010a, 2010b), 2015) en Körver (2014).

¹⁵ Van de Donk et al. (2006)

¹⁶ Schilderman (2006), p. 395

¹⁷ Schilderman (2010a), p. 19

¹⁸ Ib. p. 23

¹⁹ Körver (2014), p. 2

²⁰ Ib. p. 2

2. Ontwikkeling van de geestelijke verzorging

In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat de geschiedenis van de geestelijke verzorging complex is. Deze complexiteit heeft te maken met een aantal staatkundige en maatschappelijke gebeurtenissen en ontwikkelingen. Het simpelweg chronologisch opsommen van feiten zou deze complexiteit tekort doen. Daarom heb ik ervoor gekozen de geschiedenis te beschrijven vanuit de belangrijkste aspecten die de ontwikkeling van de geestelijke verzorging hebben beïnvloed. Dit zijn de vrijheid van Godsdiens en levensbeschouwing, de scheiding tussen kerk en staat, de secularisering en individualisering en als laatste de professionalisering. Voor een chronologisch overzicht verwijs ik naar bijlage 1.

2.1 VRIJHEID VAN GODSDIENST: VERZUILING IN DE ZORG?

De verzuiling wordt door sommige historici en politicologen wel eens in twijfel getrokken.²¹ Toch zie je in de zorg wel degelijk dat in het verleden verschillende religieuze stromingen hun eigen ziekenzorg (naast andere domeinen) organiseerden en zorginstellingen met een bepaalde religieuze signatuur ontstonden. Dit had zelfs gevolgen voor de benamingen van de personen die zich in hun functie bezig hielden met de zielzorg. Er was sprake van *predikanten* in protestantse en *rectoren* in katholieke instellingen en een katholiek geestelijk begeleider in een niet specifiek katholieke instelling heette een *aalmoezenier*. Ze waren allemaal representanten van en gezonden door hun eigen kerk en hadden met de instelling zelf geen arbeidsovereenkomst. In niet confessionele instellingen, meestal academische ziekenhuizen, werd de geestelijke verzorging en de betaling daarvan georganiseerd vanuit de parochie of gemeente van de patiënt zelf. In grote steden was zelfs sprake van predikanten die speciaal waren aangesteld om te werken in de ziekenhuizen van die stad. Ook zij hadden geen arbeidsovereenkomst met de zorginstelling. Overleg tussen protestantse en katholieke zielzorgers vond in ziekenhuizen alleen bij uitzondering plaats en op landelijk niveau bestond geen overleg of contact. Pas in de jaren '60 van de vorige eeuw begon dit te veranderen. In 1965 ontstond de *Interconfessionele Werkgroep ziekenhuizen en geestelijke verzorging* die bestond uit Rooms-katholieken en hervormden. In 1968 werden gereformeerden en in 1970 een humanist tot de werkgroep toegelaten en toen werd ook een algemenere term voor het beroep gezocht. Omdat de titel ook zou gelden voor humanistisch raadsliden en rabbijnen werd het 'geestelijk verzorger' ²²

De oprichting van de NZR (Nationale Ziekenhuisraad) in 1969 markeerde het begin van de deconfessionalisering van de ziekenhuizen en ziekenhuisorganisaties. Volgens Kütt Schrütter waren geestelijk verzorgers tot dan toe een *corpus alienum* in het ziekenhuis. Ze werkten er wel, maar waren professioneel verbonden met hun achtergrondgenootschap. De bedoeling was zoals hij schrijft echter dat de ziekenhuizen verantwoordelijk zouden worden voor de totale dienstverlening, waaronder ook de geestelijke verzorging. Omdat dit gevolgen zou hebben voor het kostenplaatje besloot de NZR in 1972 dat geestelijke verzorging onderdeel van de totale zorg in ziekenhuizen zou worden. De kosten van geestelijke verzorging moesten daarvoor bij de tariefvaststelling opgenomen te worden. Daarnaast

²¹ Net als zal blijken voor de roltheorie is het begrip 'verzuiling' in verschillende disciplines ontwikkeld en onderzocht, waardoor verschillende definities bestaan. De historicus J.C. Kennedy geeft aan dat de term voor met name confessionelen een beladen begrip is, omdat daarmee hun vermeende hokjesgeest werd beschreven. Hij geeft ook aan dat juist politicologen het een gevaarlijk fenomeen vonden, misschien dat zij daarom ook wel de belangrijkste schrijvers over de verzuiling zijn geweest. Volgens Kennedy is de term verzuiling eigenlijk alleen de eerste twee decennia na WOII systematisch gebruikt. (Kennedy, 1993) Historici H. Blom en J. Talsma zijn in de jaren '80 van de vorige eeuw een onderzoek gestart naar de verzuiling. Volgens H. Wijfjes zou de conclusie zijn dat er niet gesproken kan worden van een eenduidige ontwikkeling van zoiets als de 'verzuiling', maar dat ook geen alternatief bestaat waarmee het "ontstaan van complexe en ongelijkvormige organisatorisch netwerken op levensbeschouwelijke grondslag" kan worden geduid. (Wijfjes, 2000)

²² Kütt Schrütter (1991) p. 3-9

werden richtlijnen voor de rechtspositie van geestelijk verzorgers gegeven.²³ Dit is misschien wel aan te merken als hét moment waarop de geestelijke verzorging min of meer los kwam te staan van de religieuze achtergrondgenootschappen waar ze tot dan toe sterk mee verbonden was.

Omdat men bang was dat geestelijke verzorging door secularisatie op de achtergrond zou raken besloten predikanten, rectoren en aalmoezeniers zich te organiseren. In het begin nog binnen de eigen confessie, maar vanaf 1971 in de beroepsvereniging VGVZ (Vereniging voor Geestelijke Verzorging in Ziekenhuizen) met een katholieke en protestantse sector. In 1994 veranderde Ziekenhuizen in Zorginstellingen, waardoor ook andere soorten instellingen zich konden aansluiten.²⁴ In de loop der tijd werden de twee sectoren aangevuld met humanistische, Joodse, Islamitische, Boeddhistische en Hindoeïstische sectoren en inmiddels bestaat sinds 2014 ook een sector voor niet gezonden geestelijk verzorgers (SING²⁵), waarvan de geestelijke verzorgers op hun *levensbeschouwelijke competentie* worden getoetst door de speciaal daarvoor opgerichte RING-GV²⁶. De VGVZ zat overigens al sinds 1984 met ongebonden geestelijke verzorgers in haar maag. Toen werd door vier van de ongebonden leden verzocht om de oprichting van een eigen sector. Dit verzoek werd toen niet ingewilligd.²⁷

De verzuiling in de zorg lijkt door de secularisatie min of meer teniet te zijn gegaan. Toch is het fenomeen op sommige plaatsen nog steeds niet helemaal verdwenen en lijkt men vast te willen houden aan een maatschappelijke orde die eigenlijk passé is. De indeling in sectoren van de VGVZ lijkt hier een voorbeeld van. Deze indeling in sectoren zou mijns inziens echter de gedachte op kunnen werpen dat de prioriteit niet ligt bij de zorginstelling en cliënt, maar bij vertegenwoordiging van de zendende instantie.²⁸

2.2 SCHEIDING KERK EN STAAT

Een van de oorzaken van de onduidelijke positie van de geestelijke verzorging is gelegen in de staatsrechtelijke kwestie van de scheiding tussen Kerk en staat. Hoewel tijdens de Bataafse Republiek een strikte scheiding tussen Kerk en staat werd ingesteld, werd dit later nooit in de grondwet opgenomen en wordt het ook in geen enkele andere wet vermeld. "Het beginsel staat niet in de Grondwet of enige andere wet. Het vloeit voort uit de vrijheid van godsdienst en het gelijkheidsbeginsel, die wel in de Grondwet zijn vastgelegd."²⁹

De financiële banden tussen overheid en kerkgenootschappen werden door wetgeving in 1983 verbroken.³⁰ Het is dan ook opmerkelijk dat zorginstellingen indirect nog steeds verplicht zijn geestelijke verzorging ter beschikking te stellen. Schilderman beschrijft dat dit in verband staat met het Rapport van Hirsch Ballin uit 1988, waarin wordt geconcludeerd dat financiële overheidssteun voor geestelijke verzorging mag in situaties waarin sprake is van mensen die afhankelijk zijn van de overheid. Denk bijvoorbeeld aan mensen die werken bij defensie en vaak niet naar huis kunnen of

²³ Küttschrütter (1991) p. 16-19

²⁴ Ib. p. 9. De sectoren zijn thans: ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen, psychiatrie, jeugdzorg, verstandelijk gehandicapten en revalidatie.

²⁵ Sector Institutioneel Niet Gezonden

²⁶ Raad voor toetsing en bevoegdverklaring van institutioneel niet-gezonden geestelijk verzorgers.

²⁷ Küttschrütter (1991) p. 83-85

²⁸ Natuurlijk is de VGVZ ook bezig met professionalisering getuige de oprichting van het beroepsregister (SKGV), maar het lijkt alsof de VGVZ reactief is in plaats van visionair. Ik had graag gezien dat de kwestie met de niet-gezonden geestelijk verzorgers zou hebben geleid tot het omgooien van het roer en men zich meer zou richten op de competenties van geestelijk verzorgers en de versterking van hun positie, door niet alleen te focussen op kwaliteit op microniveau, maar juist ook op mesoniveau.

²⁹ <http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vviHf299q0sr/vid1ivwch6z6> d.d. 18-01-2017

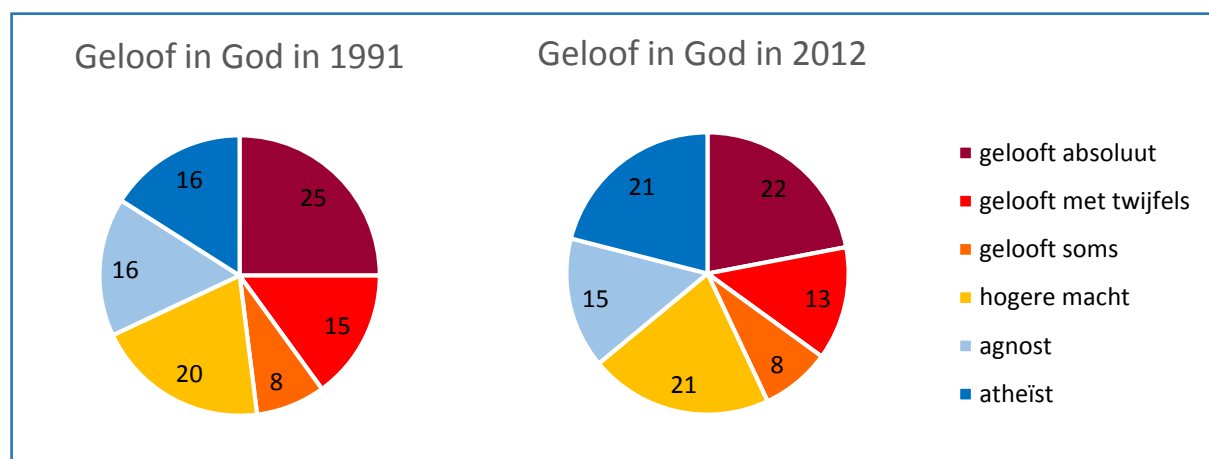
³⁰ Ib. d.d. 18-01-2017

gedetineerden die een tijdlang in een gevangenis zitten, maar ook in de zorg is natuurlijk sprake van mensen die voor langere tijd of misschien wel hun hele leven in een zorginstelling verblijven. Voor al deze mensen heeft de overheid volgens de commissie de plicht om hun grondrechten te beschermen en te zorgen dat zij in vrijheid hun eigen godsdienst kunnen belijden.³¹ Dit is overigens geheel in lijn met art. 6 van de grondwet die gaat over de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging.³² Uiteindelijk betekent dit dat zorginstellingen verplicht zijn zorg te dragen voor geestelijke verzorging die past bij de eigen traditie van cliënten. Dat passen bij de eigen traditie wordt overigens heel verschillend opgevat, en varieert van instellingen met een zo breed mogelijke samenstelling van de dienst geestelijke verzorging tot instellingen zonder dienst geestelijke verzorging, die geestelijk verzorgers inroepen naar de denominatie die op dat moment nodig is. Die diversiteit komt wellicht uit het feit dat de verplichting niet in directe wetgeving is verankerd, maar in de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1996 werd genoemd als voorwaarde voor kwaliteit van zorg. In 2016 is deze wet vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), waarin artikel 6.a staat dat bij verblijf van meer dan een etmaal in een zorginstelling geestelijke verzorging beschikbaar moet zijn die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.³³

Gezien het bovenstaande wijst Schilderman er terecht op dat er maar een zeer smalle wettelijke basis voor de geestelijke verzorging bestaat, maar dat er daardoor geen strikte scheiding tussen kerk en staat kan bestaan ten aanzien van de geestelijke verzorging. De geestelijke verzorging zit daardoor volgens Schilderman klem op het vlak van bekostiging en politieke borging.³⁴

2.3 SECULARISERING EN INDIVIDUALISERING

De geestelijke verzorging is direct geraakt door de secularisatie en individualisatie, ontwikkelingen waar geestelijk verzorgers niet direct een antwoord op hebben gehad. Op zich ook niet zo vreemd, ging men er een paar decennia terug nog vanuit dat die secularisering steeds verder voort zou schrijden, tien jaar geleden is uit onderzoek gebleken dat het allemaal zo'n vaart niet liep. In het WRR rapport *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* uit 2006 is te lezen dat in tegenstelling tot wat men dacht geen sprake was van een absolute secularisering, maar eerder van de-institutionalisering en transformatie van religie.³⁵ Deze trend heeft zich doorgezet zoals blijkt uit cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau, uitgewerkt in onderstaande cirkeldiagrammen.



Figuur 2.a Geloof in God in Nederland, Bron: De Hart (2014) p. 83.

³¹ Schilderman (2006) p. 404,405.

³² <http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vviHf299q0sr/vgrnbhimm5zv>. d.d.23-01-2017

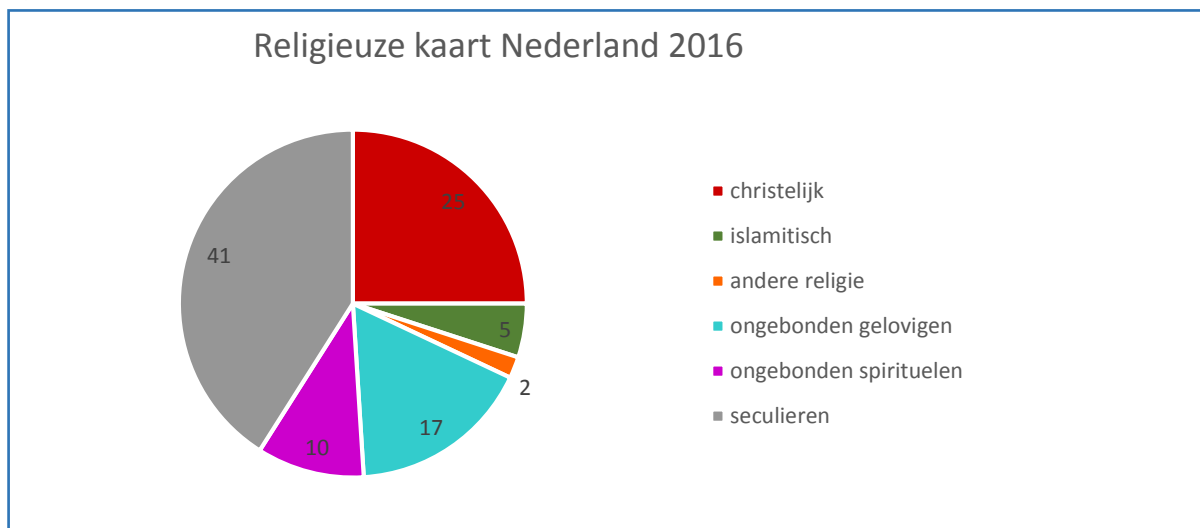
³³ <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2016-08-01>. d.d. 23-01-2017

³⁴ Schilderman (2015) p. 6-9

³⁵ Mooren & Huijzer (2010) p. 116

Wat opvalt aan de cijfers is dat de secularisatie inderdaad niet zo drastisch is verlopen als misschien werd verwacht. Het aantal atheïsten en agnosten bedraagt in 2012 nog steeds ongeveer 1/3^e van de bevolking. Bijna 2/3^e van de bevolking gelooft volgens dit onderzoek in meer of mindere mate in God of een hogere macht.³⁶ Gezien de keuze van de VGVZ om vast te houden aan de indeling in sectoren en voor ongebonden geestelijk verzorgers een eigen sector op te richten is het ook interessant de verdeling naar levensbeschouwing in een cirkeldiagram weer te geven.

Figuur 2.2 Religieuze kaart Nederland



Figuur 2.b Religieuze kaart Nederland. Bron: Bernts & Berghuijs (2016)³⁷

In tegenstelling tot de twee andere cirkeldiagrammen laat deze zien dat steeds meer mensen zich weliswaar als seculier beschouwen, maar dat ook dan nog meer dan de helft van de mensen zich op een of andere wijze gelovig dan wel spiritueel noemt. Doordat beide onderzoeken verschillende variabelen gebruiken is het wat lastig met elkaar te vergelijken. Toch vind ik het opvallend is dat maar 10% van de mensen zich ongebonden spiritueel noemt, terwijl in de cijfers van het SCP uit 2012 21% gelooft in een hogere macht. Een van de oorzaken zou kunnen zijn dat het woord spiritueel voor sommige mensen een wat negatieve zweverige lading heeft en mensen zich daar niet snel mee willen associëren. Geloof in een hogere macht is wellicht een begrip dat een minder zweverige lading heeft.

In het onderzoek van Bernts & Berghuijs wordt ook vermeld dat in de huidige spiritualiteit sprake is van een verschuiving van 'verticale transcendentie' naar 'horizontale transcendentie'. Het eerste betekent dat wordt geloofd in God of een hogere macht en een leven na de dood, terwijl het tweede betekent dat mensen bewust in het hier en nu proberen te leven, zich verbonden willen voelen met anderen, de natuur of de kosmos en zichzelf willen overstijgen.³⁸ Schilderman heeft het op dit vlak over het zoeken naar de eigen authentieke kern, emotie of ervaring en ziet vooral een verschil tussen de *morele generaties* zoals hij het noemt.³⁹ Ook op dit vlak is volgens hem de expertise van de geestelijke verzorging relevant: "... een expertise die nu juist de betekenis van levensovertuiging, waarden en normen in verband brengt met vragen en problemen van cliënten en patiënten."⁴⁰

In het licht van het bovenstaande lijkt het mij dat de manier waarop de VGVZ tot nu toe met de veranderingen is omgegaan teveel is georganiseerd is volgens oude principes uit de verzuiling, terwijl

³⁶ Een overzicht van deze cijfers naar 4 leeftijdsgroepen is te vinden in bijlage 2.

³⁷ Deze grafiek is gemaakt door twee tabellen van Bernts en Berghuis samen te voegen: tabel 1.1 en tabel 2.1.

³⁸ Bernts & Berghuijs (2016) § 6.1

³⁹ Schilderman (2015) p. 13, voor een uitgebreide beschrijving van de morele generaties zie bijlage 3.

⁴⁰ Ib. p. 13

de demografie laat zien dat een nieuw organisatievorm nodig is, waarbij het niet meer gaat om wat je gelooft, maar om de problemen en zingevingsvragen die patiënten in het leven ervaren te verbinden met hun eigen manier van levensbeschouwing. Een benadering die veel meer uitgaat van het individu en dienst behoeftes. Dit is een ontwikkeling die ook in de zorg zichtbaar is. Schilderman heeft het hierbij over "institutionele ontwikkelingen". In de zorg ziet hij dat de cliënt steeds meer centraal is komen te staan en een zorgverlener tegemoet zal moeten komen aan de behoeften van de individuele cliënt. Zorg op maat is immers het nieuwe credo in de zorg. Hierbij worden wel eisen aan de zorg gesteld, dus ook de geestelijke verzorging zal hier niet aan kunnen ontkomen.⁴¹ Schilderman stelt: "In institutionele zin is levensbeschouwelijke kwaliteitszorg geboden waarin geestelijke vragen steeds meer van een antwoord op maat van de problematiek van de persoon moet worden voorzien." Dit heeft direct te maken met de professionaliteit van de geestelijke verzorging, waarover meer in de volgende paragraaf, en met kwaliteitszorg waarover in hoofdstuk 4 meer.

2.4 PROFESSIONALISERING

In vroeger tijden waren ziekenzorg en zielzorg nauw met elkaar verweven. Zorg voor zieken was vooral gericht op het redden van de ziel, omdat ziekte als straf van God werd gezien. In de late middeleeuwen waren het dan ook lekenorden die zieken verzorgden.⁴² Maar in de eeuwen daarna werd geneeskundige zorg steeds belangrijker. De consequenties daarvan waren dat gasthuizen in de 19^e eeuw ziekenhuizen werden en pastores steeds meer werden vervangen door artsen die werden bijgestaan door diaconessen. Uiteindelijk ging dat ten koste van de geestelijke zorg.⁴³ Deze medicalisering is steeds verder gegaan en tegenwoordig is de geneeskunst geëconomiseerd, wat ook consequenties voor de geestelijke verzorging heeft gehad: het is een zorgproduct geworden. Dit betekent dat geestelijk verzorgers moeten kunnen aantonen dat hun product nut heeft en daarnaast moeten ze hun product helder kunnen omschrijven.⁴⁴

Professionalisering is een manier om hier mee om te gaan. Het betekent dat een bepaalde beroepsgroep probeert om eigenaar van de eigen beroepsbeoefening te worden. Men is kortom op zoek naar wat de bestuurswetenschapper M. Noordegraaf *occupational control* noemt. Dit probeert men te bereiken door zorg te dragen voor een beroepsvereniging die weer zorg draagt voor opleidingen, *good practices*, bijeenkomsten, selectie van leden etc. Traditioneel waren het artsen en juristen die hun professie op deze manier gereguleerd hadden. Noordegraaf noemt dit de *klassieke professionals*. Hij merkt op dat juist in de publieke sector steeds meer beroepsgroepen op deze wijze proberen te professionaliseren, maar zegt ook dat niet iedere beroepsgroep even goed is geprofessionaliseerd. Daarnaast zullen ze door bijvoorbeeld ethische tegenstellingen ze nooit helemaal homogeen zijn, maar de klassieke domeinen kennen echter volgens Noordegraaf door de huidige tijdsgeest ook steeds meer variatie.⁴⁵

Volgens Bruce Biddle is er een verschil tussen een beroep (occupation) en een professie (profession). Professies zijn beroepen waarvan de rollen interactie met mensen (cliënten) omvatten. De uitoefening is gebaseerd op een lange training en men wordt daarin als 'expert' gezien. Bij de professie horen vaak rollen met expliciete gedragscodes.⁴⁶ Professies zijn dus kennisgericht en door professionalisering beoogt men dat de beroepsbeoefenaar in staat is die kennis en zijn persoonlijke vaardigheden per casus op de juiste manier in te zetten. Er is dus sprake van inhoudelijke en controlerende gerichtheid.

⁴¹ Schilderman (2015) p. 9-14

⁴² Goudswaard, (1996) p.28, 29.

⁴³ Ib. p. 32, 33

⁴⁴ Rebel (2006) p. 101-102

⁴⁵ Noordegraaf, v.d. Steen, Twist (2011) p. 29-33

⁴⁶ Biddle (1979) p. 313-314

Daarnaast probeert men het werk te verbinden met realiteit van de maatschappij, zodat legitimiteit verworven wordt of legitimatie bij maatschappelijke veranderingen gehandhaafd kan worden.⁴⁷ Omdat professionals vaak onderdeel zijn van grote organisaties die te maken hebben met kostencontrole, doelen, indicatoren, kwaliteitsmodellen etc. worden ze min of meer gedwongen hun toegevoegde waarde te laten zien als bewijs van hun professionaliteit. Het gaat dan dus niet meer om de controle over hun eigen arbeidsterrein, maar om de grip die het management wil hebben op de professional.⁴⁸

Hoe werkt dit voor geestelijk verzorgers? De beroepsvereniging VGVZ is al in 1971 ontstaan en heeft zich hier volop mee bezig gehouden. De VGVZ geeft een vaktijdschrift uit, organiseert studiedagen, houdt zich bezig met beleidsvorming, onderhoudt (inter)nationale contacten en bevordert wetenschappelijk onderzoek. Haar beleid heeft er onder andere toe geleid dat een registratiesysteem voor geestelijke verzorgers (2000) en een kwaliteitsregister (2008) zijn opgezet. Dit laatste omdat de geestelijke verzorging niet onder de BIG valt. Met het register wordt getracht het professionele niveau van geestelijk verzorgers te definiëren en te borgen en geestelijk verzorgers te helpen bij de erkenning en herkenning als professioneel beroepsbeoefenaar. Het register is ondergebracht bij de Stichting Kwaliteitsregister Geestelijke Verzorging (SKGV) met een eigen stafbureau en beleidsmedewerker.⁴⁹ De professionaliteit wordt echter sterk beïnvloed door een tweetal zaken: de ambtskwestie en de vrijplaats. Beide laten zien dat onduidelijkheid bestaat over de positie van geestelijk verzorgers en dus over de inhoud van hun professionaliteit. Gezien de betekenis van de professionalisering (occupational control) maakt het namelijk veel uit of die wordt beschreven vanuit het perspectief van vertegenwoordiger van een zendende instantie of van professional in dienst van het ziekenhuis.

De ambtskwestie

Door de oprichting van het kwaliteitsregister is de ambtskwestie op scherp gezet, omdat de vraag werd gesteld of ongebonden geestelijk verzorgers wel of niet in het register mochten worden opgenomen. Voor geestelijk verzorgers van Defensie en Justitie was dit voorwaarde om aan het register mee te doen.⁵⁰ Voor beantwoording van deze vraag zijn toen twee commissies in het leven geroepen: de interne commissie *Commissie Levensbeschouwelijke Legitimatie* (CLL) die heeft onderzocht hoe de leden van de VGVZ daarover dachten en de externe *Commissie Ambtelijke Binding* (CAB) die bestond uit wetenschappers en onderzoek heeft gedaan naar de ontwikkeling van de ambtelijke binding, de rol die de ambtelijke binding tot dan toe gespeeld had, en wat er ooit voor heeft gezorgd dat niet-gebonden geestelijk verzorgers konden ontstaan. De conclusie van beide commissies was dat geestelijk verzorgers onder voorwaarden zonder binding zouden moeten kunnen worden opgenomen in het beroepsregister.⁵¹ De ALV van de VGVZ was het hier in 2010 echter niet mee eens en wees de voorstellen af. Hierop heeft het toenmalig bestuur besloten de 'Regiegroep Toekomstig Bestel Geestelijke Verzorging op te richten om te zoeken naar een oplossing. Uiteindelijk is gekozen om voor ongebonden geestelijk verzorgers een aparte sector op te richten: de SING (Sector Institutioneel Niet Gezonden). Dit betekent dat men het ambt nog niet heeft opgegeven.

Schilderman vraagt zich af in hoeverre nog sprake is van een ambt als men geen ambtsopleiding heeft gevolgd en men geen formele band heeft met een zendende instantie. Iets wat geldt voor veel

⁴⁷ Noordegraaf (2007) p. 761-768 en 780-781

⁴⁸ Ib. p. 763-764

⁴⁹ Evers (1996) p. 17-18

⁵⁰ Binnen justitie en Defensie is niet-gebonden geestelijke verzorging niet mogelijk, omdat de overheid daar de benoeming overlaat aan de genootschappen door middel van de Diensten Geestelijke verzorging. In de zorg dragen de instellingen zelf zorg voor de benoeming en dragen ze daarmee bij aan de invulling van voorheen de Kwaliteitswet Zorginstellingen en nu de Wkkgz. Zie Cahier IV Ambtelijke binding (2010) p. 74, Schilderman (2015) p. 6-9

⁵¹ VGVZ-Cahier 4 (1010) p.9, 68, 72, 92-93. Het voert te ver om verder op de conclusies in te gaan.

geestelijk verzorgers. De ambtelijke binding lijkt voor veel geestelijk verzorgers ook te laten zien wat hun confessionele identiteit is. Voor patiënten die kerkelijk gebonden zijn kan dit belangrijk zijn, maar als professionele kwalificatie is dit volgens Schilderman niet meer aan de orde, omdat ook niet-kerkelijken geestelijke verzorging nodig hebben. Hij vraagt zich af wat de professionele identiteit van de beroepsgroep is.⁵² In feite stelt hij hiermee de vraag naar het perspectief dat wordt ingenomen bij de professionalisering.

In de beroepsstandaard van de VGVZ wordt overigens de zending of machtiging door de achtergrondgenootschappen van geestelijk verzorgers als noodzakelijkheid gezien voor de vrijplaats: "Deze bevoegdheid is mede noodzakelijk om de vrijplaats voor cliënten te helpen realiseren."⁵³

De vrijplaats

Zoals gezegd zoekt het management in haar streven naar een goedlopende organisatie naar manieren om controle te krijgen op de professional, terwijl deze juist uit is op zo groot mogelijke autonomie. Geestelijk verzorgers hebben zich in dit streven lang (kunnen) verschuilen achter de 'vrijplaats'. De vrijplaats betekent in feite dat geestelijk verzorgers ongevraagd op patiënten mogen afstappen en hun diensten aan mogen bieden. Hierbij is ook sprake van het beroepsgeheim en het verschoningsrecht, maar dat is in de zorg natuurlijk niet bijzonder. Toch bleek al uit de aanleiding voor dit onderzoek dat dit beroepsgeheim soms de reden is om niet mee te doen aan multidisciplinair overleg of het elektronisch patiënten dossier. Dan wordt het begrip volgens Schilderman opgevat als een asielrecht dat het mogelijk zou maken de cliënt in een soort gelijkwaardigheid te ontmoeten, waarbij dan geen sprake hoeft te zijn van diagnostiek of behandeling.⁵⁴ Hierdoor zouden geestelijke verzorgers volgens hem in een geïsoleerde en gemarginaliseerde positie terecht kunnen komen.⁵⁵ En zou een positie zijn die maakt dat geestelijk verzorgers minder te controleren zijn op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Dit wordt nog eens versterkt doordat in tegenstelling tot wat men zou denken geen sprake is van feitelijke toetsing door het achtergrondgenootschap. Volgens Schilderman ontstaat door de vrijplaats het gevaar "dat de geestelijk verzorger zich terugtrekt in het microcontact met de patiënt of cliënt zonder daarbij het meer generieke perspectief van de beroepsgroep als uitgangspunt of maatstaf te nemen."⁵⁶ Hij vraagt zich af of het niet de vrijplaats en de 'egalitaire bejegening' zijn die de geestelijke verzorging onzichtbaar maken en marginaliseren.

2.5 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk heb ik laten zien dat de geschiedenis van de geestelijke verzorging in sterke mate beïnvloed is door staatkundige kwesties (vrijheid van godsdienst en de scheiding van kerk en staat) en maatschappelijke ontwikkelingen (secularisering, individualisering en professionalisering).

De vrijheid van godsdienst heeft in Nederland geleid tot de verzuiling en confessionalisering van zorginstellingen. Tot eind jaren '60 van de vorige eeuw betekende dit dat iedere denominatie zijn eigen geestelijke verzorgers had die de eigen gelovigen bijstond. Met de deconfessionalisering zou dit veranderen. Toch bleef en blijft de VGVZ ingedeeld naar denominatie.

De scheiding van Kerk en staat blijkt alleen een constitutioneel beginsel te zijn. Voor de geestelijke verzorging geldt dat door de heel smalle wettelijke basis (gebaseerd op art. 6 van de grondwet en de Wkkgv en voorheen WKZ) geen strikte scheiding tussen de staat en de geestelijke verzorging bestaat.

⁵² Schilderman (2013) p. 215,216

⁵³ VGVZ (2016) p. 11

⁵⁴ Schilderman (2013) p. 215, 216

⁵⁵ Ib.

⁵⁶ Ib. p. 216

De staat draagt er zorg voor dat geestelijke verzorging bekostigd wordt door de zorginstelling, maar wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor de geestelijke verzorging is onduidelijk.

Secularisatie en individualisatie hebben grote invloed gehad op onze maatschappij, maar toch kan niet gezegd worden dat er sprake is van absolute secularisatie. Eerder is sprake van individualisatie en de-institutionalisering van het geloof. Dit zou gevolgen moeten hebben voor de manier waarop geestelijk verzorgers en de beroepsvereniging het beroep benaderen. Het zou meer moeten gaan om het individu (de cliënt) en diens behoeftes dan de representatie van een achtergrondgenootschap.

Bij de professionalisering zien we dit terug. Zijn geestelijk verzorgers vertegenwoordigers van hun achtergrondgenootschap en is dit het uitgangspunt voor hun professionele ontwikkeling en streven naar kwaliteit? Of zijn geestelijk verzorgers primair professionals die de wensen van de cliënt centraal stellen, zich onderdeel weten van hun zorginstelling en interdisciplinaire samenwerking niet uit de weg gaat? Zou dit alles als uitgangspunt genomen moeten worden om zorg te dragen voor hun professionele ontwikkeling en streven naar kwaliteit? De ambtskwestie en het gebruik van de vrijplaats zijn slechts symptomen van dit probleem.

Deze vier kwesties hebben de ontwikkeling van de geestelijke verzorging complex gemaakt. Toch lijkt de vraag heel simpel: Wie willen geestelijk verzorgers nu eigenlijk zijn? Vertegenwoordiger van hun achtergrondgenootschap of professionals? Maar hebben ze hierin gezien de demografische ontwikkelingen wel een keuze? Of is de vraag eigenlijk: Wie zouden geestelijk verzorgers in deze tijd moeten zijn?

3. Roltheorie: naar een proactief rolgebruik

De in het vorige hoofdstuk beschreven ontwikkelingen van de geestelijke verzorging hebben laten zien dat de maatschappelijke context en positie van het beroep in de loop der tijd verregaand zijn veranderd. Omdat ik verwacht dat dit consequenties heeft voor de rolkeuze van geestelijk verzorgers ga ik in dit hoofdstuk in op het fenomeen *rol*, waarbij ik beschrijf hoe dit begrip zich heeft ontwikkeld en kan worden ingevuld en gebruikt. Daarna zal ik een definitie van het concept *rol* geven. Aan het einde van dit hoofdstuk zal ik ingaan op het concept *positie*. Vervolgens zal ik alles verbinden met de geestelijke verzorging. Uiteindelijk zal dit stuk van het theoretisch kader gebruikt worden om de vragen voor de interviews op te stellen en de resultaten daarvan te analyseren.

3.1 ROLTHEORIE. VAN PASSIEF, NAAR ACTIEF EN NAAR PROACTIEF ROLGEBRUIK

De roltheorie is uit de sociale psychologie ontstaan in de 20^e eeuw en kent door haar ontstaansgeschiedenis veel verschillende invalshoeken en stromingen.⁵⁷ Binnen de roltheorie bestaan twee stromingen. In de eerste plaats het *structureel-functionalisme* waarin de nadruk ligt op sociologische aspecten en men ervan uitgaat dat een sociaal systeem bepaald voorgeschreven gedrag aangeeft waaraan mensen zullen proberen te voldoen. Hierdoor zou gesproken kunnen worden van het spelen van een rol. De tweede stroming is het *symbolisch interactionisme* waarin de nadruk ligt op de gevolgen van psychologische aspecten en de sociale context centraal staat. De focus ligt meer op het creatieve en onafhankelijke van een individu, waardoor het *rol maken* centraal staat.⁵⁸ Veel wetenschappers hebben geprobeerd de kloof tussen de twee stroming te overbruggen. In de jaren '90 is hiertoe een theoretische benadering ontwikkeld waarin een rol wordt gezien als een *resource* waarmee bepaalde doelen bereikt kunnen. Deze benadering gaat om het *gebruiken van een rol* en lijkt de roltheorie minder statisch te maken.⁵⁹ Het onderscheid tussen *rol spelen*, *rol maken* en *rol gebruiken* wil ik gebruiken voor mijn onderzoek, daarom is het noodzakelijk de drie stromingen nader te omschrijven.

3.1.1 Rol spelen

Structureel functionalisten zagen rollen als structuren in een sociaal systeem, waarbij een rol werd gezien als model voor een bepaalde positie met een normatief systeem als grondslag.⁶⁰ Een rol betreft dan normatieve verwachtingen die bepaald gedrag voorschrijven voor een bepaalde positie in een bepaalde sociale structuur. Sociale structuren kunnen families, gemeenschappen, maar bijvoorbeeld ook organisaties of instellingen zijn. In deze visie wordt ervan uitgegaan dat mensen de sociale structuur en een bepaalde rolinhoud kennen en delen, waardoor de beperkende en bepalende kant

⁵⁷ De sociale psychologie is ontstaan in de jaren '30 van de 20e eeuw en is net als de roltheorie een verzameling van verschillende stromingen en concepten. De verschillen tussen de stromingen worden bepaald door een meer psychologische benadering, met daarin de nadruk op sociaal gedrag als gevolg van iemands persoonlijkheid en sociale determinanten, en een meer sociologische benadering, waarin sociaal gedrag wordt begrepen naar de betekenis die het heeft voor een persoon en diens interacties. Hierin gaat het vooral over het zelf, rollen en symbolisch interactionisme. De roltheorie kent hierdoor een aantal problemen zoals een gebrekkige en zelfs tegenstrijdige terminologie en conceptualisatie; een geringe samenbindende structuur en een zekere ambivalentie, waarschijnlijk doordat de theorie in verschillende disciplines is ontwikkeld en wordt gebruikt. Sinds de jaren '90 van de vorige eeuw is nog nauwelijks over de roltheorie is geschreven. Een plausibele verklaring zou kunnen zijn dat het accent in de sociale psychologie meer is komen te liggen op individuele ontwikkeling en intra-persoonlijke relaties. (Zie: Biddle (1979) p. 13-17; Icke & Knowles (1982) p. vii; Hogg, Terry & White (1995) p. 258.)

⁵⁸ Knowles (1982) p. 6,7 en Callero (1994) p. 228

⁵⁹ Zie Baker & Faulkner (1991) of Callero (1994)

⁶⁰ Secord (1982) p. 33,34

van sociale rollen wordt benadrukt en de focus meer ligt op het gedrag in een bepaalde rol. Je zou kunnen spreken van het *spelen van een rol*.⁶¹ In onderzoek naar rollen kan de nadruk worden gelegd op het individu (functionalistisch) of een sociale structuur (structuralistisch).⁶² Een duidelijke beschrijving van de structureel-functionalistische benadering van rol wordt gegeven in de boeken van Evert van de Vliert & Adriaan Visser over rollen en rolspanningen. Ze beschrijven drie aspecten van een rol: er bestaat een sociale relatie, het gaat om verwacht gedrag (door anderen of jezelf) en daardoor zijn er problemen of zelfs conflicten te verwachten. Ze stellen hierbij de rolrelatie centraal, het gaat immers om gedrag dat door de relatie ontstaat.⁶³

In het rol spelen of het voldoen aan de verwachtingen zie ik een passief element. De rolhouder heeft geen invloed op de inhoud of het effect van de rol, maar probeert slechts zo goed mogelijk te voldoen aan de verwachtingen die bij de rol horen, het publiek speelt hier een centrale rol in.

3.1.2 Rol maken

Rol maken komt aan de orde als ervan uitgegaan wordt dat de roldrager ook invloed uitoefent op de rol zelf. Door interactie en onderhandeling kunnen de rolverwachtingen transformeren naar concreet gedrag, waarbij het verschil tussen eigen ideeën over de rol en de verwachtingen van anderen de drijvende kracht zijn.⁶⁴ In deze symbolisch interactionistische benadering is een rol niet statisch maar veranderlijk, doordat roldragers hun eigen motieven en doelen hebben en hun eigen omgeving creëren. Het 'zelf' is hierin het kernconcept waarmee sociaal gedrag wordt uitgelegd en de focus ligt op de creativiteit en onafhankelijkheid van het individu dat de rol heeft. In principe probeert men te verklaren hoe een individu deel wordt van de maatschappij en gaat men ervan uit dat het zelf alleen kan bestaan door sociale interacties. Doordat men verschillende sociale interacties in zijn leven heeft zal een identiteit kunnen worden geconstrueerd die bestaat uit meerdere zelden. Ook in deze constructie is van belang dat het individu zich bewust is van wat anderen van hem verwachten, maar alleen om uiteindelijk de 'zelf' op te kunnen roepen die op een bepaald moment het meest toepasselijk is.⁶⁵

Sheldon Stryker heeft een beknopt schema gegeven waarin duidelijk wordt wat nu precies wordt bedoeld met rol maken: Door interactie met anderen leert men om posities te classificeren en hoe zich ten opzichte daarvan te gedragen. Posities kunnen worden gezien als relatief stabiele onderdelen van een sociale structuur en kennen verwachtingen ten aanzien van gedrag. Deze verwachtingen worden 'rollen' genoemd. Personen die posities bezetten hebben bepaalde verwachtingen ten aanzien van elkaars gedrag, maar men kan ook verwachtingen hebben ten aanzien van het eigen gedrag, met name als de positie een belangrijk onderdeel is van de eigen identiteit. Door interactie kan het gedrag

⁶¹ Knowles (1982) p. 6,7 en Callero (1994) p. 228

⁶² Biddle (1968) 70-73

⁶³ Vliert, van de & Visser (1983a) p. 30 en Vliert, van de & Visser (1983b) p. 239-240. Van de Vliert en Visser hanteren een aantal rolbegrippen, waarvan er vier essentieel lijken om met de roltheorie te kunnen werken: roldrager (degene die de rol vervult), rolzender (individen of groepen met rolverwachtingen), rolverwachting (dat wat de roldrager volgens rolzenders zou moeten doen) en rolopvatting (dat wat de roldrager volgens zichzelf in de rol zou moeten doen). De problemen die hierdoor mogelijk ontstaan kunnen uiteindelijk leiden tot rolspanningen. De door de roldrager ervaren rolspanning is voor deze scriptie minder relevant, om dat die vooral betrekking heeft op de intrapsychische toestand en de uiting daarvan door de roldrager.

⁶⁴ Hermann & Jahnke (2012)

⁶⁵ Knowles (1982) p. 6, 7. Biddle (1989) p. 71-72 geeft aan dat rollen slechts de reflectie zijn van normen, gedrag, context, onderhandelingen en de situatie zoals die door de actoren wordt begrepen. De normen geven hierin alleen de bandbreedte aan waarbinnen gehandeld kan worden en zijn dus niet leidend voor het gedrag. Ook Hermann & Jahnke (2012) geven aan dat sprake is van bepaalde grenzen in het maken van de rol door een zeker machtsaspect (mensen moeten het wel toestaan dat iemand zijn rol buiten de verwachtingen invult) en door bepaalde rolmechanismen.

nader gedefinieerd en zelfs benoemd worden, maar dit kan nooit het gedrag zelf bepalen. Het gedrag is namelijk het gevolg van het proces van rol maken dat begint met de verwachtingen, maar zich ontwikkelt door interactie. Of een rol gemaakt kan worden of slechts wordt gespeeld is afhankelijk van de context waarin de interactie plaatsvindt. Hierbij zullen altijd grenzen bestaan, maar afhankelijk van de sociale structuur staat de rol in meer of mindere mate open voor verandering. Het feit dat rollen gemaakt kunnen worden betekent dat ze ook in karakter en interactiemogelijkheid kunnen veranderen. Dit kan uiteindelijk leiden tot veranderingen in de grotere sociale structuur.⁶⁶

In het rol maken zie ik een actief element. De rolhouder kan invloed hebben op de invulling van zijn rol, maar dit is alleen mogelijk door interactie vanuit de eigen positie met anderen en als die anderen open staan voor een eigen invulling.

3.1.3 Rol gebruiken

Begin jaren 90 ontstond een nieuwe visie in de roltheorie die rol zou definiëren als resource. Zoals eerder gezegd functioneerden het symbolisch interactionisme en functioneel structuralisme geïsoleerd van elkaar en Wayne Baker & Robert Faulkner wilden met gebruikmaking van de *social network* benadering⁶⁷ de stromingen zien te verenigen. Zij deden dit door rol als een nieuw soort concept te zien waarbij het gaat om gebruikmaken van de mogelijkheden die een rol biedt.

In de benadering van Baker & Faulkner vallen vier dingen op. Ten eerste zien ze rol nog steeds als een set van verwachtingen. Ten tweede stellen ze dat een rol een resource en agency is: rol als resource geeft toegang tot bepaalde vormen van sociaal en cultureel kapitaal (resource), waarmee belangen kunnen worden behartigd en sociale acceptatie kan worden bewerkstelligd (agency). Ten derde is het volgens hen niet nodig een bepaalde positie te hebben om een bepaalde rol uit te kunnen oefenen, sterker nog ze gaan ervan uit dat door een rol uit te oefenen bepaalde sociale posities kunnen worden verworven.⁶⁸ Hiervoor is het nodig dat een sociale structuur niet meer als normatief systeem wordt gezien, maar als een patroon van posities en de daarbij horende relaties.⁶⁹ En ten vierde zeggen zij dat rollen belangrijk zijn als de omgeving niet stabiel is en posities veranderen of langzaam verdwijnen.⁷⁰ Doordat rollen volgens hen maar heel langzaam veranderen kunnen ze worden gebruikt om macht en invloed te verkrijgen en nieuwe posities en sociale structuren te creëren. Het gaat er in hun visie dus niet meer om te voldoen aan verwachtingen, maar om het vormen van relaties en posities om bepaalde doelen te bereiken. Hierbij zouden drie rolresources gebruikt kunnen worden: cultureel kapitaal, sociaal kapitaal en materieel kapitaal.⁷¹

Peter Callero is op de ideeën van Baker & Faulkner doorgegaan en ziet rol net als hen als middel om een bepaald doel te bereiken.⁷² Maar hij definieert rol liever als een cultureel object dan als set van

⁶⁶ Stryker & Serpe (1982) p. 204-205

⁶⁷ "Social network analysis is the study of the patterns of social relations that comprise social structures, treating these relations as networks of connections among the individuals and groups that enter into them." Het gaat niet alleen om het micro-niveau, maar juist ook om meso- en macroniveau. Scott, J. (2015) p. 473.

⁶⁸ Linton zou volgens hen het uitgangspunt hebben dat "A role is usually thought to be enacted from a fixed pre-existing position" Baker & Faulkner (1991) p. 281

⁶⁹ Baker & Faulkner halen hiervoor Laumann & Pappi aan: "... we adopt the network definition of social structure as pattern of positions and their relationships (...), instead of the more abstract definition of social structure as a normative system." Baker & Faulkner (1997) p. 281

⁷⁰ Het onderzoek van Baker & Faulkner richt zich op Hollywood, waar in de filmindustrie sprake is van projectmatig werken en grote veranderingen hebben plaatsgevonden.

⁷¹ Zie voor een nadere uitleg van verschillende vormen van kapitaal § 2.3.1

⁷² Volgens Callero is een kritiekpunt op de roltheorie dat het te deterministisch zou zijn en te weinig aandacht had voor de invloed van het individu. Dit heeft te maken met het verschil tussen het symbolisch interactionisme (met nadruk op het creatieve individu en 'rol maken') en het functioneel structuralisme (met

verwachtingen, omdat deze volgens hem nooit uniform kunnen zijn. Hij stelt dat iedereen verwachtingen heeft van een rol, dat die daarom fluïde is en kan veranderen in tijd en plaats. Rollen zouden door alle betrokkenen kunnen worden gebruikt voor de eigen doelen en door het gebruik zouden zelfs sociale veranderingen kunnen worden bewerkstelligd.⁷³ Hij ziet rol als resource voor actie met de potentie van sociale verandering.⁷⁴

In de manier waarop Baker & Faulkner en Callero rol definiëren als resource zie ik een proactief element. Het geeft aan dat een rol niet alleen gespeeld of gemaakt kan worden, maar ook doelbewust kan worden gebruikt om de eigen positie te creëren en bepaalde doelen te bereiken.

3.1.4 Rol en positie

Het begrip positie heeft veel betekenissen en in de roltheorie wordt het vaak omschreven als de sociale status die iemand heeft, zoals bijvoorbeeld het geslacht of de maatschappelijke positie. Voor deze scriptie kan het begrip het beste worden omschreven als een functie in een organisatie waar men voor is aangesteld. Hierdoor heeft men in de organisatie een bepaalde sociale positie en is men onderdeel van het sociaal netwerk van de organisatie. Iedere positie kent specifieke rollen en volgens Biddle moeten individuen zich goed aan deze rollen aanpassen willen ze lid blijven van de organisatie "In such a context individuals must learn to accomodate a specialized role if they are to remain members of the organization."⁷⁵ Posities kennen specifieke taken die het gemakkelijker maken om de verschillende rollen te onderscheiden.⁷⁶ Zoals in de vorige paragraaf is beschreven gaan Baker & Faulkner ervan uit dat rollen maar heel langzaam veranderen, terwijl posities dat wel doen of zelfs verdwijnen.

3.1.5 Evaluatie Roltheorie en definitie

In de roltheorie zie ik drie manieren om rol te definiëren: een passieve, een actieve en een proactieve. Als het gaat om een passieve invulling van de rol wordt door de rolhouder vooral uitgegaan van de verwachtingen ten aanzien van de invulling van zijn positie en zal worden geprobeerd om die zo goed mogelijk en zonder rolconflicten te vervullen. Ook kan een rol actiever worden ingevuld door weliswaar uit te gaan van de verwachtingen ten aanzien van de positie, maar kan de rolhouder proberen zo veel mogelijk zijn eigen invulling te geven. Hierbij zal hij zich echter begrensd weten door de mensen waarmee hij moet interacteren en dit kan weinig of veel bewegingsvrijheid betekenen. De proactieve rolbenadering geeft de rolhouder nog meer vrijheid, omdat het niet meer alleen gaat om de verwachtingen die bij een rol horen, maar om de doelstellingen die door gebruik van een rol bereikt kunnen worden, doordat het gebruik van een rol toegang geeft tot bepaalde vormen van kapitaal. Hoewel ik dit een mooie benadering vindt wordt deze visie (van Baker & Faulkner) beperkt door de setting van hun onderzoek, een omgeving waarin steeds weer nieuwe projecten worden opgestart. Zij gaan er daardoor vanuit dat een rol gebruikt wordt om een positie in zo'n project te kunnen verwerven en niet dat een positie rolgebruik mogelijk maakt. Vaak echter hoeft een positie niet gecreëerd te worden, maar wordt iemand in een positie benoemd, bijvoorbeeld als sprake is van een dienstverband. Deze situatie neem ik als uitgangspunt.

nadruk op de sociale context en het 'rol spelen'). Hij probeert een theorie te ontwikkelen waarin de tegenstelling tussen agency (handelingsvermogen) en structuur wordt overbrugd. Daartoe ziet hij in navolging van Baker & Faulkner rol als een resource en agency, onafhankelijk van structuur en is het volgens hem een middel om een positie met daarbij horende relaties (sociale structuren) te creëren. Callero (1994) p. 228-229 en 233.

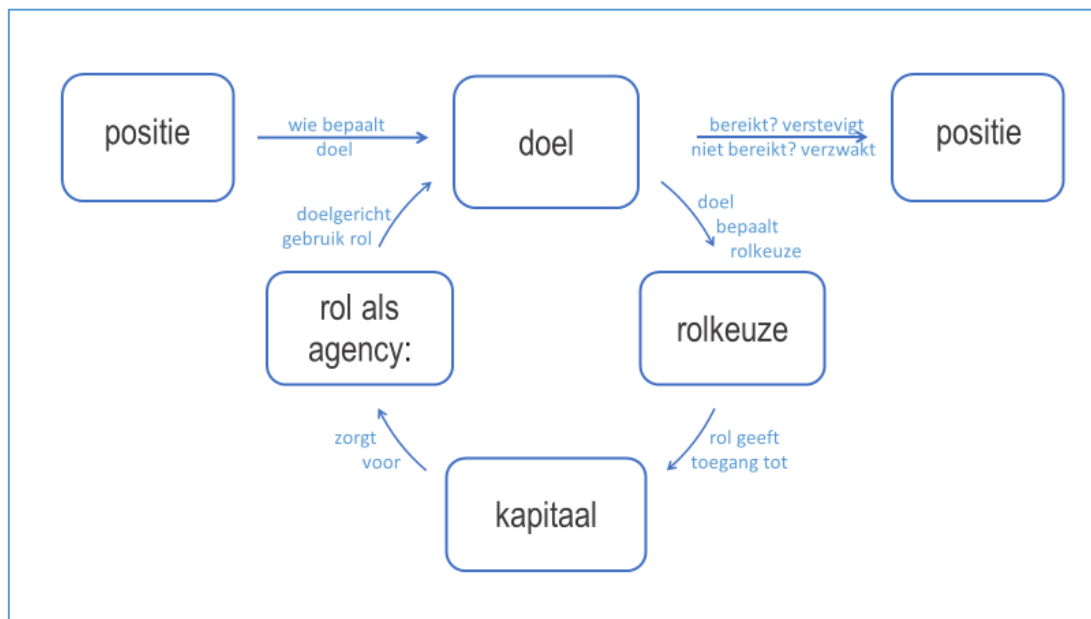
⁷³ Callero (1994) p. 231-235

⁷⁴ Piliavin, Grube & Callero (2002) p. 471

⁷⁵ Biddle (1979) p. 7

⁷⁶ Biddle (1979) p. 71

De positie is echter niet gegarandeerd, want zoals Biddle zegt zal de positiehouder de bij de positie horende rollen goed moeten vervullen om lid te blijven van de organisatie. Ik wil nog een stapje verder gaan. Een positie kent in mijn ogen ook altijd een doel en de rollen zullen worden gekozen op basis van dit doel, maar ik verwacht dat verschillende stakeholders verschillende doelen voor de positie voor ogen hebben. De vraag is dan ook welk doel prioriteit krijgt van de positiehouder, omdat deze rollen zal kiezen die passen bij het doel dat hij voor ogen heeft. Door deze keuze zal hij toegang verkrijgen tot verschillende soorten kapitaal, waarmee hij de rol als agency zal kunnen gebruiken om het door hem gekozen doel te bereiken. Past het gekozen doel bij de bedrijfs- of instellingsdoelen en de ideeën van de belangrijkste stakeholders, dan zal dit volgens mij kunnen helpen om de eigen positie te consolideren of verbeteren, past het doel daar echter niet bij dan zal spanning ontstaan in de sociale structuur waar de positie onderdeel van is.⁷⁷ Wat gevolgen zal hebben voor de positie. In de volgende figuur wordt dit duidelijk gemaakt.



Figuur 3.a Relatie positie en rol.

Gezien het bovenstaande definieer ik rol als volgt:

Rollen zijn culturele objecten die door externe verwachtingen en normen qua inhoud kunnen meebewegen met maatschappelijke ontwikkelingen en daarnaast in bepaalde posities kunnen worden gebruikt als resource en agency, waardoor bepaalde vormen van sociaal, cultureel en materieel kapitaal kunnen worden ingezet om bepaalde doelen te bereiken.

En positie definieer ik als:

Een positie is een functie met specifieke taken en rollen waarin men in een organisatie is aangesteld.

3.2 GEESTELIJKE VERZORGING EN ROL

Gezien de gekozen definitie van rol en het schema uit figuur 2.a komen ten aanzien van de geestelijke verzorging vier vragen op die ik hierna kort wil behandelen. Ten eerste welke doelen staan geestelijk verzorgers voor ogen? Ten tweede welke rollen staan geestelijk verzorgers ter beschikking? Ten derde

⁷⁷ Dit in tegenstelling tot de rolspanningen van Van de Vliert & Visser, die gaan om het interne proces van de roldrager.

hoe zijn de rollen van geestelijke verzorgers als culturele objecten door de maatschappelijke ontwikkelingen beïnvloed? Ten vierde welke vormen van kapitaal staan geestelijk verzorgers door het gebruik van deze rollen ter beschikking?

3.2.1 Doelen van geestelijk verzorgers

Om inzicht te krijgen in de doelen die geestelijk verzorgers zichzelf stellen maak ik gebruik van een onderzoek van Wim Smeets en de beroepsstandaard van de VGVZ.

Smeets heeft onderzocht of de doelen die geestelijk verzorgers in ziekenhuizen zichzelf stellen worden beïnvloed door hun ideeën over kwaliteitszorg. Hij geeft aan dat het doel van geestelijke verzorging gerelateerd zou moeten zijn aan zowel doelen met betrekking tot levensbeschouwing als gezondheidszorg.⁷⁸ Het doel van levensbeschouwing betreft vooral de communicatie daarover (het directe doel), terwijl het doel van de gezondheidszorg het bevorderen van de gezondheid is (het ultieme doel). Voor de geestelijke verzorging betreft dit volgens Smeets het spirituele aspect van de mentale gezondheid.⁷⁹

Ten aanzien van de doelen maakt Smeets met betrekking tot kwaliteitszorg onderscheid tussen micro- en mesoniveau. Het microniveau betreft het directe contact met de patiënten, terwijl het mesoniveau gaat om de context waarin dit contact plaatsvindt. Smeets ziet dit als de samenwerking met medezorgverleners binnen de organisatie.⁸⁰ Hij maakt op microniveau onderscheid tussen directe en ultieme doelen, terwijl hij dat op mesoniveau niet doet. Wel geeft hij twee doelen aan op mesoniveau: het bevorderen van communicatie over wereldbeelden in de instelling en als tweede noemt hij de focus op de zorg in de brede zin van het woord: "Spiritual care aims at ensuring that good care is provided."⁸¹ Om dit te kunnen bereiken is samenwerking met andere disciplines nodig.

In de beroepsstandaard van 2015 staat in het hoofdstuk 'Kwaliteitsstandaard geestelijk verzorger' het doel van het beroep omschreven: "Doel is het bevorderen van spirituele groei, veerkracht, weerbaarheid, eigen regie en het verminderen van kwetsbaarheid."⁸² Dit doet men door zich te richten op zingeving en levensbeschouwing, waarmee men bij wil dragen aan het welbevinden van mensen en "... het goed functioneren van professionals, netwerken en organisaties."⁸³ De VGVZ wil zich dus richten op het micro- en mesoniveau.

Al deze doelen zullen in paragraaf 3.3.2 verder worden uitgewerkt in relatie tot kwaliteitszorg.

3.2.2 Rollen voor geestelijk verzorgers

Zoals geldt voor iedere sociale positie geldt ook voor de geestelijke verzorging dat sprake kan zijn van verschillende rollen die kunnen worden ingezet. Denk bijvoorbeeld aan ambtsdrager, professional, vrijplaats. Of bijvoorbeeld de rollen die door Ruard Ganzevoort & Jan Visser als pastorale modellen benoemd worden: getuige, helper, therapeut, metgezel, hermeneut.⁸⁴ Tijdens mijn stage merkte ik dat ook de mensen waarmee ik werkte bepaalde rollen in gedachte hadden. Zo was ik soms voor de een

⁷⁸ Smeets et al. (2010) p. 99

⁷⁹ Smeets (2006) p. 146

⁸⁰ Smeets (2006) p. 20 en Smeets et al. (2010) p. 85

⁸¹ Smeets (2006) p. 152

⁸² VGVZ (2016), p. 9

⁸³ VGVZ (2016) p. 9

⁸⁴ Ganzevoort en Visser (2012) p. 68-99

de pastoor, de ander de dominee, de volgende de pastor en (helaas) voor sommige collega's een veredelde activiteitenbegeleider. De term geestelijk verzorger was voor de meeste patiënten te abstract, waarschijnlijk door de setting. Maar behalve de patiënten kennen geestelijk verzorgers ook andere relaties die belang hebben bij hun werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld werkgevers, achtergrondgenootschappen, verzekeraars, beroepsvereniging, familie van patiënten, vrijwilligers enz. Ook deze relaties hebben waarschijnlijk bepaalde rollen in gedachten, denk bijvoorbeeld aan collega, professional, ambt, vrijplaats, voorganger, ritueelbegeleider, opleider, vrij-beroep, vrijwilligersbegeleider of ethicus.

In de beroepsstandaard van de VGVZ wordt in een paragraaf een zestal rollen besproken: begeleider, representant, voorganger, opleider, adviseur en coördinator. In de rol van Representant vertegenwoordigt hij een levensbeschouwelijke traditie. De rol van Voorganger betekent dat hij voorgaat bij "... vieringen, bezinnende bijeenkomsten en rituelen."⁸⁵

Al deze rollen vallen naar mijn mening grofweg onder twee overkoepelende rollen, die van de ambtelijke kerkelijk vertegenwoordiger en die van professional in de zorg. In deze scriptie gaat het om deze twee rollen.

3.2.3 Rollen van geestelijke verzorgers als cultureel object

Callero definieert rol niet als set van normen en verwachtingen, maar als cultureel object. Dat doet hij omdat daarmee duidelijk wordt dat een rol een sociale constructie is die alleen kan bestaan door sociale interactie en daarnaast laat het volgens hem zien dat rollen relatief stabiel zijn en kunnen worden beschouwd als abstracte fenomenen, vergelijkbaar met fysieke objecten die door leden van een gemeenschap worden herkend en gebruikt (zoals bijvoorbeeld boeken, auto's etc.). Er is in dat geval sprake van een algemeen erkend perspectief. Maar dat perspectief is geen constant gegeven, want Callero geeft ook aan dat een rol als cultureel object fluïde is en kan veranderen in tijd en plaats. Daardoor kunnen de maatschappelijke acceptatie en waardering van bepaalde rollen veranderen.⁸⁶

Dit is denk ik precies wat gaande is geweest ten aanzien van de geestelijke verzorging. De traditionele rol van geestelijk verzorgers (ambtelijke vertegenwoordiger) heeft door een maatschappij-brede verandering in het perspectief op religie (door secularisatie en pluralisatie) de maatschappelijke acceptatie en waardering langzaam verloren. Dit verlies laat zich onder andere zien in het feit dat de oude religieuze rol niet langer garant staat voor een voorheen haast onaantastbare positie van geestelijk verzorgers, die een voortvloeiende uit de controle en macht van de kerken. (Dit is overigens een voorbeeld van een fenomeen dat Pierre Bourdieu symbolisch kapitaal noemt, waarover in de volgende paragraaf meer.) Hierdoor is en wordt de geestelijke verzorging in een zoektocht naar bestaansrecht gedwongen zichzelf opnieuw uit te vinden.⁸⁷ Dit kan betekenen dat de oude rol, ook al verandert deze, toch niet meer voldoet en een andere gekozen zal moeten worden.

3.2.4 Resources/kapitaal van geestelijk verzorgers

Elke rol heeft eigen resources/kapitaal waar geestelijk verzorgers gebruik van kunnen maken om hun doelen te bereiken. Baker & Faulkner hebben het over drie soorten kapitaal: sociaal, materieel en

⁸⁵ VGVZ (2016) p. 11

⁸⁶ Callero (1986) p. 346

⁸⁷ Een proces dat mijns inziens nog steeds gaande is, gezien de geringe waardering die de geestelijke verzorging lijkt te krijgen als wordt gekeken naar het afnemende aantal fte's in de instellingen. In mijn omgeving hoor ik alleen maar van terugschroeven fte's.

cultureel. Sociaal kapitaal is een centraal begrip in de social network theory. Eenvoudig gezegd gaat het om de voordelen die je hebt van de kwaliteit van je netwerk. Sociaal kapitaal valt overigens niet samen met sociale klasse.⁸⁸ Volgens Paul Whiteley was het Bourdieu die sociaal kapitaal zag als resource waarmee individuen hun doelen proberen te bereiken op het niveau van hun gemeenschap. Whiteley meent dat sociaal kapitaal vooral onderstreept dat gemeenschapsbanden tussen individuen heel belangrijk zijn om collectieve actie mogelijk te maken. Daardoor wordt sociaal kapitaal van groot belang geacht voor bijvoorbeeld economische ontwikkeling.⁸⁹ Bourdieu noemt ook nog cultureel en symbolisch kapitaal. Cultureel kapitaal betreft overerfd(e) en aangeleerd(e) gedrag en kennis, zoals smaak, leefstijl of etiquette, waarmee de dominante klasse zich onderscheidt van de gedomineerde klasse en hun dominante positie kan versterken.⁹⁰ Symbolisch kapitaal is volgens Bourdieu een nog belangrijkere machtsbron, omdat het iets zegt over onbewuste beïnvloeding door de dominante macht. De overheerste klasse gaat er door de eigen overtuigingen onbewust van uit dat de bestaande situatie legitiem is.⁹¹

Er bestaat ook religieus kapitaal dat als een vorm van sociaal kapitaal gezien wordt. Schilderman beschrijft in zijn bijdrage aan het WRR Rapport "Geloven in het publieke domein" religieus kapitaal naar Robert Furbey et al. als volgt: "Religieus kapitaal verwijst naar het geheel van bekwaamheden, ervaringen en vertrouwensbanden dat in religieuze tradities vervat ligt en dat in sociaal en maatschappelijk initiatief geïnvesteerd kan worden." of "... het talent voor en de verbondenheid met een specifieke religieuze cultuur."⁹² En ook als "...- het erfgoed dat religies in sociaal initiatief vertegenwoordigen..." Dit religieus kapitaal kan zowel positieve als negatieve invloed hebben en door zowel de achterliggende religieuze gemeenschap als de samenleving worden beïnvloed. In de bijdrage noemt Schilderman een 'cruciale kwestie': namelijk "de vraag of en hoe religieus kapitaal in de zorg geïnvesteerd kan worden op een wijze die de functies van de zorg zelf bevordert."⁹³ Dit raakt het aspect van de doelstellingen van geestelijke verzorgers, want hoe kan de geestelijke verzorging het religieus kapitaal zodanig investeren dat het bijdraagt aan de doelen die in de zorg worden gesteld? In de rollen die geestelijk verzorgers ter beschikking staan zal religieus of levensbeschouwelijk kapitaal waarschijnlijk een belangrijke resource zijn. In hoeverre de andere soorten kapitaal ook door een geestelijk verzorger kunnen worden gebruikt om te investeren zal uit de interviews moeten blijken.

3.2.5 De positie van geestelijk verzorgers

Zoals beschreven in paragraaf 3.1.4 en 3.1.5 beschouw ik een positie als een functie waar men voor is aangesteld in een organisatie met specifieke taken en rollen. Yonanis zegt dat volgens Linton rollen invulling geven aan een positie en dat daardoor het gedrag van de positiehouder wordt bepaald. Daarnaast zou Lopata volgens hem zeggen dat het de status van de positiehouder is die de rolkeuze bepaalt. (Zoals bijvoorbeeld je geslacht, je sociale klasse of etniciteit).⁹⁴ Volgens mij kan voor de geestelijke verzorging het ambt een voorbeeld zijn van een status die de rolkeuze bepaalt en zo invloed heeft op het gedrag van de positiehouder en de manier waarop deze zijn beroep uitoefent. Natuurlijk zijn het niet alleen geestelijk verzorgers die te maken hebben gehad met grote veranderingen in de zorg. Volgens Rosalie Lopopolo hebben veel zorgverleners te maken gehad met veranderende en verdwijnende posities door herstructurering en inkrimping. Maar de reacties daarop konden nogal verschillen. "For some clinicians, including physical therapists, their worst fears were

⁸⁸ Kurz (2015) p. 90-93,

⁸⁹ Whitely (2015) p. 174-180

⁹⁰ Sapiro (2015) p. 779-779

⁹¹ Kurz (2015) p. 90-93,

⁹² Schilderman (2006) p. 396

⁹³ Schilderman (2006) p. 409

⁹⁴ Yodanis (2003)

realized as their roles were altered and some positions eliminated through restructuring and downsizing. For other clinicians, the changes offered new opportunities for autonomy, collaboration, and even a renewed sense of professionalism."⁹⁵ Ik denk dat dit ook voor geestelijk verzorgers opgaat gezien de discussies van de afgelopen decennia.

3.3 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk heb ik beschreven hoe kan worden gekeken naar het concept 'rol'. Hierbij ben ik tot de conclusie gekomen dat het mogelijk is om rollen actief te gebruiken en dat daarmee de eigen positie kan worden verstevigd. Dit heb ik vervolgens in een schema gezet, dat ik verwacht toe te kunnen passen op de geestelijke verzorging. Op basis van de theorie en het schema kwam ik tot de volgende definitie van rol:

"Rollen zijn culturele objecten die door externe verwachtingen en normen qua inhoud kunnen meebewegen met maatschappelijke ontwikkelingen en daarnaast in bepaalde posities kunnen worden gebruikt als resource en agency waardoor bepaalde vormen van sociaal, cultureel en materieel kapitaal kunnen worden ingezet om bepaalde doelen te bereiken."

De definitie leidde tot een viertal vragen die ik door middel van literatuuronderzoek nader heb onderzocht. Ten aanzien van de doelen van geestelijke verzorging ben ik uitgegaan van het onderscheid van Smeets tussen directe en ultieme doelen en doelen op micro- en mesoniveau. Deze onderscheidingen laten zien dat geestelijke verzorging zich afspeelt in direct contact met de patiënten en maar ook binnen de gehele instelling. Volgens Smeets bleek uit zijn onderzoek, waarvan de resultaten in 2006 werden gepubliceerd, dat door geestelijk verzorgers aan het laatste (het mesoniveau) niet voldoende aandacht werd besteed. Als echter gekeken wordt naar de meest recente *Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015*, dan zien we dat dit wel als integraal onderdeel van het doel en de taken wordt gezien. Als tweede heb ik mogelijke rollen voor geestelijk verzorgers omschreven en zag ik de ambtelijke en professionele rollen als de twee overkoepelende. Ten derde heb ik beschreven wat het inhoudt om de rollen van geestelijk verzorgers als cultureel object te zien. Het feit dat de traditionele rollen van geestelijk verzorgers door de secularisatie en pluralisatie hun maatschappelijke acceptatie en waardering verloren hebben kan een nieuwe dimensie krijgen, als die rollen worden beschouwd als cultureel object. Dan kunnen ze namelijk worden geherdefinieerd en weer van waarde worden. Ten vierde ben ik ingegaan op mogelijke resources/kapitaal die horen bij de rollen van geestelijk verzorgers. Een belangrijke daarvan is het religieus kapitaal, dat volgens Schilderman zodanig geïnvesteerd zou moeten worden dat het bijdraagt aan de functies van de zorg zelf.

In de roltheorie worden rollen vaak toegeschreven aan sociale posities. Geestelijk verzorgers hebben een positie in zorginstellingen waar vanwege bezuinigingen en secularisatie de laatste jaren wat controverse over bestaat. Een van de onderzoeksvragen betreft de versteviging van de positie van geestelijk verzorgers. Daarom heb ik in dit hoofdstuk ook dit begrip gedefinieerd:

Een positie is een functie met specifieke taken en rollen waarin men in een organisatie is aangesteld.

⁹⁵ Lopopolo (2002) p. 985

4. Theorie Kwaliteitszorg: de cliënt staat centraal

In dit hoofdstuk zal ik ingaan op kwaliteitszorg en zorgkwaliteit in zorginstellingen. Als eerste laat ik zien wat de wettelijke basis is, daarna zal ik beschrijven wat kwaliteitszorg nu eigenlijk is en ingaan op twee benaderingen van kwaliteitszorg: de zorginhoudelijke en bedrijfskundige benadering. Bij de eerste ligt de nadruk op de procedurele controle op handelingen en bij de tweede op de verschillen tussen de ervaringen en verwachtingen van de klant/cliënt/patiënt. In deze benadering is sprake van subjectivering: de cliënt is centraal komen te staan, een trend die we ook in de zorg zien. De patiënt en zijn mening worden steeds belangrijker en dat zien we terug in patiënt georiënteerde zorg, maar ook in de totstandkoming van een nieuwe definitie van gezondheid. Uiteindelijk zal ik dit alles verbinden met de geestelijk verzorging. Als eerste beschrijf ik een onderscheid dat Smeets maakt in doelen op micro- en mesoniveau en zijn idee dat geestelijk verzorgers zich ook zouden moeten richten op kwaliteitszorg op mesoniveau. Ten tweede zal ik een bedrijfskundige benadering van kwaliteitszorg (het Servqual model) toesnijden op de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit model worden het micro- en mesoniveau met betrekking tot de kwaliteitszorg met elkaar verbonden en worden 5 kloven zichtbaar die bepalend kunnen zijn voor het verschil tussen de verwachte en geleverde geestelijke verzorging. Ook dit deel van de theorie zal worden gebruikt om de vragen voor de interviews op te stellen en de resultaten daarvan te analyseren.

4.1 WETGEVING

De op 1 januari 2016 ingestelde Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zegt het duidelijk: zorginstellingen moeten hun patiënten goede zorg verlenen (art. 2) en daarnaast de zorg zo organiseren dat dit bereikt wordt (art. 3). Ten aanzien van het laatste wordt geëist dat de zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitssysteem waarmee de kwaliteit van de zorg systematisch wordt bewaakt, beheerst en verbeterd. (art. 7)⁹⁶ De wet is bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de positie van patiënten te versterken. In de Wkkgz wordt in tegenstelling tot in de vervangen Kwaliteitswet Zorginstellingen de term verantwoorde zorg niet meer gebruikt. In de Wkkgz heeft men het slechts over 'goede zorg' en dit betekent dat "de zorg in ieder geval moet voldoen aan de professionele standaard..."⁹⁷ De term 'goede zorg' is, zoals staat in de *Nota van toelichting*, een globale en dynamische norm die nog verder ingevuld dient te worden door het veld. Het doel is dat uiteindelijk goede zorg verleend wordt, die in overeenstemming is met de algemeen aanvaarde normen en de professionele standaard. Voor wat betreft kwaliteit staat in een amendement dat dit verder gaat dan veiligheid, doelmatigheid en doeltreffendheid, want de kwaliteit moet ook nog gewaarborgd worden.⁹⁸ Hoe, dat mogen zorgverleners en instellingen zelf bepalen, wat betekent dat daar kwaliteitsbeleid voor zal moeten worden ontwikkeld.

4.2 KWALITEITSZORG ALS BELEIDSINSTRUMENT

Omdat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de manier waarop ze kwaliteit willen borgen is het van belang te onderzoeken wat de termen kwaliteit en kwaliteitsbeleid precies inhouden. De socioloog Petra Verhagen verwoordt het heel simpel en zegt dat kwaliteit gaat over de vraag *of de dingen goed gedaan worden* en beleid over de vraag *of de goede dingen gedaan worden*. Het doel van kwaliteitsbeleid is volgens Verhagen dat "de goede dingen goed gedaan worden."⁹⁹ Dat de manier

⁹⁶ Wkkgz is gepubliceerd 11-11-2015 in: Staatsblad (2015), nr 407

⁹⁷ Doorlopende toelichting op artikelen voorstel Wkkgz. p 14

⁹⁸ Ib. p. 14,15

⁹⁹ Verhagen (2010) p.22

waarop dingen goed gedaan worden niet voor eeuwig vast staat, wordt duidelijk door een verschuiving in de focus in de kwaliteitszorg. Deze is in de loop der tijd verschoven van proceduralisatie naar onderzoek naar de mening van de cliënt over de dienstverlening.

4.2.1 Wat is kwaliteit?

Kwaliteit van dienstverlening is lastiger te definiëren dan de kwaliteit van een fysiek product. Het gaat immers om abstracte zaken waarbij sprake is van een handeling en interactie.¹⁰⁰ P. Harteloh & A. Casparie definiëren kwaliteit in de zorg als volgt: “Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg.”¹⁰¹ De definitie van Verhagen van kwaliteit luidt: “Kwaliteit is de mate waarin het proces en het resultaat van een geleverd product of geleverde dienst voldoet aan de behoefte en verwachtingen van relevante belanghebbenden in relatie tot de visie van de organisatie; dit komt tot uitdrukking in objectieve en subjectieve beoordelingen van belanghebbenden.”¹⁰² In beide definities gaat het om de relatie tussen verwachtingen en dat wat geleverd wordt. Dit betekent dat de ontvanger van de dienst, in de zorg is dat de cliënt, in belangrijke mate bepaalt of er sprake is van kwaliteit of niet. Maar zoals de definitie van Verhagen laat zien zijn er ook andere belanghebbenden die daar een oordeel over kunnen hebben. In de zorg zou dat bijvoorbeeld kunnen gaan om het management, de zorgverleners, maar ook niet direct betrokkenen als de familie, verzekeraars of de IGZ.

4.2.2 Kwaliteitszorg: van zorginhoudelijke naar bedrijfskundige aanpak

Kwaliteitszorg kan worden omschreven als de manier waarop naar kwaliteit toegewerkt wordt. Volgens Verhagen betekent dit dat op een systematische, gerichte en geplande wijze wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering binnen een organisatie. Door middel van afspraken, richtlijnen, procedures en protocollen probeert men de kwaliteit die men voor ogen heeft te bereiken.¹⁰³

Binnen de kwaliteitszorg is een onderscheid zichtbaar dat op verschillende manieren wordt benoemd. Dit gaat om het verschil tussen de manier waarop de dingen gedaan worden (productieproces) en de manier waarop de organisatie daarmee omgaat. Harteloh & Casparie noemen dit respectievelijk de zorginhoudelijke en bedrijfskundige benadering, maar het zou ook als statische en dynamische kwaliteit kunnen worden benoemd.¹⁰⁴ De focus is in de loop der tijd steeds meer op de dynamische/bedrijfskundige benadering komen te liggen.

Parallel aan dit onderscheid lijkt ook het verschil tussen de primaire en secundaire bedrijfsprocessen te lopen. Dit is het onderscheid tussen de kerntaken van een organisatie en de taken die ervoor zorgen dat de kerntaken kunnen plaatsvinden. In de zorg betreft dit dan de feitelijke zorgtaken en de faciliterende, zoals ICT, huishoudelijke dienst of management. Vroeger had kwaliteitszorg vooral betrekking op het primaire bedrijfsproces. Men probeerde de zorg te verbeteren door de primaire taken te vatten in richtlijnen, procedures en protocollen die moesten voorkomen dat er fouten werden gemaakt en door middel van scholing probeerde men de kwaliteit van dit proces op peil te houden. En ook nu worden medische kennis, epidemiologie en gezondheidszorgonderzoek nog steeds gebruikt om de kwaliteit te kunnen meten en definiëren. Audits worden gebruikt om het handelen en dus het

¹⁰⁰ Harteloh & Casparie (1997) p. 82

¹⁰¹ Ib.p. 23

¹⁰² Verhagen (2010) p. 24

¹⁰³ Ib.p. 20-28

¹⁰⁴ Harteloh & Casparie (1997) p.35 en Verhagen (2010) p. 28-29

gedrag van de beroepsbeoefenaren te beoordelen.¹⁰⁵ Kwaliteit wordt dan gezien als een eigenschap van de geleverde zorg waarop bepaalde aspecten van toepassing zijn: doeltreffendheid, doelmatigheid en tevredenheid. Hiermee wordt de kwaliteit bewaakt of bevorderd. Dit wordt ook wel statische kwaliteitsbewaking of zorginhoudelijke benadering genoemd.¹⁰⁶

Tegenover deze meer op de procedures gerichte kwaliteitszorg staat wat Harteloh en Casparie de bedrijfskundige benadering noemen en Verhagen de dynamische kwaliteit. In deze benadering gaat het om het beïnvloeden en sturen van de zorgpraktijk, waarbij kwaliteitszorg kan worden gezien als een managementtool, dat als doel heeft de zorgpraktijk door middel van bedrijfskundige modellen en theorieën van kwaliteitszorg te verbeteren. De oorsprong van deze benadering was het idee dat een fysiek product door een goed productieproces nog niet goed te verkopen hoeft te zijn. Er spelen ook andere aspecten een rol, namelijk de mening en de wensen van de klant en deze zullen moeten worden vertaald naar het productieproces. Dit betekent dat de klant uiteindelijk invloed zal hebben op het feitelijke productieproces.¹⁰⁷

Omdat in deze benadering de cliënt en diens behoeften centraal staan en deze als klant wordt gezien, wordt niet alleen van zorgverleners verwacht dat deze bijdragen aan de kwaliteitszorg, maar wordt hier de hele organisatie, inclusief de faciliterende diensten, bij betrokken. Dit wordt ook wel integrale kwaliteitszorg genoemd met nadruk op de totale dienstverlening, zoals de mentaliteit van de medewerkers, de sfeer, cultuur, bedrijfsidentiteit etc. Kwaliteitsborging gaat dan niet zozeer om bewaken (inspectie en registratie), maar om preventie, waarbij men door het analyseren van fouten poogt fouten te voorkomen. Niet het meten van de kwaliteit staat centraal, maar de wetenschap dat er continu aandacht is voor kwaliteit, iets wat organisaties bijvoorbeeld laten zien door de aanwezigheid en het gebruik van kwaliteitssystemen.¹⁰⁸

4.2.3 Het Service Quality Model

Zoals gezegd is een van de kenmerken van de bedrijfskundige benadering dat men niet alleen op het verschil tussen wens en werkelijkheid van geleverde zorg managet, maar dat juist ook het oordeel van de cliënt wordt gebruikt om de kwaliteit van de zorg te beïnvloeden. Harteloh & Casparie geven aan dat verwachtingen die de patiënt heeft over de zorg en de zorg die uiteindelijk wordt ervaren en beleefd bijdragen aan het gevoel van kwaliteit. Deze verwachtingen worden bepaald door de informatie die men heeft gekregen, de persoonlijke behoeften en eventuele voorgaande ervaringen. Om dit inzichtelijk te maken maken Harteloh & Casparie gebruik van een model uit de dienstverlenende sector van het bedrijfsleven: het Service Quality Model (hierna Servqual model). Het oorspronkelijke model van A. Parasuraman et al. kent slechts twee actoren: de cliënt en de dienstverlener. Het model van Harteloh & Casparie dat gericht is op de gezondheidszorg is uitgebreider en heeft drie actoren: de patiënt, de instelling en de omgeving (zorgverzekeraars, overheid).¹⁰⁹

¹⁰⁵ Harteloh & Casparie (1997) p.11,12, 59 Donabedian en Williamson zijn de twee grondleggers van de zorginhoudelijke benadering waarvan het onderzoek stamt uit de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw. Donabedian heeft vanuit een meer wetenschappelijke benadering een begrippenkader van kwaliteitszorg neergezet en is ingegaan op de rol die standaarden, normen en criteria spelen. Williamson gaat meer in op de manier waarop men de zorg evalueert en toetst en geeft een meer pragmatisch kader.

¹⁰⁶ Harteloh & Casparie (1997) p. 11 hebben het over een zorginhoudelijke vs. bedrijfskundige benadering en Verhagen (2010) p. 11-31 heeft het over statische vs dynamische kwaliteit.

¹⁰⁷ Harteloh & casparie (1997) p. 81,82

¹⁰⁸ Ib. p. 11-13

¹⁰⁹ Parasuraman et.al. (1985) p. 44. Harteloh & Casparie (1997) p. 87. Overigens geeft Roger Leenders aan dat het model en de bijbehorende vragen van Parasuraman altijd moet worden aangepast aan de eigen situatie.

In hun model worden vier kloven aangegeven die elk betrekking hebben op het contact tussen de instelling en de cliënt. Er wordt geen verband gelegd tussen de omgeving (verzekeraars, overheid) en de instelling en cliënt.¹¹⁰ De eerste kloof is het verschil tussen de verwachte en de ervaren zorg bij patiënten. De tweede de kennis van dit verschil bij het management en de zorgverleners. (Het is met name op dit vlak dat verschil van mening kan ontstaan tussen deze groepen.) De derde het verschil tussen wens en werkelijkheid bij geleverde diensten. (Het is juist dit verschil dat men in de zorginhoudelijk benadering van kwaliteit probeert te verkleinen. Het gaat er dan om dat mensen soms fouten maken, maar er kan ook sprake zijn van een structureel probleem waardoor bepaalde zorg niet geleverd kan worden.) En de vierde gaat het om het verschil tussen de feitelijke zorgverlening en de communicatie daarover naar de cliënt toe. Deze communicatie bepaalt tevens de eerste kloof, omdat de zorg die door de cliënt wordt verwacht mede door deze communicatie wordt bepaald. Daarom is het van belang dat de communicatie en voorlichting accuraat zijn.¹¹¹

Uit het onderzoek van Parasuraman waar het Servqual model uit voort is gekomen kwam ook naar voren dat consumenten allemaal ongeveer dezelfde criteria gebruikten om kwaliteit van dienstverlening te beoordelen. (Deze criteria zijn in 10 determinanten ondergebracht. Deze determinanten hebben niet te maken met feitelijke zorg en de desbetreffende zorgverleners, maar zijn juist sectoroverschrijdend.) Uiteindelijk zijn deze 10 determinanten na uitgebreid toetsing samengevoegd tot vijf dimensies. In Het gaat dan om: toegankelijkheid (denk aan bereikbaarheid maar ook financiële haalbaarheid); betrouwbaarheid (veiligheid en accuratesse); dienstverlening (continuïteit en goede coördinatie); vertrouwen en empathie. (Deze laatste twee begrippen worden door Harteloh en Casparie samengenomen en gaan erom dat de cliënt een vertrouwensrelatie met de zorgverlener heeft).¹¹² Het Servqual model is goed toepasbaar op de geestelijke verzorging. Daarover meer in paragraaf 3.4.2

4.3 VERSCHUIVING IN OBJECT IN KWALITEITSZORG EN GEZONDHEIDSZORG

In de kwaliteitszorg is de focus steeds meer komen te liggen op de cliënt, zoals blijkt uit de bedrijfskundige benadering en het Servqual model. Je zou kunnen zeggen dat het object van de kwaliteitszorg het subject (cliënt) lijkt te zijn. Ook in de gezondheidszorg is deze trend zichtbaar als Patiënt Centered Medicine (PCM) oftewel patiënt georiënteerde zorg. Een min of meer logisch gevolg van deze ontwikkeling lijkt het voorstel van Huber te zijn om te komen tot een nieuwe definitie van gezondheid, waarin gezondheid breder wordt gezien dan voorheen.

4.3.1 Patiënt georiënteerde zorg

Tot voor kort was de medische zorg vooral gericht op het genezen van ziektes en minder op de behandeling van de patiënt. Dit is aan het veranderen en patiënten krijgen in de westerse gezondheidszorg langzamerhand een steeds grotere rol, waardoor ook de relatie met de arts

Leenders (2001) p. 10, 11. Bij de omgeving kan bijvoorbeeld ook gedacht worden aan interne en externe audits en interne en externe toezichthouders.

¹¹⁰ Ik vraag me af of dat terecht is. Ik kan me zo voorstellen dat de instelling en cliënt wel degelijk in hun verwachtingen en handelen door de omgeving beïnvloed worden en dat daar dus ook kloven zullen bestaan. Denk alleen al aan het feit dat instellingen aan bepaalde voorwaarden en kwaliteitscriteria moeten voldoen om gefinancierd te worden of aan de wet te voldoen)en zoals we eerder hebben gezien is die wet niet eenduidig).

¹¹¹ Harteloh & Casparie (1997) p. 85-89.

¹¹² Ib. p. 91-97

verandert. Heel langzaam wordt de patiënt steeds autonomer en de arts minder paternalistisch en autoritair. Zo wordt de patiënt steeds meer een klant die informatie wil en een actieve rol in de besluitvorming. Dit wordt ook wel Patiënt georiënteerde zorg genoemd. In deze benadering is het object van de gezondheidszorg niet meer de ziekte maar de patiënt. José Sacristán geeft de volgende definitie: "Patient Centered Medicine can be defined as the medical practice aimed at improving the health outcomes of individual patients in everyday clinical practice, taking into account their preferences, objectives and values, as well as the available economic resources."¹¹³ Deze verandering zal vergaande implicaties hebben voor de gezondheidszorg, want niet alleen de relatie tussen de arts en cliënt zal veranderen, maar ook onderzoek, wetgeving, onderwijs en medische ethiek zullen een verandering in focus laten zien.¹¹⁴

Volgens Sacristán is er dan ook sprake van een paradigmawisseling met betrekking tot de medische praktijk. Men zou niet meer uit zou moeten gaan van Evidence-based medicine (EBM) dat zich richt op populaties, maar Patiënt-centered medicine, dat zich richt op de individuele patiënt. Sacristán stelt dat het uiteindelijke object van de zorg niet zou moeten zijn wat de beste behandeling is voor de gemiddelde patiënt maar het verbeteren van de gezondheid van individuele patiënten en dat dit ook voor medisch onderzoek zou moeten gelden. Volgens Sacristán heeft onderzoek zich teveel gericht op wat artsen en regelgevers belangrijk vonden en ging het niet of nauwelijks over dat wat belangrijk was voor de patiënt. Als voorbeeld geeft hij suikerziekte, volgens hem een terrein waar nauwelijks onderzoek wordt gedaan naar de gevolgen van de ziekte (amputaties, gezichtsverlies e.d.) terwijl die heel ingrijpend zijn. Daarom vindt hij dat het nodig is om zachte uitkomsten te meten, zoals symptomen, fysieke staat, sociale- en rolfuncties en kwaliteit van leven. Kortom de zaken die van belang zijn voor de patiënt. Dit betekent dat vaak zal moeten worden gekozen voor kwalitatief onderzoek, ook wel Patiënt-Reported Outcomes (PRO) genoemd.¹¹⁵

Geheel in lijn met deze ontwikkeling zie ik de poging van de Nederlandse arts-onderzoeker Machteld Huber en haar collega's om te komen tot een nieuwe bredere definitie van gezondheid, waarbij de patiënt en niet de ziekte centraal staat.

4.3.2 Een nieuwe definitie van gezondheid

In 2011 kwam een artikel uit van Machteld Huber en collega's waarin zij een herdefiniëring van gezondheid bepleiten.¹¹⁶ Volgens hen is de ruim 60 jaar oude definitie van gezondheid van de World Health Organization (WHO) te statisch en beperkend. Deze definitie luidt: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."¹¹⁷ De definitie stamt uit 1948 en was voor die tijd vernieuwend, omdat het naast fysieke ook mentale en sociale aspecten opnam. Het was een tijd waarin infectieziekten nog niet onder controle waren en chronische ziekten meestal leidden tot een vroege dood. In het licht daarvan zien Huber et al. 3 kritiekpunten voor onze tijd. Ten eerste zou door te verwachten dat mensen 'compleet' welzijn kunnen ervaren op alle drie aspecten van welbevinden die de WHO noemt volgens hen een medicalisatie van de maatschappij ontstaan. De meesten van ons kunnen dat compleet welbevinden helemaal niet ervaren en zijn volgens de definitie eigenlijk altijd ongezond en dus nooit uitbehandeld. Een van de oorzaken daarvan is het tweede kritiekpunt dat te maken heeft met een veranderde demografie.

¹¹³ Sacristán (2013) p. 2

¹¹⁴ Ib. p. 1-2

¹¹⁵ Ib. p. 2-7

¹¹⁶ Dat artikel is verschenen naar aanleiding van een in 2009 in Nederland gehouden internationale conferentie dat als doel had de definitie van gezondheid te herformuleren. Inmiddels is Machteld Huber in 2014 gepromoveerd op haar zoektocht naar een ander meer dynamisch concept van gezondheid.

¹¹⁷ WHO (1948)

Doordat mensen ouder worden hebben ze vaker te kampen met chronische ziekten. Volgens de definitie van de WHO zijn mensen met een chronische ziekte of een handicap voor altijd ziek. Ten derde zou de definitie moeilijk te operationaliseren of te meten zijn, omdat wordt verwezen naar een *complete staat* van welbevinden.¹¹⁸

In een ander artikel uit 2016 bepleiten Huber, Van Vliet & Boers dat het nodig is om gezondheid niet te zien als een "statisch gegeven" maar als een "dynamisch ingevuld begrip", omdat mensen over het algemeen leren met hun beperking om te gaan. "Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges."¹¹⁹ De onderzoekers noemen dit positieve gezondheid en hebben kwantitatief en kwalitatief onderzoek gedaan om op basis van dit concept te komen tot indicatoren van gezondheid. Ze hebben daartoe de volgende stakeholders onderzocht: behandelaars, patiënten, burgers, beleidsmakers, verzekeraars, public health actors en onderzoekers, om uiteindelijk te komen tot 6 dimensies van gezondheid die ze in het volgende schema hebben uitgewerkt.

lichaamsfuncties	mentale functies en beleving	spirituele en existentiële dimensie	kwaliteit van leven	sociaal-maatschappelijke participatie	dagelijks functioneren
medische feiten	cognitief functioneren	zingeving	welbevinden, kwal van leven	sociale en communicatieve vaardigheden	basis-adl
medische waarnemingen	emotionele toestand	doelen of idealen nastreven	geluk beleven	betekenisvolle relaties	instrumentele adl
fysiek functioneren	eigenwaarde en zelfrespect	toekomst-perspectief	genieten	sociale contacten	werkvermogen
klachten en pijn	gevoel controle te hebben	acceptatie	ervaren gezondheid	geaccepteerd worden	gezondheids-vaardigheden
energie	zelfmanagement en eigen regie		levenslust	maatschappelijke betrokkenheid	
	veerkracht		balans	betekenisvol werk	

Tabel 4.a Hoofddimensies en aspecten van gezondheid (Uit: Huber, Van Vliet & Boers. 2016)¹²⁰

Inmiddels zijn op de website van het Institute for Positive Health de namen van twee dimensies veranderd. *Mentale functies en beleving* heet nu *mentaal welbevinden* en de *spirituele en existentiële dimensie* heet nu *zingeving*.¹²¹ Waarom dat zo is wordt niet duidelijk.

Op zich is kwaliteit van leven een dimensie die ook wel als een overkoepelende kan worden gezien, immers de andere vijf zijn misschien wel voorwaarde om kwaliteit van leven te ervaren. Voor de kwaliteit van leven is in 1997 soortgelijk schema uitgegeven door de WHO om de kwaliteit van leven te kunnen onderzoeken (WHOQOL). Het bestaat net als het bovenstaande schema uit 6 dimensies. Dit zijn de fysieke gezondheid dimensie, de psychologische dimensie, de dimensie van het niveau van onafhankelijkheid, dimensie van sociale relaties, milieu dimensie en als laatste de dimensie van spiritualiteit/religie/persoonlijke overtuigingen.¹²² Huber, van Vliet & Boers geven echter aan dat het doel van hun onderzoek meer gericht is op de capaciteit van het individu om zich aan te passen aan en

¹¹⁸ Huber et. al. (2011) p. 235-236

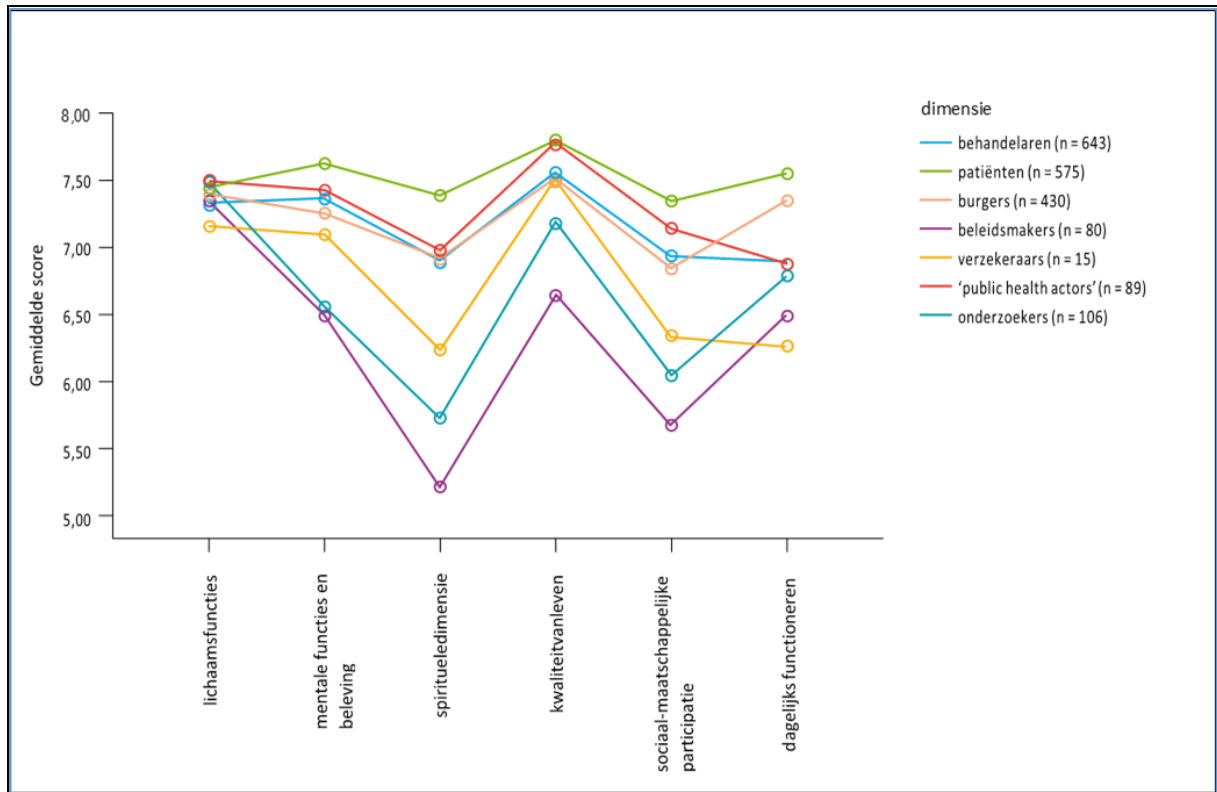
¹¹⁹ Huber, van Vliet & Boers (2016) p. 2

¹²⁰ Ib. p. 3

¹²¹ Het heet nu zingeving en heeft als aspect: zinvol leven; levenslust; idealen willen bereiken; vertrouwen hebben; accepteren; dankbaarheid; blijven leren. De associatie met spiritualiteit is helemaal verdwenen. Zie: <http://www.ipositivehealth.com/>

¹²² WHO (1997), p. 4

om te gaan met de ziekte dan op het functioneren zelf of de ervaring van de kwaliteit van leven.¹²³ Op zich is het onderscheid voor dit onderzoek niet echt relevant, omdat ik vooral heb willen laten zien dat de meningen van stakeholders in de zorg ten aanzien van de relevantie van de dimensies en dan met name de spirituele zo enorm verschillen. Dit is te zien in het onderstaande schema, waarin de resultaten zichtbaar worden van het kwantitatief onderzoek waarin is gekeken of de stakeholders het eens waren met de uitkomsten.



Figuur 4.b Mate van overeenstemming met dimensies van gezondheid. (Uit: Huber, Van Vliet & Boers. 2016)¹²⁴

Een aantal zaken viel de onderzoekers direct op. Alle groepen vonden lichaamsfuncties onderdeel van gezondheid. Beleidsmakers, onderzoekers en in mindere mate verzekeraars hadden weinig met de spirituele en existentiële dimensie, terwijl die voor patiënten wel belangrijk was. Een andere belangrijke uitkomst was misschien wel dat mensen die persoonlijk met ziekte ervaring hadden gezondheid breder zagen en dat ook zij de spirituele en existentiële dimensie ook heel belangrijk vonden. De conclusie van de onderzoekers was dat men niet om de brede invulling van gezondheid heen kan als men de patiënt centraal wil stellen.¹²⁵

Door op deze manier naar gezondheid te kijken kan ook de vraag van Schilderman of het mogelijk is om de geestelijke verzorging als vrij beroep op te vatten anders worden bekeken. Hij stelt dat de geestelijke verzorging moet kunnen aantonen dat interventies in dat kader gezondheidgerelateerde effecten hebben om als behandelend dienstverlener te kunnen worden gezien en als zodanig vergoed te worden door de verzekeraars.¹²⁶ Met de dimensies van Huber in het achterhoofd hoeft dan echter

¹²³ Huber et. al. (2011) p. 235-237. De motivatie is dat er steeds meer mensen zijn en zullen komen die te maken hebben met chronische ziekten. Omdat deze ziekten niet te genezen is het voor deze mensen volgens Huber belangrijker te focussen op de omgang met de ziekte dan te focussen op het vrij zijn van klachten.

¹²⁴ Huber, Van Vliet & Boers. (2016) p. 2

¹²⁵ Ib. p. 3-5

¹²⁶ Schilderman (2015) p. 22

niet meer gefocust te worden op de fysieke of mentale toestand, maar kunnen de effecten op het eigen terrein worden onderzocht.

4.4 KWALITEITSZORG EN GEESTELIJKE VERZORGING

Geestelijk verzorgers hebben moeite gehad met het idee van kwaliteitszorg. Hoe was hun werk nu in procedures en protocollen te vatten? Was er dan nog wel ruimte voor de cliënt? Zou het management zich met de inhoud van hun werk gaan bemoeien? Ik denk echter dat dit vooral problemen zijn die horen bij de zorginhoudelijke benadering van kwaliteit. Uiteindelijk willen ook geestelijk verzorgers het beste voor hun cliënt. Een directe bijdrage aan diens fysieke gezondheid is misschien niet mogelijk, maar met de dimensies van Huber in het achterhoofd kunnen ook de geestelijk verzorgers op instellingsniveau meewerken aan het ultieme doel van de gezondheidszorg: het bevorderen van de gezondheid of welbevinden van patiënten. Goede kwaliteitszorg kan hier aan bijdragen.

4.4.1 De visie van geestelijk verzorgers

Wim Smeets laat in zijn promotieonderzoek uit 2006 en in een later artikel uit 2010 samen met anderen zien dat kwaliteitszorg wel degelijk invloed heeft op de doelen die geestelijk verzorgers zichzelf stellen, maar dat dat alleen geldt voor de directe en ultieme doelen op microniveau en de directe doelen op mesoniveau. Op mesoniveau zien zij geen invloed op de ultieme doelen. Dit verbaast hen, omdat ook op mesoniveau het ultieme doel van de geestelijke verzorging zou moeten zijn om bij te dragen aan de gezondheid van de cliënt. De onderzoekers zeggen dat kwalitatief onderzoek nodig is om de houding van geestelijke verzorgers ten aanzien van kwaliteitszorg op mesoniveau te kunnen verklaren. Zij zien hierbij een belangrijke uitdaging: "..., how can spiritual caregivers focus not merely on appraising attitudes in their direct relations with patients, but also on positively rating quality assurance at meso level as contributing to their professional goal and that of health care generally, namely the physical, mental, social and spiritual well-being of human beings?"¹²⁷

Als ik echter kijk naar het onderzoek van Smeets dan valt mij op dat kwaliteitszorg vooral wordt gerelateerd aan procedures, protocollen en richtlijnen en dit zijn zaken die vooral horen bij de zorginhoudelijke benadering van kwaliteitszorg. Het is dan ook niet vreemd dat uit het onderzoek van Smeets blijkt dat geestelijk verzorgers ten aanzien van kwaliteitszorg bang zijn voor bureaucratisering, ze lijken te denken dat alleen nog maar volgens protocollen en procedures kan worden gewerkt, terwijl zijzelf de cliënt en diens zelfbeschikking centraal willen stellen.¹²⁸ Het is echter juist deze houding die uitstekend past bij de bedrijfskundige benadering en cliëntgerichte ontwikkelingen in de zorg. Het Servqual model sluit hier goed bij aan, omdat daarmee de verwachtingen en ervaringen van de cliënt worden onderzocht en gezocht kan worden naar discrepanties in de hele structuur van de desbetreffende dienstverlening.

Smeets geeft op mesoniveau twee doelen aan: het bevorderen van communicatie over wereldbeelden in de instelling en als tweede noemt hij de focus op de zorg in de brede zin van het woord: "Spiritual care aims at ensuring that good care is provided."¹²⁹ Hij maakt echter geen duidelijk afgebakend onderscheid tussen directe en ultieme doelen, terwijl hij dat op microniveau wel doet. Mij lijkt het dat ook op mesoniveau dit onderscheid veel scherper gemaakt kan worden als het ultieme doel wordt verbonden met kwaliteitszorg en zorgkwaliteit. Het gaat dan vooral om de manier waarop de instelling ervoor zorgdraagt dat het ultieme doel op microniveau kan worden gerealiseerd. Dit betekent dat het

¹²⁷ Smeets et al. (2010) p. 113

¹²⁸ Ib. p. 90-96

¹²⁹ Smeets (2006) p. 152

ultieme doel op mesoniveau ook voor de geestelijke verzorging draait om de instelling en zorgkwaliteit in relatie tot het bijdragen aan de gezondheid van de cliënt.

Hierbij is het in paragraaf 4.3.2 besproken onderzoek van Huber over de definitie van gezondheid van belang. Dit laat zien dat patiënten een veel breder beeld van gezondheid hebben dan beleidsmakers, onderzoekers en verzekeraars die vooral focussen op de lichaamsfuncties. Het feit dat door patiënten de spirituele en existentiële dimensie van gezondheid bijna net zo belangrijk wordt gevonden als de dimensie van de lichaamsfuncties zou ik tot uitdrukking willen brengen in de beschrijving van de ultieme doelen. Inmiddels is de spirituele en existentiële dimensie vervangen door het woord zingeving. Aangezien dit ook in de definitie van de VGVZ wordt gebruikt neem ik dit over.¹³⁰

Op basis het bovenstaande kom ik uit op het volgende schema, waarin ik ook op mesoniveau het onderscheid tussen het ultieme en directe doel heb verwerkt:

	Direct doel	Ultiem doel
Microniveau	<i>bevorderen communicatie over levensbeschouwing en zingeving met patiënten</i>	<i>bevorderen van de gezondheid van patiënten door zich te richten op de levensbeschouwelijke en zingeving-dimensie van hun gezondheid</i>
Mesoniveau	<i>bevorderen communicatie over levensbeschouwing en zingeving in de hele instelling</i>	<i>Bijdragen aan de zorgkwaliteit van de instelling door de levensbeschouwelijke en zingeving-dimensie van gezondheid van patiënten te verbinden met kwaliteitszorg (bijvoorbeeld d.m.v. het Servqual model)</i>

Tabel 4.c Doelen en kwaliteitszorg van de geestelijke verzorging.¹³¹

Het mag duidelijk zijn dat mijn onderzoek zich richt op de ultieme doelen op mesoniveau. Ik wil immers weten wat de relatie is tussen rolkeuze, zorgkwaliteit en positie van geestelijk verzorgers.

4.4.2 Het Servqual model voor de geestelijke verzorging?

Zoals gezegd richt het Servqual model zich op het zorgverleningsproces en de discrepanties tussen de verwachte en geleverde diensten. J. van der Ven heeft in zijn boek 'Ecclesiologie in context' een Servqual model voor de pastorale dienstverlening gegeven. Nadeel van zijn model is dat het vooral geschikt is voor echt pastorale dienstverlening, omdat de missie en visie van de kerk centraal staan en omdat het model gesitueerd is op microniveau.¹³² Hierdoor past het meer bij een ambtelijke benadering van de geestelijke verzorging.

Harteloh & Casparie hebben het Servqual model aangepast voor zorginstellingen. Hun model omvat het micro-, meso- en macroniveau, maar gaat overigens niet in op het macroniveau. In hun model mis

¹³⁰ Smeets heeft het in zijn onderzoek over 'worldview-related ideas' wat ik heb vertaald met levensbeschouwing. In de beroepsstandaard van de VGVZ is de definitie van geestelijke verzorging: "professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing". (VGVZ (2016) p. 10) Huber heeft de *spirituele en existentiële dimensie* in haar model vervangen door *zingeving*.

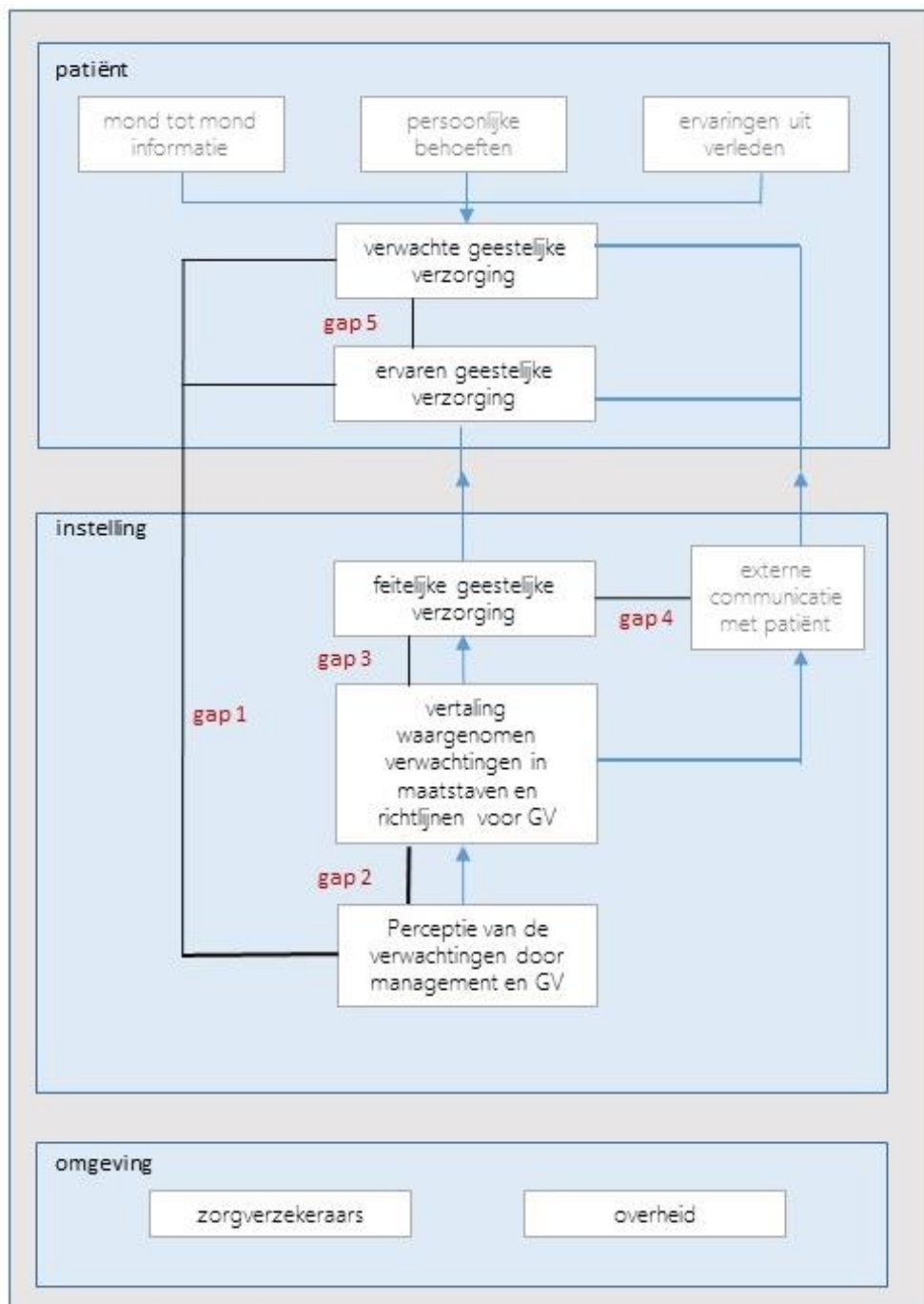
¹³¹ Gebaseerd op de indeling van Smeets (2006) maar met een onderscheid in directe en ultieme doelen op mesoniveau. Smeets heeft het in zijn onderzoek over 'worldview-related ideas' wat ik heb vertaald met levensbeschouwing. In de beroepsstandaard van de VGVZ wordt levensbeschouwing echter verbonden aan zingeving. Aangezien dit ook de term is die Huber in haar model gebruikt wil ik dit toevoegen.

¹³² Ven, van der. (1993) p. 385-403

ik een belangrijke gap die in het oorspronkelijke model van Parasuraman wel voorkomt, namelijk die van de vertaling van perceptie van verwachtingen door management en geestelijke verzorging naar maatstaven en richtlijnen.¹³³ Ze motiveren dit als volgt: "In de gezondheidszorg is er sprake van een professionele activiteit waarbij mag worden verondersteld dat de beroepsbeoefenaar over methoden en technieken beschikt om de waargenomen verwachtingen of ervaringen op adequate wijze om te zetten in maatstaven en richtlijnen voor zorgverlening voor zover de mogelijkheden dat toelaten."¹³⁴ Ik vind het feit dat ze ervan uitgaan dat vermeende professionaliteit automatisch leidt tot een goede vertaling naar richtlijnen en maatstaven geen sterk argument. Bij deze motivatie is in ieder geval met betrekking tot de geestelijke verzorging een kanttekening te plaatsen. Ik denk dat er ten aanzien van geestelijke verzorging vooroordelen kunnen bestaan bij zowel management als geestelijke verzorging, die kunnen worden ingegeven door hun ideeën ten aanzien van religie. Hoewel ik in eerste instantie had gekozen voor hun model vond ik de aanpassingen in hun model uiteindelijk voor de geestelijke verzorging niet nodig. Ik kies er hier dan ook voor de opzet van het model van Parasuraman te handhaven, maar met inachtneming van de op de zorg gerichte indeling van Harteloh & Casparie. Dit ziet er dan als volgt uit:

¹³³ Parasuraman, et al. (1985) p. 44

¹³⁴ Harteloh & Casparie (1998) p.88



gap 1:
Hebben management en GV de juiste informatie m.b.t. de door cliënten ervaren en verwachte GV? Waar baseren ze hun beleid op?

gap 2
Wordt de perceptie van verwachtingen wel op de juiste manier vertaald naar regels en maatstaven? Kan hier sprake zijn van vooroordelen van management en GV?

gap 3:
Werkt de geestelijke verzorger volgens de richtlijnen voor geestelijke verzorging? Zijn de werkzaamheden wel goed vertaald in richtlijnen en procedures?

gap 4:
Welk imago kleeft aan de geestelijke verzorging? Hoe kan dit zodanig worden verbeterd dat het aansluit bij de feitelijke dienstverlening?

gap 5
Bestaat er verschil tussen de ervaringen en de verwachtingen van cliënten m.b.t. de gegeven geestelijke verzorging? Dit is in feite de optelsom van gap 1-4. In dit model staat dit voor de beleefde kwaliteit.

Figuur 4.d Servqual model voor de geestelijke verzorging. (Naar: Harteloh & Casparie (1998) p. 87 en Parasuraman et.al. (1985) p.44).

Het Servqual model wordt normaliter gebruikt voor kwantitatief onderzoek naar klanttevredenheid. Daar gaat het in deze scriptie niet om, maar door het model wordt direct inzichtelijk waar knelpunten kunnen zitten en op welke vlakken (de *gaps*) nader onderzoek kan worden gedaan. Om gap 1 in organisaties naar boven te halen kan gebruik worden gemaakt van het zorgplan, omdat daarin de afspraken staan die zijn gemaakt tussen de cliënt en de instelling en dus direct duidelijk wordt wat de verwachtingen van de cliënt zijn. Een van de andere voordelen van dit model is dat het niet alleen ingaat op de perceptie van de patiënten, maar dat ook die van het management en de geestelijke verzorging zelf aan de orde komen. Alle drie hebben ze een rol in dit model, waardoor het micro- en mesoniveau van kwaliteitszorg beide aan de orde komen. Daarnaast verwacht ik dat de door Huber genoemde spirituele en existentiële dimensie in gap 5 duidelijk naar voren zal komen en dat mogelijke

vooroordelen ten aanzien van de geestelijke verzorging bij patiënten zichtbaar worden, zowel bij gap 4 als 5.

4.5 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk heb ik laten zien dat de kwaliteit van dienstverlening (en dus ook van geestelijke verzorging) lastiger is te bepalen dan de kwaliteit van een fysiek product, mede omdat er sprake is van handelingen en interactie. Ik heb een aantal definities van kwaliteit besproken, maar ook laten zien dat in de kwaliteitszorg de focus steeds meer is komen te liggen op de wensen en behoeften van de klant, zoals zichtbaar is in de bedrijfskundige benadering van kwaliteitszorg. Daarom kies ik voor de volgende definitie van kwaliteitszorg.

Kwaliteitszorg in de zorg is de manier waarop op systematisch en gepland wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorgorganisaties, door zich te richten op beheersing van het zorgproces en/of de ervaringen en behoeften van de cliënt.

In deze definitie wordt duidelijk dat het niet alleen gaat om het vermijden van fouten maken, maar ook om kennis van de behoeften van de cliënt. Deze subject-gerichte ontwikkeling zien we ook in de gezondheidszorg zelf terug, zoals ik heb laten zien aan de hand van *Patient oriented medicin* en het voorstel van Huber et al. om te komen tot een nieuwe definitie van gezondheid. In deze definitie gaat het niet alleen om lichaams- en mentale functies, maar ook om de spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Dat de spirituele en existentiële dimensie als een van de aspecten van gezondheid uit haar onderzoek naar voren is gekomen lijkt het bestaansrecht van de geestelijke verzorging in de zorg te onderbouwen. Het lijkt me cruciaal dat dit in mijn onderzoek meegenomen wordt. Daarom definieer ik voor dit onderzoek zorgkwaliteit als volgt:

Zorgkwaliteit is de mate waarin de geleverde zorg overeenkomt met de verwachtingen en behoeften van patiënten én in overeenstemming is met de meest actuele (medisch) wetenschappelijke kennis en inzichten.

De verschuiving in focus naar het subject (in de zorg de cliënt) is ook te zien in de kwaliteitszorg, waar naast de zorginhoudelijke benadering (protocollen, procedures, richtlijnen) de bedrijfskundige benadering (wat verwacht en ervaart de cliënt) opgang doet. Een van de methodes in de bedrijfskundige benadering is die van het Servqual model. Dit is een onderzoeksmodel naar kwaliteit van dienstverlening uit het bedrijfsleven. Hierin staan een aantal kloven centraal die het verschil tussen de verwachte en ervaren dienstverlening lijken te bepalen. Ook worden in het model het micro- en mesoniveau met elkaar verbonden. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 is uit onderzoek van Smeets gebleken dat geestelijk verzorgers ten aanzien van kwaliteitszorg weliswaar een rol voor zichzelf zien op microniveau, dat wil zeggen in de directe relatie met de cliënt, maar minder op mesoniveau. Zoals blijkt uit het Servqual model wordt de kwaliteit van zorg echter niet alleen op microniveau bepaald. Er bestaan meer momenten van interactie die het verschil tussen wens en werkelijkheid bepalen.

In lijn daarmee is de door mij gemaakte keuze om ook op mesoniveau onderscheid te maken tussen directe doelen en ultieme doelen, net zoals Smeets die heeft beschreven voor het microniveau. Ik zie het *bijdragen aan de zorgkwaliteit van de instelling door zich te richten op de levensbeschouwelijke en zingeving-dimensie van gezondheid van patiënten in relatie tot kwaliteitszorg* als het ultieme doel op mesoniveau. Ik denk dat de geestelijke verzorging hierdoor relevant kan blijven.

Omdat het onderzoek van Huber et al. laat zien dat er verschillen van inzicht bestaan tussen de verschillende stakeholders over de relevantie van de spirituele/existentiële dimensie van gezondheid kan het een goed idee zijn als de geestelijke verzorging zijn toegevoegde waarde aan de zorgkwaliteit laat zien. Het Servqual model lijkt mij uitermate geschikt als uitgangspunt om te onderzoeken hoe en in welke rol dit het beste kan. Daartoe heb ik het model naar de geestelijke verzorging vertaald, waarbij ik me heb beperkt tot interactie op micro- en mesoniveau. Uit het model komen 5 mogelijke kloven naar voren die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de dienstverlening. Dit zijn:

- Hebben management en GV de juiste informatie m.b.t. de door patiënten ervaren en verwachte GV? Waar baseren ze hun beleid op?
- Wordt de perceptie van verwachtingen wel op de juiste manier vertaald naar regels en maatstaven? Kan hier sprake zijn van vooroordelen van management en GV?
- Werkt de geestelijke verzorger volgens de maatstaven en richtlijnen voor geestelijke verzorging? Zijn ze goed vertaald naar zijn werkzaamheden?
- Welk imago kleeft aan de geestelijke verzorging? Hoe kan dit zodanig worden verbeterd dat het aansluit bij de dienstverlening?
- Bestaat er verschil tussen de ervaringen en de verwachtingen van patiënten m.b.t. de gegeven geestelijke verzorging?

Deze kloven kunnen volgens mij worden gebruikt bij de operationalisering en de ontwikkeling van de vragen voor de interviews.

5. Opzet onderzoek

In dit hoofdstuk zal ik beschrijven hoe ik te werk ben gegaan in de opzet en uitvoering van mijn onderzoek. Hierbij ga ik in op: de onderzoeksmethode, de respondenten, de opzet van de interviews, de ontwikkeling van de richtvragen en topics, de procedures van de zorginstelling bij wetenschappelijk onderzoek, de kwaliteitsborging, de voor- en nadelen van de inductieve en deductieve analyse en de feitelijk interviewanalyse. Maar voordat ik daarmee begin beschrijf ik eerst de centrale begrippen.

5.1 CENTRALE BEGRIPPEN

De definities van rol, positie en zorgkwaliteit heb ik opgesteld op basis van de desbetreffende theorieën en met mijn onderzoeksvraag in het achterhoofd. De definitie van geestelijke verzorging heb ik integraal overgenomen uit de laatste versie van de beroepsstandaard van de VGVZ (Vereniging voor Geestelijke Verzorger in Zorginstellingen), mede omdat de elementen daarvan ook overeenkomen met de spirituele en existentiële dimensie van Huber, zoals beschreven in paragraaf 3.3.2.

Geestelijke verzorging	"Professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing." ¹³⁵
Rol	Rollen zijn culturele objecten die door externe verwachtingen en normen qua inhoud kunnen meebewegen met maatschappelijke ontwikkelingen en daarnaast in bepaalde posities kunnen worden gebruikt als resource en agency, waardoor bepaalde vormen van sociaal, cultureel en materieel kapitaal kunnen worden ingezet om bepaalde doelen te bereiken. ¹³⁶
Positie	Een positie is een functie met specifieke taken en rollen waarin men in een organisatie is aangesteld. ¹³⁷
Kwaliteitszorg	Kwaliteitszorg is de manier waarop op systematisch en gepland wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorgorganisaties, door zich te richten op beheersing van het zorgproces en/of de ervaringen en behoeften van de cliënt. ¹³⁸
Zorgkwaliteit	Zorgkwaliteit is de mate waarin de geleverde zorg overeenkomt met de verwachtingen en behoeften van patiënten én in overeenstemming is met de meest actuele (medisch) wetenschappelijke kennis en inzichten. ¹³⁹

5.2 ONDERZOEKSOPZET

Voor dit onderzoek inventariseer ik een aantal aspecten van de geestelijke verzorging. Dit zijn primair de rol van de geestelijke verzorger, diens bijdrage aan de zorgkwaliteit en het verband daarvan met diens positie. Secundair gaat het om zaken als ambt, vrijplaats, taken, interdisciplinair werken en professionaliteit.

5.2.1 Onderzoeksmethode

Het gaat hier om een kwalitatief onderzoek, waarin ik wil inventariseren hoe in een ziekenhuis over rol, zorgkwaliteit en positie wordt gedacht. Ik heb als methode gekozen voor vergelijkende casestudies.

¹³⁵ VGVZ. (2015) p. 7.

¹³⁶ Zie paragraaf 3.1.5

¹³⁷ Zie paragraaf 3.1.5

¹³⁸ Zie paragraaf 4.5

¹³⁹ Zie paragraaf 4.5

Deze casestudies heb ik vervolgens geanalyseerd volgens de hiërarchische methode, waarbij ik elk interview afzonderlijk heb geanalyseerd en vervolgens de resultaten hiervan heb onderworpen aan een vergelijkende analyse. Ik heb hierbij gepoogd verklaringen te vinden voor overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende cases. Voordelen van casestudies zijn volgens Verschuren & Doorewaard dat een integraal beeld verkregen wordt met resultaten die goed herkenbaar zijn binnen het veld. Een nadeel zou een gebrek aan externe validiteit kunnen zijn, maar ik denk dat dit door het aantal interviews en de variatie in respondenten (drie stakeholders) enigszins wordt vermeden.¹⁴⁰

5.2.2 Steekproef

In mijn onderzoek is sprake van een kleine gerichte steekproef, waarbij ik mijn respondenten theoriegericht heb geselecteerd. Eerst heb ik gezocht naar een zorginstelling dat met mijn onderzoek mee wilde werken. Dat is uiteindelijk een groot regionaal ziekenhuis geworden. Vervolgens heb ik in overleg met de klinisch-ethicus van Ziekenhuis, die nauw samenwerkt met de geestelijk verzorgers, betrokken is bij de kwaliteitszorg van het ziekenhuis en zitting heeft in de Medisch-ethische onderzoekscommissie, 2 geestelijk verzorgers gekozen en 4 andere respondenten die kennis hebben van of te maken hebben met de geestelijke verzorging. Deze respondenten zijn weer onder te verdelen in beleidsmakers en zorgverleners. Voor de beleidsmakers sprak ik in eerste instantie met een lid van de cliëntenraad die ooit huisarts was, de secretaris van de Raad van Bestuur en de manager waar de geestelijke verzorging onder valt en voor de zorgverleners sprak ik met een specialist. Tijdens die interviews werd duidelijk dat het voor het onderzoek goed zou zijn ook de derde geestelijk verzorger en een verpleegkundig specialist te interviewen. Dit maakte het beeld wat completer. Hieronder zal ik de respondenten nader omschrijven. Hierbij geef ik hun geslacht aan, de morele generatie waar ze toe behoren¹⁴¹ en hoe lang ze werkzaam zijn voor dit ziekenhuis en eventueel hun functie.

De geestelijk verzorgers:

- GV1 vrouw, protest, 2004
- GV2 man, verloren, 2004
- GV3 vrouw, grenzeloos, 2011

De beleidsmakers

- BM1 vrouw, pragmatisch, 2015, verantwoordelijk manager,
- BM2 man, protest, 2003, lid cliëntenraad en voormalig huisarts
- BM3 vrouw, pragmatisch, 2006, secretaris raad van bestuur

De zorgverleners

- ZV 1 vrouw, verloren, 2003, geriater
- ZV 2 man, verloren, 2007, verpleegkundig specialist

5.2.3 Het feitelijke veldwerk

In mijn onderzoek heb ik geprobeerd zicht te geven op aspecten van rolproblematiek en kwaliteitszorg in relatie tot geestelijke verzorging. Dit heb ik gedaan door te onderzoeken hoe deze aspecten worden ervaren door de respondenten. Uit het theoretisch kader is voldoende informatie beschikbaar gekomen om goede interviewvragen te kunnen formuleren.¹⁴² Wel vond ik het belangrijk om tijdens de interviews enige vrijheid te hebben om te kunnen doorvragen of afwijken van de volgorde als dat

¹⁴⁰ Verschuren & Doorewaard (2010) p.183-192

¹⁴¹ Zie p. 11 en bijlage 3, waarin de kenmerken van de morele generaties worden beschreven.

¹⁴² Baarda, De Goede & Teunissen (2005) p. 232-235

nodig was en vragen te kunnen overslaan of toevoegen. Daarom heb ik gekozen voor semi-gestructureerde interviews.

Alle interviews zijn opgenomen in het ziekenhuis zelf, meestal op de kamer van de betrokkene. De interviews zijn afgenomen van 5 april t/m 23 april 2017 en vonden op verschillende dagen plaats. Gemiddeld duurden de interviews een uur. Alleen het interview met ZV2 duurde in verband met een andere afspraak van deze respondent precies een half uur, maar door de snelheid van het gesprek leverde dat geen problemen op. In een paar interviews (GV1, ZV2, ZV3) was sprake van korte maar niet storende onderbrekingen door bijvoorbeeld een dringend telefoontje. Alle interviews zijn opgenomen met een iPad- en iPhone-app, vervolgens in Word uitgewerkt en uiteindelijk in Atlas-ti (versie 7.5.17) gezet. Ik heb ervoor gekozen integraal te transcriberen, omdat ik gebruik wilde kunnen maken van citaten. Daarnaast zorgt dit ervoor dat de gedachtegang en zichtbaar blijft. De integrale interviews kunnen bij mij worden opgevraagd.

5.2.4 Ontwikkeling van de richtvragen

Uit de onderzoeksvraag kwamen 4 onderwerpen naar voren om te onderzoeken. A. Wat is geestelijke verzorging nu eigenlijk precies? B. Hoe kunnen rollen worden opgevat? C. Wat wordt verstaan onder zorgkwaliteit en kwaliteitszorg? En D. Kan een bijdrage aan de zorgkwaliteit de positie van de geestelijke verzorging verstevigen? In het theoretisch kader heb ik van deze vier onderwerpen een aantal aspecten gevonden aan de hand waarvan ik mijn richtvragen heb ontwikkeld.

- A. Voor de geestelijk verzorging gaat het om het beeld dat men heeft van de geestelijke verzorging en de invloed van de veranderende demografie.
 - a. Wat verstaat u onder geestelijke verzorging?
 - b. Welk beeld heeft men denkt u van de geestelijke verzorging in het ziekenhuis?
 - c. Wat weet u van de levensbeschouwelijke achtergrond van patiënten?
 - d. Hoe heeft de geestelijke verzorging op veranderingen hierin geanticipeerd?
- B. Uit het theoretisch kader kwam naar voren dat geestelijk verzorgers twee belangrijke rollen kennen, die bepalend zijn voor de manier waarop zij hun werk verrichten. Dit zijn de ambtelijke en de professionele rol. Daarnaast bleek uit de roltheorie dat sprake kan zijn van *rol spelen*, waarin men vooral probeert aan de verwachtingen die men heeft met betrekking tot invulling van de taken te voldoen; *rol maken*, waarin men zelf invulling probeert te geven aan de rol, maar zich daarin beperkt weet door het oordeel van anderen; en *rol gebruiken*, waarin men een rol kan gebruiken om bepaalde doelen te bereiken. Hieruit ontstonden de volgende richtvragen:
 - a. Hoe ziet u de geestelijk verzorgers? Als vertegenwoordigers van een levensbeschouwelijk achtergrondgenootschap of als zorgprofessionals?
 - b. Wat verwacht u van de geestelijk verzorgers en welke taken ziet u? (rol spelen)
 - c. Hoe vrij zijn de geestelijk verzorgers in de invulling van hun werk?
 - d. Hoe werken de geestelijk verzorgers samen met andere medewerkers?
 - e. Wie zijn volgens u belangrijk voor de geestelijk verzorgers bij hun werk? (rol maken)
 - f. Hoe kunnen de geestelijk verzorgers bijdragen aan veranderingen in de zorg? (rol gebruiken)
 - g. Welk kapitaal staat hen daarbij ter beschikking?
 - h. Welke doelen staan geestelijk verzorgers voor ogen, of zouden hen voor ogen moeten staan?
- C. Voor zorgkwaliteit en kwaliteitszorg kwam uit het theoretisch kader naar voren dat sprake is van twee benaderingen van kwaliteitszorg, de zorginhoudelijke en bedrijfskundige. Hierbij bleek dat de bedrijfskundige benadering, waarin de klant centraal staat, goed past bij de

subjectivering die zichtbaar is in de zorg en kwaliteitszorg. De patiënt is ook daarin immers centraal komen te staan. De vraag is dan ook hoe geestelijk verzorgers de zorgkwaliteit voor de patiënt (kunnen) bevorderen en of dit op de een of andere manier zichtbaar gemaakt kan worden. Hiervoor heb ik het Servqual model van Harteloh & Casparie aangepast. In de interviews heb ik echter doelbewust niet naar aspecten of de 5 gaps van het Servqual model gevraagd, omdat het model nog niet gebruikt wordt en ik benieuwd was welke aspecten en gaps ik in de interviews spontaan tegen zou komen.

- a. Wat verstaat u onder kwaliteit van zorg?
 - b. Hoe wordt in het ziekenhuis aan zorgkwaliteit gewerkt?
 - c. Hoe kunnen de geestelijk verzorgers bijdragen aan de zorgkwaliteit?
 - d. Hoe weet u of de geestelijk verzorgers hun werk goed doen?
- D. In het theoretisch kader is naar voren gekomen dat de positiehouder zijn rollen goed moet vervullen om lid te blijven van de organisatie. Daarbij heb ik aangegeven dat ik denk dat een positie een doel kent en de rollen die gekozen worden daarbij zullen moeten passen. Ook verwacht ik dat verschillende stakeholders verschillende doelen zullen hebben. Volgens mij is het belangrijk dat geestelijk verzorgers zich daarvan bewust zijn, willen ze hun positie kunnen handhaven of verstevigen. Om dit te onderzoeken heb ik de volgende richtvragen gebruikt:
- a. Hoe is de positie van de geestelijke verzorgers in het ziekenhuis veranderd?
 - b. Hoe zouden de geestelijk verzorgers hun positie kunnen verstevigen?

Deze richtvragen heb ik in een mindmap gezet. Het voordeel van het gebruik van een mindmap vind ik dat het een goed overzicht geeft van de onderwerpen die je wilt behandelen en waardoor je gemakkelijker van onderwerp kunt switchen, met een natuurlijk verloop van een semi-gestructureerd interview tot gevolg. De gebruikte mindmap is opgenomen in bijlage 4.

5.2.5 Procedures

Als sprake was geweest van interviews met patiënten en het dus zou gaan om medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen had mijn onderzoek moeten worden getoetst door de *Medisch-ethische toetsingscommissie* (METC).¹⁴³ Ik heb hier specifiek naar gevraagd bij een lid van de afdeling geestelijke verzorging die betrokken is bij de METC van het ziekenhuis. Volgens hem was dat voor mijn onderzoek niet het geval.

5.2.6 Kwaliteitsborging

Bij kwaliteitsborging gaat het om drie zaken: saturatie (theoretische verzadiging), validiteit en betrouwbaarheid.

Saturatie

De saturatie¹⁴⁴ heb ik gewaarborgd door in mijn interviews en de analyse daarvan voldoende de diepte in te gaan, waarbij ik bepaalde zaken die mij opvielen in eerdere interviews in latere heb geprobeerd

¹⁴³ Vanwege de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Zie:

<http://www.ccmo.nl/nl/toetsingscommissie-ccmo-of-metc> d.d. 29-06-2017.

¹⁴⁴ Het begrip theoretische verzadiging of saturatie komt uit de grounded theory. In de grounded theory is het begrip 'constante vergelijking' van belang. Hiermee wordt verkregen data steeds weer vergeleken met de concepten en categorieën die je hebt ontwikkeld. Daardoor kan een theorie ontstaan die goed gefundeerd is op de data. Vandaar de titel. Nu gaat het in dit onderzoek niet om het ontwikkelen van een theorie, maar toch is die theoretische verzadiging wel van belang, omdat ik met mijn onderzoeksvragen zoek naar verbanden die niet direct aan de oppervlakte liggen en ik hierbij ook gebruik zal maken van de codeerprocessen van de grounded theory. (zie bijv. Saunders (2016) p. 327-328 of Babbie (2011) p. 299-301 en 393-396)

meer naar boven te krijgen. Daarnaast heeft de klinisch ethicus mij geholpen respondenten te vinden, die vanuit verschillende invalshoeken naar de onderwerpen konden kijken. Het waren allemaal personen die samenwerkten met de geestelijke verzorging, zodat ze vanuit hun persoonlijke ervaring zouden kunnen spreken. Ook heb ik na de 6 initiële interviews die ik had gepland gekozen om tevens een derde geestelijk verzorger en een verpleegkundig specialist te interviewen. De geestelijk verzorger omdat ik een completer beeld van de geestelijke verzorging wilde hebben en de verpleegkundig specialist omdat mij uit de interviews bleek dat verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een sleutelrol vervullen voor de geestelijke verzorging. Zij blijken in dit ziekenhuis feitelijk 'makelaars' die de hulp van de geestelijk verzorgers inroepen.

Validiteit

Het begrip validiteit gaat erom dat wordt gemeten wat je wilt meten. Dit heb ik geprobeerd te bereiken door mijn de richtvragen op te stellen in lijn met mijn onderzoeksvragen en de door mij in het theoretisch kader gevonden concepten. Uit een latere controle die ik heb gedaan bleek dat alle 4 hoofdonderwerpen in de interviews aan bod waren gekomen, maar dat er accentverschillen waren waar te nemen in de interviews. Dit is mede ontstaan omdat ik tijdens sommige interviews merkte dat niet iedereen evenveel zicht had op de totale inhoud van het werk van de geestelijk verzorgers. Daardoor ontstond het gevaar dat de antwoorden op sommige vragen meer zoekend dan beschrijvend zouden zijn. Dit zou de validiteit niet ten goede zijn gekomen.

Betrouwbaarheid

Mogelijke storende factoren als bezuinigingen en discussies over de vorm van de geestelijke verzorging bleken al een paar jaar eerder te hebben te hebben gespeeld. Het bleek uit de interviews dat hier inmiddels wel een duidelijk beeld van bestond.

Ten aanzien van de betrouwbaarheid moet ook worden opgemerkt dat hier maar één ziekenhuis van de ruim 250 ziekenhuizen in Nederland is onderzocht en in dit ziekenhuis heb ik maar een paar personen kunnen interviewen. Daarnaast kent de zorg verschillende settings, zoals bijvoorbeeld verpleeghuizen of psychiatrische instellingen waar de uitkomsten totaal anders zouden kunnen zijn.

5.2.7 Inductieve of deductieve analyse

Martijn van Lanen heeft een artikel geschreven waarin hij ingaat op de combinatie van inductief en deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek.¹⁴⁵ Inductief onderzoek zoals gebruikt in de *grounded theory* heeft bepaalde voordelen. Zo wordt in principe in de interviews niets in- of buitengesloten, doordat het onderzoek vrij open en onbevangen wordt aangegaan. Ook de analyse gebeurt puur intuïtief, waarbij wordt gezocht naar *sensitizing concepts*. Dit zijn concepten die zijn opgevallen in de interviews en die op hun *groundedness* worden getoetst. Dat betekent dat bijvoorbeeld door middel van Atlas-ti wordt gekeken hoe vaak zo'n concept in het interview voorkomt. Een nadeel vindt Lanen dat de validiteit van de categorieën lastig te toetsen is en daarnaast is er een probleem met de herhaalbaarheid van de gebruikte methode.¹⁴⁶

Voor mijn scriptie was ik niet op zoek naar een theorie, omdat ik hiervoor in het theoretisch kader al het nodige voorwerk had gedaan, waardoor ikzelf al tot bepaalde inzichten en modellen was gekomen. Dit betekende dat mijn onderzoek ook een deductieve benadering had. Martijn van Lanen schrijft dat het voordeel daarvan is dat de analyse een steviger kader/fundament kent in de dimensies die in het theoretisch kader zijn beschreven. Daardoor kunnen de casussen beter met elkaar vergeleken worden.

¹⁴⁵ Lanen (2010)

¹⁴⁶ Lanen (2010) p. 38, 41

Er bestaat echter ook een nadeel dat hij in navolging van Maso en Smaling *theoretisch conservatisme* noemt. Dit betekent dat het gevaar bestaat dat je de data zo interpreteert dat je empirische validiteit voor je dimensies onderbouwt.¹⁴⁷ Door te zoeken naar de *groundedness* van de concepten kan dit waarschijnlijk vermeden worden.¹⁴⁸

De conclusie van Lanen is dat hij de voordelen van beide manieren van analyseren wil combineren. "Ik wil een open en onbevooroordeelde blik combineren met een centraal analysekader."¹⁴⁹ Hier kan ik me helemaal in vinden. Wel ben ik me tijdens de interviews bewust geweest van de nadelen. Daarom heb ik ervoor geprobeerd te zorgen dat in de interviews alle concepten op de een of andere manier aan de orde kwamen. Dit is gelukt door het gebruik van de mindmap en doordat ik het theoretisch kader goed kende en dit daardoor goed in de gaten kon houden. Ook het nadeel van de validiteit van de concepten is volgens mij ondervangen door een goed begrip van het theoretisch kader.

5.2. Interviewanalyse

Met het voorgaande in mijn achterhoofd ben ik bij de analyse gericht op zoek gegaan naar overeenkomsten en verschillen ten aanzien van rol, kwaliteitszorg en positie van geestelijk verzorgers. Hierbij heb ik het softwarepakket Atlas.ti gebruikt en het boek van Susanne Frieze 'Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti'.¹⁵⁰

De analyse van de interviews kende drie fases: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. In de eerste fase ben ik begonnen ieder interview intuïtief van codes te voorzien in ATLAS.ti. Wat door Frieze open coding wordt genoemd. Sommige codes bleken niet valide, omdat ze te weinig waren gebruikt. Deze heb ik niet gebruikt bij de analyse of vervangen door een van de andere codes. Dit zou je als een inductieve benadering kunnen zien. Voor de validiteit is belangrijk dat ik niet op voorhand wilde werken met een codelijst, omdat ik geen zaken over het hoofd wilde zien. Dat zou immers leiden tot theoretisch conservatisme.

Na de fase van het open coderen ben ik begonnen met axiaal coderen, waarbij ik heb gecontroleerd of de gekozen codes wel bij de tekstfragmenten pasten. Ook heb ik de codelijst steeds weer onderworpen aan een kritische blik en waar nodig verfijnd of logisch ingedeeld. Op een gegeven moment heb ik ervoor gekozen de codes te voorzien van een numerieke code die enigszins aansloot bij het theoretisch kader. Hierdoor kregen de codes een logische volgorde, wat de uiteindelijke analyse zou vergemakkelijken. Deze codelijst staat in bijlage 5. Van de hoofdonderwerpen uit het theoretisch kader (geestelijke verzorging, rol en kwaliteitszorg) heb ik in Atlas-ti codebomen gemaakt. Deze zijn in bijlage 6 te vinden. De axiale analyse kan worden gezien als een deductieve benadering.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden ben ik vervolgens selectief gaan coderen. Hiervoor heb ik in zowel de primary documents (de transcripties van de interviews) als in de codelijst families onderscheiden. Voor de primary documents heb ik onderscheid naar soort stakeholder gemaakt: geestelijk verzorgers (GV), Beleidsmakers (BM) en Zorgverleners (ZV).¹⁵¹ Daarnaast heb ik in Atlas-ti codefamilies gemaakt door de codes onder te verdelen naar de vier onderwerpen uit de centrale onderzoeksvraag: geestelijke verzorging, rol, kwaliteitszorg en positie. Hierdoor kon ik van elke stakeholdersgroep onderzoeken hoe gedacht werd over de 4 centrale onderwerpen.

¹⁴⁷ Lanen (2010) p. 39-42

¹⁴⁸ In bijlage 5 met de codelijst, staat hoe vaak een code is gebruikt.

¹⁴⁹ Lanen (2010) p. 42

¹⁵⁰ Voor de analyse heb ik de aanwijzingen van Susanne Frieze gebruikt. Zie: Frieze (2012).

¹⁵¹ Een onderscheid dat ook in het verslag wordt gebruikt om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Ieder interview kreeg een stakeholdercode met een cijfer dat ik willekeurig heb gekozen.

De resultaten van de analyse worden in hoofdstuk 6 weergegeven.

5.3 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk heb ik uiteengezet hoe ik te werk ben gegaan in de opzet en uitvoering van het onderzoek, Hierbij ben ik ingegaan op: 1. De onderzoeksmethode die kwalitatief is. 2. De respondenten die zijn gekozen op basis van de drie stakeholders uit de onderzoeksvraag. 3. De opzet van de interviews die semi gestructureerd zijn. 4. De ontwikkeling van de richtvragen. 5. De procedures van de zorginstelling bij wetenschappelijk onderzoek. 6. De kwaliteitsborging (validiteit, saturatie en betrouwbaarheid). 7. Voor- en nadelen van inductieve en deductieve analyse. En 8. De feitelijke interviewanalyse.

Hoofdstuk 6 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk doe ik verslag van de analyse van de interviews waarmee ik heb geprobeerd om antwoorden te vinden op de 5 deelvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1. Tijdens de analyse heb ik steeds duidelijk onderscheid gemaakt tussen de drie stakeholders (geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners) die ik heb onderzocht, zodat de verschillen in zienswijzen tegen elkaar konden worden afgezet.

Ik heb ervoor gekozen niet met initialen te werken, noch de achtergrond van de respondenten uitgebreid weer te geven. Hiermee wil ik de anonimiteit waarborgen en ook duidelijk maken dat het mij niet gaat om de respondent, maar om de stakeholdersfunctie die zij vervullen ten aanzien van de geestelijke verzorging. Daarom worden de respondenten aangegeven met GV1, GV2, GV3, BM1, BM2, BM3, ZV1, ZV2.

In de opbouw van dit hoofdstuk ben ik bij de beantwoording van de 5 deelvragen uitgegaan van het theoretisch kader, zoals geschetst in hoofdstuk 2, 3 en 4 en van het codeboek dat is ontstaan tijdens de analyse met Atlas-ti.

Dit hoofdstuk zal ik indelen volgens de vijf deelvragen uit hoofdstuk 1. In § 6.1 beschrijf ik wat de stakeholders verstaan onder geestelijke verzorging. In § 6.2 beschrijf ik de resultaten over de rol van de geestelijk verzorgers, welke rolkeuze wenselijk werd gevonden en hoe de roltheorie in de praktijk lijkt te werken. Vervolgens beschrijf ik in § 6.3 wat de stakeholders verstaan onder zorgkwaliteit en kwaliteitszorg, en wat zij zien als het zorgobject. Ook beschrijf ik of elementen uit het Servqual model, en dan met name de 5 gaps, zijn gevonden en daarnaast of er iets is gezegd over de doelen in relatie tot kwaliteitszorg. Ook het nut en de noodzaak van de geestelijke verzorging komen hier aan de orde. In § 6.4 beschrijf ik of er een verband is gevonden tussen de rolkeuze en zorgkwaliteit. En in de laatste paragraaf § 6.5 zal ik beschrijven of er een verband is gevonden tussen het bijdragen aan de zorgkwaliteit en de positie van de geestelijk verzorgers.

6.1 RESULTATEN DEELVRAAG 1: WAT WORDT VERSTAAN ONDER GEESTELIJKE VERZORGING

Uit de interviews blijkt dat geestelijk verzorgers hun domein vrij breed en zeker niet kerkelijk of religieus zien. Ze zien twee centrale taken: de begeleiding bij zingevingsvragen en de ethiek.

"Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we ons nieuwe profiel om het maar zo te noemen blijven uitdragen, en voor mij is dat een combinatie tussen expert zijn in levensvragen, in existentialiteit, dat je mensen daarin begeleid. Met of zonder religie, maar die kant. En tegelijkertijd de ethische kant. Dat het heel erg belangrijk is dat je de patiënten, maar zeker ook zorgverleners kunt ondersteunen in het maken van moeilijke beslissingen." (GV3, 202:206)

Deze brede opvatting is ook zichtbaar in de interviews met beleidsmakers. Dat de geestelijk verzorgers die verbreding zelf opzoeken wordt gewaardeerd. Het domein kan door deze verbreding echter ook als vaag worden ervaren.

"Als ik kijk naar de geestelijk verzorgers die hier in huis zitten, dat zijn ook de mensen die de verbreding opzoeken, want het mooie aan dat het breed is, daardoor zitten ze heel erg diep in de organisatie." (BM1 56:58)

"En ik denk dat dat ook het ding is waarom het ook weleens worstelen is, omdat, wat hoort er nou eigenlijk wel en wat hoort er nou eigenlijk niet meer bij?" (BM3, 16:18)

Ook voor de zorgverleners hoort begeleiding van mensen bij zingevingsvragen en ethiek tot het domein. Centraal hierin staat de eigen expertise van de geestelijke verzorging. Daarbij wordt ook onderscheid gemaakt met psychologen en maatschappelijk werkers.

"Ook natuurlijk vanwege wat de mensen van de geestelijke verzorging gestudeerd hebben, waar hun expertise ligt." (ZV1, 31:32)

De basis van hun werk wordt volgens geestelijk verzorgers gevormd door de individuele begeleiding van patiënten, waarbij het vooral gaat om existentiële vragen die opkomen doordat mensen in het ziekenhuis met hun ziekte en sterfelijkheid geconfronteerd worden of juist met nieuw leven.

"Mensen bijstaan denk ik in tijden dat ze het moeilijk hebben, in het geval van ons in het ziekenhuis, is dat vaak als ze de diagnose gehoord hebben, of als ze juist in onzekerheid zitten over hun diagnose. Dat je mensen helpt om op een rijtje te zetten, wat betekent dit nou voor mij in mijn leven." (GV 3, 3:11)

"Kun jij voor alle zwangeren iets betekenen? Nou denk ik als Geestelijk verzorger, dat hoort bij ons vak. Want wat is nou een grotere levensgebeurtenis en verandert je leven dan als je een kind krijgt." (GV1, 86:89)

In de begeleiding van cliënten hebben ze een zeker fingerspitzengefühl nodig, omdat in hun werk de levensbeschouwelijke achtergrond van de cliënten leidend is.

"En die populatie die is gemengd. Ik heb een hartpatiënt gehad. Een Iraanse mevrouw, die net zo geseculariseerd was als de doorsnee Brabantse katholiek. En waar ook religieuze thema's aan de orde kwamen en de religieuze taal zonder dat het een hinderpaal is dat je geen officieel vertegenwoordiger bent of niet helemaal precies, maar zo iemand dacht hij verstaat wel waar ik het eigenlijk over wil hebben. Of ik kan laten voelen dat ik kan voelen dat ik versta wat haar punt is." (GV2 197:202)

Een zelfde gevoeligheid lijken de geestelijk verzorgers ook nodig te hebben voor de setting waarin ze werken.

"Nou je moet types het veld in kunnen sturen die de taal van de wereld verstaan waarin ze werken. Hoe het hier werkt en waar liggen de noden en waar is mijn expertise dienstbaar aan die noden. Dat heeft met het microniveau maken zeker, en medewerkersniveau, instellingsniveau absoluut. Dus daar moet je kundige gesprekspartner zijn die ook zijn zaak weet te verkopen en met enig lef zijn ding doet." (GV2, 737-742)

Behalve op het gebied van samenwerking komt op mesoniveau ook een andere taak naar voren. Er wordt namelijk opvallend vaak door zowel beleidsmakers als zorgverleners de nadruk gelegd op het belang van begeleiding van het personeel.

"Dus meer daar waar de emotionele ondersteuning naar de rest van het huis voor zowel de patiënt als degene die de zorg geeft gebruik van zou kunnen maken. Dus dat kan enerzijds zijn een patiënt die moeite heeft met nou wat betekent dit voor mij en de familie daar om heen, maar anderzijds de verpleegkundige of een arts die met een dilemma of een vraagstelling zit." (BM1, 20:26)

"Nou de geestelijk verzorger zou een heel belangrijke rol kunnen spelen in het voorkomen van burn-out bij zorgverleners." (BM2, 291:293)

"En niet perse in de stervensfase, maar voor iedereen die met levensvragen zit of met vragen over spiritualiteit of zingeving of wat dan ook. Dan ehm ook ehm persoonlijke dienstverlening aan teams of individuele medewerkers of zorgverleners die met vragen op dit terrein zitten." (ZV1, 7:11)

"Ja ook voor de medewerkers. Want de medewerkers gaan steeds harder zuchten onder al deze systemen. Dus bij kwaliteit en veiligheid wordt er natuurlijk ook naar gezocht, hoe kan je toch transparant zijn en verantwoording afleggen en meetbare dingen doen waarop je dan ook weer kan verbeteren, zonder dat je de intrinsieke motivatie helemaal om zeep helpt." (ZV1, 461:465)

"Als je een vaste geestelijk verzorger op de afdeling rond zou hebben lopen, die een vertrouwensrelatie met het verpleegteam kan opbouwen, die krijgt geheid ook huilende verpleegkundigen, geen probleem." (ZV 2, 93:95)

In één geval wordt dit ook verbonden met de verwachte ontwikkeling in de zorg, waarbij als gevolg van de babyboom sprake is van forse toename van patiënten en afname van beschikbaar personeel. In dat geval is het belangrijk dat het personeel gemotiveerd en betrokken is. De geestelijk verzorgers zouden daar een rol in kunnen spelen.

"Maar ja als je kijkt naar het vraagstuk dat op ons afkomt, met een babyboom generatie die eerst het onderwijsstelsel goed plat heeft gelegd, vervolgens de huizenmarkt, die komt nu door de zorg heen. En tegelijkertijd hebben we veel minder mensen die die zorg kunnen leveren. Met een beetje pech hebben we een markt die aantrekt, waardoor we dus nog minder mensen in de zorg hebben. Dus hoe gaan we dat nou eigenlijk doen? Dus wil je nog financieel efficiënt en op een kwalitatief hoogwaardig niveau zorg leveren moet je investeren in mensen." (BM3, 273:280)

Ethiek wordt door de geestelijk verzorgers relatief weinig als taak genoemd, alsof het een vanzelfsprekendheid was. Ook werd er niet op de inhoud ingegaan. Men leek het vooral praktisch te

bekijken. Waarschijnlijk komt dit doordat die taak vooral bij de klinisch ethicus ligt, die niet is geïnterviewd.

"Op het vlak van ethiek. Vind ik eigenlijk samen, het zijn twee poten, geestelijke verzorging en ethiek en het beïnvloedt elkaar. En als je voor het ene komt, dan merk je vaak dat daar zingevingdingen spelen. Als je bij de zingevingworsteling komt merk je dat daar ethische problematiek ligt." (GV1, 170-173)

De beleidsmakers en de specialist noemen juist opvallend vaak ethiek als taak. Het wordt als een belangrijk aspect van het werk gezien.

"Maar er gebeurt daarom heen nog een aantal zaken meer bijvoorbeeld zo'n project 'Vroegtijdig spreken over het levenseinde', dat gaat dus niet over we maken dat lijden minder, maar gaat over, wat wil je nog wel en wat wil je niet meer. En dan kun je samen ook bepalen wat is zinvol medisch handelen. En dat lukt niet door het alleen maar op de hele smalle medische dimensie te zien. En in dat soort vraagstukken denk ik dat je als geestelijke verzorging een hele grote toegevoegde waarde kunt hebben." (BM1, 349:358)

Een goede relatie op mesoniveau wordt belangrijk geacht. Een goede relatie met verpleegkundigen lijkt cruciaal, omdat de werkwijze is dat zij patiënten via het EPD aanmelden voor een gesprek met de geestelijke verzorging en ook artsen verwijzen soms door. Daarom zouden zorgverleners precies moeten weten wat geestelijke verzorging inhoud en zich bewust moeten zijn van mogelijke misverstanden en vooroordelen. Daarvoor worden goede voorlichting en onderwijs op dit vakgebied van groot belang geacht..

"Dus dat je goede contacten hebt met de artsen met de verpleegkundigen, dat die goed kunnen signaleren wie er hulp nodig heeft en dat je die hulp kunt bieden. Eh en dat je ook onderwijs verleent aan de artsen en verpleegkundigen hoe ze dat kunnen doen en andere dingen kunt doen waar je ze bij kunt helpen. We krijgen vaak vragen over culturele of religieuze dingen, dat mensen daar meer van willen weten, graag iets meer achtergrond willen hebben. Dus dat je ze daarin kunt ondersteunen." (GV3, 268:273)

Overigens betekent deze praktijk van doorverwijzen dat de geestelijk verzorgers hun vrijplaats niet goed kunnen uitoefenen, ze gaan immers niet meer zelfstandig de afdelingen langs om te kijken wie van de nieuwe patiënten behoefte heeft aan een gesprek.

"Die hadden we al dus we hebben onze vrijheid in die zin ingeperkt door te zeggen, wij scharen ons in een protocol, er is een werklust en 's ochtends is het onze taak om te zorgen dat die aanvragen binnen de 24 uur beantwoord worden. In plaats van freewheel maar wat rond over de afdeling en waar we dan handjes geven." (GV2, 519:522)

De invloed van geestelijke verzorging in de zorgverlening wordt ook belangrijk gevonden, maar niet perse door geestelijk verzorgers in de teams, MDO of EPD te laten participeren. Eerder wordt de nadruk gelegd op het belang van hun rol in scholing en onderwijs, zodat de directe zorgverleners leren wat ze in bepaalde gevallen moeten doen.

"Ik denk dat ze inderdaad in dat onderwijs ook een rol kunnen spelen, omdat zij nou juist bij uitstek de aanjagers kunnen zijn van: hoe doe je dat nou, hoe voer je nou dat goede gesprek en hoe kom je nou af en toe even los van de oplossing. We kunnen mensen daar natuurlijk op triggeren. Dus daar zit nog los van de specifieke zorginhoudelijke opleiding zit er in het onderwijs, het is niet zo van oh help we hebben een ingewikkeld vraagstuk, we rennen naar de geestelijk verzorgers. Ze kunnen ook een belangrijke rol hebben in dat überhaupt bij een aantal mensen aanleren." (BM3, 440:448)

Een aandachtspunt is overigens wel hun zichtbaarheid, aan de ene kant door het oude 'pastorale' imago en aan de andere door hun wat bescheiden persoonlijkheid.

"De geestelijke verzorging doet ertoe, maar ze hebben een imagoprobleem en ze hebben een probleem op het gebied dat ze nog niet in het rijtje van verwijzers zitten. Daar moeten ze inkomen." (BM2: 607:610)

"En ik denk overigens wel, en dat helpt ze misschien niet, in elk geval onze geestelijke verzorgers van nature vrij bescheiden mensen zijn en dan is dit juist heel ingewikkeld." (BM3, 530:532)

Waarbij het imago niet geholpen wordt door de titel van het beroep, doordat het associaties met geloof en bekeren zou oproepen. Hierdoor wordt het nodig geacht naar patiënten toe te verduidelijken wat geestelijk verzorgers nou eigenlijk precies komen doen.

"Ze zijn pas begonnen. Ze zijn pas af van dat oude imago. Nou moet nog die naam eruit. Want als je dat geestelijk verzorger blijft noemen, dan blijft dat je achtervolgen de rest van je leven." (BM2, 584:587)

"Geestelijk verzorger als term is voor professionals onderling verdomd handig, maar om aan patiënten aan te bieden, nee ik zou inderdaad zeggen: Ik wil dat er iemand bij u langskomt. Van de geestelijke verzorging zal ik dan zeggen en dan onmiddellijk toelichting op die rol geven." (ZV2, 203:205)

Een aspect dat waarschijnlijk voortkomt uit de oude rol die geestelijke verzorgers hadden is dat ze zichzelf soms opstellen als het 'geweten van de organisatie'. Overigens wordt dit door de beleidsmakers wel gewaardeerd.

"Nou ik denk dat wij vanuit onze invalshoek bespreekbaar kunnen maken wat goede zorg is. Dat dat onze expertise ook is, om daar waar het knelt de mensen rond de tafel te krijgen, om het daarover te hebben. Wat is dan goede zorg, want iedereen wil dat vanuit zijn hart. Als je daar nou over in gesprek gaat met elkaar, dan kom je daar ook wel. En dan gaan die neuzen wel dezelfde kant op." (GV1, 196:200)

"Nou die is vanuit zijn professie gewend om vanuit kwetsbaarheid dingen bespreekbaar te kunnen maken. Dus daar zit een hele krachtige toegevoegde waarde denk ik." (BM3, 139:141)

"Want het, ja want alles is wel erg verhard. En met de geestelijke verzorging.... die zorgt voor de dialoog." (BM1 157:159)

"Ik vind eigenlijk dat je als geestelijke verzorger dat je tegenstroom moet bieden tegen al dat gemeet en productie gedrevene." (ZV1, 457:459)

Demografische veranderingen hebben mede geleid tot veranderingen in het aanbod van de geestelijke verzorging. Zo worden er geen zondagse vieringen meer georganiseerd. Enerzijds om bezuinigingen op te vangen, maar ook als logisch gevolg van de secularisatie en omdat patiënten steeds minder in staat zijn een dienst bij te wonen, omdat ze gewoon te ziek zijn.

"De zondagse viering hebben we op een gegeven moment gedacht, ja die goeie mensen waren aanwezig en mensen uit de buurt die steeds ouder werden, of gingen verhuizen of wegvielen en enkele patiënten. En dan konden we wachten tot de laatste het licht uitdeed of zeggen we stoppen ermee. Mensen met die behoefte kunnen ook op TV een religieus programma of kerkdienst volgen. En we dachten dit geeft een storm van protest. Niks. De eerste keer, we dachten de telefoon gaat roodgloeiend staan. Niks. Ook ontvankelijk hoor." (GV2, 220:226)

Maar de geestelijk verzorgers zijn bewust bezig met het vernieuwen van hun aanbod. Ze lijken te weten wie hun 'klanten' zijn en richten zich daar door middel van symposia, workshops e.d. dan ook op. Ze profileren zich dus niet meer alleen om het microniveau, maar laten zich ook op mesoniveau zien, met een aanbod dat geschoeid is op en geïnspireerd door de oude religieuze taken.

"Nou bijvoorbeeld toen we de vieringen stopten, ik vind viering is een moment van bezinning, van meditatie op allerlei vlak, ik vind meditatie echt wel bij ons vak horen, maar de viering sluit dus niet meer aan bij de huidige samenleving. Vind ik de viering kun je loslaten, maar niet de meditatie. Dus je gaat zoeken, ok, wat zijn dan vormen van meditatie die aansluiten bij hoe onze samenleving nu in elkaar zit. En vandaaruit ben ik op mindfulness en compassie gekomen eh ben ik me daarin gaan scholen." (GV1, 70:76)

"Maar dat betekent ook dat wij, de meesten van ons afkomstig uit een pastorale setting, dat in onszelf hebben moeten kunnen voltrekken. Dus af en toe over schaduwen heen springen, en diepe confrontatie ook met je eigen identiteit je eigen waardenpatroon en visie waarop je tot dan toe eigenlijk heilig was. Of wat je overtuiging was of wat je plek was. Dat is een worsteling, dat is een zoektocht geworden en die hebben we denk ik met veel succes voltrokken en Elkaar daarin kunnen ook vasthouden en in die jaren ook collega's verloren die ander werk gingen zoeken of zich daarin niet konden vinden." (GV2, 92-99)

Conclusie deelvraag 1

Het domein van de geestelijke verzorging wordt vrij breed en niet kerkelijk gezien door de drie stakeholders. Hierbij wordt duidelijk dat de geestelijke verzorgers hun eigen expertise hebben. De basis van hun werk wordt gevormd door individuele begeleiding, maar dat hoeft niet alleen te gaan om patiënten, want heel opvallend is dat de beleidsmakers en zorgverleners juist ook de begeleiding van medewerkers van het ziekenhuis als een belangrijke taak zien. Ook ethiek wordt door hen als belangrijke taak gezien. Het feit dat de geestelijk verzorgers zelf nieuwe producten ontwikkelen en hier de boer mee op gaan wordt hogelijk gewaardeerd. Ten aanzien van de samenwerking op mesoniveau gaat het er niet perse om dat ze onderdeel zijn van het MDO of EPD, maar meer dat ze zichtbaar zijn. Uit de interviews blijkt dat dit er al voor heeft gezorgd dat ze nog vaker om hun expertise gevraagd

worden. Deze expertise mag ook op het gebied van onderwijs en voorlichting worden ingebracht, zodat de zorgverleners beter toegerust zijn op vragen op dit gebied.

6.2 RESULTATEN DEELVRAAG 2: DE ROL VAN DE GEESTELIJK VERZORGERS

De geestelijk verzorgers hebben in het afgelopen decennium het roer omgegooid en dit lijkt een heel proces te zijn geweest. In plaats van de ambtelijke rol hebben ze gekozen voor een rol als professional, waarbij de ambtelijke binding bewust lijkt te zijn losgelaten. De visie van de VGVZ om vast te houden aan het idee van binding met een achtergrondgenootschap wordt niet gedeeld.

"... omdat wij toen nog, wij als geestelijk verzorgers, nog veel minder op de poot van professionaliteit zaten en veel meer met dat ambtelijke stuk. Ja en dat eh dat spoor, en wel vernieuwing wilden, en zo nu en dan wat deden, maar je kunt niet in het oude spoor blijven en vernieuwen. Dat lukt niet. Dat krijg je niet voor elkaar, want dan doe je alles maar een beetje. Dus je moet daar wel duidelijk een keuze in maken." (GV1, 212:216)

"Maar op een gegeven moment merk je, ja wij zitten hier, ja wij kunnen niet meer werken met de idee 'we zijn een verlengde arm van de kerk hier in het ziekenhuis'. Het is een totaal andere werkelijkheid." (GV2, 83:85)

"Ik denk dat het duidelijk is dat ik dat niet belangrijk vindt. En dat ik vind dat de VGVZ dat los moet laten, dat moeten durven. En dat je als professional neerzet in hoe wij werken eh in onze samenleving, dat moet je professioneel neerzetten. En dan kun je van alles doen." (GV1, 129:132)

De beleidsmakers lijken de geestelijk verzorgers ook liever niet meer in een ambtelijke rol te zien. De ambtelijke rol kan in hun optiek ook van buiten gehaald worden, mocht dat nodig zijn.

Maar het hele smalle van meer het geloofselement, de vraag is hoort dat in een ziekenhuis thuis of kan je het ook van buiten naar binnen halen? (BM1, 368:370)

Ik zie hem dus niet als een vertegenwoordiger van een kerk, of dat nou katholiek, protestant of dat het een afgevaardigde van een imam of wat dan ook is, die kunnen wel inspiratiebronnen zijn. Ik denk wel dat het een professional is (BM3, 166:169)

Bij de zorgverleners zien we dat deze visie op de praktijk is gestoeld, de patiënten lijken er ook niet meer van gediend.

"Ik bel XXXXXXXX, dat is een geweldige XXXX en die komt even bij je zitten en dan kunt u daar eens mee praten. Dan noem ik het woord geestelijke verzorging helemaal niet, laat staan het woord pastor." (ZV2, 189:191)

"De patiënten die zijn als de dood dat ze bekeerd worden. Denken dat iemand komt bidden met ze." (ZV2, 182:183)

Er wordt duidelijk gemaakt dat de loyaliteit van de geestelijk verzorgers bij de patiënten hoort te liggen en niet bij de kerk, volgens een zorgverlener zou het namelijk niet gaan om religieuze nood als hij de hulp van een geestelijk verzorger inroept.

"Maar de reden waarom ik vraag om geestelijke verzorging is voor geestelijke nood en niet religieuze nood." (ZV2, 128:129)

Wat professionaliteit precies behelst wordt niet helemaal duidelijk, het gaat vooral om het loslaten van het ambtelijke en pastorale. De professionaliteit uit zich bij de geestelijk verzorgers in opvattingen over scholing en de taal spreken van je stakeholders.

"Onze optiek is: je hebt mensen nodig die op een fatsoenlijke manier geschoold zijn en daar is de gewaarborgde NVAO, dat je een geaccrediteerde opleiding hebt. En die accreditatie en die opleiding kan ook in samenspraak met de beroepsvereniging toetsen, hoe ziet het portfolio van zo'n opleiding eruit. Maar als dan de kwaliteit geborgd is en je hebt een voldoende werkervaringen dus een x-aantal uren in dienst, dan moet je toegang krijgen tot het kwaliteitsregister om ook je vak op peil te houden en dat te laten toetsen." (GV2, 283:289)

"Dat is heel erg aansluiten bij de taal die in de organisatie gesproken wordt. Of als je het over ethiek of zorgen voor de dokter hebt, ja dan ga je echt een heel stuk in die taal van de dokter. Die taal moet je spreken. Die dokter moet horen aan jou dat jij diezelfde taal spreekt. Dan ontmoet je elkaar, dan verbindt je je elkaar en dan kun je ook die andere laag aanraken." (GV1,338:342)

Overigens lijkt de keuze voor de professionele rol te hebben betekend dat bij de laatste bezuinigingsronde, waarbij alle afdelingen 10% moesten bezuinigen, zaken die nog met dat ambtelijk

werken te maken hadden konden worden heroverwogen (zoals de zondagsviering en de vrijwilligersgroep). Dit heeft de geestelijk verzorgers overigens hoofdbreken gekost.

“Nou daar is geestelijke verzorging ook in meegegaan en de geestelijke verzorging hier in het ziekenhuis, die heeft als eerste de besparingsdoelstelling gehaald, en niet door rücksichtslos van allerlei dingen weg te strepen, maar bij dingen af te vragen hoe kunnen we het anders doen?” (BM1, 145:148)

Een van de belangrijkste aspecten van de professionele rol is het geïntegreerd werken, maar iedereen heeft weer een eigen idee over de invulling daarvan. Volgens sommigen zou het ideaal zijn als de geestelijke verzorging onderdeel werd van de teams, voor anderen gaat het juist meer om het onderwijzend aspect.

“Kijk het MDO is vaak medisch-technisch en dat gaat over: welke antibiotica, welke operaties, welke complicaties en welke interventies en welke onderzoek. Ik weet niet of de geestelijk verzorger veel essentieels bij te dragen heeft in dat geweld van medische terminologie en medische techniek. Ik weet ook niet of hij er veel informatie uithaalt waar hij zelf wat mee op schiet, behalve dat hij denkt, die mensen die zijn allemaal hartstikke gek, want die vergeten allemaal dat daar een meneer of een mevrouw in bed ligt.” (ZV2, 45:50)

“Je zou ook kunnen zeggen, als je het vanuit de onderwijsrol pakt, dan zou je kunnen zeggen dat ze die mensen die vaak in het MDO zitten dat ze die meenemen in het hoe doe je dat nou.” (BM3, 549:551)

“Ik zou eigenlijk zeggen laat hem alsjeblieft niet bij dat EPD laten zitten, maar laten we zorgen dat de mensen die erbij zitten, dat hij die af en toe langs krijgt om ze die goede vragen te leren.” (BM3, 568:570)

“Wat wel mooi is, doordat de geestelijk verzorgers die continue dienst niet meer hebben, betekent het ook dat de afdelingen meer hun verantwoordelijkheid pakken. Dus normaal was het oh bel de geestelijk verzorgers maar, die lossen het wel op. Terwijl nu is het, oh nee die kunnen we niet meer bellen, dus hoe gaan we het nu oppakken.” (BM1, 101:105)

Door de geestelijk verzorgers wordt geïntegreerd werken belangrijk geacht, omdat het kan helpen bij de zichtbaarheid in de instelling, juist ook als er sprake is van informeel contact. Dat laatste lijkt zelfs belangrijker dan formeel deel uit te maken van een team. Het betekent misschien ook dat er dan kortere lijntjes zijn.

“Maar meer werkt het nog door positieve referentie te kweken, door je ding te doen op de afdeling en goed terug te koppelen aan de verpleging. Ook zichtbaar te maken en ook in de anamnese is dat na te kijken, is er genoteerd is er gezien wat de interventie is geweest. En dat gebeurt ook en dan merk je ook dat als je dan zo'n paar keer op de afdeling komt, dat er dan zo meerdere aanvragen komen.” (GV2, 255:260)

“Ja, maar ik ben ook wel begonnen met het idee van ja ze weten toch dat je er bent en ze kunnen bellen en dat soort dingen, maar je merkt in inderdaad, dat zodra ze je ook wat beter kennen, als je ook informeel contact met elkaar hebt gehad, dat mensen het gemakkelijk vinden om je even aan de mouw te trekken en dan even iets aan je te vragen en ook met hun eigen dingen gemakkelijker bij jou komen, wat natuurlijk ook heel goed is om te doen. Dus op de een of andere manier is je zichtbaarheid ook wel heel erg belangrijk.” (GV3, 301:306)

“Ja ik vind het prettig dat ze dat doen. Er zijn korte lijntjes, dus ze zijn snel opgeroepen en dat is mooi.” (BM1, 83:84)

Die korte lijntjes worden soms bewust opgezocht.

“Nou ja dan wordt er een aanvraag gedaan. Maar ik bel Koen en vraag heb je tijd en daarna leg ik even kort het probleem uit van de patiënt en vraag ik: zie jij even kans om of kun je iemand sturen.” (ZV2, 114:115)

Dit zien we ook terug in de meningen over het EPD. Op zich is het een belangrijk instrument voor de geestelijke verzorging, omdat daarmee consulten worden aangevraagd en omdat ze erin terugkoppelen, maar het persoonlijk contact is daarnaast ook van belang.

“Dat kan via het EPD. En dat heeft het bijkomende voordeel dat het dan ook vervolgens in het dossier staat. Dus dan staat in het dossier er is een vraag geweest om te komen. Wij kunnen ook terug rapporteren dus die rapportage staat er dan ook. Dus je bent in die zin ook wat zichtbaarder. En mensen kunnen dan weer gauw zien, oh ja daar is de geestelijk verzorger geweest, het is goed als die weer langskomt.” (GV3, 292:296)

“En we koppelen spaarzaam terug. Want je moet het patiëntendossier op de verpleegkunde afdeling gaan bekijken. Hoeveel tabbladen enzovoort. Je moet al goed gaan zoeken om de informatie terug te vinden. En of de informatie over de geestelijke verzorging al terug te vinden is of teruggezocht wordt.... Ik denk dat mondelinge overdracht of terugkoppeling die is belangrijker.” (GV2, 606:610)

Rol spelen

Zowel bij patiënten als zorgverleners is het pastorale ambtelijke beeld en daarmee ook de bijbehorende rolverwachtingen aan het verdwijnen. Soms is dit onverwacht, maar de geestelijk verzorgers lijken er blij mee te zijn.

“En gelukkig hoor je ook daar steeds vaker dat mensen zeggen, ja dat is nabij zijn en mensen helpen om levensvragen te beantwoorden en steeds minder, dat is de pastor die aan het bed komt om te bidden bijvoorbeeld. Dus daar ben ik wel heel blij mee, dat dat beeld heel langzaam aan het veranderen is.” (GV3, 30:33)

Ten aanzien van de rolverwachting valt op dat de verwachtingen vooral gaan over de vraag naar de noodzaak van bepaalde taken.

“Een van de dingen waar we het toen over gehad hebben is moeten ze, moeten onze geestelijke verzorgers nou 24 uur per dag inzetbaar zijn? Is dat nog van deze tijd? En wij hebben dus geconstateerd dat dat dus niet altijd meer zo hoeft te zijn. (BM325:28)

Rol maken

De geestelijk verzorgers lijken actief bezig hun rol te maken en nieuwe inhoud te geven. Hiervoor hebben ze volgens de theorie ‘toestemming’ nodig van de mensen waarmee ze interacteren, maar dat lijkt goed te gaan.

“Een andere collega die veel met ethiek bezig is, die heeft een ethische commissie nodig, die heeft een legitimatie van een raad van bestuur nodig. Ja want anders zeg je: ik ga naar een dokter en vraag liggen hier ethische kwesties en die vraagt dan: “Ja hoezo, wat kom je hier doen?” Je hebt legitimatie nodig. Voor mij nu in wat ik nu doe. De gynaecoloog, de HRM functionaris, de fertiliteitsarts dat zijn nu mijn gesprekspartners. [...] Een andere collega die is nu bezig met het thema wie zorgt er voor de dokter? Dan zijn managers belangrijk, dan zijn artsen belangrijk als aanspreekpunt, om eh ja om eh dat wat je wilt brengen, om dat ook samen te doen.” (GV1, 243:248)

Ook door de beleidsmakers wordt gezien dat de geestelijk verzorgers hard werken aan het maken van hun rol. Volgens sommigen kunnen ze ook niet anders, willen ze niet overbodig worden. Geheel in lijn met de theorie kunnen ze hun rol maken, omdat dit zo gewaardeerd wordt door hun omgeving en omdat een aantal van hun initiatieven lijken te helpen bij de bedrijfsvoering van het ziekenhuis.

“En waarvan zelfs bij die laatste NIAZ-inspectie of hoe dat ook allemaal heet, de geestelijke verzorging een extra compliment heeft gekregen voor haar werk, onder andere voor ‘Tijdig spreken over het einde’.” (BM2, 23:25)

“Nou wat je ziet is dat ze bij ons enorm op de werkvloer zijn gaan aanhaken op vraagstukken die daar leven.” (BM3, 215:216)

“Dit is ook wel een ziekenhuis van, heb je een goed idee, ga het ontwikkelen en laat het zichzelf bewijzen. En zolang je niet al te zeer in de weg loopt bij andere dingen, dan kom je een heel eind in de goede richting. Je hebt ook andere ziekenhuizen, waar het veel meer is, dit zijn de kaders en daarbinnen moet je het doen. En wij hebben natuurlijk ook wel kaders, maar die kaders liggen wat ruimer.” (BM3, 525:529)

Bij de zorgverleners kwam het rol maken kwam niet heel sterk naar voren. Wel werd duidelijk dat geestelijk verzorgers, mochten zij hun rol willen maken afhankelijk zijn van de mensen waarmee ze moeten samenwerken.

“Over de moreelberaden bij ons op de afdeling heb ik wel wat discussie gehad met XXXX. Daar waren we het ook niet altijd over eens. Van de ene kant vind ik het heel goed dat het actief wordt aangeboden, want er is denk ik een behoefte aan en de afdelingen die ermee beginnen die hechten er ook waarden en dingen kunnen dan toch boven tafel komen, die anders niet boven tafel komen.” (ZV1, 215:219)

Rol kapitaal

Het kapitaal van de rol van de geestelijk verzorging is breed en varieert van verhalen klein en groot, de kunst om te kunnen aanvoelen waar het om gaat, om mensen op te vangen en de eigen professionele kennis en bagage. Ook kan het betekenen dat oud kapitaal wordt voorzien van een nieuwe laklaag, waarmee nieuwe doelgroepen kunnen worden bereikt.

“Soms is het een ook troost voor een patiënt om met de pastor te praten. En waarbij ook eh religieuze thematiek ter sprake komt en dan is mijn theologische bagage, mijn kennis en de mindset van zo'n patiënt en de taal en symboliek van waar zo'n iemand mee vooruit kan, zonder daarin mee te gaan, dus ook teksten paraat hebben. Dus ook de schrift

waar iemand waarde aan ontleent, waar je ook iemand andere dingen kunt aanreiken dan het beeld van ik ben gestraft, of het is mijn schuld of nou enz.” (GV2, 108:114)

“Ja, ja ja. Nou bijvoorbeeld ehm toen we de vieringen stopten, ik vind viering is een moment van bezinning, van meditatie op allerlei vlak, ik vind meditatie echt wel bij ons vak horen, maar de viering sluit dus niet meer aan bij de huidige samenleving. Vind ik niet, dus de viering kun je loslaten, maar niet de meditatie. Dus je gaat zoeken, ok, wat zijn dan vormen van meditatie die aansluiten bij hoe onze samenleving nu in elkaar zit. En eh vandaaruit ben ik op mindfulness en compassie gekomen eh ben ik me daarin gaan scholen. Bied ik dit aan personeel, aan patiënten eh en zie je he eerst komt het als aanbod, maar als het zo doordringt in de organisatie, komen er allerlei verrassende vragen. Zo van oh kun je dan hier zo voor ons ook iets betekenen. Of zou dat oh zou je hier of kom je eens praten, want ik heb gehoord dat je dat en dat doet. We zitten daar en daar mee. Dus het roept hele nieuwe dingen en nieuwe contacten en nieuwe initiatieven op.” (GV1, 70:81)

Naast hun levensbeschouwelijke kapitaal lijken geestelijk verzorgers wat ze doen vooral beter onder het voetlicht te mogen brengen, waarbij hun sociaal kapitaal mag worden aangesproken en waarbij misschien zelfs ook het symbolisch kapitaal, dat voorheen lag bij hun voorgangers: de priesters, de pastores en de dominees en nu bij de medisch specialisten en bestuurders, mag worden betwijfeld.

“Het allerbeste is als de geestelijke verzorging onder de aandacht komt van de mensen waar het nog te weinig in de aandacht is. En dat is voorlichting over wat ze doen. En dat betekent ook voorlichting over wat ze al hebben kunnen betekenen voor professionals in het ziekenhuis.” (BM2, 82:85)

“Ja. ze zijn wat introvert en wat te beleefd. Ik denk dat meer kan. V. Ze mogen wat meer aan de weg timmeren? A. Ja. Wat trotser zijn. En hier staan we voor!” (BM1, 384:387)

“Kijk die mensen zijn van nature meer bescheiden dan laten we eens noemen een cardio-chirurg en de gemiddelde specialist.” (BM1, 184:185)

Als kapitaal hiervoor wordt onder andere genoemd het moreel beraad en de opleidingsgerichte kwaliteiten. Dat maakt meteen duidelijk dat het geen werk is voor vrijwilligers.

“Een goede geestelijk verzorger heeft daar gesprekstechnieken voor gehad n wat achtergrond ervaring van psychologie en psychiatrie. Herkent wat pathologisch gedrag daarin. Dat is geen vrijwilligerswerk.” (ZV2, 171:173)

Een belangrijke vorm van kapitaal komt, op zich niet zo vreemd natuurlijk, uit het pastorale en ambtelijke verleden.

“Maar wel dat ik, ik probeer in eerste instantie zelf met mijn patiënten te praten en als ik denk dit is groter dan ik kan, of deze patiënt heeft een andere benadering nodig dan ik kan brengen of het is groter dan ik in één keer in een half uurtje aan dat bed zitten, kan beheersen, of er moet, heel belangrijk, er moet eens even iemand die geen witte kleren aan heeft aan dat bed komen zitten. Maar geen gevoel van leerling – meester relatie in zit, maar een gelijkwaardige, geen afhankelijkheidsrelatie. Dat is ook wel heel belangrijk. Dat is vaak dat reden dat ik geestelijke verzorging aanvraag. Gewoon om te praten.” (ZV2, 148:154)

Rol gebruiken

Duidelijk wordt dat kapitaal en rol soms bewust en strategisch door geestelijk verzorgers worden ingezet om de eigen doelen te bereiken.

“Je hebt een binnen iedere organisatie of gemeenschap de dorpspastoor of de dorpskapelaan iemand die veel mensen kennen. Die het vertrouwen geniet, die het vertrouwen ook waard moet zijn. Die goed moet kunnen luisteren en zijn mond goed kunnen houden en op het gepaste moment juist zijn mond moet opentrekken en daardoor een soort gezag ook verwerft, ja ik vind het wel ook gezag, in bepaalde items ook een duwtje kunnen geven. En een beetje laverend tussen alle conventies en regeltjes en alle gecoördineerde protocollen door. Terwijl ook echt meewerken met het systeem enzovoort en daar krediet op bouwen om daarna met iemand de nodige en nuttige zijpaden te kunnen gaan.” (GV2, 24:32)

Zowel beleidsmakers als zorgverleners lijken de geestelijk verzorgers op te roepen gebruik te maken van hun rollen en hun kapitaal, om hun doelen te kunnen bereiken. Ze worden gewaardeerd en mogen laten zien wat ze kunnen.

“Maar je merkt wel dat men door zo'n ethische commissie, door zo'n training dat die dialoog meer op gang komt. Dus mensen die in aanraking zijn gekomen met hun werk staan daar meer voor open.” (BM1, 186:188)

“Voor de patiënt en de medewerkers. Allebei. Je ziet ook dat een aantal afdelingen meer de hulp inroepen van de geestelijke verzorging dan andere. Dus dat is zien doet weten.” (BM1, 192:195)

“Nee, jullie hebben alle kansen nu.” (BM2, 584:587)

“Volgens mij is de weg toch via invloed. Gewoon je verhaal laten horen. Medestanders zoeken.” (ZV1: 497:499)

Conclusie deelvraag 2

De geestelijk verzorgers lijken bewust te hebben gekozen voor een rol als professional, tot genoegen van de beleidsmakers en zorgverleners die zien dat nog maar weinig patiënten behoefte hebben aan een pastor. Indien nodig kan die ook van buiten gehaald worden. De feitelijke inhoud van de professionele rol werd niet helemaal duidelijk, maar het gaat er in ieder geval om dat de geestelijk verzorgers zich weten te verhouden tot hun werkomgeving. Door de keuze voor de professionele rol zijn overigens wel wat zaken die automatisch bij de geestelijke verzorging lijken te horen, zoals de vrijplaats en de zondagsviering zijn opgegeven, mede doordat er fors bezuinigd moest worden. Ook in relatie tot de rolkeuze blijkt dat geïntegreerd werken cruciaal is. Het zorgt ervoor dat de geestelijke verzorging zichtbaar blijft of wordt en gemakkelijker te benaderen. Dat consulten worden gevraagd via het EPD ondersteunt deze gedachte overigens niet.

Ten aanzien van rol spelen wordt duidelijk dat de overgang van de ambtelijke naar de professionele rol niet 123 gebeurd is, maar men wel blij is dat de verwachtingen die worden gekoesterd hier steeds meer bij aansluiten. In het ziekenhuis wordt de geestelijk verzorgers geen strobreed in de weg gelegd om hun rol te maken. Het wordt alleen maar toegejuicht. Het religieus kapitaal van de geestelijk verzorgers is eigenlijk breder geworden en kan beter worden omschreven als levensbeschouwelijk kapitaal dat oude en nieuwe vormen van levensbeschouwing, ethiek en zingeving omvat. Aan het huidige symbolisch kapitaal mag worden getwijfeld en ze mogen hun sociale kapitaal en netwerken meer aanspreken. De bescheidenheid mag volgens de beleidsmakers overboord. Het blijkt uit de interviews dat de geestelijk verzorgers hun kapitaal en rol soms wel degelijk strategisch inzetten om de eigen doelen te bereiken, maar dit is nog niet heel erg duidelijk omlijnd. Ook hierin worden ze opgeroepen door de beleidsmakers en zorgverleners om hun rollen en kapitaal actiever in te zetten. Als doelen zouden kunnen worden gezien om zichtbaarder te worden en hun positie te verstevigen.

6.3 RESULTATEN DEELVRAAG 3: WAT VERSTAAT MEN ONDER ZORGKwaliteit EN kwaliteitszorg

De geestelijk verzorgers lijken zich bewust van hun aandeel in de totale kwaliteit van zorg, maar de manier waarop ze dit proberen te borgen wordt niet helemaal duidelijk.

“Dus in die zin ben ik ervan overtuigd dat ik bij momenten bij kan dragen aan een vlotter herstel of een gemakkelijker gang door het herstelproces. Omdat er wat spanning weg is of omdat er wat vertrouwen gegroeid is over de eigen krachten.” (GV2, 687-690)

“Deels is kwaliteit van zorg geprotocolleerd werken, waarbij je dan de goede praktijk ook tracht te borgen. Dus je doet niet zomaar wat. Dus kwaliteit heeft er gewoon mee te maken dat je bewezen doelmatigheid, effectiviteit, dat je daarin mee gaat. Dus kwaliteit van zorg is wat de geestelijke verzorging betreft de manier waarop wij in consult worden gevraagd, dat heeft voor mij met kwaliteit van zorg te maken.” (GV2, 503:508)

Onder kwaliteit van zorg verstaan de beleidsmakers dat zorg van hoge zo niet de beste kwaliteit geleverd wordt en daarbij dat het de zorg is die op dat moment gangbaar is en up to date gehouden is. Goede communicatie daarover met patiënten als noodzakelijk gezien en ook ethiek speelt er een rol bij. Er was maar een beleidsmaker die het over een kwaliteitssysteem had.

“Maar de kwaliteit in de zorg is dat je dat je dat je deskundig bent als zorgverlener, dat je weet wat op dit moment, wat mensen op dit moment van je mogen verwachten. En in de tweede plek dat je daarover kunt communiceren met mensen”. (BM2, 357:360)

“De best mogelijke zorg bieden en het up to date houden dat we ook de best mogelijke zorg kunnen leveren waar we topklinisch zijn.” (BM1, 259:260)

De relatie tussen zorgkwaliteit en geld werd ook genoemd en dan met name hoe het gebrek aan geld de zorgkwaliteit soms onder druk zet. Het zijn de zorgverleners die aangeven dat de inspanningen van geestelijk verzorgers niet meetbaar zijn en dus ook niet direct geld opleveren voor het ziekenhuis.

“Kijk in de gezondheidszorg is geld belangrijk he? En dat, dat schuurt. En ehm en ik vind het soms ook wel schrijnend om te zien, dat je, je wilt, ik ben ervan overtuigd dat iedereen die hier werkt het beste voor de patiënt wil. In je hart wil je dat allemaal. Maar hoe dat in het werk eruit komt, dan is dat vaak helemaal niet zichtbaar.” (GV1, 188:192)

“Nou daar is geestelijke verzorging ook in meegegaan en de geestelijke verzorging hier in het ziekenhuis, die heeft als eerste de besparingsdoelstelling gehaald, en niet door rücksichtslos van allerlei dingen weg te strepen, maar bij dingen af te vragen hoe kunnen we het anders doen?” (BM1, 145:148)

“We zijn bezig met een ziekenhuis-breed programma om zowel onze kwaliteit op niveau te houden, en tegelijkertijd ook onze kosten enigszins in te dammen.” (BM3 20:22)

“Het gaat erom dat je zorg levert die van je verwacht wordt. Die mensen ook mogen verwachten, cliënten, patiënten bedoel ik, en dat dat dan ook nog betaalbaar is.” (BM2, 234:236)

“Maar dan vraagt het toch investeringen in de kwaliteit van zorg die misschien wel elders geld gaan opleveren, maar niet altijd waar de investeringen in worden gepleegd. Bijvoorbeeld als je hier rondom het sterven van iemand zorgt dat de naasten er goed doorheen komen en de patiënt er goed doorheen komt, dan is uit onderzoek wel gebleken dat het rouwproces van de nabestaanden enorm beïnvloed wordt door de manier van sterven, en de begeleiding rondom het overlijden en het voortraject en dat dat uiteindelijk ook scheelt in de gezondheidsklachten die de nabestaanden gaan krijgen. Maar dat geeft geen extra geld in het ziekenhuis”. (ZV1, 160:167)

“De fysiotherapeut is erop gericht je eerder uit het ziekenhuis te krijgen, de chirurgietechnieken gaan over korte verblijfsduur, de diëtiste met de voorbereiding op de OK heeft als doel uiteindelijk de ligduur te beperken. Alles draait om geld om maximaliseren. Bijna om winstmaximalisatie. Wat een afgrijselijk woord is trouwens. Maar eh ja dat. Dan vallen jullie al gauw buiten de boot, want wat dragen jullie daar nou aan bij. Dat die patiënt in zak en as zit, ja jammer dan daar gaan ze dan thuis maar met de huisarts over praten.” (ZV2, 262:269)

Als kwaliteitszorg vanuit het zorginhoudelijk perspectief wordt bekeken wordt het lastig om het werk van de geestelijk verzorgers meetbaar te maken.

“Ik vind het altijd wel een lastige om de kwaliteit van je zorg te laten blijken he. Dat is in cijfers gewoon heel erg moeilijk. Ik ben er ooit een promotieonderzoek in begonnen en er tegenaan gelopen hoe lastig dat dus is, om dat echt te vangen. Dus het los filteren van wat de invloed van een gesprek met een geestelijke verzorger heeft gehad op de totale ligduur of op de pijnverlaging of dat soort dingen, ja dat is gewoon niet te doen.” (GV3, 375:380)

Uit de interviews komt naar voren dat ze dit proberen te compenseren door hun werk zo goed mogelijk doen en de inhoud daarvan voor hen te laten spreken.

“Dus ik denk dat wat wij als geestelijk verzorgers moeten doen is de weg bewandelen van kunnen we via de wet iets geregeld krijgen en tegelijkertijd gewoon blijven laten zien wat je doet. En gewoon goed je werk doen en dat laten zien.” (GV3, 452:454)

Hoewel kwaliteit van zorg wordt verbonden aan de zorginhoudelijk benadering, zo hebben de respondenten het over prestatie-indicatoren, mortaliteitsratio's, de NIAZ e.d., valt toch op dat dat niet als zaligmakend werd beschouwd. De mens achter de zorg en de keuzes die zorgverleners maken zijn ook van belang.

“Ja, maar dat is dan nog een kwaliteitscontrole, dat zou dan de zorgverzekeraar moeten doen, maar dat gaat meer om aantallen, dan om echte kwaliteit. Echte kwaliteit die zal altijd, waar je op getoetst kunt worden in mijn optiek, die is nog altijd niet gedefinieerd. Dat is nu: kijk eens hoeveel operaties heb je gedaan en is dat genoeg om een zekere vaardigheid op te bouwen enz. enz. En dat is een begin van kwaliteitseisen, maar als je echt wilt zien hoe ik het doe, dan moet je een week erbij komen zitten. En dan moet je van te voren goed formuleren wat kwaliteit is en dat toets je dan maar. Dan heb je pas in de gaten of ik echt kwaliteit lever of niet.” (BM2, 392:400)

“Ja en natuurlijk waar iedereen over klaagt, de bureaucratie. De vinklijstjes. Teveel extrinsieke controle haalt weer de intrinsieke eruit. Dus daar krijgt je nu weer tegenstromen.” (ZV1, 420:422)

Het wordt in ieder geval niet als wenselijk gezien dat de geestelijke verzorging daar ook in mee gaat, want het zou teveel tijd gaan kosten, waardoor de geestelijke verzorging duurder wordt. Als suggestie wordt gegeven om te werken met uitkomstindicatoren en evaluative health care.

“Dus daarom gaan we meer naar uitkomstindicatoren toe en naar dat evaluative health care¹⁵², zodat je daarna allerlei procesindicatoren en allerlei normen eraf kan gooien en dan kan zeggen: kijk dit zijn mijn uitkomsten en zo doe ik het en dat is dan genoeg. Plus dat je met die uitkomstindicatoren en dat evaluative health care systeem daar zit meerwaarde voor de patiënt in en niet allerlei weet ik het wat weet ik veel draadje zoveel blijft langer zitten of...” (ZV1, 465:471)

Toch lijken in het ziekenhuis wel andere benaderingen van kwaliteitszorg gebruikt te worden, zoals blijkt uit de ‘spiegelbijeenkomsten’ (zie gap 1) die worden gehouden om de ervaren kwaliteit te onderzoeken en het gebruik van het IMFS systeem dat wordt gebruikt door medisch specialisten, waarbij door middel van dit systeem de directe collega's je van feedback voorzien en de kwaliteit van jouw functioneren beoordelen. Nadeel van het laatste lijkt mij dat de mening van de patiënt niet wordt gehoord.

“Nou we bespreken dat met elkaar. Met een jaargesprek. En we doen mee aan de IFMS visitatie om als maatschap het individueel functioneren te bespreken. Dat is een hele methode. Eh en daar doen wij als geestelijke verzorgers, ja wij zijn lid van de staf, en daar doen wij ook in dat systeem mee. Dat betekent dat we ieder jaar zo'n bespreking hebben en elkaar daarin bevragen en toetsen en afspraken maken met elkaar en na een half jaar ook kunnen kijken, van hoe staat het ermee, wat heb je nodig? Ehm lukt het of niet, nou ja zo dus en zo werken aan de eigen kwaliteit.” (GV1, 373:379)

Overigens werd gewaarschuwd dat moet worden opgepast met een kwaliteitsmodel dat uitgaat van de verwachtingen en beleving, omdat oudere mensen geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven.

“Als je dat als uitkomstindicator gaat gebruiken. Dat is een hele gevaarlijke. Ja want de meeste patiënten zeker de oudere zijn heel autoriteitsgevoelig. Die zijn altijd heel aardig naar de hulpverlener toe. Die vinden zorg altijd fantastisch.” (ZV, 439:441)

Van object naar subject in de zorg

Zowel geestelijk verzorgers als beleidsmakers lijken zich bewust te zijn van de verschuiving van de aandacht naar het subject in de zorg. Dit geldt voor zowel het levensbeschouwelijk perspectief als het medisch perspectief.

“Ja ik vind het nou juist het bevrijdende om die zuilen of die religieuze tradities, om dat los te laten. En om te kijken en te luisteren naar de mens bij wie je bent en te kijken vanuit allerlei bronnen die er zijn. Wat kan deze mens, wat kan voor deze mens nu van betekenis zijn. Wat kan zin hebben? Nu.” (GV1, 24:27)

“Nou ja dan denk ik dat het belangrijk is en dat is hier ook zo, dat je ogen hebt voor alle aspecten van een patiënt en dat je een patiënt dus niet alleen maar fysiek opgelapt weer buiten de deur zet bij wijze van spreken, maar dat je oog hebt voor alles wat iemand wat iemand meemaakt tijdens de opname en ook daar, net als met alle andere dingen zit je natuurlijk met de beperking dat wij de zorg hier in het ziekenhuis verlenen en in principe niet kunnen vervolgen buiten het ziekenhuis, dus dat er ook een goede overdracht naar de huisarts nodig is. Maar dat je wel ja voor de hele patiënt zorg draagt en daar oog voor hebt.” (GV3, 259:265)

Maar er speelt meer dan dat. Een van de beleidsmakers laat zien hoe de focus in de zorg in de afgelopen decennia is verplaatst van financiën en kostenbeheersing, naar kwaliteit en veiligheid en nu steeds meer wordt gericht op de mens in de zorg. Dit wordt vooral in gezien in het licht van de krapte die verwacht wordt op de arbeidsmarkt. Die heeft ongetwijfeld weerslag op het werken in de zorg. De vraag is dan hoe houdt je mensen vast? Dit betekent dus dat de patiëntgerichte benadering verbonden wordt met de zorg voor het personeel, oftewel het mesoniveau van deze scriptie.

“Maar ik denk dat als je, he zoals ik net zei, je gaat van financiën, naar kwaliteit en veiligheid, naar de mensgerichte kant, en doe je dat niet dan kom je in een heel ander traject terecht. Op het moment dat je dit gaat doen, dan ga je ook nadenken wat heb je dan nodig bij zo'n mensgerichte benadering.” (BM3, 410:413)

“Ik denk overigens het thema dat hierna gaat komen, dat gaat over mensen, dus over, zowel over medewerkers als patiënten, kijk patiënten stonden tien jaar geleden al centraal.” (BM3, 267:269)

“Maar ja als je kijkt naar het vraagstuk dat op ons afkomt, met een babyboom generatie die eerst het onderwijsstelsel goed plat heeft gelegd, vervolgens de huizenmarkt, die komt nu door de zorg heen. En tegelijkertijd hebben we veel minder mensen die die zorg kunnen leveren. Met een beetje pech hebben we een markt die aantrekt, waardoor we dus

nog minder mensen in de zorg hebben. Dus hoe gaan we dat nou eigenlijk doen? Dus wil je nog financieel efficiënt en op een kwalitatief hoogwaardig niveau zorg leveren moet je investeren in mensen.” (BM3, 273:280)

Het Servqual model

Zoals blijkt uit het theoretisch kader past het Servqual model goed bij een cliënt-gerichte benadering van de zorg. In het Servqual model gaat het over de verwachting en beleving van de dienstverlening door de cliënt en de momenten in het dienstverleningsproces waar discrepanties kunnen ontstaan. Dit worden gaps genoemd. In de interviews heb ik gezocht naar informatie over de gaps.¹⁵³

Gap 1 gaat over de manier waarop informatie over gap 5 (het verschil tussen de verwachte en beleefde dienst) wordt verkregen en of deze informatie betrouwbaar is. De geestelijk verzorgers hebben gewerkt met een feedbacksysteem, alhoewel wordt getwijfeld aan de waarde daarvan. De verpleging wordt gezien als een betrouwbaardere bron, omdat met name oudere patiënten de neiging hebben sociaal wenselijke antwoorden te geven. De feedback van directe collega's (zoals bijvoorbeeld met het IMFS systeem) zou misschien betrouwbaarder zijn. Ook vallen de spiegelbijeenkomsten hieronder.

“We kregen complimenten waarvan we dachten, ja.... We horen het vaker terug van de verpleging. [...] Dus je merkt het ook wel in de verpleegkundige verslaglegging eh is het gewaardeerd door een patiënt of niet.” (GV2, 577:578)

“Vanuit de cliënten hebben wij een tijdje meegedaan met eh ik ben nu even kwijt hoe het heet, maar dan konden mensen het via internet invullen of ze tevreden waren, of verbeterpunten. Maar ja we kregen daar eigenlijk alleen maar positieve resultaten uit. Dus wij zeiden, ja dit heeft eigenlijk niet zoveel zin.” (GV1,386:389)

“Nou je kunt dat periodiek natuurlijk doen door een vraag te stellen onder een aantal specialisten. Van goh, kent u de geestelijke verzorgers en wie zijn het en wat leveren ze allemaal. En dan kun je kijken, van klopt dat of mist er consequent een (onverstaanbaar) en dat betekent dat je dus iets meer onder een ander voetlicht moet brengen.” (BM 1 340-343)

“Ze hebben spiegelbijeenkomsten en dan worden mensen van de cliëntenraad ook uitgenodigd om te kijken hoe dat gaat. En dan wordt met patiënten besproken hoe ze hun opname hebben ervaren hebben. En wat anders en beter kan en wat goed was.” (BM2, 422:424)

Gap 2 gaat over het omzetten van de informatie van gap 1 naar regels en maatstaven. Hier heb ik niets over kunnen vinden, wel kwam naar boven dat een aantal jaar geleden gekozen is om de geestelijk verzorgers onder te brengen in een afdeling. Hierdoor kwam de focus niet meer op hun werk te liggen, maar op het voldoen aan regelgeving, die waarschijnlijk niet op basis van hun eigen werkzaamheden en doelen was geformuleerd.

“Dat was een paar jaar geleden met die reorganisatie dacht de Raad van Bestuur we gaan het zo oplossen. Dan zijn ze ook geholpen, want dan hebben ze een afdelingsmanager die hun praktische zaken oplost. Maar het omgekeerde werd... Het ging leiden tot een verantwoordings-, een regel- en vergaderdruk, waar we allemaal ongelukkig van werden en die we na een paar maanden door goede contacten in huis, op het goede niveau, toch hebben kunnen omdraaien.” (BM2, 531:536)

Bij gap 3 hoort werken volgens de in Gap 2 opgestelde richtlijnen en beleid. De geschetste situatie genoemd bij Gap 2 laat zien dat het voor Gap 3 noodzakelijk lijkt om beleid en richtlijnen te hebben die toegespitst zijn op het eigen werk. Anders lijkt het onmogelijk te worden om volgens het uitgestippelde beleid en de richtlijnen te werken. Verder heb ik hier niets over kunnen vinden.

Gap 4 over het imago geeft heel veel meer informatie, waarbij opviel hoe belangrijk het perspectief op mesoniveau is. De associatie met het geloof wordt in vrijwel alle interviews als onwenselijk beschouwd.

“Het helpt ook als ze je kennen, dat geeft toch ook een ander beeld dan wanneer ze het moeten doen met oh ja dat is de geestelijk verzorger en dan komt daar alles wat iedereen ooit bedacht heeft bij naar voren.” (GV3, 310:312)

¹⁵³ Overigens zou dit IFMS systeem prima passen in het servqual systeem als zorgverleners ook als cliënten worden beschouwd. Dit zou dan ook in gap 1 thuishoren. Hierover meer in de conclusies in hoofdstuk 7.

“Geestelijk verzorger als term is voor professionals onderling verdomd handig, maar om aan patiënten aan te bieden, nee ik zou inderdaad zeggen: Ik wil dat er iemand bij u langskomt. Van de geestelijke verzorging zal ik dan zeggen en dan onmiddellijk toelichting op die rol geven.” (GV2, 203:205)

In de interviews met beleidsmakers bleek dat er ook een strategisch aspect aan het imago zit, dat te maken heeft met het gezegde ‘onbekend maakt onbemind’. Voorlichting over wat de geestelijk verzorgers doen en zorgen dat ze zichtbaarder worden in de organisatie is cruciaal.

“Maar meer werkt het nog door positieve referentie te kweken door je ding te doen op de afdeling en goed terug te koppelen aan de verpleging. Ook zichtbaar te maken en ook in de anamnese is dat na te kijken, is er genoteerd is er gezien wat de interventie is geweest en dat gebeurt ook en dan merk je ook dat als je dan zo'n paar keer op de afdeling komt, dat er dan zo meerdere aanvragen komen.” (GV2, 255:260)

“Het allerbeste is als de geestelijke verzorging onder de aandacht komt van de mensen waar het nog te weinig in de aandacht is en dat is voorlichting. Ehm voorlichting over wat ze doen, en dat betekent ook voorlichting over wat ze al hebben kunnen betekenen voor professionals in het ziekenhuis.” (BM2, 82:85)

“Maar je merkt wel dat men door zo'n ethische commissie, door zo'n training, dat die dialoog meer op gang komt. Dus mensen die in aanraking zijn gekomen met hun werk staan daar meer voor open.” (BM1: 186:188)

“Dat is door dichterbij patiënten en verplegend personeel te gaan staan en herkenbaarder te zijn. Door duidelijker te staan tussen de verpleegkundigen in, samen met de patiëntenzorg, door een vast spreekuur elke week te zeggen, nou ik ga naar het hoofd van jouw afdeling toe, welke afdelingen vallen onder jou. Ik wil een keer per week om twee uur daar gaan zitten. En dan ga ik daar zitten voor verpleegkundigen die met mij willen praten, ik ga daar zitten om afspraken te maken met patiënten. Als verpleegkundigen zeggen die en die patiënt die doet zo raar, ik wil daar eens over praten met jou. Dan ga ik het daar over hebben. Ik ben benaderbaar, beschikbaar en ik ben herkenbaar.” (ZV2, 275:282)

Ook is van belang dat ze zich bewust zijn van de animositeit die soms kan ontstaan doordat het perspectief van een geestelijk verzorger en een zorgverlener op bepaalde medisch-ethische vraagstukken kan verschillen. Het is van belang dat iets aan die animositeit wordt gedaan.

“En als er animositeit is tussen de geestelijke verzorging en bijvoorbeeld een bepaald soort zorggroep, dat dat opgelost wordt.” (BM2, 191:192)

“Nou gewoon met elkaar in gesprek blijven en wel de dokters uitnodigen bij dat soort dingen. En ook eh nou ik denk dat als je wilt dat dokters daarin veranderen, zelfs als je ervan overtuigd bent dat ze te lang door behandelen, dan helpt het niet om ze steeds als de kwaaië piet te zien. Dat helpt gewoon niet. Dan helpt het meer om te begrijpen, waarom het zo gaat.” (ZV1, 240:244)

Gap 5 over het verschil tussen de verwachte en beleefde zorg door patiënten is summier in de interviews zichtbaar geworden, maar als ook de collega's op het mesoniveau als cliënten worden ervaren is er meer informatie.

“Maar de kwaliteit in de zorg is dat je dat je dat je deskundig bent als zorgverlener, dat je weet wat op dit moment, wat mensen op dit moment van je mogen verwachten.” (BM2, 234:235)

“Ze hebben spiegelbijeenkomsten en dan worden mensen van de cliëntenraad ook uitgenodigd om te kijken hoe dat gaat, en dan wordt met patiënten besproken hoe ze hun opname ervaren hebben.” (BM2, 422:424)

“Jawel, jawel ik heb wel verwachtingen. Dat zijn de verwachtingen van tijd nemen, van follow up doen. En ik kan daar niet over klagen, dat is niet alleen bij xxxx, maar ik heb nog niet gemerkt dat ze daarin lanterfanteren of hun werk niet doen. Dus in dat opzicht voldoen ze aan de verwachtingen.” (ZV2, 226:228)

Geestelijke verzorging en doelen

Gevraagd naar de doelen van het ziekenhuis wordt aangegeven dat het ziekenhuis het beste in de regio wil worden.

“Wij willen het best gewaardeerde ziekenhuis van de regio worden....” (GV3, 254:257)

Zoals ik in het theoretisch kader heb laten zien acht ik de doelen die organisaties en hun medewerkers zichzelf stellen van groot belang voor de kwaliteitszorg. Hier heb ik dan ook specifiek naar gevraagd. In vrijwel alle interviews kwam hetzelfde antwoord naar boven. Het doel is om de beste mogelijke en up to date zorg aan te bieden. Bij de geestelijk verzorgers is hierover een zekere scepsis te bespeuren.

"De best mogelijke zorg bieden en het up to date houden dat we ook de best mogelijke zorg kunnen leveren waar we topklinisch zijn." (BM1, 259:260)

"Het ziekenhuis wil excelleren he, in medische, in medisch-technische ehm en ook daarnaast ook in dat er, ja, menswaardige zorg geboden wordt he. Dus ehm, maar wat je merkt is dat dat, als je dat allebei hoog in het vaandel hebt staan, ehm dat er altijd wel iets knelt." (GV1, 182:185)

Wat opvalt met betrekking tot de doelen van de geestelijke verzorging is dat ze weliswaar hun werk doen ten behoeve van de patiënten (het microniveau), maar dat daar meestal de medewerkers (het mesoniveau) in een adem bij genoemd werden.

Als directe doelen op microniveau¹⁵⁴ gaat het vooral om de begeleiding van patiënten en hun naasten op momenten dat het leven moeilijk is.

"Uiteindelijk denk ik dat de kwestie toch in zo'n ziekenhuis, waar het leven op zijn kop staat en hoe je dat dan ook vanuit je eigen levensbeschouwing duidt, de overtuiging toch is wat er na dit leven is, hoe hard of hoe absoluut je niet gelooft eh je beseft toch "dit is eindig en misschien kan er nog iets gerepareerd worden of kan ik geholpen worden, maar de toekomst gaat er anders uitzien dan dat ik zo aan het leven was." Heb ik nog een toekomst? Of vragen komen op van: Waar ben ik nou toch mee bezig geweest en dat soort dingen." (GV2, 169:175)

Het ultieme doel op microniveau¹⁵⁵ komt minder duidelijk en nauwelijks naar voren.

"Ik denk dat het onvermijdelijk is dat geestelijke verzorging, voldoende geestelijke verzorging het aanbod daarvan het leven van patiënten minder onaangenaam maakt. Het feit dat iemand de tijd voor ze neemt, deskundig is en goed kan luisteren en af en toe eens een verstandige vraag stelt, dat daar verwerking mee bespoedigd wordt. Dat acceptatie van sterfelijkheid, van een harde diagnose als kanker daarmee bespoedigd wordt. Dat mensen gemakkelijker door hun verwerkingsfase geleid kunnen worden. En daar moeten jullie het mee doen en veel hard bewijsmateriaal zullen jullie daar niet voor vinden." (ZV2, 242:248)

Het directe doel op mesoniveau¹⁵⁶ wordt echter wel vaak genoemd. Waarbij het zowel gaat om de begeleiding en onderwijs van zorgpersoneel als het onderhouden van goede contacten zodat goed wordt doorverwezen.

"Kun je eens praten, kun je ook iets voor het personeel aanbieden om op een andere manier met alle hectiek om te gaan? Dus daar ben ik nu ook een training aan het geven." (GV1, 111-113)

"Dus dat je goede contacten hebt met de artsen met de verpleegkundigen, dat die goed kunnen signaleren wie er hulp nodig heeft en dat je die hulp kunt bieden. Eh en dat je ook onderwijs verleent aan de artsen en verpleegkundigen hoe ze dat kunnen doen en andere dingen kunt doen waar je ze bij kunt helpen. We krijgen vaak vragen over culturele of religieuze dingen dat mensen daar meer van willen weten. Graag iets meer achtergrond willen hebben, dus dat je ze daarin kunt ondersteunen". (GV3, 268:273)

Tussen de regels door komt ook wel naar voren dat de geestelijk verzorgers zich bewust zijn van het belang van het ultieme doel op mesoniveau voor de geestelijke verzorging.

"Nou juist dat je die combinatie opzoekt van een discours van existentiële thematiek dat dat belangrijk is in relatie tot zorgkwaliteit en dan ook de harde kant van de zorgkwaliteit." (GV2, 264:266)

"Ik denk dat dat vooral toch te maken heeft met dat je kunt laten zien dat je bijdraagt ook aan de doelen van het ziekenhuis op zich. Dus dat je goede patiëntenzorg nastreeft en dat ook is wat je doet". (GV3, 360:362)

Als 'goede patiëntenzorg' wordt gezien als het ultieme doel van het ziekenhuis, dan mag ik volgens de theorie verwachten dat het ultieme doel van de geestelijke verzorging op mesoniveau daarbij aan zou moeten sluiten. Het volgende fragment laat zien dat dat die associatie niet zo gek is.

"Nou, kijk wat de geestelijke verzorging na zou moeten streven is dat het ziekenhuis uit is op succes. Dat het allemaal gaat lukken. En eh dat de geestelijke verzorging er ook voor het ziekenhuis is." (BM2, 259:261)

¹⁵⁴ Het directe doel op mesoniveau is "het bevorderen van de communicatie over levensbeschouwing met cliënten".

¹⁵⁵ Het ultieme doel op microniveau is "het bevorderen van de gezondheid van cliënten door zich te richten op de spirituele en existentiële dimensie van hun gezondheid."

¹⁵⁶ Het directe doel op mesoniveau is "het bevorderen van de communicatie over levensbeschouwing in de hele instelling".

Conclusie deelvraag 3

De geestelijke verzorgers zijn zich bewust van hun aandeel in de zorgkwaliteit, maar hoe ze dat borgen wordt niet duidelijk. Voor de beleidsmakers lijkt dit niet eens perse noodzakelijk. De kwaliteit van zorg wordt ten aanzien van de geestelijk verzorgers vooral gezien in de manier waarop wordt gewerkt. Geld en zorgkwaliteit lijken een relatie te hebben. Het feit dat het werk van de geestelijk verzorgers slecht meetbaar is helpt niet om duidelijk te maken hoe ze het ziekenhuis geld opleveren. Dat de zorginhoudelijke benadering van kwaliteit voor de geestelijke verzorging niet lijkt te werken werd wel geaccepteerd. Dit lijken de geestelijk verzorgers te willen compenseren door hun werk zo goed mogelijk te doen. Als alternatief werden door de beleidsmakers de *value based health care*¹⁵⁷ en *appreciative inquiry*¹⁵⁸ genoemd. Dit laat wel zien dat ook zij bezig zijn om te kijken hoe iets ongrijpbaars als de geestelijke verzorging toch beoordeeld kan worden.

Zowel in de zorg als in de kwaliteitszorg is een verschuiving zichtbaar van een object-gerichte benadering naar een subject-gerichte. Dit betekent dat de patiënt centraal komt te staan in de behandeling in de zorg en dat het in de kwaliteitszorg meer gaat om de verwachtingen en beleving van de patiënt van de zorg. Dus een verschuiving van de zorginhoudelijke naar de bedrijfskundige benadering. Uit de interviews blijkt echter dat er nog een ontwikkeling wordt verwacht, die daar waarschijnlijk aan gerelateerd is. En dit is de verwachting dat door demografische veranderingen krapte op de arbeidsmarkt zal ontstaan, waardoor het belangrijk wordt personeel binnen te houden. Dit betekent dat de focus niet meer alleen op de patiënt komt te liggen, maar ook op het personeel. Een mensgerichte benadering is dan nodig en de geestelijke verzorging zou hierin een rol kunnen spelen. Als dat zo is dan betekent dit dat de geestelijke verzorging een nieuwe doelgroep krijgt: de medewerkers van zorginstellingen. Dit heeft consequenties voor de invulling van het servqual-model.

In de interviews heb ik gezocht naar informatie over de 5 gaps van het model. Ten aanzien van gap 1 wordt gevonden dat wel is gewerkt met een feedbacksysteem waarin patiënten om informatie over de beleefde dienstverlening werd gevraagd, maar de antwoorden waren vaak sociaal wenselijk en werden niet betrouwbaar geacht. De verpleging wordt gezien als een betrouwbaarder bron. Ook doen de geestelijk verzorgers mee aan het IMFS systeem waarin ze worden beoordeeld door hun directe collega's en bestaan er spiegelbijeenkomsten. Wellicht is dit allemaal een betere bron voor gap 1. Over gap 2 komt nauwelijks iets naar boven. Wel wordt duidelijk dat het moeilijk is voor de geestelijke verzorging om te moeten werken volgens regels en maatstaven die niet op hun praktijk zijn gebaseerd. Dit valt onder gap 3. Over gap 4 het imago komt enorm veel informatie naar boven, waarbij opvalt dat er veel verwachtingen zijn op het mesoniveau. Wat overeenkomt met de verschuiving in doelgroep zoals hierboven beschreven. Er valt ook een strategisch aspect te bespeuren in de zin dat de geestelijk verzorgers moeten zorgen voor hun zichtbaarheid. Ook over gap 5 die gaat over de verwachtingen en beleving van cliënten wordt net als bij gap 1 duidelijk dat daar weinig informatie over is en dat de informatie die er is niet betrouwbaar is. Maar als in lijn met demografische ontwikkelingen en de

¹⁵⁷ De Value-Based Health Care methode gaat erom dat zorg een bepaalde waarde heeft voor een patiënt, maar dat die waarde niet wordt gezien of niet juist wordt ingeschat. Hierdoor zou de marktwerking van de zorg niet meer goed functioneren. Zie: <https://www.infinitcare.com/value-based-health-care> d.d. 10-06-2017.

¹⁵⁸ De Appreciative Inquiry is ontstaan in een ziekenhuis in Cleveland Ohio. Dit ziekenhuis kocht in de jaren tachtig van de vorige eeuw een tegenover gelegen low-budget hotel waar familieleden van patiënten konden overnachten. Hoewel het hotel werd opgeknapt bleef de kwaliteit van de service onder de maat, waarschijnlijk omdat het personeel mocht blijven. Om dit te veranderen werd niet een standaard verandertraject ingezet, maar werd het management naar een luxe hotel gestuurd om te kijken wat men daar allemaal goed deed, wat de succesfactor en kracht waren. Doordat deze ideeën meegenomen werden naar het eigen hotel en als inspiratie dienden, werd de kwaliteit dermate verhoogd dat ze al snel 4-sterren kregen. De kracht van deze methode was dat ze deel van de oplossing werden, in plaats van een deel van een probleem. <https://talentontwikkeling.com/actueel/weblog/leiderschap/192-actueel/weblog/organisatieontwikkeling/336-duurzame-organisatieontwikkeling-appreciative-inquiry-methode> d.d. 10-06-2017

verwachtingen van de stakeholders medewerkers van het ziekenhuis ook als cliënten mogen worden beschouwd zal dit uiteindelijk anders komen te liggen.

6.4 RESULTATEN DEELVRAAG 4: HET VERBAND TUSSEN ROLKEUZE EN ZORGKwaliteit

In het ziekenhuis waar ik onderzoek deed is de keuze om te gaan voor de rol als professional helaas al een aantal jaren eerder genomen. Dit betekent dat ik weinig informatie heb kunnen vinden over het verband tussen de ambtelijke rol en de zorgkwaliteit. Uit de summier informatie blijkt wel dat geestelijk verzorgers zich bewust zijn van die keuze en wat voor effect dat zal hebben gehad op betrokkenen die zelf wel veel waarde hechtten aan de kerkelijke betrokkenheid en pastorale rol. Voor hen is er waarschijnlijk helemaal geen sprake van zorgkwaliteit als gekeken wordt naar hoe de geestelijke verzorging nu werkt.

“Maar de vraag hoe wordt vanuit de organisatie naar ons gekeken, daar zijn ook mensen die met het oude beeld kijken. Die blijkbare toch iets van onze voorlichting hebben gemist of denken zelf misschien nog heel traditioneel. Of medewerkers, verpleegkundigen, artsen die zelf kerkelijk betrokken zijn. En zich ook specifiek richten. Dus vanuit die taal zullen wij waarschijnlijk als een stel losgeslagen heidenen beschouwd worden die de zaak verkwanseld hebben.” (GV2, 100:105)

Tegelijkertijd blijkt dat er geen andere keuze is dan een rigoureuze. Gap 4 van het Servqual model gaat uit van het imago van een dienst(verlener) en de invloed die dat heeft op de beleefde kwaliteit. Als de verwachting van cliënten niet overeenkomt met wat geleverd wordt, dan is er geen sprake van goede kwaliteit. In die zin is de keuze om te breken met de oude vrijwilligersgroep die het oude ambtelijke imago bevestigde wellicht een harde, maar onvermijdelijke stap geweest.

“We hebben onze vrijwilligersgroep bedankt. Dat is een groep die hier door de rector van het ziekenhuis in 1972 is opgericht. Deze man heeft in de omliggende parochies de sterke vrijwilligers weg geronseld. Die liepen hier tot een aantal jaar geleden nog steeds rond. Tien jaar geleden protesteerde een van deze vrijwilligsters dat ze erop werd gewezen dat ze als individuele bezoeker geen recht had de bedliften te gebruiken. Maar ze zei “Ik heb de communie bij me.” Dus vanuit 1972 ofzo ja die mensen. Ja, uiteraard dat je met onze lieve Heer voorrang had. He? Maar we dachten met die groep, dat werkt contraproductief. Als die mensen onze ambassadeurs zijn in het benaderen van patiënten? Ze hadden een wekelijkse rondgang in het ziekenhuis: “Wij zijn van de geestelijke verzorging, heeft u de behoefte aan een gesprek of wilt u de communie of op zondag naar de kapel?” Dus door die vraagstelling, door die framing dachten mensen, ja is het van dat. Nou dank u.” (GV2, 209:220)

Geheel in lijn met die beslissing is de keuze om de vrijheid die men in de ambtelijke rol min of meer genoot in te perken en meer volgens protocol te gaan werken. Echter kwaliteit van zorg mag volgens de volgende geestelijk verzorger niet gaan om inventariseren hoeveel minuten een gesprek heeft geduurd.

“Deels is kwaliteit van zorg geprotocolleerd werken, waarbij je dan de goede praktijk ook tracht te borgen. Dus je doet niet zomaar wat. Dus kwaliteit heeft er gewoon mee te maken dat je bewezen eh eh doelmatigheid, effectiviteit, eh dat je daarin mee gaat. Dus kwaliteit van zorg is wat de geestelijke verzorging betreft de manier waarop wij in consult worden gevraagd, dat heeft voor mij met kwaliteit van zorg te maken. Dus niet zoals xx jaar geleden toen ik hier kwam, iedere ochtend over al die afdelingen lopen en daar al die patiënten een handje geven. En je hoort vanzelf wel waar een praatje nodig is. Ja nee, kwaliteit van zorg is dat we nu geprotocolleerd werken in een terugkoppelingssysteem in het patiëntendossier. Kwaliteit van zorg is voor ons dus ook niet, zoals een aantal jaar geleden gaan inventariseren hoeveel minuten je per gesprek spendeert, zodat we even kunt kijken hoe je de inzet optimaal... Dus kwaliteit van zorg is ook dat je in je rol de tijd kunt nemen waar dat nodig is en de flexibiliteit aan de dag kunt leggen die nodig is” (GV2, 503-515).”

Het loslaten van de ambtelijke rol heeft ook gemaakt dat de patiënt centraal is komen te staan bij de geestelijke verzorging, net als in de zorg en de kwaliteitszorg.

“Ja ik vind het nou juist het bevrijdende om die zuilen of die religieuze tradities, om dat los te laten. En om te kijken en te luisteren naar de mens bij wie je bent en ehm te kijken vanuit allerlei bronnen die er zijn. Wat kan deze mens, wat kan voor deze mens nu van betekenis zijn. Wat kan zin hebben? Nu.” (GV1, 24:27)

De professionele rol heeft nieuwe kansen geboden, om te werken met methoden die aansluiten bij de beleving van levensbeschouwing en zingeving in de huidige tijd. Daardoor lijkt de dienstverlening beter aan te sluiten bij de verwachtingen van patiënten, zorgverleners en andere medewerkers van het

ziekenhuis en dat betekent in de optiek van het Servqual model dat een betere kwaliteit geleverd kan worden.

“We hebben ook een ander voorbeeld. Een van de collega's kwam op het spoor van mindfulness. Begon het op de (onverstaanbaar) Toen hebben we in ons opleidingsplan gezegd, nee daar moet je daarin verder ontwikkelen. Wat zij gedaan heeft. Met als resultaat dat niet zij de boer opgaat, maar dat bijvoorbeeld de afdeling gynaecologie/verloskunde naar haar toekomst en haar heeft gevraagd wil jij mensen begeleiden die voor een moeilijke bevalling staan of die in een IVF traject zitten. Nou dat loopt als een trein.” (GV2, 231:237)

Dat die aansluiting met verwachtingen van andere zorgverleners belangrijk is blijkt wel uit het volgende citaat.

“Nou even platgeslagen, op het moment dat specialisten hier rondlopen met joh ik weet niet wat die geestelijk verzorgers daar doen, maar kunnen we daar niet 10 bedden neerzetten, op het moment dat dat signaal gaat rondzingen in huis, dat is niet positief voor de geestelijke verzorging. Maar andersom, op het moment dat een specialist zegt, goh ik ben blij dat de geestelijke verzorging me een training heeft gegeven over een andere cultuur, want daardoor merk ik... dat werkt dan wel positief. En datzelfde geldt voor cliënten, patiënten. Op het moment dat je, iemand die een levensvraag heeft waarbij de verpleegkundige of de specialist onvoldoende ruimte of hulp kan bieden. Op het moment dat de geestelijk verzorger daar wel begeleiding in kan geven dan is dat heel mooi.” (BM1, 322:330)

De geestelijk verzorgers hebben een aantal jaar geleden ook met een diverse groep collega's gekeken naar een nieuwe invulling van hun vak en het doel dat ze daarmee hebben.

“Toen een van onze collega's met pensioen zou gaan hebben we een aantal jaar geleden een ronde tafel belegd met artsen, met mensen van kwaliteit en verpleegkundigen enz. en hebben we met zijn alle nagedacht over onze missie en visie. En hebben we ook getoetst en feed back gekregen en onze taakverdeling ook heringericht.” (GV2, 242:246)

Het verband tussen de rolkeuze en de verschillende doelen die de geestelijke verzorging zich mag stellen wordt vooral duidelijk op mesoniveau. Zo gaat het directe doel op mesoniveau om de relatie met de medewerkers. En het ultieme doel op mesoniveau om de bijdrage die je levert aan de instelling waar je werkt, hierbij komt het woord loyaliteit naar voren.

“Dat is heel erg aansluiten bij de taal die in de organisatie gesproken wordt. Of als je het over ethiek of zorgen voor de dokter hebt, ja dan ga je echt een heel stuk in die taal van de dokter. Die taal moet je spreken. Die dokter moet horen aan jou dat jij diezelfde taal spreekt. Dan ontmoet je elkaar, dan verbindt je je elkaar en dan kun je ook die andere laag aanraken.” (GV1 338:343)

“Iedereen heeft de vrijheid om zich aan zijn eigen geweten en principes te houden. Ik vind toch dat als je werkt voor dit ziekenhuis dat je loyaliteit bij het ziekenhuis moet liggen en niet bij een andere instantie.” (ZV1, 612:614)

Conclusie deelvraag 4

Doordat de keuze voor de rol van professional al een paar jaar geleden genomen is heb ik niet veel informatie kunnen vinden over het verband tussen een ambtelijke rol en zorgkwaliteit. Duidelijk is wel geworden dat de keuze voor een rol als professional ook andere rigoureuze keuzes met zich meebracht, die noodzakelijk waren voor het voortbestaan van de geestelijke verzorging. Door de professionele rol is ook de patiënt en wat deze nodig heeft nog centraler komen te staan. Ook is het nu mogelijk te werken op een manier die aansluit bij wat patiënten in deze tijd verwachten. Hoewel er weinig directe informatie is over de relatie tussen rolkeuze en zorgkwaliteit lijkt het er toch op dat de geestelijke verzorgers door hun keuze voor de professionele rol ruimte hebben gekregen voor een andere invulling van hun vak en de doelen die ze daarmee hebben. Als dit wordt verbonden met zorgkwaliteit en kwaliteitszorg wordt duidelijk dat dit ook heeft geleid tot een grotere bewustwording van wat anderen van hen verwachten en hoe anderen hen zien. Dit zijn aspecten van het Servqual model en het laat zien dat dit model een goede basis kan vormen voor een kwaliteitszorgsysteem voor de geestelijke verzorging.

6.5 RESULTATEN DEELVRAAG 5: HET VERBAND TUSSEN BIJDAGEN AAN ZORGKwaliteit EN DE POSITIE

In het onderzochte ziekenhuis is de geestelijke verzorging onderdeel van de medische staf en dat schijnt bijzonder te zijn. Het betekent dat de geestelijke verzorging al op dat niveau mee kan praten. Je zou kunnen zeggen dat de geestelijke verzorging niet echt een *corpus alienum* is, zoals Kütschrütter dat noemde.¹⁵⁹

Formeel zijn wij altijd juist lid van de medische staf geweest. Wat voor een ziekenhuis ook vrij bijzondere positie is. Lang niet alle geestelijke verzorgers in een ziekenhuizen zijn lid van de medische staf. Dus het maakt dat je ook op dat niveau mee kunt praten en bekend bent en in de organisatie je geluid kunt laten horen, zonder dat je je daar bij wijze van spreken tussen zou moeten wringen. (GV3, 57:61)

Desondanks wordt ook hier aan de zekerheid van de positie getwijfeld. De geestelijk verzorgers zijn ervan overtuigd dat ze een waardevolle bijdrage aan het zorgproces leveren en dat dat ook gezien wordt, toch voelen ze zich kwetsbaar.

Ja, dat verstevigt onze positie. Dat wil niet zeggen dat er uiteindelijk niet bezuinigd wordt of dat er toch weer uren af moeten. Dat is niet omdat mensen hier in de organisatie niet zien dat wij een waardevolle bijdrage hebben. Die relatie geloof ik niet. Alleen je bent gewoon kwetsbaar als klein groepje. (GV1, 456:459)

Dat dit wellicht onnodig is blijkt uit het volgende citaat.

Maar de geestelijke verzorging is daardoor niet onder druk gezet. Dus iedereen heeft 10% gedaan, dus ook de geestelijke verzorging en daar is, het komt nu dus ook niet meer ter sprake van goh, kunnen we er niet eentje extra doen, want dan kunnen we een specialist ergens anders wel behouden. Zo, dus dus, nee er is nu geen vraag over, van kunnen we niet extra van geestelijke verzorging. Dus die druk die is er nu niet. En ik krijg ook geen geluiden van de RvB of anderen, van zullen we wat meer. (BM1, 355:361)

Wel is het van belang dat de geestelijke verzorging zich bewust blijft dat de ambtelijke rol geen betekenis meer heeft en zo voorkomt dat ze dat *corpus alienum* blijven.

Zodra je vanuit de geestelijke verzorging, zodra je vanuit het systeem gaat denken, dan ben je weg. Want mensen die zien het niet meer zo snel, weet je. Het is toch steeds meer een bedrijf aan het worden en dan is de geestelijke verzorging al snel iets, he, waar brengen we dat ook eigenlijk alweer onder. BM3, 224:227)

Maar ja dat instituut loopt leeg, dus de betekenis van de ambtelijk vertegenwoordiger die wordt steeds minder. Dus je zult je betekenis opnieuw moeten uitvinden. En als je die niet opnieuw uitvindt, en dat is dus eigenlijk omgekeerd geredeneerd, als je dat niet opnieuw uitvindt dan heb je geen positie meer. (BM3, 499:502)

En nu is het een soort van aanhangsel, een soort van appendix dienst waarvan iedereen wel denkt zeker niet zinloos en hoeven we beslist niet weg te bezuinigen en het zijn hartstikke aardige mensen die hard werken en ook beslist wel wat bijdragen, maar wel vrij abstract als dienst en vrij abstract als personen. (ZV2, 284:288)

Ze zullen hun positie op een andere grond dan de ambtelijke rol moeten zekerstellen. De geestelijk verzorgers van dit ziekenhuis hebben daarom vol overtuiging voor de professionele rol gekozen, zoals we eerder in dit hoofdstuk hebben kunnen zien. Hierbij wordt gewaardeerd dat de geestelijke verzorgers de verbreding van hun taken opzoeken en wordt impliciet aangegeven dat ze daardoor goed geworteld zijn in de organisatie.

Als ik kijk naar de geestelijk verzorgers die hier in huis zitten, dat zijn ook de mensen die de verbreding opzoeken, want het mooie aan dat het breed is, daardoor zitten ze heel erg diep in de organisatie. (BM1, 56:58)

Het lijkt er alleen op dat de geestelijk verzorgers geen andere mogelijkheid zien om hun positie te verstevigen dan door de toegevoegde waarde van hun werk te laten zien. Dit doen ze daarom zo goed mogelijk. Je zou kunnen zeggen dat ze proberen kwalitatief zo goed mogelijk werk af te leveren.

En wat gewoon ook heel goed werkt is als mensen gemerkt hebben hoe erg een patiënt is opgeknapt als ze een gesprek met je gehad hebben. Dat is bij de ene patiënt natuurlijk iets gemakkelijker te zien als bij de andere zal ik maar zeggen, maar dat helpt gewoon. Dat ze een goede ervaring met je hebben gehad. (GV3 332:336)

¹⁵⁹ Kütschrütter, 1991, p. 16

Bij de beleidsmakers wordt duidelijk dat ze die toegevoegde waarde wel zien. Sterker nog als dat niet zo geweest was zou de geestelijke verzorging gewoon zijn wegbezuinigd.

“Nee dat is gewoon leeg, want dat is gewoon heel simpel, op het moment dat het geen toegevoegde waarde heeft, dan wordt het gewoon wegbezuinigd.” (BM3 504:505)

Toch is het lastig het directe nut of de noodzaak van de geestelijke verzorging voor de gezondheid aan te tonen. Dit heeft vooral te maken met de definitie van gezondheid en het feit dat niet gemakkelijk te bewijzen is wat geestelijke verzorging nu werkelijk bijdraagt aan de gezondheid en de ligduur van patiënten. Maar feit blijft dat mensen in het ziekenhuis worden geconfronteerd met zingevingsvragen.

“Maar noodzakelijk dat is natuurlijk een heel moeilijk ding. Want ehm het gaat hier over kwaliteit van zorg, voor de patiënten, voor de naasten en voor de medewerkers. Nou als je zegt om de patiënten hier te laten overleven is het niet noodzakelijk. Dat is net wat voor doel je ermee hebt. Als je zegt we kiezen er toch voor om ehm een meer holistische aanpak, dus wat is gezondheid en wat is ziekte, en dat deel ook mee te nemen en dat het bij kwaliteit van leven hoort, dan is het wel noodzakelijk.” (ZV1, 127:133)

“Het feit dat mensen minder kerkelijk zijn of zich minder gebonden voelen aan een bepaalde kerk, dat betekent niet dat mensen daarmee ook minder nadenken over bepaalde levensvragen of over spiritualiteit. Dus wat dat betreft maakt het dan ook voor de noodzakelijkheid van de geestelijke verzorging niet uit.” (ZV1, 135:138)

Het belang van toetsbaarheid wordt soms wel en soms niet ingezien. Maar duidelijk wordt wel dat het belangrijk is dat de geestelijke verzorging op de een of andere manier zichzelf kan bewijzen of laten zien. Volgens de een kan dat door bijvoorbeeld een symposium te organiseren, een ander ziet toch meer in een goed en inzichtelijk systeem, omdat voor bestuurders getallen dit snel inzichtelijk kunnen maken.

“Ik geloof echt als je laat zien in een organisatie wat je doet, dat wordt enorm gewaardeerd. En of daar nu cijfertjes liggen, ik geloof niet dat dat een meerwaarde geeft. Nee dat geloof ik niet. Nee. Nee.” (GV1, 430:432)

“In deze tijd, waarin getallen maken nu eenmaal ontzettend belangrijk is en ze zouden daar een goed systeem voor kunnen ontwikkelen, dan zou dat beslist toegevoegde waarde hebben. Want daar zijn de bestuurders veel vatbaarder en gevoeliger voor dan mooie verhalen van zo iemand als ik die daar heel enthousiast over de geestelijke verzorging vertelt, maar waarvan ze denken ja het zal wel, maar hij is er gewoon verliefd op. Maar als je dat getalsmatig zou kunnen uitdrukken, en bijvoorbeeld wat ze met de nefrologen hebben kunnen doen. Want dat kun je zien. Daar hebben ze een casus zo opgelost dat tot tevredenheid van iedereen, zwart op wit kon je dat lezen, hebben ze dat proces laten lopen, ja dan heb je iets in handen. Ja dat geloof ik onmiddellijk.” (BM2, 492:501)

Een gestructureerde benadering om de kwaliteit van hun werk te kunnen laten zien of zelfs te garanderen wordt gevraagd. Maar hoe dan? Voor de geestelijke verzorgers lijkt het de onmogelijk om de toegevoegde waarde van de werkzaamheden te bewijzen.

Ehm ik vind het altijd wel een lastige om de kwaliteit van je zorg te laten blijken he. Dat is in cijfers gewoon heel erg moeilijk. Ik ben er ooit een promotieonderzoek in begonnen en er tegenaan gelopen hoe lastig dat dus is, om dat echt te vangen. Dus het los filteren van wat de invloed van een gesprek met een geestelijke verzorger heeft gehad op de totale ligduur of op de pijnvervang of dat soort dingen, ja dat is gewoon niet te doen. En dat is aan de ene kant wel het klimaat waar we natuurlijk met zijn allen inzitten, dat het allemaal evidence-based moet zijn en vooral in cijfertjes uit te drukken wat je bijdrage is. (GV3, 375:384)

Hierin is een soort *onvermogen* voelbaar, want hoe zorg je er dan wel voor dat de toegevoegde waarde van jouw werkzaamheden zichtbaar worden? En dat jouw positie wordt zeker gesteld?

Nee het is heel moeilijk meetbaar. En ja als nu evidence based enz dat het ziekenhuis miljoenen bespaart doordat er per afdeling een vaste... ja die kwam er gewoon. Als dat vergoed zou worden meteen. (GV2, 694:696)

Dit *onvermogen* zich lijkt zich te uiten in een vriendelijke en welwillende benadering van de geestelijke verzorging door de beleidsmakers.

Nou ik vind het wel belangrijk dat de geestelijke verzorging kan aantonen welke meerwaarde ze hebben, maar dat hoeft voor mij niet in afvinklijstjes of wat dan ook, maar op het moment dat er periodiek een symposium of dat er wordt aangehaakt in een multidisciplinair overleg of wat dan ook en daar op de trainingen van andere culturen, op het moment dat dat aantoonbaar is, dan is dat voor mij al goed.. (BM1, 311:315)

Conclusie deelvraag 5

Doordat de geestelijke verzorging in dit ziekenhuis onderdeel is van de medische staf is het niet echt een *corpus alienum* te noemen. De geestelijke verzorging kan op hoog niveau in de organisatie meedraaien. Toch betekent dat niet dat de positie van de geestelijk verzorgers zeker is en ze voelen zich ondanks dat ze zich gewaardeerd weten kwetsbaar. Door de stakeholders wordt er steeds op gewezen dat de ambtelijke rol echt niet meer van nu is en dat dat ook betekent dat ze hun positie op een andere manier zullen moeten zeker stellen. Uit de interviews blijkt dat men zich in alle stakeholdersgroepen bewust is van de noodzaak voor de geestelijke verzorging om aan te kunnen tonen wat hun toegevoegde waarde is, willen ze dit kunnen doen. Hierbij wordt ingezien dat bijdragen aan de zorgkwaliteit noodzakelijk is, maar heeft men geen oplossing voor het feit dat de werkzaamheden niet op een zorginhoudelijke manier kunnen worden getoetst. De geestelijk verzorgers zijn daardoor geneigd de oplossing te zoeken in het zo goed mogelijk doen van hun werk. Er wordt zelfs niet van hen verlangd te doen aan kwaliteitszorg. Dit lijkt te komen doordat men kwaliteitszorg teveel vanuit de zorginhoudelijke traditie ziet.

6.6 CONCLUSIE ONDERZOEKRESULTATEN

In dit hoofdstuk heb ik de resultaten van mijn onderzoek weergegeven. Hiervoor heb ik de interviews geanalyseerd door middel van het Atlas-ti programma waarbij het theoretisch kader (hoofdstuk 2, 3 en 4) als leidraad heeft gefungeerd. Op basis van het theoretisch kader heb ik tijdens en na de analyse een codeboek geformuleerd dat heeft geholpen bij de indeling van dit hoofdstuk.

In § 6.1 wordt duidelijk dat de drie stakeholders geestelijke verzorging heel breed zien en dat het vak een geheel eigen expertise heeft. Opvallend is dat hun primaire taak, de begeleiding van patiënten, breder wordt gezien. Ook de begeleiding van medewerkers mocht als taak worden opgevat. Daarnaast hoeven ze niet perse mee te doen aan de MDO's of het EPD, als ze maar zichtbaar zijn, zodat ze hun expertise beter kunnen inzetten. Hiervoor worden voorlichting en onderwijs heel belangrijk geacht. De proactieve houding van de geestelijk verzorgers en het feit dat ze zichzelf blijven ontwikkelen wordt door de twee andere stakeholders hogelijk gewaardeerd.

In § 6.2 gaat het om de professionele rol die de geestelijk verzorgers hebben gekozen en hoe dit invloed heeft op hun werk. Door of misschien wel min of meer door de omstandigheden gedwongen hebben ze wat ambtelijkere taken kunnen loslaten. De professionele rol maakt ook dat geïntegreerd werken belangrijk is geworden. Gevolg daarvan is dat de zichtbaarheid is vergroot. Het kapitaal dat bij deze rol hoort is divers.

§ 6.3 beschrijft de zorgkwaliteit en kwaliteitszorg in relatie tot de geestelijke verzorging. Opvallend in deze paragraaf is dat niet precies duidelijk kan worden gemaakt hoe de geestelijk verzorgers bijdragen aan de zorgkwaliteit. Dat ze daaraan bijdragen daar is iedereen het wel over eens, maar een struikelblok lijkt dat hun werkzaamheden zo slecht meetbaar zijn. Maar net als in de zorgverlening is in de kwaliteitszorg een verschuiving zichtbaar waardoor de cliënt centraal is komen te staan. Dat betekent voor de zorg dat meer gekeken wordt wat deze ene patiënt nodig heeft en voor de kwaliteitszorg dat het gaat om de verwachting en beleving van de patiënt. Het servqual model past hier bij. En voor gap 1, 4 en 5 zijn voldoende aanknopingspunten zichtbaar die het plausibel maken om het Servqual model op de geestelijke verzorging toe te passen. Hierbij geldt dan wel dat ook de medewerkers als cliënt in het model moeten kunnen worden opgenomen en dan zowel als cliënt (gap 1), doorverwijzer en intermediair voor de patiënt (gap 1 en 2) en als informant (gap 2). Ten aanzien van de doelen komt naar voren, zoals uit het theoretisch kader ook al min of meer duidelijk werd, dat het mesoniveau veel belangrijker was dan gedacht. Over het ultieme doel op mesoniveau komt naar

voren dat dat inderdaad te maken heeft met de doelen van het ziekenhuis en dus het bieden van de kwalitatief best mogelijke zorg.

In § 6.4 over de deelvraag die gaat over een mogelijk verband tussen rolkeuze en zorgkwaliteit wordt duidelijk dat het lastig is een verband te vinden tussen de ambtelijke rol en zorgkwaliteit. Dit lijkt te komen doordat de keuze voor de professionele rol al een paar jaar geleden is genomen. Wel wordt duidelijk dat er ruimte is gekomen voor een andere meer op de cliënt gerichte benadering van hun vak. Dit kan dan weer prima worden verbonden met de bedrijfskundige benadering van kwaliteitszorg en het Servqual model.

In § 6.5 over de bijdrage aan de zorgkwaliteit in relatie tot de positie werd duidelijk dat de geestelijk verzorgers, ondanks dat ze weten dat hun werk gewaardeerd wordt, zich kwetsbaar voelen in hun positie. De noodzaak is er om aan te kunnen tonen wat nu eigenlijk precies aan de zorgkwaliteit wordt bijgedragen, maar hoe dit gedaan kan worden is onduidelijk. Daarom zijn de geestelijk verzorgers geneigd de legitimatie te zoeken in het zo goed mogelijk doen van hun werk. Dit wordt geaccepteerd en gewaardeerd, maar helpt niet om de positie te verbeteren.

Hoofdstuk 7 Conclusies

In de vorige hoofdstukken is een goed beeld ontstaan over de relatie tussen geestelijke verzorging, rolkeuze, zorgkwaliteit en kwaliteitszorg. Het feit dat ik de respondenten heb ingedeeld naar stakeholder, laat zien dat ik naast persoonlijke opvattingen ook stakeholder-specifieke opvattingen verwachtte. Uit de interviews zijn gedachten, ideeën, verbanden en soms verrassende inzichten naar voren gekomen. In dit hoofdstuk wil ik dit allemaal op een rijtje zetten, conclusies zoeken en dit alles in verband brengen met het theoretisch kader

7.1 BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAAG

7.1.1 Deelvraag 1

Wat verstaan geestelijk verzorgers, zorgverleners en beleidsmakers onder geestelijke verzorging?

De geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners van dit ziekenhuis verstaan onder geestelijke verzorging de begeleiding bij existentiële vragen, ethische advisering en daarnaast onderwijs en voorlichting over deze twee taken. Het werk speelt zich af op micro- en mesoniveau. De individuele begeleiding wordt door de geestelijke verzorging en beleidsmakers vooral gezien vanuit de expertise, terwijl de zorgverleners ook de presentiekant benadrukken.

In het theoretisch kader staat dat Schilderman wijst op het gevaar van marginalisering dat de vrijplaats met zich mee draagt, doordat geestelijk verzorgers zich daardoor terug kunnen trekken in het microcontact. In dit ziekenhuis is de situatie dat de zorgverleners bepalen of een aanvraag voor geestelijke verzorging gedaan wordt. De vrijplaats in de zin van het recht om zelf patiënten te benaderen lijkt op dit moment niet te worden ingevuld. Uit de interviews is gebleken dat de geestelijk verzorgers zich er van bewust zijn dat het daarom belangrijk is om goede contacten met afdelingen te onderhouden. Dit kan zorgen voor meer aanvragen. Van terugtrekken in het microniveau lijkt geen in deze situatie dan ook geen sprake te zijn. Enige pro-activiteit hierin wordt door de twee andere stakeholders gewaardeerd.

Conclusie 1

De vrijplaats wordt op dit moment niet ingevuld, doordat de zorgverleners bepalen of geestelijke verzorging wel of niet wordt aangevraagd. De geestelijk verzorgers zijn zich ervan bewust dat daarom goede contacten met de afdelingen noodzakelijk zijn.

De persoonlijke begeleiding op mesoniveau wordt door alle stakeholders benadrukt. Hierin wordt zichtbaar dat het niet alleen gaat om incidentele begeleiding bij ingewikkelde cases of ingrijpende gebeurtenissen, maar om structurelere benadering die alle werkgerelateerde of persoonlijke problemen van medewerkers kan betreffen. Alle stakeholders zien een belangrijke rol voor de geestelijke verzorging in de begeleiding van medewerkers bij de werkdruk die wordt ervaren. De geestelijke verzorging zou een rol kunnen spelen bij het voorkomen van bijvoorbeeld burn-out. (Hierbij moet worden opgemerkt dat vlak voor de interviews hierover een symposium is gehouden.) Een andere motivatie voor het benadrukken van het mesoniveau is dat er tekorten op de arbeidsmarkt worden verwacht. Hier zou kunnen gelden dat goede zorg voor het personeel de kans vergroot dat het zich meer verbonden voelt met het ziekenhuis en dus minder snel een andere werkgever zal zoeken.

In de definitie van de VGVZ staat de rol van persoonlijke begeleiding van het personeel van de instelling niet omschreven. De VGVZ ziet alleen een adviserende en onderwijzende rol op het mesoniveau.¹⁶⁰

Conclusie 2:

Een verschuiving lijkt zichtbaar in de doelgroep van de geestelijke verzorging. Naast *patient gerichte zorg* (microniveau) gaat het nu ook om *zorg voor de zorgverlener* (mesoniveau) en lijkt de verwachting te zijn dat dit steeds belangrijker wordt.

De beleidsmakers zien ethiek als een belangrijke pijler voor het ziekenhuis en in de besluitvorming rond de zorg. De geestelijk verzorgers zien ook dat ethiek in de dagelijkse gang van zaken van het ziekenhuis een grote rol speelt, hoewel de meer beleidsmatige kant waarschijnlijk bij de klinisch ethicus ligt. Voor sommige geestelijke verzorgers zit er een ethisch aspect aan de functie zelf. Ze zien voor zichzelf een rol als een soort van geweten van de instelling. Dit perspectief wordt door de beleidsmakers gedeeld, zij het meer in praktische zin.

Onderwijs en voorlichting worden vooral door de geestelijk verzorgers en beleidsmakers belangrijk gevonden. Voor de beleidsmakers lijkt hierin mee te spelen dat door onderwijs en voorlichting het ziekenhuis en de zorgkwaliteit als geheel op een hoger plan komen. Het gaat dan dus om de totale dienstverlening. We zien dit in de beroepsstandaard van de VGVZ terug. Het educatieve aspect wordt daarin meerdere keren genoemd en wordt ook als competentie van een geestelijke verzorger gezien om professioneel te kunnen werken.¹⁶¹

7.1.2 Deelvraag 2

Welke ideeën bestaan bij geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners over de ambtelijke rol en de professionele rol van de geestelijke verzorging?

Geheel in lijn met de beschreven secularisering en individualisering die in onze maatschappij heeft plaatsgevonden blijkt dat geen van de drie stakeholders een religieuze basis voor de geestelijke verzorging nog relevant vindt. De beleidsmakers en zorgverleners zien geestelijke verzorgers het liefst als mede-professionals die goed kunnen samenwerken en zich bewust zijn van wat er van ze wordt verlangd. Geen van de drie stakeholders denkt erg positief over de ambtelijke rol. De ambtelijke rol wordt in een tijd dat de meeste mensen niet meer religieus zijn niet meer als passend beschouwd en ze vinden dat die rol indien nodig ook van buiten kan worden gehaald. Het aspect van de vrijplaats van de ambtelijke rol is hiervoor al besproken.

Ook zijn de stakeholders het er min of meer over eens dat de professionele rol vereist dat de geestelijk verzorgers zich goed verhouden tot de mensen waarmee zij samenwerken, de patiënten en de instelling. Hiervoor is het nodig dat er geïntegreerd wordt gewerkt. De geestelijke verzorging kan geen aanhangsel meer zijn, zoals een zorgverlener het verwoordde. Uit de theorie bleek al dat werd gevonden dat geestelijk verzorgers zich vroeger te weinig bewust waren van de context waarin ze werken.

Ten aanzien van het rol spelen wordt zichtbaar dat dat door de nog vrij recente omslag naar de professionele rol lastig is. De mensen om hen heen hebben vaak nog een oud ambtelijk beeld, terwijl de geestelijk verzorgers al als professional wil werken. Maar dit kan ook betekenen dat er ruimte is om de nieuwe rol zelf in te vullen, waarbij dus sprake is van rol maken. Alle drie de beleidsmakers lijken dit toe te juichen.

¹⁶⁰ VGVZ (2015) p. 7

¹⁶¹ Ib. 7,12,14

Het kapitaal van de geestelijk verzorgers is veel breder dan uit de antwoorden van de beleidsmakers en de zorgverleners blijkt. Deze hebben het vooral over de expertise van de geestelijk verzorgers, ethiek en de tijd en ruimte die bij het vak horen. Uit de interviews blijkt dat de geestelijk verzorgers meer zicht hebben op wat hier allemaal nog meer toe behoort. Voor wat betreft het sociale kapitaal komt naar voren dat de beleidsmakers en zorgverleners graag zien dat geestelijk verzorgers zichtbaarder worden in het ziekenhuis en hun collega's laten weten en zien wat ze doen. Dit kan door onder meer voorlichting, samenwerken, deelname aan commissies en persoonlijk contact, kortom door hun netwerk te gebruiken, maar dit wel uit te breiden. De geestelijk verzorgers lijken zich er bewust van te zijn dat het oude sociale en symbolische kapitaal dat behoorde bij hun ambtelijke rol niet meer relevant is. Ze zijn actief op zoek naar nieuw sociaal kapitaal.

Conclusie 3:

Het wordt gewaardeerd dat de geestelijk verzorgers hun professionele rol *maken* en deze *gebruiken* om zichtbaarder te worden en meer geïntegreerd te werken. Hierbij kan hun oude religieuze kapitaal gebruikt worden als onderdeel van een nieuwe vorm van levensbeschouwelijk kapitaal en kan nieuw sociaal kapitaal worden ontwikkeld.

7.1.3 Deelvraag 3

Hoe zien geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners zorgkwaliteit en kwaliteitszorg voor de geestelijke verzorging?

Volgens alle drie de stakeholders draait zorgkwaliteit om de totale kwaliteit van leven van een patiënt. Dit past bij de nadruk die tegenwoordig ligt op de *patient oriented care*, zoals genoemd in het theoretisch kader. Uit de interviews blijkt wel dat alle stakeholders overtuigd zijn van de toegevoegde waarde van de geestelijke verzorging. De vraag is niet alleen of de geestelijke verzorging zijn toegevoegde waarde hierin kan aantonen, maar ook of dit noodzakelijk is. De beleidsmakers lijken dat in ieder geval niet nodig te vinden. Toch vraag ik mij af of dit uiteindelijk toch niet noodzakelijk zal blijken, aangezien het kostenaspect van de zorg en de begrenzing daarvan door alle drie de stakeholders is genoemd. Uit de interviews bleek in ieder geval dat de geestelijke verzorgers zelf niet zeker zijn van stabiliteit in het aantal fte's. Het zou kunnen zijn dat de toegeeflijkheid ten aanzien van de aantoonbaarheid van de toegevoegde waarde ingegeven wordt door oude maar niet meer relevante verwachtingspatronen die nog horen bij de ambtelijke rol.

De geestelijk verzorgers geven aan geen systeem te gebruiken voor kwaliteitszorg. Wel doen ze mee met beoordelingssystemen over hun persoonlijk functioneren. Volgens de zorgverleners draait kwaliteit om het afleggen van verantwoording over wat en hoe je iets doet. De beleidsmakers zien niet goed hoe het werk van de geestelijke verzorging in strakke kaders te stoppen is, waardoor werken met een kwaliteitssysteem moeilijk lijkt. Over de zorginhoudelijke benadering is iedereen het min of meer eens dat die minder geschikt is voor de geestelijke verzorging. Vanuit de theorie is dit ook te verklaren, geestelijk verzorgers zijn vooral dienstverleners en hebben dan ook nog een product dat niet gestandaardiseerd kan worden toegepast. Uit de interviews is wel gebleken dat alle drie de stakeholders hiermee worstelen. Bedrijfskundige benaderingen van kwaliteitszorg, zoals het Servqual model, zijn juist ontwikkeld om een dienst te kunnen beoordelen, zoals Harteloh en Casparie laten zien. Ten aanzien van de bedrijfsinhoudelijke benadering heb ik in de interviews wel wat aspecten gevonden die hierop van toepassing zouden kunnen zijn, maar de benadering an sich was eigenlijk niet erg bekend. Wel is het zo dat het nieuwe systeem NIAZ Qmentum meer uit gaat van uitkomstindicatoren en meer gericht is op de evaluatie van werkzaamheden, dan op procescontrole.

Conclusie 4:

De geestelijke verzorging draagt bij aan de totale zorgkwaliteit, maar hoe dit gemeten kan worden en of dat wel of niet noodzakelijk is is voor de stakeholders niet duidelijk.

7.1.4 Deelvraag 4

Welk verband bestaat tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers en hun bijdrage aan de zorgkwaliteit volgens geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners?

De professionele rol heeft een aantal rigoureuze keuzes tot gevolg gehad. Zichtbaar is geworden dat het de verwachtingen van patiënten centraler is komen te staan en dat de geestelijke verzorgers vrijheid ervaren om hierbij aan te sluiten. Als daarnaast de begeleiding aan zorgverleners en andere medewerkers wordt meegenomen, dan wordt duidelijk dat de geestelijke verzorging kan bijdragen aan de totale zorgkwaliteit.

Uit de analyse is gekomen dat het Servqual model gebruikt kan worden voor de geestelijke verzorging. Weliswaar kunnen niet alle gaps op dit moment worden onderzocht of ingevuld, maar uit de interviews zijn wel aanwijzingen naar voren gekomen die het gebruik ervan lijken te ondersteunen.

Gap 1: Is de juiste informatie over gap 5 voorhanden?

De geestelijk verzorgers geven aan dat ze hebben geprobeerd om met een feedbacksysteem te werken, maar dat dat door sociaal wenselijke antwoorden niet mogelijk bleek. De zorgverleners en beleidsmakers geven als suggestie om aan zorgverleners te vragen hoe de diensten van de geestelijke verzorging worden ervaren. Dit zou in een apart onderzoek kunnen, maar er is ook al een ander systeem aanwezig dat hier mogelijk voor gebruikt zouden kunnen worden. Dit is het IMFS systeem, waarmee geestelijk verzorgers worden beoordeeld op hun functioneren door elkaar en de personen waar ze nauw mee samenwerken. Daarnaast bestaan er spiegelbijeenkomsten, waarin aan patiënten wordt gevraagd hoe ze hun opname hebben ervaren. Een derde mogelijkheid heeft te maken met een verschuiving in hun doelgroepen. Zoals ik heb beschreven bij deelvraag 2 over de rol van de geestelijke verzorging is gebleken dat ook zorgverleners en andere medewerkers als doelgroep voor persoonlijke begeleiding naar voren komen. Dit betekent dat ook zij op hun ervaringen kunnen worden bevraagd, waarmee nog meer informatie vrij komt over gap 5, het verschil tussen de verwachte en ervaren dienstverlening. Ook kan informatie worden gezocht over het ultieme doel op mesoniveau, waarin de geestelijk verzorgers zorgen voor onderwijs en voorlichting over onderwerpen die betrekking hebben op levensbeschouwing, zingeving en ethiek.

Gap 2: Is de informatie uit gap 1 op de juiste manier omgezet naar regels en maatstaven?

Hier heb ik in de interviews niets over kunnen vinden. Wel bleek dat het belangrijk is dat deze regels en maatstaven zijn gebaseerd op de eigen specifieke praktijk.

Gap 3: Wordt gewerkt volgens de regels en richtlijnen?

Hier heb ik niets over kunnen vinden, wat ook logisch is als je in gap 2 geen informatie hebt.

Gap 4: Klopt het imago dat men heeft?

Over gap vier heb ik heel veel informatie gevonden. Het wordt duidelijk dat het perspectief van de zorgverleners op de geestelijke verzorging en de relaties die men met hen onderhoudt bepaalt of hun hulp wel of niet wordt ingeroepen. Daarnaast wordt duidelijk dat goede voorlichting over wat de geestelijke verzorging nu eigenlijk doet hiervoor onontbeerlijk is. Dit betekent dus dat rolkeuze belangrijk is als het gaat om deze vorm van kwaliteitszorg.

Conclusie 4

Rolkeuze is belangrijk als het Servqual model wordt gebruikt om de kwaliteit van de geestelijke verzorging te meten.

Gap 5: het verschil tussen de verwachte en beleefde zorg

Hier is niet veel informatie uitgekomen. Duidelijk is welke doelen men voor ogen heeft voor de geestelijke verzorging en welke doelgroepen daarbij horen. Deze doelgroepen zouden vervolgens kunnen worden onderzocht voor gap 5.

Doelen kwaliteitszorg

Uit de interviews is gebleken dat sprake is van verschillende doelen die ik aan de hand van de indeling uit hoofdstuk 4 kort wil weergeven.

- direct doel op microniveau: gaat om de levensbeschouwelijke begeleiding van cliënten op persoonlijk niveau. Uit de interviews is gebleken dat het in dit ziekenhuis gaat om patiënten, zorgverleners en andere medewerkers.
- Ultiem doel op microniveau: gaat om het bijdragen aan de gezondheid de levensbeschouwelijke en zingevingdimensie te verbinden met de gezondheid van cliënten. In dit geval dus van patiënten en waarschijnlijk ook aan zorgverleners en andere medewerkers.
- Direct doel op mesoniveau: gaat om het bevorderen van de communicatie over levensbeschouwing in de hele instelling. Hieronder versta ik onderwijs, voorlichting en samenwerking over alle vakgebieden van de geestelijke verzorging. Denk dan aan ethiek, religie, ritualiteit, spiritualiteit, zingeving enz. Hier gaat het dus om cliënten in de hele instelling die met de producten van de geestelijke verzorging te maken hebben.
- Ultiem doel op mesoniveau: gaat om het bijdragen aan de zorgkwaliteit van de instelling door de levensbeschouwelijke en zingevingdimensie van gezondheid te verbinden met kwaliteitszorg. Ook hiervoor geldt dat er sprake is van andere cliënten, want bij het ultieme doel op mesoniveau gaat het erom wat het management van je verwacht. Ik stel dus vast dat de geestelijke verzorging zich bewust mag zijn van de verschillende soorten cliënten die ze hebben.

Conclusie 5:

De geestelijke verzorging blijkt verschillende soorten cliënten te hebben. Niet alleen cliënten op het microniveau (patiënten, zorgverleners en medewerkers) die ze helpen door middel van persoonlijke begeleiding, maar ook cliënten op het mesoniveau waarin het gaat om voorlichting, advisering en onderwijs.

Deze cliënten zijn tevens de verschillende rolzenders waarmee ze te maken hebben. Gap 5 gaat dus feitelijk over de wensen en verwachtingen van rolzenders.

Conclusie 6:

De cliënten van geestelijke verzorgers zijn tevens hun rolzenders.

7.1.5 Deelvraag 5

Welke relatie heeft het verband tussen de rolkeuze en de zorgkwaliteit met de positie van geestelijk verzorgers volgens geestelijke verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners?

De relatie tussen rolkeuze, zorgkwaliteit en de positie van de geestelijke verzorging wordt door twee aspecten bepaald. In de eerste plaats is het sociale netwerk belangrijk om de positie te kunnen

behouden. Dit zou je het sociaal kapitaal kunnen noemen. Uit de interviews komt naar voren dat dit kapitaal zich uitbreidt nu de geestelijke verzorging de professionele rol heeft aangenomen. Ze worden al zichtbaarder. Hun nieuwe producten en het geïntegreerde werken zorgen voor een ander soort contact, dat overigens niet alleen op hun initiatief ontstaat.

Conclusie 7:

Sociaal kapitaal speelt een belangrijke rol in het behoud van de positie van de geestelijk verzorgers.

In de tweede plaats komt naar voren dat zichtbaarheid en bekendheid (het sociale kapitaal) alleen niet voldoende zijn. Het is nodig dat ze meer en beter communiceren over wat ze doen en waar hun expertise ligt. Gezien de conclusie die is getrokken over de soorten cliënten die ze hebben gaat dat niet alleen over goede communicatie met patiënten, maar ook over de communicatie met zorgverleners en andere medewerkers van het ziekenhuis. Dit stukje communicatie en PR hoort bij gap 4.

Conclusie 8:

Volgens de stakeholders mogen de geestelijk verzorgers meer communiceren over hun expertise en behaalde resultaten op zowel micro- als mesoniveau. Dit zou hun positie goed doen.

7.2 TERUGKOPPELING NAAR DE THEORIE

Het theoretisch kader is op te splitsen in de ontwikkeling van de geestelijke verzorging, de roltheorie, kwaliteitszorg en positie. In mijn doelstelling heb ik aangegeven dat ik inzicht wilde geven in de relatie tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers in zorginstellingen en hun bijdrage aan de zorgkwaliteit en de effecten daarvan op hun positie. Hiervoor heb ik verschillende stakeholders onderzocht. In de volgende paragrafen wil ik de theorie verbinden met de door mij gevonden praktijk.

7.2.1 De ontwikkeling van de geestelijke verzorging

Secularisering, individualisering, bezuinigingen en veranderingen in de zorg hebben als gevolg gehad dat traditionele praktijken door de geestelijke verzorgers noodgedwongen aan de kant zijn gezet of op een andere manier zijn vormgegeven. De geestelijk verzorgers zijn proactief en vooruitstrevend te noemen in hun benadering van de nieuwe realiteit. Ze zijn niet blij met de oplossing van de VGVZ om de verzuiling min of meer te laten voortbestaan met de vorming van de SING.

Geheel in lijn met de theorie zien alle stakeholders dat de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis niet of nauwelijks gelovig is. Alleen de bij de oudere patiënten is dit anders. Het ambt speelt dan ook geen rol meer in het onderzochte ziekenhuis. De geestelijk verzorgers hebben er bewust afscheid van genomen, waardoor professionalisering belangrijker is geworden. Schilderman zei al dat het ambt voor de kwalificatie als professional niet meer belangrijk is. Noordegraaf heeft de belangrijkste aspecten van professionaliteit weergegeven: de inhoudelijke en controlerende gerichtheid, legitimering en toegevoegde waarde. Het is duidelijk geworden dat de geestelijk verzorgers proberen in hun werk hun culturele kapitaal te verbinden met de dagelijkse realiteit om hun positie te legitimeren. Dat het handig zou zijn als ze hun toegevoegde waarde konden laten zien, wordt door sommige van de respondenten benadrukt en door anderen juist ontkent.

De vrijplaats in de zin van het recht om zelf patiënten te benaderen, lijkt op dit moment niet te worden ingevuld. In dit ziekenhuis zijn het de zorgverleners die geestelijke verzorging aanvragen. Dit kan een voordeel zijn als we Schilderman volgen die wijst op het gevaar van marginalisering dat de vrijplaats

met zich mee draagt. Hij geeft aan dat door de vrijplaats geestelijk verzorgers zich kunnen terugtrekken in het microcontact met de cliënt (patiënten). Uit de interviews blijkt dat de gekozen professionele rol heeft gemaakt dat men zich meer bewust is van de noodzaak om goede contacten in de hele organisatie en op de afdelingen te hebben. Terugtrekken in het microcontact lijkt onmogelijk geworden.

7.2.2 Roltheorie

De ervaren breedte en vaagte van het werkveld laten zien dat inderdaad sprake is van roldiffusie zoals Schilderman dat noemde. Tegelijkertijd biedt dat ook kansen. Stryker gaf aan dat posities bepaalde rollen kennen waarin de interactie met anderen bepaalt hoe de rol ingevuld wordt. Dit wordt ook wel gezien als rol maken. Uit de interviews is gebleken dat de geestelijk verzorgers van het ziekenhuis op dit moment alle kansen hebben om hun rol zelf in te vullen. Ze worden daar zelfs in aangemoedigd. Ook zouden ze, als ze dat zouden willen, de professionele rol nog verder kunnen uitbuiten. Zoals Baker & Faulkner en later Callero hebben laten zien kunnen rollen gebruikt worden om bepaalde doelen te bereiken. Hiervoor is het belangrijk dat de rolhouders gebruik maken van het kapitaal dat ze voorhanden hebben. De stakeholders hebben duidelijk aangegeven dat het cultureel kapitaal van geestelijke verzorgers uniek is voor hun beroep en dat hiervan ondanks alle ontwikkelingen in de zorg en de maatschappij, nog steeds de toegevoegde waarde wordt ingezien. De geestelijk verzorgers hebben door de keuze voor de professionele rol toegang gekregen tot nieuwe bronnen en nieuw cultureel kapitaal. Hun oude religieuze en levensbeschouwelijke kapitaal is onderdeel geworden van een bredere vorm van levensbeschouwelijk kapitaal. Daarmee wordt de vraag van Schilderman beantwoord of en hoe het religieuze kapitaal in de zorg geïnvesteerd kan worden, zodat het bijdraagt aan een betere zorgkwaliteit. Dit gebeurt al. Van belang hierbij is echter wel dat de geestelijk verzorgers zich bewust zijn van de context waarin ze opereren. Een aspect dat door Körver en Smeets duidelijk is verwoord. Gesteld kan worden dat het belangrijk is dat de geestelijk verzorgers zich bewust zijn van het sociale kapitaal dat hen ter beschikking staat.

Ten aanzien van die context kunnen de doelen zoals Smeets ze heeft opgesteld (en die door mij iets zijn uitgebreid) zicht geven op de doelen die de geestelijk verzorging zichzelf zou kunnen stellen. De doelen op microniveau worden door de stakeholders wel onderschreven, dat gaat primair om de patiënt, maar op het mesoniveau wordt het anders. Het blijkt dat door de beleidsmakers ook nadruk wordt gelegd op de persoonlijke begeleiding van het personeel. Een doel dat niet door Smeets wordt beschreven en door de geestelijk verzorgers nog niet in alle volledigheid lijkt te worden gezien. In relatie tot de theorie zou het betekenen dat de collega's op twee niveaus een rol spelen. Als cliënten die worden begeleid en vallen ze dan onder het directe en ultieme doel op microniveau, maar ze kunnen ook collega's zijn aan wie voorlichting, advies of onderwijs kan worden gegeven, waardoor ze vallen onder het directe doel op mesoniveau. Gezien de onderzoeksresultaten zou ik het woord patiënten in het schema dan ook willen vervangen door cliënten.

	<i>Direct doel</i>	<i>Ultiem doel</i>
<i>Microniveau</i>	<i>bevorderen communicatie over levensbeschouwing en zingeving met cliënten</i>	<i>bevorderen van de gezondheid van cliënten door zich te richten op de levensbeschouwelijke en zingeving-dimensie van hun gezondheid</i>
<i>Mesoniveau</i>	<i>bevorderen communicatie over levensbeschouwing en zingeving in de hele instelling</i>	<i>Bijdragen aan de zorgkwaliteit van de instelling door de levensbeschouwelijke en zingeving-dimensie van gezondheid van cliënten te verbinden met kwaliteitszorg (bijvoorbeeld d.m.v. het Servqual model)</i>

Tabel 7.a Aangepaste doelen en kwaliteitszorg van de geestelijke verzorging.

Uit de interviews bleek dat men verwacht dat goede zorg voor het personeel zal leiden tot goed gemotiveerd personeel, wat weer een positief effect zou kunnen hebben op de totale zorgkwaliteit. Gezegd kan dan worden dat de begeleiding van en de goede communicatie met collega's direct effect heeft op het ultieme doel op mesoniveau.

Overigens zijn in de Beroepsstandaard van de VGVZ geen ultieme doelen terug te vinden. Daardoor blijven de doelen van de geestelijke verzorging in de beroepsstandaard vrij praktisch van aard.

7.2.3 Kwaliteitszorg

Verhagen heeft laten zien dat kwaliteitszorg primair gaat om het goed doen van de *goede* dingen. Voordat kan worden gewerkt aan kwaliteit moet dus zijn vastgesteld wat de goede dingen zijn. Uit de interviews is gebleken dat dit niet 100% duidelijk is. Dat de geestelijk verzorgers hun werk goed doen, daar zijn de stakeholders het wel over eens, maar of ze ook altijd het *goede* doen wordt niet helemaal duidelijk, want het domein wordt als breed en soms zelfs vaag ervaren. Zoals eerder gezegd wordt in de interviews duidelijk dat de doelgroep van de geestelijke verzorging breder is dan ze zichzelf misschien bewust zijn. Door de beleidsmakers wordt ook sterk het accent op onderwijs en scholing gelegd. Daarnaast wordt door de beleidsmakers en zorgverleners de ethische en normatieve kant van de geestelijke verzorging benadrukt. Een ander belangrijk aspect betreft de zichtbaarheid en PR, die kan en mag worden verbeterd. Het goede doen, betekent dat de geestelijk verzorgers zicht zouden moeten hebben op de verwachtingen die bij de stakeholders leven. In feite gaat dit dus weer over de context waarin ze werken.

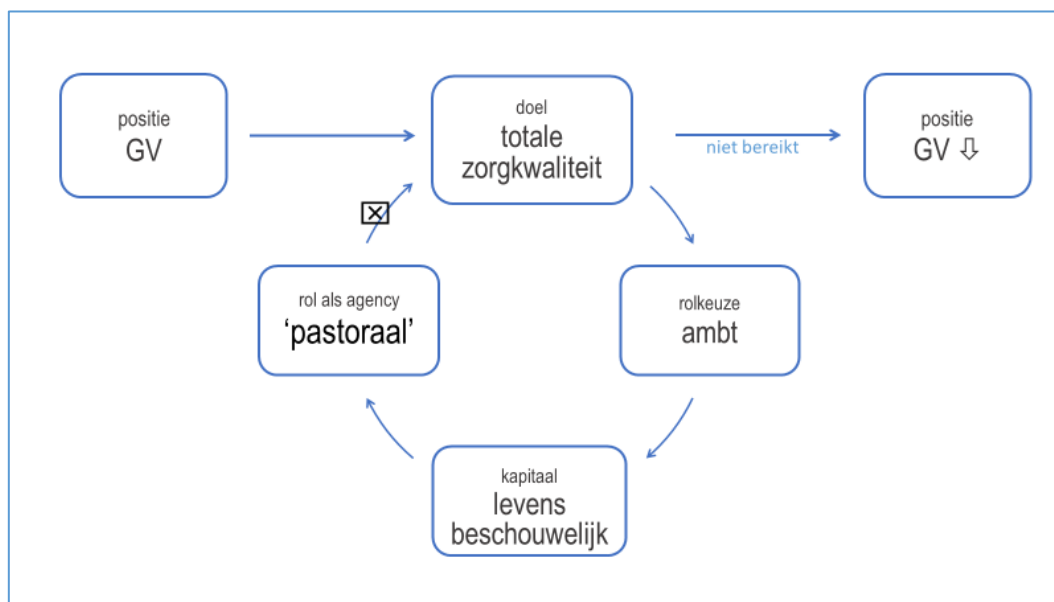
Uit de theorie is gebleken dat in de zorg de cliënt steeds centraler is komen te staan. Dit zien we in de patiënt georiënteerde zorg, maar ook in de positieve gezondheid van o.a. Huber, waarin het gaat om het aanpassen aan en het managen van ziekte. Helaas blijkt de positieve gezondheid van Huber nauwelijks bekend bij de stakeholders. Deze subjectivering is ook zichtbaar in het levensbeschouwelijke aspect van de geestelijke verzorging, dat door de secularisering en individualisering al meer de behoefte van hun cliënten als uitgangspunt heeft dan de levensbeschouwelijke achtergrond van de geestelijk verzorgers.

Smeets en later Smeets et al. concludeerden in hun onderzoek naar kwaliteitszorg en geestelijke verzorging dat geestelijk verzorgers zich weinig bewust waren van het belang van kwaliteitszorg op mesoniveau. In de interviews komt echter niet zozeer naar voren dat de geestelijk verzorgers het niet belangrijk vinden, maar dat ze niet weten hoe kwaliteitszorg kan worden toegepast op de geestelijke verzorging, of het nu het micro- of mesoniveau betreft. Sterker nog, niet alleen de geestelijke verzorgers, maar ook de beleidsmakers en zorgverleners zien niet hoe dit zou kunnen. Dit lijkt te komen doordat iedereen in de eerste plaats lijkt te denken aan de zorginhoudelijke benadering. Als de cliënten kunnen worden beschouwd als een klant, dan zou een kwaliteitszorgsysteem dat de klant als uitgangspunt heeft en gericht is op de dienst die wordt verleend gebruikt kunnen worden

7.2.4 Positie

Op basis van alle conclusies kan worden onderzocht wat de consequenties zijn voor de positie bij de keuze voor de ambtelijke of de professionele rol. Dit wil ik doen door model 3.a uit hoofdstuk 3 twee keer in te vullen. Hierbij ga ik ervan uit dat het doel wordt bepaald binnen de context van de positie en dus door de stakeholders, want zoals ook uit het theoretisch kader en de interviews naar voren is gekomen draait het in een ziekenhuis uiteindelijk om de totale zorgkwaliteit. Het ultieme doel van de geestelijke verzorging zou uiteindelijk hun bijdrage aan de totale zorgkwaliteit moeten zijn. Dit neem ik dan ook als uitgangspunt. Voor wat betreft het culturele kapitaal ga ik uit van religieus kapitaal, omdat het ziekenhuis van oorsprong een katholieke signatuur had.

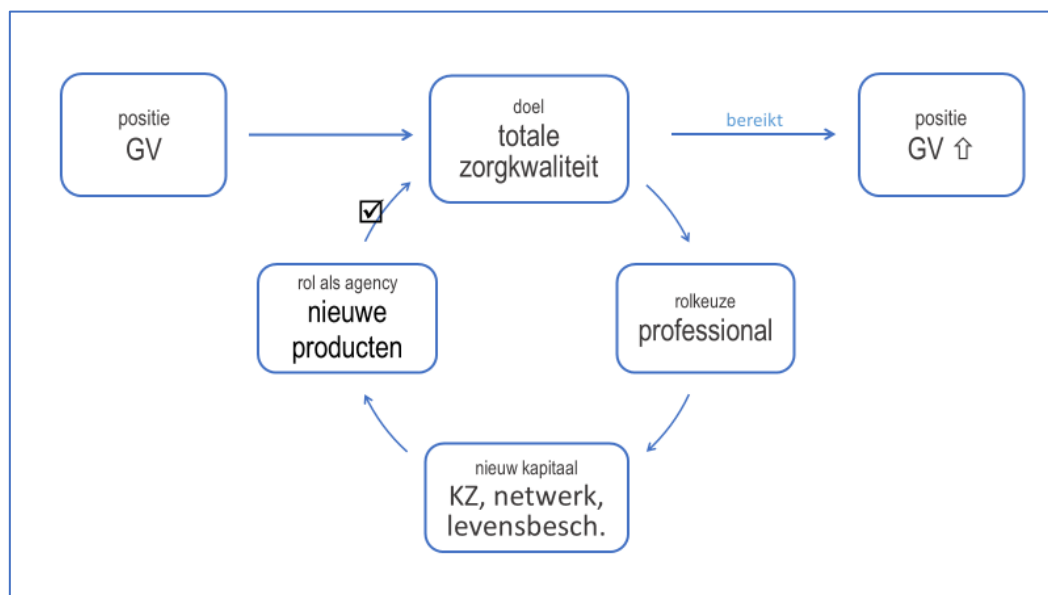
Kiest een geestelijk verzorger voor de ambtelijke rol, dan ontstaat de volgende situatie:



Figuur 7.b Rolkeuze ambt.

Hier wordt zichtbaar dat een keuze voor de ambtelijke rol vooral uitgaat van het eigen levensbeschouwelijk kapitaal en daarnaast oude sociale kapitaal. Als dit wordt gebruikt als pastorale agency, dan zal niet optimaal kunnen worden bijgedragen aan de totale zorgkwaliteit van de instelling, omdat niet alle cliënten bereikt zullen worden.

Kiest een geestelijk verzorger voor de professionele rol dan ontstaat de volgende situatie:



Figuur 7.c Rolkeuze professional.

Hier wordt zichtbaar dat de keuze voor de professionele rol toegang geeft tot nieuw sociaal, levensbeschouwelijk en professioneel (KZ) kapitaal. Dan kan de rol als agency gaan fungeren door de nieuwe producten die kunnen worden ontwikkeld en die gebruikt kunnen worden om bij te dragen

aan het doel van de instelling: de totale zorgkwaliteit. Uiteindelijk zal dit de positie van de geestelijk verzorgers versterken.

Bibliografie

LITERATUUR

- Baarda, D., Goede, M., Teunissen, J. (2005), *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Babbie, E. (2011) *Introduction to Social Research*. Belmont: Wadsworth.
- Baker, W. Faulkner, R. (1997), "Role as Resource in the Hollywood Film Industry.", in: *American Journal of Sociology*, vol. 97, nr. 2, pp. 279-309.
<http://www.jstor.org/stable/2781378> d.d. 17-05-2016
- Benschop, Y., Brouns, M., Bruijn, J. de. (1998), "From inequality to pluriformity: thinking about gender, work and organisations.", in: Evers, G., Hees, B. van, Schippers, J. *Work organisation and labour in Dutch society. A State of the Art of the research*, Dordrecht: Kluwer, pp. 199-223.
- Bernts, T. & Berghuijs, J. (2006), *God in Nederland 1966-2015*. Utrecht, Ten Have. Gebruikt als E-book.
- Biddle, B. (1979), *Role theory. Expectations, Identities, and Behaviors*, New York: Academic Press.
- Callero, P. (1986), "Toward a Meadian Conceptualization of Role.", in: *The Sociological Quarterly*, vol. 27, nr. 3, pp. 343-358.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-8525.1986.tb00265.x/abstract> d.d. 07-06-2016
- Callero, P. (1994), "From Role-Playing to Role-Using: Understanding Role as Resource.", in: *Social Psychology Quarterly*, vol. 57, nr. 3, pp.228-243.
<https://www.jstor.org/stable/2786878> d.d. 08-06-2016.
- Commissie Levensbeschouwelijke Competentie (CLL) (2010), in: VGVZ-Cahier 4 *Ambtelijke Binding*, Amsterdam. p. 63-72., Amsterdam: VGVZ.
- Donk, W. van de. Jonkers, A., Kronjee, G., en Plum, R. (red.) (2006), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahUKewi_usX9qcXUAhVPKVAKHRrMDbIQFggIMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.wrr.nl%2Fpublicaties%2Fverkenningen%2F2006%2F12%2F19%2Fgeloven-in-het-publiek-domein-verkenningen-van-een-dubbele-transformatie---13&usq=AFQjCNETF8kmfTmonwibGZG26As-37c-4g&sig2=37FEBkjjTcSYkI9JdECbsw d.d.18-04-2016
- Doolaard, J. (red.) (2006), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok.
- Doolaard, J. (2011), "Geestelijke verzorging, een onmisbare discipline. Een bijdrage aan de geschiedschrijving van de VGVZ", in: Vries, A. de (red.) *Zinnig verband. Veertig jaar Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*. Nijmegen, Valkhof Pers, pp. 1-12.
- Evers, S. (2011), "Een zinnig verband. Portret van de Vereniging van Geestelijke Verzorger in Zorginstellingen.", in: Vries, A. de, e.a. (red.) *Zinnig verband. Veertig jaar Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*. VGVZ, pp. 13-26.
- Evers, S. (2011), "Een zinnig verband. Portret van de Vereniging van Geestelijk. Verzorger in Zorginstellingen." in: Vries, A. de (red.) *Zinnig verband. Veertig jaar Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen*. Nijmegen, Valkhof Pers, pp. 13-26.

- Expertmeeting "De identiteit en positie van de geestelijke verzorging in de zorg." (2010), in: VGVZ-Cahier 4, *Ambtelijke Binding*, Amsterdam: VGVZ pp.10-62.
- Friese, S. (2012), *Qualitative Data Analysis with Atlas.ti*. London, SAGE.
- Ganzevoort, R. & Visser, J. (2007), *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*, Zoetermeer: Meinema.
- Goudswaard, N.B. (2006), "Geestelijke verzorging in het verleden.", in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Uitgeverij Kok, pp. 23-59.
- J. de Hart (2014) Geloven binnen en buiten verband. Godsdienstige ontwikkelingen in Nederland. Den Haag, SCP.
- Harteloh, P. & Casparie, A. (1997), *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hermann, T. & Jahnke, I. (2012), "Role Making and Role Taking in Learning." In: Seel, N. (Eds) *Encyclopedia of the Sciences of Learning (ESL)*, New York: Springer.
http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiS0f7MwsTUAhXKJVAKHU3rBOsQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.isa-jahnke.com%2F200000099-dd42bde3ca%2F2012_Herrmann_Jahnke_RoleMaking.pdf&usg=AFQjCNFXz10NiUzZhtDXSyW9RWPSu0cNBQ&sig2=orVXV0ktOvuRR9mvsMPCZw d.d. 19-05-2016
- Huizing, W., Tromp, T. Ubels, G. (2010), *Werken aan mentaal welbevinden. Vijf startpunten voor de zorgorganisatie*, Utrecht: Actiz. Vijf folders.
http://www.netwerklevensvragen.nl/Site_LV/docs/pdf/6600.114-actiZ_Bundel_Mentaal_Welbevinden_artikel3.pdf d.d. 02-02-2016
- Hooghiemstra, T., Ippel, P. (2011), *Zeggenschap over het EPD, Ethisch en juridisch perspectief*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging. Rapport uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Ickes, W. & Knowles, E. (1982), *Personality, Roles, and Social Behavior*, New York: Springer-Verlag.
- Iersel, F. (2014), "Heeft de geestelijk verzorging in de zorg toekomst?", in: website *NieuwWij*.
<https://www.nieuwwij.nl/themas/geestelijke-verzorging-zorg-toekomst/> d.d. 20-10-2016.
- Kennedy, J.C. (1993), "De mythe van verzuiling", in: *Transparant*, jaargang 04, no 2,
- Knowles, E. (1982), "From Individuals to Group Members." In: Ickes, W. & Knowles, E. (1982) *Personality, Roles, and Social Behavior*, New York: Springer-Verlag, pp. 1-32.
- Körver, S. (2014), "Visies op de toekomst van geestelijke verzorging.", in: *Contouren. De toekomst van de geestelijke verzorging*, Groningen.
[https://pure.uvt.nl/portal/en/activities/expertmeeting-toekomst-geestelijke-verzorging\(4c956049-4ee5-4e24-bff4-6a3af5cc8372\).html](https://pure.uvt.nl/portal/en/activities/expertmeeting-toekomst-geestelijke-verzorging(4c956049-4ee5-4e24-bff4-6a3af5cc8372).html) d.d. 10-09-2015
- Kunneman, H. (2006), "Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging.", in: Donk, W. van de., Jonkers, A., Kronjee, G., en Plum, R. (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kurz, H. (2015), "Capital: History of the Concept.", in: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, ed.2, vol. 22, pp. 90-93.
<https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.03068-3> d.d. 24-05-2016.

- Kütttschrütter, W.J. (1991), *Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen: Historische schets 1971-1991*, Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad.
- Lanen, M. (2010), "Inductief én deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: het geheel is meer dan de delen." In: KWALON 43, jaargang 15, nr. 1, p. 36-42.
- Leenders, R. (2001) *Het Servqual model*.
http://q4y.nl/wp-content/uploads/2015/08/KIP_F2.pdf d.d. 28-09-2016
- Lopopolo, R. (2002), "The Relationship of role-Related Variables to Job Satisfaction and Commitment to the organization in a Restructured Hospital Environment.", in *Physical Therapy*. Vol. 82, nr. 10, pp. 984-999.
<https://doi.org/10.1093/ptj/82.10.984> d.d. 30-05-2017
- Mooren J.H. en Huijzer, R. (2010), in: VGVZ-Cahier 4, *Ambtelijke Binding*, Amsterdam: VGVZ. pp. 110-134.
- Mooren, J-H. en Smeenk, W. (2010), in: VGVZ-Cahier 4, *Ambtelijke Binding*. Amsterdam: VGVZ. pp. 73-109
- Noordegraaf, M., Steen, M. v.d., Twist, M. (2011) "Werk in verwarring. Over verplichtende, versnipperde en verbindende professionalisering." In: M&O, nr. 6, p.29-48
<http://www.tijdschriftmeno.nl/artikel/12447/Werk-in-verwarring-Over-verplichtende-versnipperde-en-verbindende-professionalisering> d.d. 26-01-2017
- Noordegraaf, M. (2007), "From 'Pure' tot 'Hybrid' Professionalism. Present-day Professionalism in Ambiguous Public Domains.", in: *Administration & Society*, vol. 39. nr. 6. p. 761-785.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0095399707304434> d.d. 26-01-2017
- Peeters, J. (2006), "Interdisciplinaire samenwerking." in: Doolaard, J. (red.) *Handboek geestelijke verzorging in zorginstellingen*, Kampen: Uitgeverij Kok, pp. 675-676.
- Piliavin, J., Grube, J., Callero, P. (2002), "Role as a Resource for Action in Public Service.", in: *Journal of Social Studies*, vol 58, nr. 3, pp. 469-485.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0022-4537.t01-1-00027> d.d. 23-11-2015
- Rebel, J.J. (2006), "Ontwikkelingen van de geestelijke verzorging in de zorg.", in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Uitgeverij Kok, pp. 101-105.
- Regiegroep Toekomstig Bestel Geestelijke Verzorging, Eindnota, april 2013.
www.vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Regiegroep_Eindnota_april_2013.pdf
d.d. 12-10-2015
- Sapiro, G. (2015), "Bourdieu, Pierre (1930-2002), in: Wright, J. (Ed.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, vol. 22. pp. 777-783.
<https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.61167-4> d.d. 24-05-2016
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2016), "Methoden en technieken van onderzoek.", Amsterdam: Pearson Benelux.
- Schilderman, J. (2006), "Religie en zorg in het publieke domein.", in: Donk, W. van de. Jonkers, A., Kronjee, G. en Plum, R. (red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 395-416
- Schilderman, J. (2010a), "De identiteit en positie van de geestelijke verzorging in de zorg.", in: VGVZ-Cahier 4, *Ambtelijke Binding*, Amsterdam: VGVZ, pp. 10-62
- Schilderman, J. (2010b), "De professionele attitude in de geestelijke verzorging.", in: *Pastorale Perspectieven*, Nr. 148, deel 3. pp. 19-28.
www.thomas.theo.kuleuven.be/cms/docs/pastoralePerspectieven/pp148_attitude.pdf

d.d. 22-01-2016

- Schilderman, J. (2013), "Geestelijke verzorging als casus van ontkerkelijking", in: Grotenhuis, M., Vermeer, P., Kregting, J. (red.), "Ontkerkelijking, nou en ...?", Themanummer van Religie en samenleving, jaargang 8, nr. 1, Delft: Eburon, pp. 205-225.
<http://hdl.handle.net/2066/119814> d.d. 07-09-2015
- Schilderman, J. (2015), "Van ambt naar vrij beroep. De geestelijke verzorging als voorziening in het publieke domein.", in: *Tijdschrift voor Religie, Recht en Beleid*. 2015, vol 6, nr. 2, pp. 5-23.
<http://hdl.handle.net/2066/148892> d.d. 29-11-2016
- Scott, J., Stokman, F. (2015) "Social Networks" In: Wright, J. (Ed.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, ed.2, vol. 22, pp. 473-477.
<https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.32101-8> d.d. 24-05-2016
- Smeets, W. (2006), *Spiritual Care in a hospital setting. An Empirical-theological Exploration*, Leiden: Brill.
- Smeets, W. Gribnau, F. & Ven, J. vd. (2010), "Quality Assurance and Spiritual Care.", in: *Journal of Empirical Theology*, Leiden, Brill, pp. 80-121.
<https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1163/157092511X571187> d.d. 04-06-2016
- Snelder, W.F.M. (2006), "Beknopte geschiedenis van de Vereniging van Geestelijke Verzorgeren in zorginstellingen tot 2000", in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, pp.84-100.
- Spijker, H. van den. (2006), "Pastorale competentie: een meersnarig te bespelen instrument.", in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, pp.139-145.
- Stryker, S., Serpe, R. (1982), "Commitment, Identity Salience, and Role Behavior: Theory and Research Example." In: Ickes, W. & Knowles, E. (Eds.) *Personality, Roles, and Social Behavior*, New York: Springer-Verlag, pp. 199-218.
- Vandenhoeck, A. "Op de kaart! Registratie vanuit pastoraal perspectief." VGVZ Userfile.
http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjRh7W_8MTUAhUCY1AKHbaYC7QQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fvgvz.nl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F06%2FAnne_Vandenhoeck.pdf&usq=AFQjCNHuCfQF1x16ruVCY3SkToel5I8ePg&sig2=VZkGFF5WWF5lmtmUkFr22w d.d. 31-08-2015
- Verhagen, P. (2010), *Kwaliteit met beleid. Basisboek voor sociale studies*, Bussum: Coutinho.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2010) *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag, Boom Lemma.
- VGvZ, *Cahier 4, Ambtelijke Binding*. Amsterdam: VGvZ 2010.
https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/VGVZ-Cahier4-AmbtelijkeBinding_eindversie_totaal.pdf d.d. 22-01-2016
- VGvZ (2016), *Beroepsstandaard geestelijke verzorging 2015*, Amsterdam: VGvZ.
- Vliert, E. van de, en Visser, A., Heine, E., Winnubst, J. (1983a), *Rollen: persoonlijke en sociale invloeden op het gedrag*, Meppel: Boom.
- Vliert, E.. van de, en Visser, A., Zwaga, P., Winnubst, J., Heine, E. ter. (1983b), *Rolspanningen*. Meppel: Boom.
- Vries, A. de (red.). (2011), *Zinnig verband. Veertig jaar Vereniging van Geestelijk Verzorgeren in Zorginstellingen*, Nijmegen: Valkhof Pers.

- Vries, J.D. de, (2006), "Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijk verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995).", in: Doolaard, J. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen: Kok, pp. 59-69.
- Walton, M. (2013), "Nabeschuiving in het landschap van levensbeschouwelijke diagnostiek.", in: *Zin zien, zoeken en beleven. Zingevinganalyse bij mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: VGVZ
- Walton, M. (2014), "Wederwaardigheden & Methodes. Zaligsprekingen als zoekrichtingen in seizoenen van ziekte, zinvragen & zorg.", Groningen, PThU.
<https://www.pthu.nl/actueel/nieuws/Nieuwspdf/RedeWalton.pdf> d.d. 09-09-2015
- Walton, M., Kasper, G., Spelt, A en Wiegers, J. (2011), *Rollen en competenties van de geestelijk verzorger als expert levensbeschouwelijke zorgverlening*, Amsterdam: VGVZ, protestantse sector.
http://www.vgvz.nl/userfiles/files/sectoren/conferentie_document_competentieprofiel_geestelijk_verzorger.pdf d.d. 14-10-2015
- Werkgroep Zingevinganalyse Werkveldraad Verstandelijk gehandicapten, VGVZ. (2013), *Zin zien, zoeken en beleven. Zingevinganalyse bij mensen met een verstandelijke handicap*, Amsterdam: VGVZ.
- Whiteley, P. (2015), "Social Capital" In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd ed., vol. 22. pp. 174-180.
<https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.93127-1> d.d. 24-05-2016
- Wijffes, H. (2000), "De verzuiling voorbij. Godsdienst, stand en natie in de lange negentiende eeuw. onder redactie van Hans Blom en Jaap Talsma.", in *Historisch Nieuwsblad* nr. 9/2000.
<https://www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/5566/de-verzuiling-voorbij-godsdienst-stand-en-natie-in-de-lange-negentiende-eeuw-onder-redactie-van-hans-blom-en-jaap-talsma.html> d.d.
- Yodanis, C. (2003), "Roletheory" in Encyclopedia.com.
<http://www.encyclopedia.com/social-sciences-and-law/sociology-and-social-reform/sociology-general-terms-and-concepts/role-2> d.d. 30-11-2015
- Zock, T.H. (2007), *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, Tilburg: KSGV.

WETGEVING

Grondwet

<http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vvihlf299q0sr/vid1ivwch6z6>
d.d. 18-01-2017

Kwaliteitswet Zorginstellingen

<http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850> d.d. 12-10-2015

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

<http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173> d.d. 2016-08-01

INFORMATIEVE WEBSITES

Appreciative Inquiry:

<https://talentontwikkeling.com/actueel/weblog/leiderschap/192-actueel/weblog/organisatieontwikkeling/336-duurzame-organisatieontwikkeling-appreciative-inquiry-methode> d.d. 10-06-2017

Filmpje met Machteld Huber waarin zij precies uitlegt waar positieve gezondheid om draait.

<https://www.youtube.com/watch?v=HrNuVU7jHw0&feature=youtube> 08-03-2016

Inspectie voor gezondheidszorg
www.igz.nl

Raad voor Volksgezondheid en samenleving. (2001) *Advies Care en Cure*.
[https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies - Care en cure.pdf](https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Care_en_cure.pdf) d.d. 19-04-2016

Value Based Health Care:
<https://www.infinicare.com/value-based-health-care> d.d. 10-06-2017.

WHO (1948) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> d.d. 15-02-2017

Zorgkaart Nederland
<https://www.zorgkaartnederland.nl/ziekenhuis>. d.d. 11-06-2017

Samenvatting

Het beroep geestelijk verzorger in de zorg zoals we dat nu in Nederland kennen bestaat pas sinds een paar decennia, is voortgekomen uit het pastorale werk in zorginstellingen en gevormd door onder andere secularisatie en individualisatie, staatkundige aspecten en ontwikkelingen binnen de zorg. Daardoor kent het beroep een spanning tussen de ambtelijke en professionele rol. Dit wordt nog eens versterkt door bezuinigingen in de zorg die hun weerslag hebben gehad op de positie.

Dit onderzoek wil antwoord geven op de vraag welke relatie bestaat tussen de rolkeuze van geestelijk verzorgers in zorginstellingen (in dit geval een ziekenhuis), de bijdrage die ze leveren aan de zorgkwaliteit en de mogelijke effecten daarvan op hun positie. Drie stakeholders zijn onderzocht: geestelijk verzorgers, beleidsmakers en zorgverleners. Eerst is onderzocht wat de stakeholders verstaan onder geestelijke verzorging, daarna hoe ze denken over de twee rollen en vervolgens wat ze verstaan onder zorgkwaliteit en kwaliteitszorg. Ook is gekeken naar de relaties tussen hun rolkeuze en de bijdrage aan de zorgkwaliteit en tussen de bijdrage aan de zorgkwaliteit en hun positie.

Uit de theorie blijkt dat een rol gespeeld, gemaakt of gebruikt kan worden en dat de rolkeuze de positie positief of negatief kan beïnvloeden. Hier is een model voor ontwikkeld. Onderzocht is ook hoe de geestelijke verzorging kan werken aan kwaliteitszorg. Uit de theorie blijkt dat kwaliteitszorg geen synoniem is voor procescontrole (zorginhoudelijke benadering), maar ook om klanttevredenheid en voldoen aan verwachtingen (bedrijfskundige benadering) kan gaan, zoals in het Servqual model.

Het onderzoek is verricht in een groot regionaal ziekenhuis. In totaal zijn 8 respondenten verdeeld over de 3 stakeholders geïnterviewd. De vragen voor de interviews zijn ontwikkeld op basis van het theoretisch kader en de onderzoeksvragen. De resultaten zijn vervolgens geanalyseerd door open, axiaal en selectief te coderen, met behulp van de software Atlas-ti.

De belangrijkste conclusies zijn:

- Als belangrijkste taken worden gezien individuele begeleiding, ethiek, advisering, onderwijs en voorlichting. Opvallend is het belang dat wordt gehecht aan de individuele begeleiding van en voorlichting over werkgerelateerde problematiek aan zorgverleners en andere medewerkers van het ziekenhuis. De geestelijke verzorging lijkt daarmee een nieuwe doelgroep te hebben gekregen. Doordat geestelijke verzorging wordt aangevraagd door de zorgverleners lijkt de vrijplaats (in de zin van het recht zelf patiënten te benaderen) nauwelijks nog aan de orde.
- De professionele rol heeft in dit ziekenhuis veruit de voorkeur en de geestelijke verzorgers krijgen alle ruimte om deze professionele rol zelf invulling te geven. De rol kan gemaakt worden.
- Ondanks de voorkeur voor de professionele rol wordt van de geestelijk verzorgers niet verwacht dat zij hun bijdrage aan de zorgkwaliteit aantonen door middel van een kwaliteitszorgsysteem. Daarnaast zijn de stakeholders ervan overtuigd dat de geestelijke verzorging bijdraagt aan de totale zorgkwaliteit, maar hoe dit gemeten kan worden en of dat wel of niet noodzakelijk is, is voor de stakeholders niet duidelijk. Uit de interviews is wel gebleken dat er meer dan voldoende aanknopingspunten bestaan om te gaan werken met het Servqual model.
- Er kan niet direct een conclusie worden getrokken over de relatie tussen de bijdrage van de geestelijk verzorgers aan de zorgkwaliteit en hun positie. Wel is duidelijk geworden dat het sociaal kapitaal, en dus hun relatie met zorgverleners en andere medewerkers, belangrijk is voor hun positie. Ook zouden ze hun expertise en de door hen behaalde resultaten volgens de beleidsmakers en zorgverleners veel sterker mogen uitventen. Wat erop wijst dat de professionele rol veel gericht gebruikt kan worden.

Bijlage 1 Chronologisch overzicht geestelijke verzorging

Overgenomen uit mijn bachelorscriptie "De VGVZ en de ongebonden geestelijk verzorgers" en waar nodig aangepast.

sinds 1950	- jaarlijkse ziekenhuispredikantenconferentie door Raad voor de Kerk en Ziekenzorg der Nederlands Hervormde Kerk. - predikanten van diaconessenhuizen kwamen 5x per jaar bij elkaar - gereformeerde ziekenhuispredikanten 2 x per jaar vergadering. Verzorgd door Generale Deputaten GVZ - Limburgse rectoren kwamen geregeld samen, maar voor de gezelligheid.
1963	oprichting "Stichting voor aalmoezeniers van niet-katholieke ziekenhuizen" met naam Consult. ± 170 leden. Bestuur bestond uit vertegenwoordigers van de zeven bisdommen, uit elk één.
1965	Oprichting "Interconfessionele werkgroep ziekenhuizen en geestelijke verzorging". Met dit samenwerkingsverband van Katholieken en Hervormden wilde men het werk van de geestelijke verzorgers gaan omschrijven, zodat het werk een plek binnen de ziekenhuizen kon krijgen.
1967	oprichting "sectie rectoren" binnen de VKZ (Vereniging Katholieke Ziekenhuizen. Doel was een betere en structurelere opzet van de geestelijke verzorging in ziekenhuizen.
1968	Gereformeerden treden toe tot de werkgroep "Interconfessionele werkgroep ziekenhuizen en geestelijke verzorging".
	Stichting "Consult" wijst verzoek "Sectie Rectoren" af om te komen tot één organisatie, omdat de problematiek van beide organisaties te verschillend zouden zijn.
1969	oprichting NZR (Nationale ZiekenhuisRaad). Begin van de deconfessionalisering. Angst dat ziekenhuis pastoraat in gevaar zou komen.
1970	instelling "Werkgroep ziekenhuispredikanten" met als doel een sector te worden binnen de op te richten VGVZ
	Humanisten treden toe tot de werkgroep "Interconfessionele werkgroep ziekenhuizen en geestelijke verzorging".
1971	Oprichting "Vereniging van rooms-katholiek pastores in Ziekenhuizen" (uit "Consult" en "sectie Rectoren") met als doel een sector te worden binnen de op te richten VGVZ
	Oprichting "Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen" met 255 leden, onderverdeeld in twee sectoren: rooms-katholiek en protestants.
	oprichting binnen de NZR van een "Commissie Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen". Hiermee hield de VGVZ contact met de NZR.
	Opname binnen VGVZ van humanistisch raadsleden, met als doel ze een eigen sector te laten vormen.
1972	NZR bepaalt dat geestelijke verzorging in ziekenhuizen onderdeel hoorde te zijn van het totale zorgpakket en de kosten daarvan ook bij de tarief-vaststelling behoorde.
1976	- oprichting niet-kerkelijke sector, waaronder ook de humanistisch raadsleden zouden vallen. - Eerste definitie geestelijke verzorging door VGVZ: "Professionele hulpverlening aan en begeleiding van de mens in vragen van leven en dood, gegeven vanuit godsdienstige of levensbeschouwelijke visie."¹⁶² En NZR: "Professionele hulpverlening aan en begeleiding van de mens in fundamentele vragen rondom leven, ziekte en dood, gegeven vanuit en op basis van geloofs- of levensovertuiging.
1977	Pastores vallen onder de sociale verzekeringsplicht.
1984	vier leden verzoeken om instelling sector voor geestelijk verzorgers zonder binding (met een kerk). Binding is volgens hen persoonlijke zaak. GV is in principe in dienst van het ziekenhuis en dus voor alle patiënten aangesteld.
1985	notitie "Geestelijke verzorging zonder machtiging levensbeschouwelijk instituut", waarin wordt gesteld dat geestelijke verzorging gestoeld zou moeten zijn op een (kerk)genootschap.
1986	Instelling "Commissie van Advies inzake de steunverlening aan kerkgenootschappen en andere genootschappen op geestelijke grondslag" o.l.v. Prof.dr. E.M.H. Hirsch Ballin.
1987	verzoek oprichting Humanistische sector.

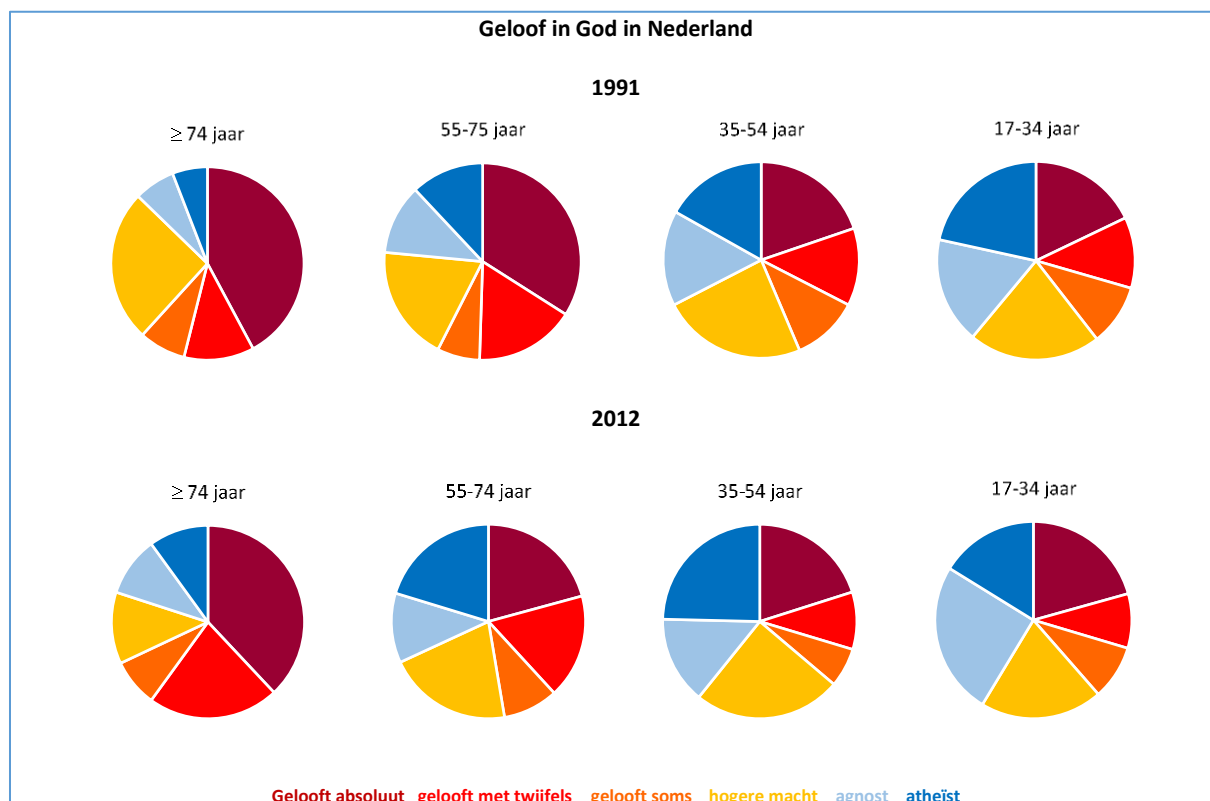
¹⁶² Kutttschrütter, p. 54

	- aanpassing definitie door NZR: “De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging”. ¹⁶³ Dit betekent dat een zending of machtiging van een (kerk)genootschap nodig is.
1988	- Eindrapport van bovenstaande commissie, waarin opgenomen dat instellingen zouden moeten worden “verplicht te zorgen voor een voldoende omvang van de geestelijke verzorging”. - Kabinet onderschrijft dat geestelijke verzorging in de totale zorg moet zijn opgenomen, maar geeft geen wettelijk kader, nog financiële ondersteuning. Het komt erop neer dat de instellingen zelf bepalen hoe de geestelijke verzorging eruit ziet en men de geestelijke verzorging teruglegt bij de (kerk)genootschappen.
1990	instelling Joodse en Humanistische sector.
1993	Eerste Algemene Ledenvergadering, vanaf dan jaarlijks. - congres ‘Kleur bekennen’
1994	VGvZ richt zich niet meer alleen op ziekenhuizen, maar op alle zorginstellingen. De naam verandert in VGvZ Vereniging van geestelijk verzorgers in <i>zorginstellingen</i> .
1995	Totstandkoming Beroepsprofiel van de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen, met daarin kerntaken geestelijke verzorging
1996	Kwaliteitswet Zorginstellingen.
1997	Verwerping wetsvoorstel Wet Geestelijke verzorging” door eerste kamer, Geen opname in BIG
1998	overheidsnota “Het integratiebeleid betreffende etnische minderheden in relatie tot hun geestelijke bedienaren”, waarin geld wordt vrijgemaakt voor nascholing van geestelijk verzorgers
1999	Conferentie “Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multicultureel perspectief
2000	instelling registratiesysteem voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen.
2001	VGvO treedt officieel toe tot de VGvZ
2002	Instelling beroepscode die bindend is voor alle leden van de VGvZ
2006	Instelling nieuwe zorgverzekeringswet, waarin verzekeraars een centrale rol hebben gekregen in vraag en aanbod.
2007	Expertmeeting met vertegenwoordigers VWS, CvZ, bestuurders zorginstellingen, vertegenwoordigers van de Universitaire opleidingen, van de Dienst geestelijke verzorging van de Krijgsmacht en van Justitiële inrichtingen, over de positie en identiteit van geestelijk verzorgers in de zorg
2008	Instelling Kwaliteitsregister, ondergebracht in van VGvZ onafhankelijke stichting SKGV. Doelstelling “a) definiëren en het borgen van het door de beroepsgroep noodzakelijk geachte professionele niveau van de beroepsbeoefening van de geestelijk verzorger, b) het ondersteunen van de externe herkenning en erkenning van de geestelijk verzorger als professionele beroepsbeoefenaar in de velden waar hij of zij werkzaam is en c) het streven naar titelbescherming van het beroep van ‘geestelijk verzorger’ in zorginstellingen.” ¹⁶⁴
2008	Instelling CAB en CLL n.a.v. de expertmeeting 2007
2009	Aanbieding rapportages CLL en CAB
2010	Afwijzing voorstellen CLL en CAB door leden VGvZ
2011	Instellen ‘Regiegroep toekomstig bestel geestelijke verzorging die op basis van de voorstellen van de CAB en CLL de mogelijkheid van borging van ‘ongebonden spiritualiteit’ onderzoekt
april 2013	Eindnota van de Regiegroep met daarin het voorstel tot oprichting van een nieuwe sector voor Ongebonden geestelijk verzorgers, die verantwoording afleggen aan een nieuw op te richten Raad voor onafhankelijke spiritualiteit
juni 2013	Besluit ten aanzien van het voorstel van de Regiegroep
mei 2014	Oprichting SING (Sector Institutioneel Niet Gezondenen)
februari 2015	Oprichting Stichting RING-GV (Stichting Raad voor toetsing en bevoegdverklaring van institutioneel niet gezonden geestelijk verzorgers)

¹⁶³ Doolaard in De Vries, p. 6

¹⁶⁴ Evers in de Vries, p. 18

Bijlage 2 Overzicht leeftijdsgroepen en geloof in God



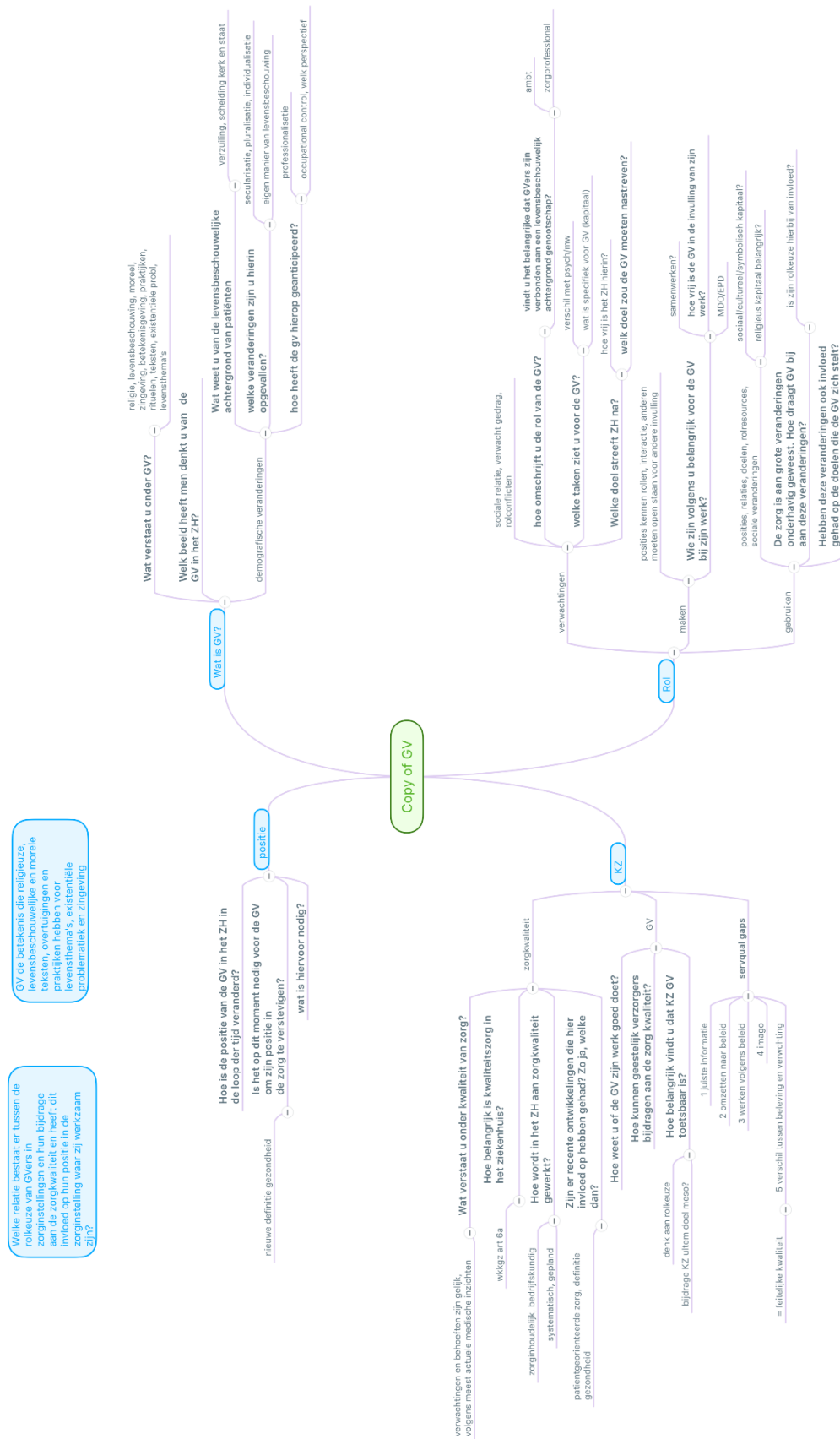
Grafiek naar gegevens uit J. de Hart (2014) *Geloven binnen en buiten verband. Godsdienstige ontwikkelingen in Nederland*. p. 83. SCP, Den Haag.

Bijlage 3 Morele generaties

Overzicht naar Schilderman (2015) p. 13. en een powerpoint van een college van H. Schilderman.

wie in de zorg?	geboren tussen	generatie	kenmerken
patiënt	1910-1930	voooroorlogs	- religieus - kerkelijk - loyaal - groep centraal
	1931-1940	stille	- religieus - kerkelijk - loyalty - prestatie centraal
geestelijk verzorger	1940-1955	protest	- ideologisch - anti-traditioneel - voice - emancipatie centraal` - zelfbeschikking
	1956-1970	verloren	- relativerend - a-kerkelijk - voice - levenskwaliteit centraal
jonge collega/ student	1971-1985	pragmatisch	- spiritueel - onkerkelijk - 'exit' - geluk centraal
	1985-nu	grenzeloze	- eclectisch - onkerkelijk - 'exit' - authenticiteit centraal

Bijlage 4 Mindmap interviewvragen



Bijlage 5 Codeboek

{groundedness, density}

De codes met een groundedness van meer dan 15 quotations zijn vet gemaakt.

1 GV

1.1 GV_DOMEIN

1.1.0 GV_domein_eigen domein {17,0}

1.1.0 GV_domein_zielzorg {4,0}

1.1.1 GV_DOMEIN_DEFINITIE

1.1.1.1 GV_domein_onduidelijk {6,0}

1.1.1.2 GV_domein_definitie_smal breed {10,1}

1.1.1.3 GV_domein_definitie_naam {22,1}

1.1.1.4 GV_domein_legitimatie {1,0}

1.1.2 GV_DOMEIN_TAAK

1.1.2.1 GV_DOMEIN_TAAK_BEGELEIDEN

1.1.2.1 GV_domein_taat_begeleiden_bezinning meso {3,0}

1.1.2.1 GV_domein_taat_begeleiden_presentie {7,0}

1.1.2.1.1 GV_domein_taat_begeleiden micro en meso {14,3}

1.1.2.1.2 GV_domein_taat_begeleiden meso {29,3}

1.1.2.1.2.1 GV_domein_taat_begeleiden_meso_ethische kwesties {7,0}

1.1.2.1.3 GV_domein_taat_begeleiden micro {31,2}

1.1.2.1.3 GV_domein_taat_begeleiden micro_terugkoppelen {3,0}

1.1.2.1.4 GV_domein_taat_begeleiden_beleidsniveau {1,}

1.1.2.2 GV_DOMEIN_TAAK_ETHIEK

1.1.2.2.1 GV_domein_taat_ethiek_algemeen {24,3}

1.1.2.3 GV_DOMEIN_TAAK_ONDERWIJS

1.1.2.3.1 GV_domein_taat_onderris_onderris {14,2}

1.1.2.3.2 GV_domein_taat_onderris_voorlichting {20,4}

1.1.2.3.3 GV_domein_taat_netwerken {10,2}

1.1.2.3.4 GV_domein_taat_PR {30,2}

1.1.2.3.5 GV_domein_taat_bewust zijn van omgeving {11,1}

1.1.2.4 GV_domein_taat_begeleiden levensbeschouwing/zingeving {28,2}

1.1.2.4 GV_DOMEIN_TAAK_DIVERSEN

1.1.2.4 GV_taat_diversen_beroepsgeheim {1,0}

1.1.2.4.1 GV_domein_taat_diversen_ritualiteit {6,0}

1.1.2.4.2 GV_domein_taat_diversen_praktisch 1,0}

1.1.2.4.3 GV_domein_taat_diversen_macro {2,0}

1.1.2.5 GV_DOMEIN_TAAK_SIGNALEREN

1.1.2.5.1 GV_domein_taat_signaleren_besprekbaar maken {10,2}

1.1.2.5.2 GV_domein_taat_signaleren_geweten instelling {7,0}

1.1.2.5.3 GV_domein_taat_signaleren_initiatief nemen {11,1}

1.1.2.5.4 GV_domein_taat_signaleren_morele kwesties aankarten {5,0}

1.1.2.5.5 GV_domein_taat_signaleren_sfeerbewaken instelling {6,0}

1.1.2.5.6 GV_domein_taat_signaleren_ziel organisatie {6,0}

1.1.2.5.7 GV_domein_taat_signaleren_zorgen voor interne dialoog {2,0}

1.1.2.5.8 GV_domein_taat_signaleren_zorgen voor teamspirit {3,0}

1.2 GV_ONTWIKKELINGEN

1.2.0 GV_ontw-bezuiniging {28,2}

1.2.0 GV_ontw_bekostiging GV {10,2}

1.2.0 GV_ontw_conjunctuur {1,0}

1.2.0 GV_ontw_demografie {31,2}

1.2.0 GV_ontw_demografie verpleegtijd {3,0}

1.2.0 GV_ontw_maatschappelijke ontwikkelingen {11,1}

1.2.0 GV_ontw_ontwikkeling van ambt naar professie {16,2}

1.2.0 GV_ontw_ontwikkeling van micro naar meso {2,0}

1.2.0 GV_ontw_tweedeling zorg {3,0}

1.2.0 GV_ontw_veranderingen {1,0}

1.2.0 GV_ontw_ziekenhuis is modern bedrijf {8,0}

2 ROL

2.1 ROL_ROLOPVATTING

2.1.1 ROL_rolopvatting_keuze ambt of professie {45,4}

2.1.2 ROL_ROLOPVATTING_AMBT

2.1.2.1 ROL_rolopvatting_ambt_ambtelijke binding {7,1}

2.1.2.2 ROL_rolopvatting_ambt_geloof/pastoraal {27,1}

2.1.2.3 ROL_rolopvatting_ambt {4,0}

2.1.2.3.1 ROL_rolopvatting_ambt_vrijplaats {5,0}

2.1.3 ROL_ROLOPVATTING_PROFESSIE

2.1.3.1 ROL_rolopvatting_professie_ontwikkeling {6,0}

2.1.3.2 ROL_rolopvatting_professie_professionaliteit/persoonlijke vaardigheden {18,4}

2.1.3.3 ROL_rolopvatting_professie_zorgprofessional {3,0}

2.1.3.4 ROL_rolopvatting_professie_beroepsgeheim {1,0}

2.1.4 ROL_ROLOPVATTING_GEÏNTEGREERD WERKEN

2.1.4.1 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken-positie {4,0}

2.1.4.2 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_MDO EPD {20,2}

2.1.4.3 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_onderdeel team {8,0}

2.1.4.4 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_samenwerken intern {33,8}

2.1.4.5 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_taak meso {6,0}

2.1.4.6 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_terugkoppelen {4,0}

2.1.4.7 ROL_rolopvatting_geïntegreerd werken_zichtbaarheid {15,4}

2.2 ROL_THEORIE

2.2.1 ROL_roltheorie_rol gebruiken {60,8}

2.2.2 ROL_roltheorie_rol kapitaal {42,2}

2.2.3 ROL_roltheorie_rol maken {33,1}

2.2.4. ROL_roltheorie_rol verwachting {64,3}

2.2.4.1 ROL_roltheorie_rol verwachting_ambt {1,0}

2.3 ROL_POSITIE

2.3.1 ROL_positie_positie {34,4}

2.3.2 ROL_positie_imago {30,3}

3 KZ

3.1 KZ_KWALITEIT

3.1.1 KZ_KWALITEIT_ZORG

3.1.1 KZ_kwaliteit_zorg_communicatie {3,0}

3.1.1 KZ_kwaliteit_zorg_Kwaliteit van zorg {27,3}

3.1.2 KZ_KWALITEIT_KOSTEN

3.1.2.1 KZ_kwaliteit_kosten_relatie GV KZ geld {7,0}

3.1.2.2 KZ_kwaliteit_kosten_relatie kwaliteit kosten {5,0}

3.1.2.3 KZ_kwaliteit_kosten_relatie kwaliteit kosten mensen {5,0}

3.1.3. KZ_kwaliteit_je werk goed doen {8,1}

3.2 KZ_ONTW

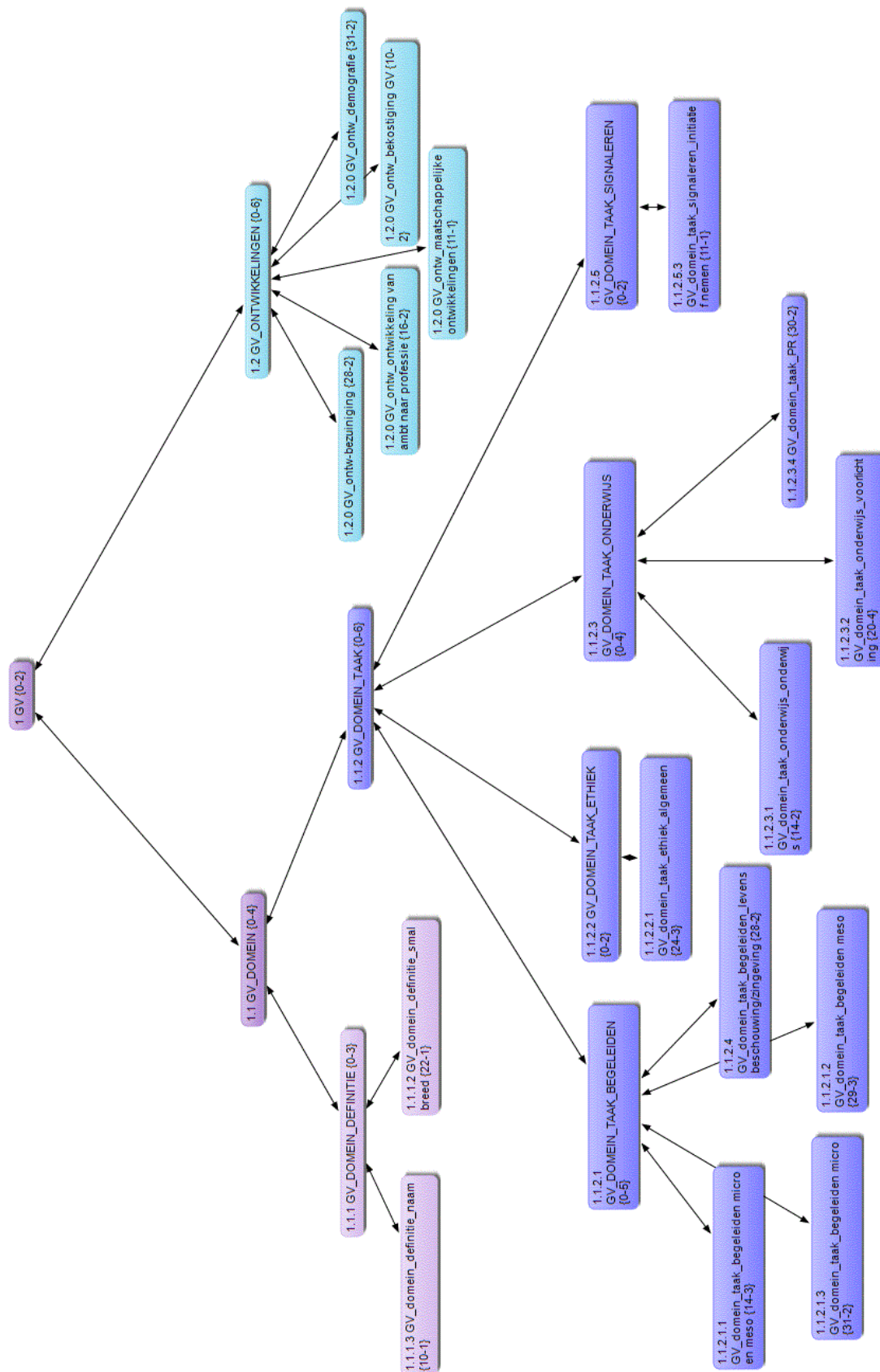
3.2.1 KZ_ONTW_ZORGINHOUELIJK

3.2.1 KZ_ontw_zorginhoudelijk {38,1}

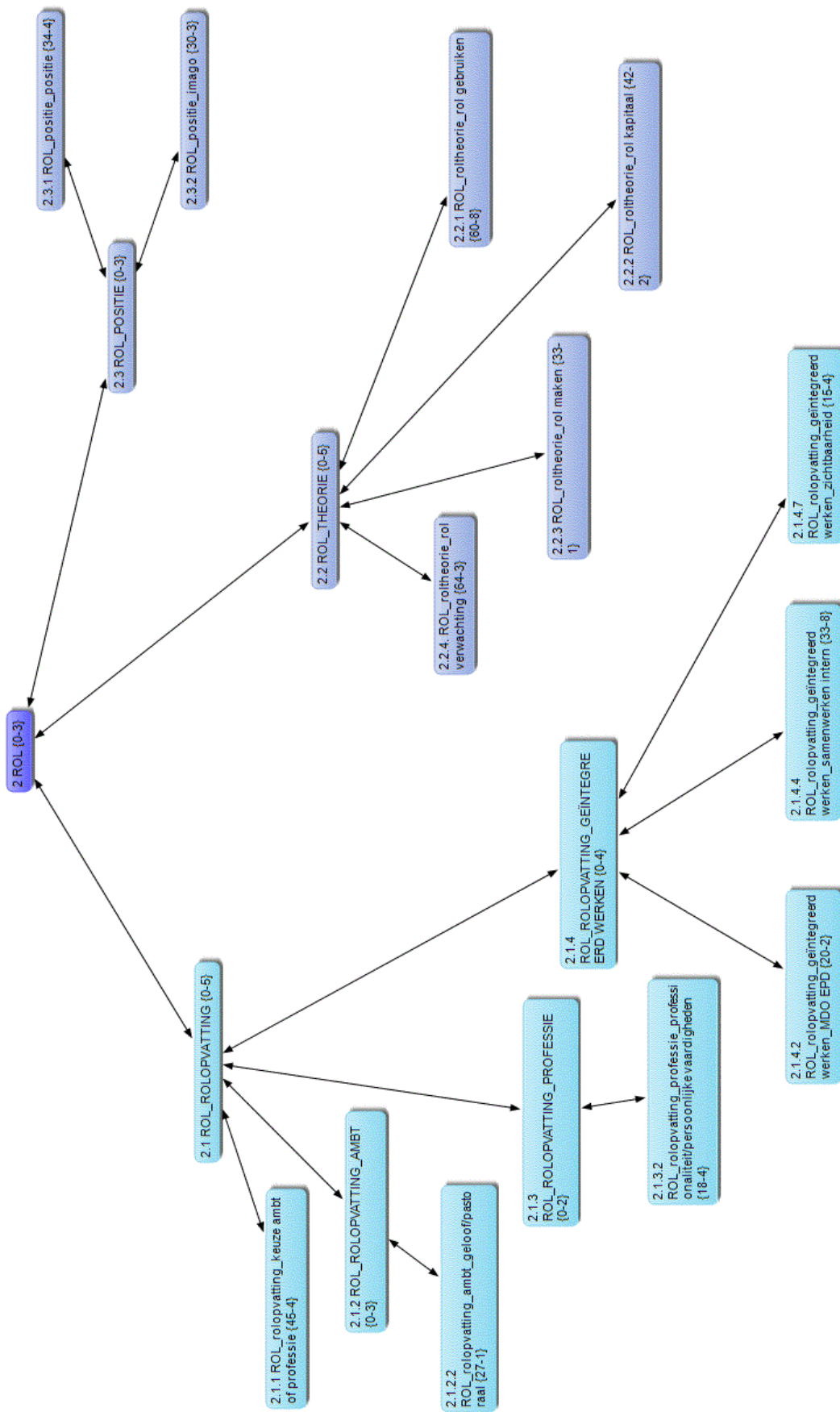
3.2.1.1 KZ_ONTW_ZORGINHOUELIJK_INDICATOREN

- 3.2.1.1 KZ_ontw_zorginhoudelijk_indicatoren {6,0}
- 3.2.2 KZ_ontw_bedrijfskundig {16,1}**
- 3.2.2 KZ_ONTW_BEDRIJFSKUNDIG
- 3.2.2.1 KZ_ONTW_BEDRIJFSKUNDIG_DETERMINANTEN
- 3.2.2.1.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_determinanten_meten kwaliteit van leven {2,0}
- 3.2.2.2 KZ_ONTW_BEDRIJFSKUNDIG_SERVQUAL
- 3.2.2.2.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_imago {3,0}
- 3.2.2.2.1 KZ_ONTW_BEDRIJFSKUNDIG_SERVQUAL_IMAGO
- 3.2.2.2.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_imago_associatie GV met geloof {5,0}
- 3.2.2.2.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_imago_imago/PR (GAP 4) {20,6}**
- 3.2.2.2.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_imago_PR {3,0}
- 3.2.2.2.1 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_zichtbaarheid {11,3}
- 3.2.2.2.5 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_gap 5 {5,0}
- 3.2.2.2.5 KZ_ontw_bedrijfskundig_servqual_verwachting (GAP 5) {13,7}
- 3.2.3 KZ_ONTW_OBJECT
- 3.2.3.0 KZ_ontw_object_perspectief in de zorg {9,0}
- 3.2.3.1 KZ_ontw_object_positieve gezondheid {5,0}
- 3.2.3.2 KZ_ontw_object_kwaliteit van leven {9,0}
- 3.2.3.2 KZ_ontw_object_mens georiënteerde zorg {11,1}
- 3.3 KZ_DOELEN
- 3.3.1 KZ_DOELEN_ORGANISATIE
- 3.3.1 KZ_doelen_organisatie {0,2}
- 3.3.1 KZ_doelen_organisatie_speerpunten ziekenhuis {1,0}
- 3.3.1.1 KZ_doelen_organisatie_kernwaarden {3,0}
- 3.3.2 KZ_DOELEN_GV
- 3.3.2 KZ_doelen_GV {5,0}
- 3.3.2 KZ_ultiem doel GV {4,0}
- 3.3.2.3 KZ_doelen_GV_meso_direct_belang verpleegkundigen {5,0}
- 3.3.2.3 KZ_doelen_GV_meso_direct_relatie GV met medewerkers {14,4}
- 3.3.2.3 KZ_doelen_GV_meso_direct_zingeving medewerkers {2,0}
- 3.3.2.4 KZ-doelen_GV_micro_ultiem_kwaliteit van leven {6,1}
- 3.3.2.4 KZ_doelen_GV_meso_ultiem_loyaliteit {1,0}
- 3.3.2.4 KZ_DOELEN_GV_MESO_ULTIEM
- 3.4 KZ_NUT
- 3.4.1 KZ_nut_toegevoegde waarde {43,2}**
- 3.4.1 KZ_nut_toetsbaarheid {20,3}**
- 3.4.3 KZ_nut_noodzaak GV {2,0}

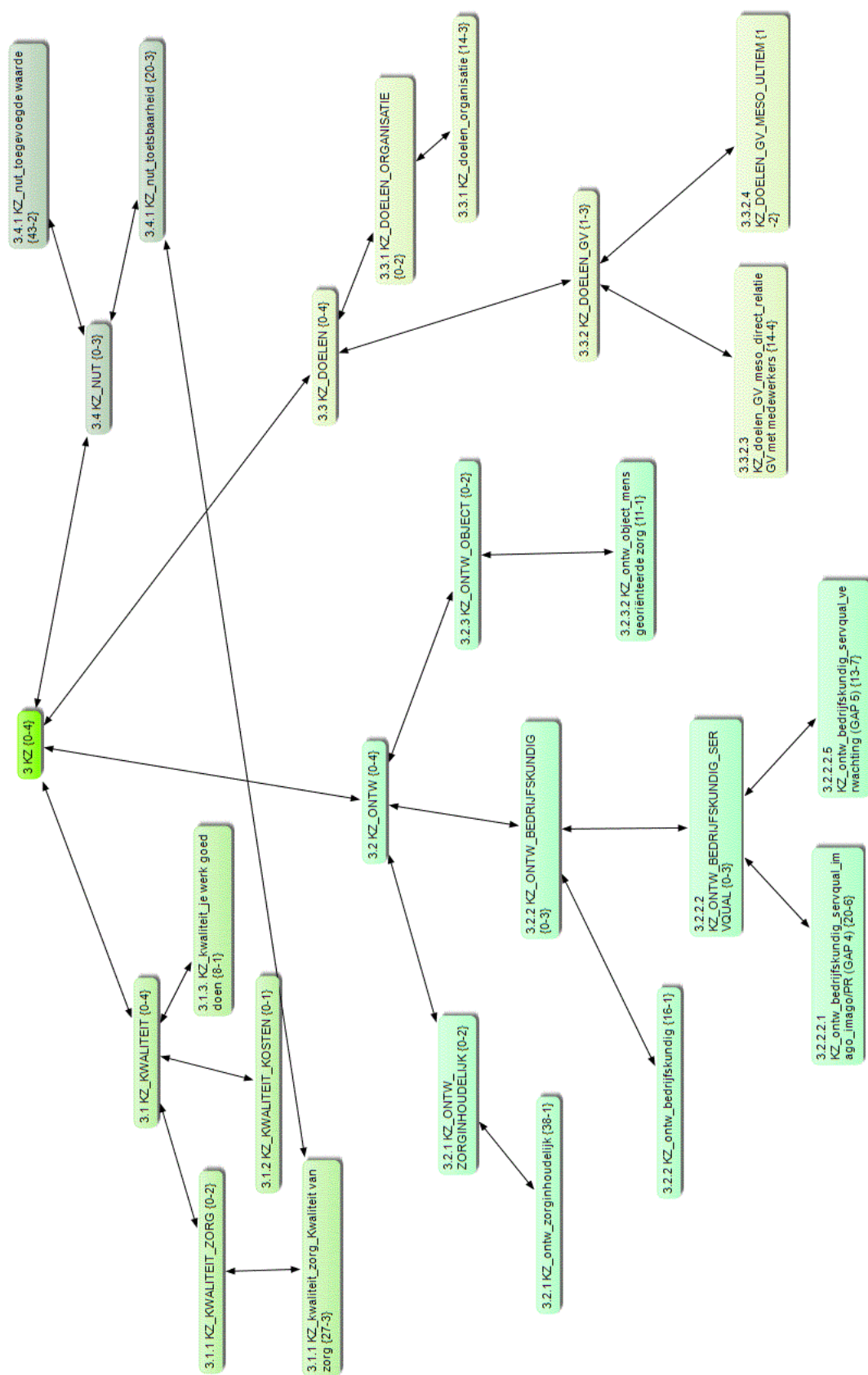
Bijlage 6a codeboom Geestelijke Verzorging



Bijlage 6b Codeboom Rol



Bijlage 6c Codeboom Kwaliteitszorg



Bijlage 6d Netwerkverbindingen tussen geestelijke verzorging, rol en kwaliteitszorg

