

‘Je laat de patiënt toch niet zwemmen’

Wat houdt het werk van de geestelijk verzorger op de polikliniek in en onder welke voorwaarden is poliklinische geestelijke verzorging te realiseren?



Joke Kooijman

Studentnummer: 2053799

Scriptie Master Geestelijke Verzorging

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap

Eerste begeleider: prof. Dr. Hetty Zock

Tweede begeleider: Drs. Femke Stock

Titel voorblad: Citaat geestelijk verzorger

Tietjerk, januari 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	5
1 De opkomst van poliklinische geestelijke verzorging	12
1.1 Ontwikkelingen in het Nederlandse religieuze landschap	12
1.2 Ontwikkelingen in de zorg	14
1.3 Het vak geestelijke verzorging	17
1.4 Poliklinische geestelijke verzorging	22
1.5 Conclusie	26
2 Aanleidingen voor poliklinische geestelijke verzorging	29
2.1 Poliklinische patiënt	29
2.2 Aanleiding voor poliklinische geestelijke verzorging	31
2.3 Conclusie	35
3 Op welke wijze worden mede zorgprofessionals en patiënten geïnformeerd over poliklinische geestelijke verzorging?	37
3.1 Voorlichting aan andere zorgprofessionals op de polikliniek	38
3.2 Voorlichting aan de patiënten	42
3.3 Conclusie	45
4 Poliklinische patiënten en hun verhaal	47
4.1 Verschillende groepen patiënten en hun verhalen	48
4.2 Verschil tussen klinische en poliklinische patiënten	57
4.3 Conclusie	65
5 Invloed poliklinische zorg op het vak geestelijke verzorging	68
5.1 Poliklinische geestelijke verzorging: product of passie?	68
5.2 Invloed van poliklinische contacten	71
5.3 Conclusie	74
6 Conclusies, discussie en aanbevelingen	75
6.1 Conclusies	75

6.2 Discussie	79
6.3 Aanbevelingen	82
Literatuur en internetsites.	84
Bijlagen	89
1 Interview.	
2 Voorbeeld van voorlichting aan verpleegkundigen op een afdeling.	
3 Voorbeeld van voorlichting aan zorgprofessionals en patiënten.	
4 Voorbeeld van tekst over poliklinische geestelijke verzorging op website.	
5 Voorbeeld van tekst dienst geestelijke verzorging op website.	
6 Uitnodiging voor informatieavond over euthanasie.	

Voorwoord

Als eerste wil ik in dit voorwoord de geestelijk verzorgers bedanken voor hun medewerking en de openhartige interviews. Zonder de informatie die zij hebben gegeven had ik dit onderzoek niet kunnen doen en deze scriptie niet kunnen schrijven. Mijn dank gaat dan ook uit naar de diensten geestelijke verzorging van het Martini Ziekenhuis te Groningen, het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven, het Meander Medisch Centrum te Amersfoort, het Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht, Isala klinieken te Zwolle en het HagaZiekenhuis te Den Haag.

Het plaatje van de boot op de voorkant van deze scriptie is bewust uitgezocht. Het bootje met de twee verschillende roeispanten staat symbool voor verschillende zaken. Allereerst is een boot een voorwerp waarmee iemand naar de overkant van een (woelig) water gebracht kan worden. Water heeft een mens nodig om te overleven, maar kan ook desastreus zijn. In dit verhaal staat het (woelige) water symbool voor tegenspoed in iemands leven. De boot staat symbool voor het werk van de geestelijk verzorger. Dit beeld kwam bij mij op nadat een van de geestelijk verzorgers tijdens het interview het volgende zei: ‘je laat een patiënt toch niet zwemmen’. Door een poliklinische patiënt met het bootje geestelijke verzorging naar de overkant te brengen ondersteunt een geestelijk verzorger de patiënt om op een ‘prettige’ manier aan de overkant te komen, wat die overkant ook inhoudt. Het bootje heeft twee verschillende roeispanten: dat verschil staat symbool voor de verschillende werkwijzen die de geestelijk verzorgers hanteren in het benaderen van het poliklinische werk.

Daarnaast staan het bootje en de spanen ook symbool voor alle ondersteuning die ik mocht ontvangen tijdens het schrijven van deze scriptie. Allereerst staat het bootje symbool voor alle informatie die ik heb gekregen van de geïnterviewde geestelijk verzorgers; het was een grote ondersteuning bij het schrijven van deze scriptie. Ten tweede staat het bootje symbool voor de begeleiding die ik mocht ontvangen van mijn begeleiders Femke Stock en Hetty Zock; beiden met hun eigen spaan gaven mij ondersteuning bij het schrijven van deze scriptie, beiden dank daarvoor.

Het bootje en de verschillende spanen staan ook symbool voor het onderzoek en schrijfproces van deze scriptie. Het schrijven van een scriptie kent verschillende fases en leermomenten, je roeit steeds door naar een volgende fase.

Tijdens het schrijven ben ik op aanraden van Femke met een andere spaan gaan roeien; die hield in dat ik meer analyserend moest gaan schrijven. Het kostte mij de nodige inspanning om met die spaan vooruit te komen. In het begin van het onderzoek en schrijfproces was de boot nog aardig leeg, maar aan het eind van het proces is de boot zwaar beladen en gaat het roeien niet meer zo gemakkelijk. Tevens bevindt het bootje zich af en toe eenzaam op een grote plas; het komt er dan op aan om door te roeien. Dat is gelukt, vandaar dat de scriptieboot nu het anker uit kan gooien.

Als laatste, maar zeker niet het minst belangrijk, staat het bootje symbool voor de ondersteuning die ik tijdens van het schrijven van deze scriptie heb gekregen van mijn man Roeland. Naast allerlei huishoudelijke taken die hij de afgelopen acht maanden van mij heeft overgenomen, moest hij het ook stellen met een vrouw die letterlijk en figuurlijk nogal eens afwezig was door de scriptie. Verder was hij altijd bereid om even mee te denken; zonder zijn hulp was deze scriptie nog niet af. Daarvoor mijn grote dank.

Januari 2014

Joke Kooijman

Inleiding

Het idee voor deze scriptie ontstond tijdens mijn masterstage voor de opleiding geestelijke verzorging in een ziekenhuis. Tijdens deze stage had ik, op verzoek van de verpleegkundige, kennis gemaakt met Piet. Piet was op zaterdagavond opgenomen in het ziekenhuis met pijnklachten, zondagmiddag kreeg hij van de arts te horen dat er nog verder onderzoek noodzakelijk was, maar dat de vooruitzichten niet goed waren. Piet mocht op woensdag weer met ontslag naar huis, verder onderzoek zou via de polikliniek plaatsvinden. Voordat Piet naar huis ging, stelde hij de volgende vraag: als ik voor controle of onderzoek naar het ziekenhuis kom, kan ik dan ook een afspraak met jou maken? Echter, omdat in het betreffende ziekenhuis geen poliklinische geestelijke verzorging aangeboden wordt was dat niet mogelijk.¹

Voor het vak Geestelijke Verzorging hadden we een gastcollege in het Martini Ziekenhuis te Groningen. Tijdens dit gastcollege werd ons verteld dat in het Martini Ziekenhuis poliklinische patiënten een beroep kunnen doen op de geestelijk verzorgers. Door bovengenoemde stage-ervaring kwam bij mij de vraag op: wat zijn de werkzaamheden van de geestelijk verzorger op de polikliniek en welke voorwaarden zijn nodig om geestelijke verzorging op de polikliniek te realiseren? Vervolgens ben ik verschillende websites van ziekenhuizen gaan bekijken, en heb daarbij vooral gekeken naar de presentatie van de dienst Geestelijke Verzorging en of melding gemaakt wordt van de mogelijkheid voor poliklinische geestelijke verzorging. Dan blijkt dat in sommige ziekenhuizen wel de mogelijkheid bestaat om poliklinisch een afspraak te maken; in andere ziekenhuizen wordt er op de website niet over bericht. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat er tussen de verschillende ziekenhuizen ongelijkheid bestaat in de begeleiding van patiënten wat betreft poliklinische geestelijke verzorging. Dit gegeven riep de nodige vragen bij mij op over poliklinische geestelijke verzorging.

Vervolgens ben ik in de literatuur gaan zoeken naar mogelijke oorzaken van deze verschillende benaderingen van poliklinische patiënten door de diensten geestelijke verzorging. Uit de literatuur blijkt dat in de afgelopen decennia de inhoud van het werk en de positie van de geestelijk verzorger zijn veranderd. De

¹ De naam Piet is een pseudoniem.

achtergronden waardoor het werk en de positie van de geestelijk verzorger zijn veranderd, worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 1 van deze scriptie. In het kort heeft het te maken met de ontwikkelingen op het gebied van de samenleving, zoals de secularisering, de ontwikkelingen in de zorg (bijvoorbeeld de technische vooruitgang en de transmuralisering van de zorg), maar ook de financiële keuzes die een ziekenhuis of de regering maakt. Dit zijn onderwerpen waarop een dienst geestelijke verzorging niet veel invloed kan uitoefenen.²

Naast de ontwikkelingen waar de geestelijk verzorgers geen invloed op kunnen uitoefenen, maken ze zelf ook keuzes in hun werkzaamheden. Naast het bieden van geestelijke verzorging aan de patiënten in het ziekenhuis zijn sommige diensten zich gaan toeleggen op andere taken. Die taken komen onder andere voort uit overleg of samenwerking met andere disciplines, bijvoorbeeld het voorzitten van een moreel beraad of het poliklinisch volgen van palliatieve patiënten. Het uitvoeren van deze taken heeft deels te maken met meer zichtbaar willen zijn binnen de organisatie; deels met de interesses van de geestelijk verzorgers zelf; en deels met een verschuiving van zorgtaken. Zo komen door de technische vooruitgang bij patiënten en behandelaars meer ethische vragen naar voren, maar door die zelfde technische vooruitgang liggen de patiënten korter in het ziekenhuis en krijgen ze een uitslag of behandeling steeds vaker op de polikliniek. Maar de mogelijkheid van geestelijke verzorging voor een poliklinische patiënt is niet, zoals het voor een klinische patiënt is geregeld, wettelijk vastgelegd.

In de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) is geestelijke verzorging voor een klinische patiënt (intramurale patiënt) wettelijk geregeld. In deze wet staat in artikel 3: ‘Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging

² Zie voor meer achtergrondinformatie over secularisering en transmuralisering: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.) *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* (1^e druk; Amsterdam 2006) en J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998).

http://www.rvz.net/uploads/docs/Redesign_van_het_zorgproces_achtergrond.pdf, 26 maart 2013, Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ –advies Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief, Zoetermeer december 1998.

van de patiënten of cliënten'.³ Hieruit blijkt dat een klinische patiënt aanspraak kan maken op geestelijke verzorging. Maar het gevolg van de veranderingen die de afgelopen decennia hebben plaatsgevonden in de zorg is dat de zorg voor de patiënt verschuift naar polikliniek, dagbehandeling en thuissituatie. Daarbij komt dat de geestelijk verzorger door de kortere opnameduur minder tijd heeft om de patiënt in de klinische setting te bezoeken en te begeleiden. Dit komt overeen met een van de conclusies uit het onderzoek dat in 1998 is gedaan door het Trimbos-instituut, waarin staat dat door de verkorting van de opnameduur vooral voor chirurgische patiënten de kans klein is dat die bezocht worden door de geestelijke verzorger.⁴ Deze veranderingen in de zorg hebben er in geresulteerd dat sommige teams geestelijke verzorging meer aandacht zijn gaan besteden aan poliklinische geestelijke verzorging.

Het aanbieden van poliklinische begeleiding door een dienst geestelijke verzorging is van recente datum. Deze vorm van zorg is niet vastgelegd in de Kwaliteitswet. Wel staat in de beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers van de Vereniging voor Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ) het volgende: 'Binnen alle werkvelden van de gezondheidszorg is er naast de klinische zorg ook sprake van zorg vanuit de instelling: op de polikliniek, periklinisch, trans- of extramuraal en bij deconcentratie van de instelling. Principieel is er geen onderscheid tussen zorg in de instelling of vanuit de zorginstelling'.⁵ Dit betekent dat in de beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers geen belemmeringen zijn opgenomen voor het aanbieden van geestelijke verzorging aan poliklinische patiënten. Tevens betekent het dat, op basis van de beroepsstandaard, poliklinische geestelijke verzorging een onderdeel is van de taken die een geestelijk verzorger kan uitvoeren.

Om enig inzicht te krijgen in de werkzaamheden van de geestelijk verzorger op de polikliniek en welke voorwaarden nodig zijn om geestelijke verzorging op de polikliniek te realiseren, heb ik een praktijkonderzoek (PO) verricht onder de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ-

³ http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_17-09-2012#HoofdstukII_Artikel3.

⁴ D. van der Loo, L. Jabaaij en I. Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998) 57-58.

⁵ Beroepsstandaard van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in zorginstellingen (VGVZ 2002) 12.

ziekenhuizen) waar poliklinische geestelijke verzorging wordt aangeboden. Ik wilde graag meer te weten komen over wat de aanleiding was voor een dienst geestelijke verzorging om poliklinische begeleiding van patiënten aan te bieden. Ook wilde ik weten wat de mogelijke gevolgen zijn voor de dienst geestelijke verzorging: bijvoorbeeld of het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging meer formatie heeft opgeleverd. Zo niet: waar halen de geestelijk verzorgers dan de tijd vandaan om de mensen die de poli bezoeken te begeleiden? Maar ook: welke patiënten maken gebruik van de polikliniek geestelijke verzorging en is er inzicht in de waardering van de patiënten voor deze vorm van zorg? Ik heb een inventariserend onderzoek verricht om meer inzicht te krijgen in de praktijk van de geestelijk verzorger op de polikliniek, om uiteindelijk de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Wat houdt het werk van de geestelijk verzorger op de polikliniek in en onder welke voorwaarden is poliklinische geestelijke verzorging te realiseren?

Deelvragen

- Wat is de aanleiding voor het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging?
- Op welke wijze worden mede zorgprofessionals en patiënten geïnformeerd over geestelijke verzorging op de polikliniek?
- Welke patiënten doen een beroep op poliklinische geestelijke verzorging en is er een verschil tussen de gesprekken met een klinische en een poliklinische patiënt?
- Wat is de invloed van het poliklinisch werken op het vak geestelijke verzorging?

Doelstelling

Met het onderzoek en het schrijven van deze scriptie hoop ik enig inzicht te krijgen hoe geestelijk verzorgers die poliklinische geestelijke verzorging aanbieden dit in de praktijk realiseren. Op basis van de informatie die de interviews hebben opgeleverd, is een overzicht gemaakt van de (on)mogelijkheden van poliklinische geestelijke verzorging. Ik beoog met dit onderzoek een (kleine) praktische bijdrage te kunnen leveren aan het werkveld.

Afbakening

Dit onderzoek is gedaan onder zes ziekenhuizen die vallen onder de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Bij deze vereniging zijn 28 ziekenhuizen aangesloten die samenwerken aan hooggespecialiseerde zorg.⁶ Op de website van de STZ staat onder missie het volgende: ‘Kern van de samenwerking zijn de opleidingen binnen het hele zorgcontinuüm in samenhang met topklinische en toppreferente zorg, toegepast wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Daarnaast hebben STZ-ziekenhuizen een regionale verantwoordelijkheid <http://www.stz.nl/pagina/42-regionale-verantwoordelijkheid.html> en rol door hun raakvlak met umc’s en andere algemene ziekenhuizen’.⁷ De keuze voor de STZ-ziekenhuizen heeft de volgende achtergronden: deze ziekenhuizen zijn met elkaar vergelijkbaar en ik liep stage in een van de STZ-ziekenhuizen. In dit onderzoek is niet gekeken naar de mate van haalbaarheid van poliklinische geestelijke verzorging voor de betreffende diensten geestelijke verzorging.

Methode

Voor de opzet van het PO is gebruik gemaakt van een boek van Ferdi Migchelbrink.⁸ Uitgangspunt van het PO was om inzicht te krijgen wat geestelijk verzorgers voor werkzaamheden verrichten op de polikliniek en welke voorwaarden nodig zijn om geestelijke verzorging op de polikliniek te realiseren. Om dit te onderzoeken heb ik gekozen voor een kwalitatief onderzoek onder geestelijk verzorgers die werkzaam zijn op de polikliniek, in de vorm van het afnemen van interviews. De keuze voor een kwalitatief onderzoek komt voort uit de onderzoeksvraag: ik wilde inventariseren wat de geestelijk verzorgers doen op de polikliniek. Het inventariseren van de werkzaamheden kan op verschillende manieren plaatsvinden, bijvoorbeeld door het bestuderen van jaarverslagen e.d. Dat was misschien wel mogelijk geweest, maar bepaalde onderdelen van mijn onderzoek zijn niet uit een verslag te halen, bijvoorbeeld de motivatie van de

⁶ <http://www.stz.nl/> 1 oktober 10.40 uur.

⁷ <http://www.stz.nl/pagina/15-missie.html> 1 oktober 10.50 uur.

⁸ Ferdi Migchelbrink, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (5^{de} druk; Amsterdam 2000).

teams om poliklinische geestelijke verzorging aan te bieden. Daarvoor was het noodzakelijk om hen aan het woord te laten.⁹

Het selecteren van de ziekenhuizen waar de interviews hebben plaats gevonden, is gebeurd aan de hand van de presentatie van de dienst geestelijke verzorging op de website van de ziekenhuizen. Ik heb hierbij gelet op het aanbod van poliklinische geestelijke verzorging op de website en de digitale folder(s) van de diensten geestelijke verzorging. Wanneer er op de website of in de digitale folders poliklinische geestelijke verzorging werd aangeboden was dat voor mij een aanleiding om deze dienst geestelijke verzorging te benaderen met het verzoek mee te willen werken aan dit onderzoek. Dat kan betekenen dat een ziekenhuis dat wel poliklinische geestelijke verzorging aanbiedt, maar dit nog niet op de website heeft staan, niet is benaderd. Bij twee ziekenhuizen stond poliklinische geestelijke verzorging wel op de website vermeld, maar begeleiden de geestelijk verzorgers geen poliklinische patiënten.

Ik heb de zes diensten geestelijke verzorging van deze ziekenhuizen in eerste instantie telefonisch benaderd met de vraag of ze aan een onderzoek in de vorm van een interview naar poliklinische geestelijke verzorging wilden meewerken. Vervolgens heb ik ze een brief gestuurd met informatie over mijn onderzoek en over de wijze waarop de interviews gebruikt zouden gaan worden. De afspraak betreffende het gebruik van de interviews is dat deze anoniem verwerkt zouden worden. Alle teams waren bereid om mee te werken.

Voor de opzet van het interview is gebruik gemaakt van een boek van Ben Emans.¹⁰ Het interview bestond grotendeels uit open vragen, het aantal gesloten vragen was klein. De vragen van het interview zijn opgenomen in bijlage 1. Voor open vragen is gekozen omdat de geïnterviewde geestelijk verzorgers op die wijze alle ruimte kregen om de vragen te beantwoorden. Nadeel hiervan is dat niet alle informatie die de interviews opleverden te verwerken was in deze scriptie.¹¹ De interviews duurden gemiddeld 1,5 uur en zijn opgenomen.¹² Opname van de interviews had als voordeel dat ik me tijdens het interview kon richten op de

⁹ Ferdi Migchelbrink, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (5^{de} druk; Amsterdam 2000) 27-45.

¹⁰ Ben Emans, *Interviewen. Theorie, techniek en training* (4^{de} druk; Groningen 2002).

¹¹ Ibidem, 133.

¹² Ibidem, 25.

inhoud van wat er gezegd werd. Ik kon tijdens het interview volstaan met af en toe een steekwoord op te schrijven. Een ander voordeel van het opnemen kwam naar voren tijdens het uitwerken. Af en toe kon ik een deel van het gesprek terugluisteren om een uitspraak te kunnen citeren of om de kern van de boodschap goed te interpreteren.

De zes geestelijk verzorgers die meewerkten aan dit onderzoek waren allen al vele jaren in het beroep werkzaam en hadden allemaal ervaring met poliklinische patiënten. De reacties van de geestelijk verzorgers op de interviews waren positief. Wel gaf de eerste geïnterviewde geestelijk verzorger aan het eind van het interview als aandachtspunt dat hij de vragen van het interview graag vooraf had gezien. Dat heeft erin geresulteerd dat ik de vragen vooraf naar de andere geestelijk verzorgers heb verzonden; ik heb het aan hen gelaten of ze die vooraf wilden inkijken.

Uitwerking

De interviews heb ik allemaal nog een keer teruggeluisterd om per onderdeel aantekeningen te maken. Deze aantekeningen zijn gebruikt voor het schrijven van de verschillende hoofdstukken. Bij het schrijven heb ik af en toe delen van het interview nogmaals teruggeluisterd, soms voor citaten, soms om de juiste context waarin of toon waarop een opmerking was geplaatst terug te halen.

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. Op basis van literatuur wordt in hoofdstuk 1 een korte beschrijving gegeven van de veranderingen die zich hebben voorgedaan in de Nederlandse maatschappij en in de zorg, die van invloed zijn (geweest) voor het vak geestelijke verzorging. De inhoud van de hoofdstukken 2 tot en met 5 is vooral gebaseerd op de informatie die verkregen is via de interviews. In hoofdstuk 6 worden conclusies getrokken op basis van dit onderzoek en aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 1. De opkomst van poliklinische geestelijke verzorging

Inleiding

Ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden in Nederland, op religieus gebied en binnen de zorg, hebben het vak geestelijke verzorging in een ziekenhuissetting in de laatste decennia veranderd. Om enig zicht te krijgen op de invloed van de veranderingen die hebben plaatsgevonden op religieus gebied en de zorg voor het vak geestelijke verzorging, bevat dit hoofdstuk eerst een overzicht, op basis van literatuur, van de ontwikkelingen in het religieuze landschap en de veranderingen die in de zorg hebben plaatsgevonden. Die veranderingen hebben ertoe geleid dat er in de loop der jaren zeer uiteenlopende visies en zodoende werkwijzen zijn ontstaan binnen het vak geestelijke verzorging.¹³ Dat de context van invloed is op de wijze waarop het vak geestelijke verzorging wordt vormgegeven, blijkt wanneer men het vak van de Nederlandse geestelijke verzorger vergelijkt met die uit Amerika. Aan de hand van twee casussen zullen een aantal verschillen tussen de Amerikaanse en Nederlandse geestelijk verzorging duidelijk worden. De nadruk in dit hoofdstuk ligt vooral op de onderwerpen die invloed hebben op poliklinische geestelijke verzorging.

1.1 Ontwikkelingen in het Nederlandse religieuze landschap

In de afgelopen vijftig jaar is het Nederlandse religieuze landschap veranderd, onder meer door de leegloop van de bestaande kerkelijke genootschappen en de komst van immigranten. Uit onderzoek dat in 2006 is uitgevoerd door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) naar Geloven in het publieke domein, komt naar voren dat mensen zich minder verbonden voelen met een kerk en dat het kerkbezoek is afgenomen. Ook blijkt daaruit dat in Nederland vele andere alternatieve ideologieën en levensvisies zijn.¹⁴ De godsdienstsocioloog Hijme Stoffels heeft in 2004 onderzoek gedaan naar bijbelbezit en bijbelgebruik in Nederland. Hij komt tot de conclusie dat ‘De

¹³ Hetty Zock, De geestelijk verzorger in beeld, tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8 (34) 15-23.

¹⁴ http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-verkenningen/Geloven_in_het_publieke_domein.pdf 163.

kerkelijke betrokkenheid onder de Nederlandse bevolking scherp is gedaald'.¹⁵ Anderzijds schrijven de onderzoekers in het WRR-rapport: 'Veel Nederlanders zijn dan wel niet meer zo geïnteresseerd in zuilen, vaak lijken ze wel op zoek naar fundamenten. De mogelijkheden van individuen om naar hun persoonlijke smaak te winkelen in de divine supermarket zijn de afgelopen halve eeuw enorm toegenomen'.¹⁶ Stoffels komt in zijn onderzoek tot een soortgelijke conclusie:

Nederlanders schuiven op naar een diffuse vorm van geloven -dat komt in dit onderzoek heel sterk naar voren. Ze willen zich niet binden aan een kerk, maar ze hebben ook geen seculiere levensvisie. Dat is het rare van Nederland op dit moment. Twee derde bevindt zich ergens op die grote, vrijzwevende markt. Daar kun je in van alles geloven: wonderen, engelen, geesten, graancirkels, paranormale verschijnselen, dat de dingen geen toeval zijn.¹⁷

En Jongsma – Tieleman komt tot de conclusie dat in onze gesecculariseerde en geïndividualiseerde samenleving de geestelijk verzorger niet meer een 'standaardcliënt' kan verwachten aan wie men een 'standaardoplossing' kan aanbieden.¹⁸ Jongsma gaat er onder meer van uit dat er zingevingsvragen kunnen opkomen bij mensen die te maken krijgen met ziekte of dood.¹⁹ Het vinden van een antwoord op deze zingevingsvragen is afhankelijk van de levensbeschouwelijke achtergrond of het zingevingssysteem van de patiënt.²⁰ Dat betekent dat de geestelijk verzorger op de hoogte moet zijn van de verschillende levensbeschouwingen of zingevingssystemen die nu bestaan in Nederland.²¹

Uit bovenstaande blijkt dat het religieuze landschap in Nederland is veranderd en dat minder mensen een band hebben met een religieuze organisatie. Een gevolg hiervan is dat minder mensen terug kunnen of willen vallen op pastorale zorg die vanuit zo'n (religieuze) organisatie wordt geboden. Hierdoor neemt de mogelijkheid om een patiënt na diens ziekenhuisverblijf door te

¹⁵ Hijme Stoffels, Gods woord heeft steeds minder lezers, Trouw.

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1725900/2004/10/21/Gods-Woord-heeft-steeds-minder-lezers.dhtml>.

¹⁶ http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-verkenningen/Geloven_in_het_publice_domein.pdf, 163.

¹⁷ Hijme Stoffels, Gods woord heeft steeds minder lezers, Trouw.

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1725900/2004/10/21/Gods-Woord-heeft-steeds-minder-lezers.dhtml>.

¹⁸ J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998) 46.

¹⁹ Ibidem, 40.

²⁰ Ibidem, 43.

²¹ Ibidem, 46.

verwijzen na hun eigen religieus/levensbeschouwelijk begeleider af. Daardoor komt het vaker voor dat een geestelijk verzorger een patiënt poliklinisch blijft begeleiden. Hierdoor is onder meer een discussie ontstaan over de professie van de geestelijk verzorger. Dat komt tot uitdrukking in de discussie die gaande is onder de geestelijk verzorgers over de vraag in hoeverre een geestelijk verzorger ambtelijk gebonden moet zijn. De ambtelijke binding staat voor het gezonden zijn door een religieus of levensbeschouwelijk genootschap.²² Verderop zal worden ingegaan op de discussie ambtelijke binding versus de professionalisering van het vak van geestelijk verzorger.

1.2 Ontwikkelingen in de zorg

In de zorgsector hebben de afgelopen decennia eveneens vele ontwikkelingen plaatsgevonden die van invloed zijn geweest op het vak van geestelijk verzorger. In deze paragraaf zal eerst kort stil worden gestaan bij de geschiedenis van de ziekenhuiszorg en dan met name bij de positie en de rol van de geestelijk verzorger in het verleden. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de verandering van de positie van de geestelijk verzorger in het ziekenhuis, met als gevolg het ontstaan van de Vereniging voor Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ). De positie van de geestelijk verzorger is verder veranderd doordat de zorg nu anders wordt georganiseerd dan in het verleden.

In het verleden werd de ziekenhuiszorg voor de patiënt, behalve door de algemene ziekenhuizen (niet-confessionele ziekenhuizen), veelal georganiseerd vanuit verschillende kerkelijke denominaties (confessionele ziekenhuizen).²³ Vanuit deze kerkelijke denominaties, vooral van protestantse en katholieke huize, hadden de ziekenhuispredikanten of pastors een vanzelfsprekende plaats.²⁴ Deze geestelijken hadden vooral als taak het omzien naar en onderwijzen van de medewerkers; in bijzondere situaties was er zorg voor de patiënt. In de jaren zeventig van de vorige eeuw is hier verandering in gekomen doordat de protestantse en katholieke ziekenhuizen gingen fuseren en er moderne ziekenhuizen ontstonden zoals we die nu kennen. Door deze ontwikkeling ging

²² Jaap Doolaard e.a., *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2006) 132.

²³ J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998) 32.

²⁴ *Ibidem*, 31.

men nadenken over het vak van de geestelijken in het ziekenhuis. Dat heeft erin geresulteerd dat het vak geestelijke verzorging als een zelfstandige discipline werd erkend binnen de ziekenhuiszorg en er ontstonden in zowel confessionele als niet-confessionele ziekenhuizen ‘Diensten Geestelijke Verzorging’. De geestelijk verzorger werd vanaf toen ook betaald door het ziekenhuis.²⁵

Een andere ontwikkeling in de zorg is dat er sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw vragen rezen over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in de toekomst. In 1987 kwam de ‘Commissie Dekker’ met het advies voor meer marktwerking in de zorg. En dat is volgens Rebel e.a. ‘het begin geweest van een omwenteling in de zorgsector die zijn weerga niet kent’.²⁶ Een van de gevolgen van het marktdenken binnen de zorg is het werken op basis van evidence-based medicine. Offringa e.a. geven de volgende definitie van evidence-based medicine:

Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based medicine impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol.²⁷

De bedoeling van deze benadering is om onnodige behandelingen te voorkomen, wat enerzijds de zorg voor de patiënt kan verbeteren, en anderzijds kostenbesparend kan werken. Dat heeft in de zorg geleid tot het maken van standaarden en protocollen, het ontwikkelen van een verrichtingenstructuur Diagnose Behandel Combinatie (DBC) om zo de juiste zorg te verlenen. Volgens Van Schrojenstein Lantman is daarom binnen de zorg steeds meer aandacht gekomen voor het denken in patiëntenstromen.²⁸ Deze ontwikkeling is nog steeds gaande en is niet alleen van toepassing op de patiënt die in het ziekenhuis ligt, maar ook op de poliklinische patiënten.

Naast bovengenoemde ontwikkelingen in de zorg veranderde ook de organisatiestructuur van ziekenhuizen. De geestelijk verzorger had in het verleden zoals Lantman beschrijft ‘een positie in de directe nabijheid van de Directie/Raad

²⁵ J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998) 32.

²⁶ Ibidem, 22.

²⁷ Martin Offringa (red), R.J.P.M. Scholten en Willem Jan Jozef Assendelft, *Inleiding evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (3^{de} druk, Houten 2008) 22.

²⁸ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 28 – 29.

van Bestuur'. Door de structuurveranderingen zijn de geestelijk verzorgers volgens Lantman soms verder af komen te staan van de bestuurslagen van het ziekenhuis.²⁹ De dienst geestelijke verzorging is nu vaak ondergebracht in een groter geheel met andere disciplines. Dat kan voor de geestelijk verzorgers betekenen dat ze minder zichtbaar zijn zowel voor andere zorgprofessionals als voor de directie van een ziekenhuis. Een ander gevolg van deze herstructurering is volgens Lantman dat 'er in de toegang tot de patiënt onmiskenbare verandering is opgetreden'.³⁰ Was in het verleden de hoofdverpleegkundige het aanspreekpunt voor de geestelijk verzorger, in de huidige situatie zijn de verpleegkundigen het aanspreekpunt omdat zij verantwoordelijk zijn voor de zorg rondom de patiënt. Dat betekent dat de geestelijk verzorger in contact moet treden met vele verpleegkundigen om informatie te verzamelen in plaats van met één afdelingshoofd.

In de lijn van alle veranderingen die in de zorg plaatsvonden, werd in 1996 de Kwaliteitswet zorginstellingen ingevoerd, waarin onder meer het werk van de geestelijk verzorger wettelijk is geregeld.³¹ In deze wet gaat het om geestelijke verzorging van intramurale patiënten, dat zijn patiënten die in het ziekenhuis verblijven.³² De zorg voor een patiënt die niet in een zorginstelling verblijft maar in de thuissituatie van eerstelijns zorgverleners zorg ontvangt, wordt extramurale zorg genoemd.³³ Een van de veranderingen binnen de zorg die de afgelopen decennia zijn ingezet, is de transmuralisering van de zorg. Transmuralisering betekent dat er zorg in de thuissituatie wordt geboden door zowel eerste- als tweedelijns hulpverleners. Dus medewerkers uit het ziekenhuis, bijvoorbeeld specialisten of verpleegkundigen, gaan over de muren van het ziekenhuis heen, om zorg in de thuissituatie te bieden. In deze situatie kan het zijn dat zorgverleners uit de intramurale en extramurale zorg samenwerken.³⁴ Ten slotte is er nog de groep van patiënten die semimuraal zorg ontvangen, dit zijn patiënten die in de thuissituatie verblijven maar voor een deel van de dag naar een instelling

²⁹ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 21.

³⁰ Ibidem, 22.

³¹ http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_17-09-2012#HoofdstukII_Artikel3.

³² Wupke Boog, Jan de Jong, J.A.M. Kerstens en Cees Salentijn, *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2^{de} druk; Houten 2002) 26.

³³ Idem, 26.

³⁴ Idem, 26.

gaan voor een behandeling.³⁵ De poliklinische patiënt valt onder semimurale of transmurale zorg. De Roy e.a. deden in 1997 onderzoek naar het beroep van de geestelijk verzorger, zij schrijven over de toekomst van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg het volgende: ‘Punt van zorg is vooral de extramuralisering die een herbezinning vraagt van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg. Onduidelijk is vooral hoe de functie van geestelijke verzorging in een transmurale gezondheidszorg vorm en inhoud moet krijgen’.³⁶

Dat deze vormen van zorg konden ontstaan komt mede door de technische vooruitgang. Door die vooruitgang ligt de patiënt steeds korter in het ziekenhuis en worden meer onderzoeken en behandelingen poliklinisch uitgevoerd.³⁷ Een kortere opnameduur van patiënten betekent ook dat de geestelijk verzorger minder tijd heeft om de patiënt intramuraal te bezoeken en te begeleiden.³⁸ Verschuiving van onderzoeken en behandeling heeft ook tot gevolg dat de zorg voor de patiënt verschuift naar polikliniek, dagbehandeling en thuissituatie. Dat heeft er onder andere toe geleid dat er vraag kwam naar poliklinische geestelijke verzorging.³⁹

1.3 Het vak geestelijke verzorging

Over de praktische invulling van het vak geestelijke verzorging bestaan grote verschillen van inzicht. Zock schrijft daarover: ‘De discussies over de theoretische onderbouwing van het vak hebben vaak het karakter van een ideologische strijd. Het gaat om mens- en wereldvisie, religieuze overtuigingen, het belang dat men hecht aan ambtelijke binding en hoe men de positie van geestelijk verzorger in een instelling ziet – als lid van een zorgteam of als kritische luis in de pels’.⁴⁰ Dit citaat geeft beknopt weer dat de veranderingen in de organisatie van de zorg, en de verschillende reacties hierop van de teams geestelijk verzorgers in de diverse instellingen, ertoe hebben geleid dat in de loop der jaren er zeer uiteenlopende

³⁵ Wupke Boog, Jan de Jong, J.A.M. Kerstens en Cees Salentijn, *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2^{de} druk; Houten 2002) 26.

³⁶ A de Roy e.a., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut; Utrecht 1997) 180.

³⁷ D. van der Loo, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998).

³⁸ Ibidem, 57-58.

³⁹ H.J.Veltkamp, ‘Fijn dat u belt...!’ Periklinische geestelijke verzorging tussen vraag en aanbod’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4 (20) 26.

⁴⁰ Hetty Zock, De geestelijk verzorger in beeld, tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8 (34) 16.

visies en zodoende werkwijzen zijn ontstaan binnen de geestelijke verzorging. In het kader van deze scriptie kunnen niet alle ontwikkelingen uitgewerkt worden. De nadruk ligt vooral op de onderwerpen die invloed hebben op poliklinische geestelijk verzorging. In deze paragraaf komt eerst het ontstaan van de beroepsverenigingen aan bod met de discussie over de ambtelijke binding. Daarna zal kort worden stilgestaan bij de discussie over de professionalisering van het vak, en een onderwerp dat hiermee samenhangt: het werken met standaarden door de geestelijk verzorger.

De veranderingen in de zorg en in het religieuze landschap hebben ertoe geleid dat de geestelijk verzorger een professional in de ziekenhuiszorg werd. Dat bracht met zich mee dat er gesproken ging worden over profilering, professionalisering en kwalificering van het beroep van de geestelijk verzorger binnen de gezondheidszorg.⁴¹ Daarom werd in 1971 de Vereniging van Geestelijke Verzoekers in Zorginstellingen (VGVZ) opgericht. De VGVZ heeft als doel: 'de bevordering van de geestelijke verzorging in zorginstellingen'.⁴² De VGVZ houdt zich onder andere bezig met de integratie van de geestelijke verzorging in alle zorginstellingen, het bevorderen van de opleiding en nascholing van geestelijk verzorgers, de taken van de geestelijk verzorgers binnen de zorginstellingen en de rechtspositie van de geestelijk verzorgers.⁴³ Dit heeft geresulteerd in het schrijven van een Beroepsprofiel voor geestelijk verzorgers (1995). In 2002 is de beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen verschenen, die in 2010 is aangepast. In de beroepsstandaard omschrijft de VGVZ de geestelijke verzorging in en vanuit de zorginstelling als: 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming'.⁴⁴

Uit deze beroepsstandaard komt naar voren dat de VGVZ uitgaat van een professionele en ambtshalve begeleiding. Van oudsher waren de geestelijken in de

⁴¹ J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998) 32.

⁴² http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz/doelstellingen 4 oktober 2012.

⁴³ Voor uitgebreide informatie over de doelstellingen en werkzaamheden van VGVZ zie: http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz .

⁴⁴ http://www.vgvz.nl/userfiles/files/Algemene_teksten_website/Besluit_ALV_t.a.v._het_advies_van_de_Commissie_Spiritualiteit_en_Beroepstandaard.pdf.

confessionele ziekenhuizen gezonden door een maatschappelijk erkend levensbeschouwelijk genootschap, en omdat ze gezonden waren, hadden deze geestelijken een ambtelijke binding.⁴⁵ Over de noodzaak van deze ambtelijke binding is de afgelopen jaren veel gediscussieerd door de beroepsgroep.⁴⁶ Een geestelijk verzorger zonder ambtelijke binding kon bijvoorbeeld geen lid worden van de VGVZ, daarom bestaan er naast de VGVZ nog twee andere verenigingen.⁴⁷ De ambtelijke binding voorzag de geestelijk verzorger, vanuit de historische ontwikkeling van het vak, van een legitimatie voor zijn aanwezigheid in een ziekenhuis.⁴⁸ Daarentegen heeft de vereniging voor geestelijk verzorgers Albert Camus als uitgangspunt dat de geestelijk verzorger niet ambtelijk gebonden hoeft te zijn, dat ‘de kwaliteit van de geestelijke begeleiding niet gediend is met de binding aan een levensbeschouwelijk genootschap’.⁴⁹ Deze vereniging vindt het van belang dat de algemeen geestelijk verzorger zich verder profileert op basis van de professie van de geestelijk verzorger. Het vasthouden aan de ambtelijke binding ziet deze vereniging als een gevaar, waardoor het vak geestelijke verzorging kan verdwijnen.⁵⁰ Door deze discussies onder de beroepsgroep van geestelijk verzorgers bestaat er onduidelijkheid over de beroepsidentiteit van de geestelijk verzorger. Recent heeft een regiegroep onderzoek gedaan naar de borging van niet-ambtelijk gebonden geestelijk verzorging en de mogelijkheden van samenwerking tussen de verschillende beroepsverenigingen. In de nieuwsbrief van de VGVZ juli 2013 wordt vermeld dat een fusie van de beroepsverenigingen is gepland en dat er een Raad voor ongebonden spiritualiteit wordt opgericht.⁵¹

Onder andere door deze discussie is een onduidelijk beeld ontstaan van waar geestelijke verzorging voor staat. Zock schrijft dat deze onduidelijkheid ‘een handicap is bij de onderbouwing en legitimatie van het vak en een groot gevaar

⁴⁵ Jaap Doolaard e.a., *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2006). Zie voor meer achtergrondinformatie deel I.

⁴⁶ Ibidem, deel I.

⁴⁷ Vereniging van geestelijk werkers Albert Camus en het Werkverband Vrijgevestigde Geestelijk Verzorgers (WVGv).

⁴⁸ Jaap Doolaard e.a., *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2006) 149.

⁴⁹ Ibidem, 110-116.

⁵⁰ Ibidem, 116.

⁵¹ http://www.vgvz.nl/userfiles/files/nieuws/2013/Regiegroep_Eindnota_april_2013.pdf.

vormt in een situatie van bezuinigingen'.⁵² Tot deze conclusie komen ook Van Gastel en Van Iersel. Zij deden onderzoek naar de invloed van omgevingsfactoren op de organisatiemogelijkheden van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel en de daarmee samenhangende beleidskeuzes.⁵³ Deze schrijvers stellen: 'Naast de visie op de verschillen tussen taakopvatting en doelstelling tussen disciplines zijn ook de uiteenlopende taakopvattingen en doelstellingen binnen de beroepsgroep geestelijke verzorging zelf van invloed op het organisatieproces'.⁵⁴ De terreinen waarover onder geestelijk verzorgers discussie bestaat zoals, professie en ambt, zending en verbondenheid, vrijplaats en integratie, interventie en presentie, zijn volgens de onderzoekers van invloed op de organisatorische inbedding van geestelijke verzorging.⁵⁵ Een van de conclusies uit het rapport is dat het vak geestelijke verzorging zich in een turbulente omgeving bevindt door alle veranderingen die op religieus vlak en in de zorg plaatsvinden. En dat deze turbulente setting de kans vergroot op marginalisering van de geestelijke verzorging als er geen passende maatregelen getroffen worden om ook in de toekomst aan dit domein een professionele plaats in de zorg toe te kennen.⁵⁶

Presentie of interventie

Even terug naar het hierboven aangehaalde citaat van Zock over de verschillen van inzicht die bestaan onder geestelijk verzorgers over de invulling van het vak van de geestelijk verzorger.⁵⁷ Waar gaan de discussies over wanneer het over professionalisering van het beroep geestelijk verzorger gaat? Bijvoorbeeld: wat is geestelijke verzorging?⁵⁸ Wat is het domein van de geestelijk verzorger?⁵⁹ Of in hoeverre kan een geestelijk verzorger samenwerken met andere zorgverleners

⁵² Hetty Zock, De geestelijk verzorger in beeld, tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8 (34) 16.

⁵³ L. van Gastel en A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg* (Budel 2007).

⁵⁴ Ibidem, 30.

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Ibidem, 115.

⁵⁷ Hetty Zock, De geestelijk verzorger in beeld, tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8 (34) 16.

⁵⁸ Ibidem, 15-23.

⁵⁹ Jaap Doolaard e.a., *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2006) 151-155.

gezien de vrijplaatsfunctie?⁶⁰ Of vanuit welke methode werkt een geestelijk verzorger, vanuit de presentiebenadering of interventiebenadering?⁶¹

Hoe deze vragen worden beantwoord door een geestelijk verzorger hangt mede samen met de visie van de geestelijk verzorgers op wat zij onder goede zorg verstaan en hoe die zorg dan het beste gerealiseerd kan worden. In dit kader is de laatste vraag: vanuit welke methode werkt de geestelijk verzorger?, van belang. Uit het onderzoek van De Roy komt naar voren dat veel geestelijk verzorgers vanuit de presentietheorie denken en werken.⁶² Kenmerkend voor de presentiebenadering is volgens Baart ‘er zijn voor’ een ander, het aangaan van een zorgzame betrekking.⁶³ Een andere methode is de interventiebenadering, die zoekt naar een juiste omschrijving van het probleem, zoals Baart schrijft: ‘probleem geplaatst in een systematisch netwerk van inzichten in oorzaken, gevolgen en remedies’.⁶⁴ Hierdoor kan er volgens de zienswijze van de interventiemethode beter gewerkt worden aan een oplossing van het probleem van de patiënt.⁶⁵ Uit het onderzoek van De Roy komt naar voren dat veel geestelijk verzorgers vanuit de presentietheorie denken en werken, daarentegen is het werken en denken vanuit de omgeving waarin de geestelijk verzorger in een ziekenhuis werkzaam is, meer marktgericht geworden. Voorbeelden van meer marktgericht denken zijn het maken van standaarden en protocollen en het ontwikkelen van een verrichtingenstructuur Diagnose Behandel Combinatie (DBC) om zo de juiste zorg te verlenen. Dat maakt dat er onder geestelijk verzorgers verschil van inzicht is ontstaan over de vraag in hoeverre de beroepsgroep mee moet gaan in het marktgericht denken. Aan de ene kant is er de groep geestelijk verzorgers die niet wil meedenken over nieuwe organisatievormen, die standaardgericht zijn, en aan de andere kant de groep die wel openstaat voor de veranderingen in de zorg en dat probeert te integreren in hun werk. Een voorbeeld hiervan is het inspelen als geestelijk verzorger op het werken met zorgpaden, een vorm van standaardisering.

⁶⁰ Jan van der Wal, Geïntegreerd werken. Over de waarde en grens van de vrijplaatsfunctie van de geestelijk verzorger, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12 (34) 9-21.

⁶¹ Andries Baart, Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit, in Marian Verkerk (red), *Denken over zorg. Concepten en praktijken* (Utrecht 1997) 205 – 221.

⁶² A de Roy e.a., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut; Utrecht 1997) 175.

⁶³ Andries Baart, Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit, in Marian Verkerk (red), *Denken over zorg. Concepten en praktijken* (Utrecht 1997) 211, zie voor meer informatie over presentie: <http://www.presentie.nl/>.

⁶⁴ *Ibidem*, 210.

⁶⁵ *Idem*.

Standaardisering

Anne Ruth Mackor heeft een artikel geschreven over standaardisering en op welke manier standaardisering voor geestelijke verzorging, de patiënt en andere zorgprofessionals een bijdrage kan leveren aan goede zorg.⁶⁶ Zij komt in dit artikel tot de conclusie dat wanneer er gesproken wordt over standaardisering, er onderscheid gemaakt moet worden tussen verschillende soorten, functies en kosten van standaarden.⁶⁷ Daarnaast heeft ze in samenwerking met Hetty Zock en Froukje Pitstra onderzoek gedaan onder geestelijk verzorgers of zij werkten met standaarden en de effecten daarvan voor het vak geestelijke verzorging.⁶⁸ De onderzoekers schrijven: ‘De meest relevante conclusie is misschien wel dat het gebruik van standaarden geen negatief effect lijkt te hebben op het domein, de doelstellingen en de methode van de geestelijke verzorging, en ook niet op de ambtelijke binding en de vrijplaatspositie’.⁶⁹

Tijdens de interviews gaf een aantal geestelijk verzorgers aan dat er in de toekomst meer gekeken zou kunnen worden naar de zorgpaden van de patiënten. Als redenen daarvoor noemden ze: omdat het meer klantgericht denken is, omdat het beter let op de timing van de patiënt: waar en wanneer is het juiste moment voor contact. Ook is een poliklinisch contact beter te plannen; de patiënt weet beter waarvoor hij komt; dat het meer zorg op maat is waardoor de poliklinische gesprekken mogelijk ook efficiënt(er) en effectiever zijn. Het denken in zorgpaden kan gezien worden als een vorm van standaardisering van geestelijke verzorging. Een patiënt heeft een bepaalde aandoening en gaat een zorgtraject of zorgpad in. Wanneer blijkt dat de meeste vragen ontstaan bij de patiënt in de pre-klinische fase van het zorgpad, dan is het wenselijk dat de geestelijk verzorger in die fase contact heeft of zoekt met die patiënt. Dat kan dan in het zorgprotocol worden opgenomen. Deze vorm van standaardisering maakt dat duidelijk is voor andere zorgprofessionals wanneer een geestelijk verzorger bij deze patiënt het beste ingeschakeld kan worden, waardoor de zorg voor deze patiënt verbetert.

⁶⁶ Anne Ruth Mackor, ‘Standaardisering van geestelijke verzorging’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(44) 21-37.

⁶⁷ Ibidem, 33.

⁶⁸ Anne Ruth Mackor, Hetty Zock en Froukje Pitstra, ‘Standaardisering van Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg: zegen of vloek?’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(56) 10-25.

⁶⁹ Ibidem, 21.

Anders gezegd: de functie van deze standaard is kwaliteitsverbetering.⁷⁰ In dit voorbeeld heeft het protocol invloed op de organisatie van de zorg. Werken met standaard ‘zorgpaden’ zegt dus nog niets over al dan niet met interventie of presentie werken. Dus zou het werken met de standaard zorgpaden geen belemmering hoeven zijn voor geestelijk verzorgers.

De hierboven genoemde verschillen van inzicht wat betreft de visie op zorg en de verschillende werkmethodes zijn maar een onderdeel van de discussies die gevoerd worden onder de geestelijk verzorgers. Het werkveld van de geestelijk verzorger en de discussies overziend kan gesteld worden dat er aan de ene kant de groep van geestelijk verzorgers is die de aparte status, die de beroepsgroep van oudsher had in een ziekenhuis, wil behouden, en aan de andere kant geestelijk verzorgers die openstaan voor ‘alle’ veranderingen die plaatsvinden zowel op religieus vlak als in de zorg. ‘Alle’ staat tussen aanhalingstekens omdat onder de geestelijk verzorgers daarover nogal verschil van mening bestaat over hoe ze op die veranderingen moeten inspelen.

1.4. Poliklinische geestelijke verzorging

Het aanbieden van poliklinische begeleiding door een dienst geestelijke verzorging is van recente datum. In de jaren negentig van de vorige eeuw werd door verschillende onderzoekers opgemerkt dat de vraag naar geestelijke begeleiding verschuift van de klinische naar de poliklinische of transmurale setting.⁷¹ Zoals we hebben gezien is de poliklinische geestelijke verzorging in tegenstelling tot klinische geestelijke verzorging niet vastgelegd in de Kwaliteitswet. Wel staat het beschreven in de beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers van de VGVZ.⁷²

Na de signalering dat de geestelijke zorgvraag naar de poliklinische setting verschoven is, zijn er ook onderzoeken gedaan onder patiënten naar de behoefte

⁷⁰ Anne Ruth Mackor, ‘Standaardisering van geestelijke verzorging’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(44) 21-37.

⁷¹ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis* (Dwingeloo 1996), J.A. Jenner, E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998) en A. de Roy e.a., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut; Utrecht 1997).

⁷² Zie inleiding van deze scriptie, 5.

aan poliklinische geestelijke verzorging.⁷³ Uit deze onderzoeken komt naar voren dat patiënten gebruik maken van het aanbod van poliklinische geestelijke verzorging wanneer dat wordt aangeboden, en dat het aanbod positief door de patiënten wordt beoordeeld. Veltkamp schrijft daarover: ‘dat het degene die opgebeld werd in een groot aantal gevallen merkbaar goed deed dat er voor dit aspect van beleving nadrukkelijk aandacht was’.⁷⁴ De vraag die dan opkomt en beantwoord moet worden is: waarom zijn nog niet alle teams geestelijke verzorging begonnen met het aanbieden van poliklinische en transmurale geestelijke verzorging? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Uit de interviews en uit de literatuur blijkt dat het onder andere heeft te maken met de financiering van poliklinische en transmurale geestelijke verzorging: poliklinische en transmurale geestelijke verzorging in of vanuit een ziekenhuis staat nog geen financiële vergoeding.⁷⁵ Maar het heeft deels ook te maken met de discussie die onder de geestelijk verzorgers bestaat over de vraag in hoeverre zij mee moeten gaan in het marktdenken. Leny Snoep-van Vliet deed onderzoek naar geestelijke verzorging buiten de muren van de instellingen en de financieringsmogelijkheden daarvoor.⁷⁶ Een van haar conclusies is dat zowel de Zorgverzekeringwet als de Aanvullende verzekering mogelijkheden biedt voor de financiering van geestelijke verzorging buiten de muren van een instelling. Daarbij maakt zij de volgende kanttekening: ‘Voorwaarde is dat de geestelijke verzorger beschikt over diagnostische, hermeneutische en therapeutische vaardigheden (cure). Vanzelfsprekend is de interventie ingebed in presentie’.⁷⁷ Deze voorwaarde houdt dus in dat de geestelijk verzorgers moeten kunnen aantonen dat hun werk effectief is. Maar het woord effectiviteit schuurt voor menig geestelijk verzorger, het is een

⁷³ J.E de Vries en M. van Gilst, *Kort dag. Rapportage van de peiling periklinische geestelijke verzorging in het AMC* (Amsterdam 2001) en W. Smeets, ‘t Gaat toch om de patiënt...? Praktijk, onderzoek en beleid inzake transmurale geestelijke verzorging’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4(20) 29-38, H.J. Veltkamp, ‘Fijn dat u belt...!’. Periklinische geestelijke verzorging tussen vraag en aanbod’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4 (20) 19-27.

⁷⁴ Ibidem, 27.

⁷⁵ L. van Gastel en A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg* (Budel 2007) 44-48.

⁷⁶ Leny Snoep-van Vliet, ‘Geestelijke verzorging buiten de muren van de instellingen’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(52) 54-61.

⁷⁷ Ibidem, 59-60.

term die met marktgericht denken wordt geassocieerd.⁷⁸ En dat kan ingaan tegen hoe de geestelijk verzorger aankijkt tegen de zorg en zijn werk.

De visie van de geestelijk verzorger op het vak heeft onder andere te maken met de context waarin geestelijke verzorging is ontstaan en wordt aangeboden. Dat de context van invloed is op hoe het vak van geestelijke verzorging wordt ingevuld blijkt wanneer men artikelen uit de Amerikaanse tijdschriften *Journal of Health Care Chaplaincy* en *Chaplaincy Today* leest. In dit kader gaat het te ver om een gedegen analyse te maken over bijvoorbeeld de Amerikaanse samenleving of het Amerikaanse zorgstelsel.⁷⁹ Het gaat mij om de rol die de geestelijk verzorger vervult in de Amerikaanse situatie. Aan de hand van twee artikelen zal ik proberen een aantal verschillen te duiden met de Nederlandse situatie wat betreft poliklinische en transmurale geestelijke verzorging.

In het eerste artikel⁸⁰ gaat het om een case studie die een geestelijk verzorger heeft opgeschreven nadat de patiënt Doris hiervoor toestemming had gegeven. De geestelijk verzorger werkt in een oncologisch centrum. Zij beschrijft in deze casus hoe, waar en waarom zij Doris, die aan kanker leed, heeft begeleid, en tevens met welke problematiek Doris in bepaalde fases kampte. Wat opvalt is dat deze geestelijk verzorger op verschillende manieren en op verschillende plaatsen in contact is met Doris. De geestelijk verzorger heeft contact wanneer Doris in het ziekenhuis ligt; Doris komt bij haar op de werkkamer via de polikliniek, ze hebben ook telefonisch contact ten tijde dat Doris in het hospice verblijft; en tot slot bezoekt de geestelijk verzorger Doris thuis. Over een periode van een jaar is er 16 keer contact geweest tussen de geestelijk verzorger en Doris. De geestelijk verzorger overlegt verschillende keren met de therapeut van de vrouw over de voortgang van de begeleiding.

Dit voorbeeld laat zien dat deze geestelijk verzorger op verschillende manieren en op verschillende plaatsen contact heeft met Doris. De plaats van contact heeft te maken met de lichamelijke conditie van Doris. Wanneer zij niet

⁷⁸ Het woord schuurt gebruikte twee geïnterviewde geestelijk verzorgers in relatie tot marktgericht denken.

⁷⁹ Voor meer achtergrond informatie betreffende overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse en Amerikaanse situatie zie: Zock, Hetty, 'Geestelijke verzorging in de Verenigde Staten. Veldverslag van een onderzoek in 'God's own country', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(50) 6-15.

⁸⁰ Rhonda S. Cooper, 'Case Study of a Chaplain's Spiritual Care for a Patient with Advanced Metastatic Breast Cancer', *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 19-37.

meer in staat is om naar het ziekenhuis te komen gaat de geestelijk verzorger naar haar toe. Tevens blijkt hieruit dat de geestelijk verzorger overlegt met de therapeut over de begeleiding van Doris. De therapeut had Doris verwezen naar de geestelijk verzorger.

Een andere Amerikaanse case study gaat over de begeleiding van een ALS patiënt en diens naasten.⁸¹ Voor ALS patiënten is er vanuit het betreffende ziekenhuis een zorgteam samengesteld. De geestelijk verzorger werkt nauw samen met de coördinator van het zorgteam. Wanneer er bijvoorbeeld iets verandert in de zorgvraag van de patiënt, functioneert de geestelijk verzorger als brug tussen het zorgteam en de thuissituatie. Maar de geestelijk verzorger ondersteunt ook de patiënt en diens familie en geeft voorlichting aan de patiënt en diens naasten over de ziekte ALS. In deze casus geeft de geestelijk verzorger ook voorlichting over de ziekte ALS aan mensen die verbonden zijn aan de geloofsgemeenschap waartoe deze patiënt behoort en aan de voorganger van deze gemeenschap. Enerzijds zodat zij weten wat de ziekte inhoudt en welke gevolgen die heeft voor het hele gezin, anderzijds ook om vrijwilligers te werven die de familie kunnen ondersteunen tijdens het ziekteproces. Uiteindelijk zal iemand uit de groep vrijwilligers de coördinatie van de vrijwilligerszorg op zich nemen. De geestelijk verzorger blijft in contact staan met de familie, de vrijwilligerscoördinator en de coördinator van het zorgteam.

In dit voorbeeld gaat de geestelijk verzorger vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie van de patiënt. Naast het begeleiden van de patiënt en diens familie vervult de geestelijk verzorger een brugfunctie tussen de thuissituatie en het zorgteam. Tevens geeft de geestelijk verzorger voorlichting over de ziekte en de gevolgen daarvan voor de patiënt en diens naasten aan derden, om zo vrijwilligers bij de verzorging van de familie te betrekken. Door de rol van de geestelijk verzorger worden veel zorgvragen en de organisatie van de zorg bij de familie weggenomen.

Uit deze beide voorbeelden komt naar voren dat de rol van de geestelijk verzorger uit meer kan bestaan dan het begeleiden van de patiënt en diens naasten. Beide geestelijk verzorgers werken vanuit een zorginstelling, samen met andere zorgprofessionals aan de zorg om de patiënt, ook in de thuissituatie. Uit deze

⁸¹ Barbara Brunk Gascho en Paul Derrickson BCC, Care Teams and ALS Patients: Bridging a Gap, *Chaplaincy Today* 24(2) 22-27.

voorbeelden blijkt ook dat de rol van de geestelijk verzorger afhankelijk is van de zorgvraag van de patiënt. Om de rol van de geestelijk verzorger in verschillende situaties beter in beeld te krijgen zijn in Amerika geestelijk verzorgers begonnen met het schrijven van casestudies. De motivatie om in Amerika te gaan werken met casestudies is tweeledig: aan de ene kant om de effectiviteit van geestelijke verzorging aan te tonen en daarmee aan te tonen dat bezuinigen op geestelijke verzorging niet loont en dus niet de juiste weg is. En aan de andere kant om het als studiemateriaal te gebruiken tijdens het opleiden van geestelijk verzorgers.⁸² En al bestaat er onder Amerikaanse geestelijk verzorgers hierover ook discussie, er is ondertussen al wel onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld de effecten van geestelijke verzorging.⁸³

Terug naar de Nederlandse situatie, en in het bijzonder naar de diensten geestelijke verzorging die hun bijdrage hebben geleverd aan deze scriptie. Zij zijn begonnen met het begeleiden van poliklinische patiënten, ondanks het feit dat het formeel via de kwaliteitswet niet geregeld is. In deze scriptie wil ik graag onderzoeken wat de aanleiding voor deze geestelijk verzorgers was om poliklinisch geestelijke verzorging aan te bieden, welke patiënten een beroep doen op poliklinische geestelijke verzorging en wat de gevolgen zijn van het poliklinische werk voor hun totale werkzaamheden.

1.5 Conclusie

Uit bovenstaande kunnen we concluderen dat het vak van geestelijk verzorger de laatste decennia veranderd is door verschillende oorzaken:

- Door de terugloop van het aantal mensen met een religieuze binding.
- Door de veranderingen in de zorg, zoals de verandering van de structuur van ziekenhuizen, en de technische vooruitgang.
- Door het anders organiseren van de zorg rondom de patiënt, de kortere opnametijd van de patiënt in het ziekenhuis en het marktdenken binnen de zorg.

⁸² George Fichett, Making Our Case's, *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 3-18.

⁸³ Katherine R.B.Jankowski, George F. Handzo & Kevin J. Flannely, Testing the Efficacy of Chaplaincy Care, *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 100-125.

- De plaats van de geestelijk verzorger in de organisatiestructuur van een ziekenhuis.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers op vele terreinen niet eenduidig wordt gedacht en gehandeld. Een voorbeeld hiervan is de begeleiding van de poliklinische patiënt: in het ene ziekenhuis wordt wel en in het andere geen poliklinische geestelijke verzorging aangeboden. Toch blijkt uit onderzoek dat de zorgvraag richting polikliniek verschuift, en daardoor verandert de plaats waar de patiënt wordt geconfronteerd met zingevingsvragen.

In het volgende hoofdstuk vertellen de geïnterviewde geestelijk verzorgers wat voor hen de aanleiding was om poliklinische geestelijke verzorging aan te bieden.

Hoofdstuk 2 Aanleidingen voor poliklinische geestelijke verzorging

Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, zijn het vak en de positie van de geestelijk verzorger de laatste decennia veranderd. Deze verandering heeft verschillende oorzaken, zoals uit de literatuur blijkt. Een van de veranderingen is dat de zorg voor de patiënt verschuift van de klinische naar de poliklinische setting. De patiënt ligt korter in het ziekenhuis, steeds meer behandelingen worden poliklinisch uitgevoerd en zodoende krijgen patiënten een (slechte) uitslag vaker op de polikliniek. In dit hoofdstuk staat centraal welke aanleiding(en) voor poliklinische geestelijke verzorging de geïnterviewde geestelijk verzorgers noemen. Allereerst komt aan de orde wat ze verstaan onder een poliklinische patiënt, en waar voor sommigen grenzen liggen voor hun werk op de polikliniek. Daarna wordt een overzicht gegeven van de aanleidingen die de geïnterviewden noemden voor poliklinische contacten met patiënten. Om tot slot de vraag te beantwoorden: wat is de aanleiding om poliklinische geestelijke verzorging aan te bieden?

2.1 Poliklinische patiënt

De vraag die als eerste beantwoord moet worden is: wat verstaan de geïnterviewde geestelijk verzorgers onder een poliklinische patiënt? Alle geïnterviewden kwamen tot de volgende omschrijving: dat het patiënten zijn die niet opgenomen zijn in het ziekenhuis, maar daarmee nog wel een behandelrelatie hebben. De patiënt verblijft dus in de thuissituatie en komt naar het ziekenhuis voor een bezoek aan een arts of om een behandeling op de polikliniek of de dagbehandeling te ondergaan. Tegelijkertijd merkten verschillende geestelijk verzorgers op dat de term poliklinische patiënt voor hen eigenlijk meer een registratieterm is. Deze geestelijk verzorgers gaven aan dat ze in hun werk geen onderscheid maken tussen klinische en poliklinische contacten. Ze zien het poliklinische en klinische werk als één geheel. De poliklinische gesprekken met de patiënt kunnen zowel op de kamer van de geestelijk verzorger plaatsvinden als op een andere plaats in het ziekenhuis. Hierop wordt in hoofdstuk 4 gereflecteerd.

Een belangrijke begrenzing die door de meeste geestelijk verzorgers werd aangegeven is, dat de poliklinische patiënt een behandelrelatie heeft met het

ziekenhuis. De meeste geestelijk verzorgers gaven aan dat poliklinische contacten veelal volgen op een klinisch contact met de patiënt. Dit sluit aan bij de resultaten van een praktijkstudie naar functie-uitvoering van geestelijk verzorgers door het Trimbos Instituut, waarin staat dat ‘de weinige poliklinische contacten die plaatsvinden, zijn met patiënten die al bij hen bekend zijn, of als nazorg voor ontslagen patiënten’.⁸⁴ De geestelijk verzorgers hebben kennis gemaakt met de patiënt tijdens diens opname in het ziekenhuis. De patiënt blijft na opname onder behandeling van het ziekenhuis; dat kan zijn in de vorm van een nacontrole of bij terugkomst op de dagbehandeling. Maar de patiënt kan ook via de polikliniek kennis maken met de geestelijk verzorger. De behandelend arts of verpleegkundige kunnen de patiënt doorverwijzen of de geestelijk verzorger inschakelen.

Vijf van de geestelijk verzorgers gaven aan dat niet alleen de begeleiding van de patiënt maar ook die van familie en andere naasten onder poliklinische contacten valt. Het uitgangspunt voor deze begeleiding is dat de patiënt in zijn/haar leven in verbinding staat met andere mensen. De geestelijk verzorgers gaven aan op verschillende momenten in contact te komen met de familie van de patiënt. Dat kan zijn wanneer de patiënt in het ziekenhuis ligt, wanneer de patiënt voor een dagbehandeling komt of voor een gesprek op de polikliniek, en wanneer de patiënt transmuraal zorg ontvangt, waarbij medewerkers van het ziekenhuis naar de patiënt thuis komen om daar zorg te verlenen. Wanneer een patiënt komt te overlijden vragen de nabestaanden soms om nazorg. De nabestaanden willen dan nog een keer praten over het ziekteproces of het overlijden van de patiënt. Een andere geestelijk verzorger vertelde dat ook nazorg wordt aangeboden tijdens de herdenkingsdag (de dag dat de mensen die overleden zijn in het ziekenhuis herdacht worden, die in de meeste ziekenhuizen georganiseerd wordt rondom de datum van de laatste zondag van het kerkelijk jaar). De geestelijk verzorgers willen de nabestaanden dan niet aan hun lot overlaten en bieden de mogelijkheid voor een nagesprek.

Ook gebeurt het, alhoewel zeer zelden, dat patiënten of hun naasten die geen behandelrelatie hebben met het ziekenhuis bellen voor een afspraak met de

⁸⁴ D. van der Loo, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998) 18.

geestelijk verzorger. Dit zijn mensen die niet kennis gemaakt hebben met de geestelijk verzorger in de kliniek, maar via een andere route gehoord hebben over het werk van de geestelijk verzorger in het ziekenhuis. De geestelijk verzorgers gaan met deze verzoeken zeer terughoudend om. Als een dergelijk verzoek komt, bekijken sommige teams of het verzoek ingewilligd kan worden. Of een verzoek ingewilligd wordt, hangt dan af van de inhoud van het verzoek, de situatie van de patiënt en de werkdruk van de geestelijk verzorgers. Een uitspraak van één van de geestelijk verzorgers was: ‘we blijven een klinische voorziening’.

Tot nu toe werd er geschreven over patiënten die nog naar het ziekenhuis kunnen komen. Het kan ook gebeuren dat een patiënt met wie de geestelijk verzorger poliklinisch contact heeft zo ziek wordt dat hij niet meer in staat is om naar het ziekenhuis te komen. De patiënt ontvangt dan transmurale zorg. Dit levert voor de teams geestelijke verzorging een probleem op, in die zin dat het contact met een transmurale patiënt veel tijd kost. De geestelijk verzorger moet naar het thuisadres van de patiënt, en is daardoor veel reistijd kwijt. Verschillende geestelijk verzorgers gaven aan dat ze dit maar mondjesmaat kunnen doen. Er is dan vaak al een zorgrelatie tussen de patiënt en de geestelijk verzorger en die willen de geestelijk verzorgers graag voor de patiënt op een goede manier afsluiten. Het zijn vaak patiënten die binnen afzienbare tijd komen te overlijden. Aan de andere kant gaven de geestelijk verzorgers aan dat de zorg voor de patiënt steeds meer transmuraal gericht is, wat tot gevolg heeft dat steeds meer behandelingen op de polikliniek en in de thuissituatie plaatsvinden.

2.2 Aanleiding voor poliklinische geestelijke verzorging

In deze paragraaf staat centraal welke aanleidingen de geïnterviewde geestelijk verzorgers aangaven waarom zij poliklinische geestelijke verzorging aanbieden. Die aanleidingen zijn divers. Dat heeft onder andere te maken met de verschillende veranderingen die hebben plaatsgevonden, zoals besproken in hoofdstuk1, en die invloed hebben gehad op het vak van de geestelijk verzorger. Een van de geestelijk verzorgers gaf het volgende aan bij de vraag naar de aanleiding voor poliklinisch contact met de patiënt:

Wij zijn niet een polikliniek gestart maar de contacten zijn geboren uit de behoeften die bij de patiënten leven. Wij sluiten aan bij de vraag van de patiënt om poliklinische geestelijke verzorging. Doordat de patiënt korter in het ziekenhuis verblijft hebben wij minder mogelijkheden in de

klinische setting de patiënt te spreken. Maar de zingeving- of levensvragen komen of zijn er wel. Zo zijn de poliklinische contacten in ons werk geslopen. Wij zien het nu als een geïntegreerd onderdeel van ons werk.

Uit bovenstaand voorbeeld komt naar voren dat dit team geestelijk verzorgers aansluit bij de vraag van patiënten naar poliklinische geestelijke verzorging of dat de patiënt ingaat op het aanbod van poliklinische geestelijke verzorging. Door de kortere opnameduur van de patiënten en doordat steeds meer behandelingen poliklinisch worden gedaan, is er minder tijd voor de geestelijk verzorger om de patiënt in de klinische setting te begeleiden.⁸⁵ Maar de patiënt heeft mogelijk door zijn ziekteproces wel te maken met zingeving- en levensvragen en kan dan vragen naar poliklinische begeleiding, of de geestelijk verzorger kan de patiënt attenderen op de mogelijkheid van begeleiding via de polikliniek.

Veranderingen in de zorg

Vijf geestelijk verzorgers gaven aan dat de aanleiding voor poliklinische geestelijke verzorging voortkomt uit de kortere opnametijd, waardoor ook de aard van de opname is veranderd, en door de transmuralisering en de semimuralisering van de zorg.⁸⁶ Door de kortere opnameduur heeft de geestelijk verzorger minder mogelijkheden om de patiënt te begeleiden. Door de afgenomen opnameduur is ook de aard van de opname veranderd is. De ervaring van de meeste geestelijk verzorgers is dat door de kortere opnameduur, de dagen dat de patiënt in het ziekenhuis ligt vaak druk zijn. Vele zorgprofessionals komen langs, een rustig moment om de patiënt te spreken is moeilijk te vinden. Doordat de opnamedagen zo druk zijn, komen zingevingvragen vaak pas later naar boven. Een van de geestelijk verzorgers stelde dat in de toekomst misschien meer gekeken moet worden naar de zorgpaden van de patiënt en op welk moment de geestelijk verzorger het beste kan insteken in het zorgpad. Onder zorgpad verstond deze geestelijk verzorger wat een patiënt met een bepaalde aandoening aan zorg ontvangt. Zijn uitleg was als volgt: wanneer de geestelijk verzorger naar zorgpaden gaat kijken, dan kan hij insteken op de plaats waar die het hardst nodig is. En daarmee kan het werk van de geestelijk verzorger efficiënter zijn. Het

⁸⁵ D. van der Loo, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998).

⁸⁶ Zie hoofdstuk 1 van deze scriptie, 15-16.

kijken naar zorgpaden kan dan betekenen dat de geestelijk verzorger mogelijk preklinisch, klinisch of postklinisch contact moet zoeken met de patiënt. Hetzelfde kan gelden voor patiënten die alleen poliklinische zorg ontvangen, ook zij doorlopen soms een zorgtraject. Een andere geestelijk verzorger omschreef het kijken naar het zorgpad van de patiënt als meer klantgericht werken, doordat de geestelijk verzorger meer let op de timing van de patiënt binnen het zorgpad. Het kan zijn dat het in sommige zorgpaden zinvoller is om preklinisch contact te zoeken met een patiënt, bijvoorbeeld omdat er in dat stadium meer vragen leven dan wanneer de patiënt al in de kliniek verblijft of poliklinisch een behandeling ondergaat.

Een andere aanleiding voor poliklinische geestelijke verzorging is dat steeds meer behandelingen poliklinisch gebeuren. Dat heeft tot gevolg dat het onderscheid tussen klinische en poliklinische contacten niet altijd duidelijk is. Als voorbeelden werden genoemd patiënten die dagelijks in het ziekenhuis komen voor een chemokuur of mensen die drie maal per week komen voor een dialyse, soms jaren achtereen. Omdat deze patiënten niet overnachten in het ziekenhuis zijn het geen klinische patiënten, maar gezien de frequentie waarmee ze in het ziekenhuis komen en de zwaarte van de behandeling, is het de vraag of dit niet ook een vorm van klinisch contact is. Deze patiënten gaan na de behandeling weer naar huis. De ervaring van sommige geestelijk verzorgers is dat in de thuissituatie vaak geen geestelijke opvang is danwel geregeld kan worden.

Een andere geestelijk verzorger gaf aan dat ze een pilot hadden gedaan bij slechtnieuws gesprekken op de polikliniek. De geestelijk verzorger was bij de slechtnieuws gesprekken aanwezig. Dit pakte niet goed uit, de patiënt schrok er vaak zo van dat een geestelijk verzorger was ingeschakeld dat het volgens haar zijn doel voorbij schoot. Een ander team gaf aan incidenteel wel bij slechtnieuws gesprekken aanwezig te zijn, of als de patiënt een moeilijke keuze moet maken, bijvoorbeeld over wel of niet doorbehandelen. De aanwezigheid van de geestelijk verzorger bij een gesprek gebeurt dan op verzoek van de arts of van de patiënt.

Verandering in religieuze verbondenheid

Bovenstaande aanleidingen hebben grotendeels te maken met de organisatie en de mogelijkheden van de zorg. Een andere aanleiding is, zoals is betoogd in hoofdstuk 1, dat steeds minder patiënten verbonden zijn met een religieuze of

levensbeschouwelijke instelling.⁸⁷ Dat betekent dat minder mensen terug kunnen of willen vallen op bijvoorbeeld pastorale zorg die vanuit een (religieuze) organisatie wordt geboden.⁸⁸ Maar bij ziekte krijgen ook deze patiënten vragen, ze gaan ook nadenken over hun leven, hoe ze de ziekte in hun leven kunnen inpassen, of over hun levenseinde.⁸⁹ De meeste geestelijk verzorgers gaven aan dat ze altijd kijken naar de sociale omgeving van de patiënt. Ze maken dan de afweging of ze de patiënt zelf gaan begeleiden of kunnen doorverwijzen. De meeste geestelijk verzorgers gaven aan dat het soms moeilijk is om mensen door te verwijzen voor geestelijke zorg.⁹⁰ De redenen die ze hiervoor gaven zijn dat er buiten het ziekenhuis bijna geen geestelijke verzorging te krijgen is die losstaat van een religieuze achtergrond. Daarnaast hebben ze ervaren dat niet iedere patiënt bijvoorbeeld kan worden doorverwezen naar een predikant of andere geestelijke; of omgekeerd vinden ze niet iedere predikant of andere geestelijke toegerust om latente vragen die bij bepaalde ziektebeelden onderhuids zitten te achterhalen. Dit levert soms een dilemma op voor de teams geestelijk verzorgers, zeker als het gaat om transmurale patiënten. Sommige geestelijk verzorgers gaven aan dat ze in ‘schrijnende’ gevallen het verzoek voor transmurale begeleiding toch inwilligen. Een van de geestelijk verzorgers vroeg zich wel af of dit een maatschappelijk probleem is of een probleem van een ziekenhuis. Zij gaf aan dat een team geestelijk verzorgers niet het hiaat dat door maatschappelijke structuren ontstaat kan oplossen binnen de gegeven formatie.

Dat er een hiaat bestaat in de geestelijke zorg voor de poliklinische patiënt bleek uit een tevredenheidsonderzoek naar geestelijke verzorging, dat ongeveer vijf jaar geleden is gedaan in één van de ziekenhuizen waar een interview is afgenomen.⁹¹ Uit dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat er onder poliklinische patiënten wel behoefte bestond om te praten over zingeving- en

⁸⁷ Zie: W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum (red.) *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* (1^e druk; Amsterdam 2006) en http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-verkenningen/Geloven_in_het_publieke_domein.pdf.

⁸⁸ Moniek Siermann, ‘Zoeken naar nieuwe wegen. Geestelijke verzorging in Arnhem buiten de instelling’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 16(69) 53-55.

⁸⁹ Meerten B. Ter Borg, *Waarom geestelijk verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij* (Nijmegen 2000).

⁹⁰ Moniek Siermann, ‘Zoeken naar nieuwe wegen. Geestelijke verzorging in Arnhem buiten de instelling’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 16(69) 53-55 en Eric de Rooij en Hans Bomhof, ‘Extramurale geestelijke verzorging in Amsterdam’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(52) 51-53.

⁹¹ Dit onderzoek is niet gepubliceerd.

levensvragen. Deze patiënten hadden geen predikant of andere geestelijke raadsman of – vrouw, en ook geen idee waar ze met hun vragen terecht konden. Met dit gegeven is het team gaan kijken wat daaraan gedaan kon worden. De geestelijk verzorgers brengen nu, door middel van een folder op de polikliniek, poliklinische geestelijke verzorging onder de aandacht. In dit ziekenhuis zijn de geestelijk verzorgers al vele jaren betrokken bij de oncologiepoli. Naar aanleiding van de ervaringen die de geestelijk verzorgers hebben opgedaan in hun werk met patiënten die kwamen te overlijden is het team een levenseindepoli gestart. Deze poli is gestart nadat de geestelijk verzorgers tot de ontdekking waren gekomen dat er een lacune bestond in de zorgverlening, en dat de expertise ontbrak om te praten over levenseindevragen en het levenseinde voor poliklinische patiënten. Nadenken over levenseindevragen komt niet alleen voor onder patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis. Er is binnen het ziekenhuis geen aparte ruimte voor de levenseindepoli, de gesprekken vinden plaats op de kamer van de geestelijk verzorgers of elders in het ziekenhuis. Er zijn dus tal van initiatieven om gericht tegemoet te komen aan de behoeften van poliklinische patiënten en in te spelen op veranderde zorgpaden.

2.3 Conclusie

Uit de interviews blijkt dat de aanleiding voor het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten die de polikliniek bezoeken onder meer voortkomt uit de veranderingen die in de zorg plaatsvinden. Doordat de opnameperiode van de patiënt steeds korter wordt, slechtnieuws gesprekken vaker op de polikliniek plaatsvinden, behandelingen steeds vaker poliklinisch worden gedaan en de zorg voor de patiënt steeds meer transmuraal wordt aangeboden, komt de begeleiding van de patiënt, met wie in de klinische setting is kennis gemaakt, op een andere plaats binnen het ziekenhuis terecht dan in de klinische setting. Bovendien hebben meer mensen door maatschappelijke veranderingen geen mogelijkheden om geestelijke hulp te krijgen in de thuissituatie. Deze veranderingen hebben ertoe geleid dat de geestelijk verzorgers in aanraking zijn gekomen met verzoeken van patiënten om poliklinische geestelijke verzorging. De meeste geestelijk verzorgers vinden het poliklinische contact een logisch vervolg op het klinische contact. Wel wordt gekeken naar de mogelijkheden van nazorg die de patiënt zelf in de thuissituatie heeft. Maar zoals een aantal signaleerde: er bestaat een lacune in de

verwijsmogelijkheden naar geestelijk verzorgers buiten het ziekenhuis. Ook zijn de geestelijk verzorgers gaan nadenken over hun vak, bijvoorbeeld naar aanleiding van de ervaring dat de patiënt die in de kliniek verblijft soms te ziek is om een gesprek aan te gaan, maar deze patiënt mogelijk wel met zingevings- of levensvragen zit. Dan rijst de vraag: hoe kan deze patiënt het beste geholpen worden? Dus naar de beste plaats en het beste tijdstip van geestelijke begeleiding in het zorgpad van de patiënt.

Op basis van bovenstaande en hoofdstuk 1 kan de eerste deelvraag van dit onderzoek beantwoord worden: wat is de aanleiding voor het aanbieden van geestelijke verzorging op de polikliniek? Door de veranderingen die hebben plaatsgevonden in het religieuze Nederlandse landschap en binnen de zorg is het werk van de geestelijk verzorger veranderd. Maar bij ziekte kunnen patiënten ongeacht hun levensbeschouwing vragen krijgen, ze gaan nadenken over hun leven, hoe ze de ziekte in hun leven kunnen inpassen, of over hun levenseinde. Dit blijkt ook uit de ervaringen van de geïnterviewde geestelijk verzorgers: dat zowel klinische als poliklinische patiënten levens- of zingevingsvragen kunnen hebben. Het maakt de zorg rondom de patiënt completer wanneer de mogelijkheid bestaat voor poliklinische geestelijke begeleiding. Dat is de vraag die in het volgende hoofdstuk centraal staat: op welke wijze worden patiënten en andere zorgprofessionals op de hoogte gebracht van de mogelijkheid tot poliklinische geestelijke verzorging?

Hoofdstuk 3 Op welke wijze worden medeprofessionals en patiënten geïnformeerd over poliklinische geestelijke verzorging?

Inleiding

Een uitspraak van één van de geestelijk verzorgers over het informeren van medezorgprofessionals en patiënten betreffende poliklinische geestelijke verzorging:

als wij ons goed neerzetten, als we goed omschrijven wat we doen en daar veel reclame mee gaan maken dan kunnen we fulltime met poliklinische patiënten bezig zijn. Maar dat is nu niet mogelijk want daar is geen financiering voor.

Deze uitspraak maakt duidelijk dat niet alle poliklinische patiënten geestelijke verzorging aangeboden krijgen en dat deze geestelijk verzorger met enige voorzichtigheid reclame maakt voor poliklinische geestelijke verzorging.

In hoofdstuk 1 en 2 kwam naar voren dat een van de veranderingen die in de zorg plaatsvonden is dat de organisatiestructuur van ziekenhuizen veranderd.⁹² Ook kan de zorgvraag van de patiënt voor geestelijke verzorging op andere plaatsen dan in de klinische setting in het ziekenhuis naar voren komen. Door de veranderingen in de organisatiestructuur is de toegang van de geestelijk verzorger tot het verhaal van de patiënt veranderd.⁹³ Daarbij komt dat er in de ziekenhuizen steeds meer met specifieke patiëntenstromen of zorgprocessen wordt gewerkt, daarover schrijft Lantman: ‘Ze (geestelijke verzorging) zal haar betrokkenheid bij specifieke patiëntengroepen in toenemende mate moeten legitimeren’.⁹⁴ In dit hoofdstuk staat kort gezegd centraal: welke voorlichtingsmogelijkheden gebruiken de geïnterviewde geestelijk verzorgers om de patiënten en de andere zorgprofessionals in het ziekenhuis voor te lichten over hun werk? Als eerste komt aan de orde hoe de geestelijk verzorgers andere zorgprofessionals op de polikliniek informeren over hun aanbod. Vervolgens komt de voorlichting aan de patiënten aan bod.

⁹² Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 19-49.

⁹³ Ibidem, 22-23.

⁹⁴ Ibidem, 29.

3.1 Voorlichting aan andere zorgprofessionals op de polikliniek

Het voorlichten van andere zorgprofessionals over poliklinische geestelijke verzorging begint volgens de geestelijk verzorgers op de verpleegafdelingen. De artsen die zij treffen in de klinische setting komen ze vaak ook weer tegen op de polikliniek, en de verpleegkundigen kunnen de patiënten voorlichten over de mogelijkheden van geestelijke verzorging. De geïnterviewde geestelijk verzorgers werken allemaal territoriaal, dat betekent dat ze allemaal voor een aantal vaste afdelingen verantwoordelijk zijn, waar de patiënten ongeacht hun geloofs- of levensovertuiging worden bezocht door de geestelijk verzorger.⁹⁵ Het territoriaal werken heeft volgens de geestelijk verzorgers voordelen. Doordat ze op vaste afdelingen komen, hebben ze zowel formele als informele contacten met de verschillende zorgverleners van die afdeling. Voorbeelden die werden gegeven van formele contacten zijn: deelname aan een MDO, het organiseren van klinische lessen of het voorzitten van een moreel beraad. Voorbeelden van informele contacten die werden gegeven zijn: het aanschuiven tijdens de koffie- of lunchpauze van de verpleegkundigen of even een gesprekje op de gang. De geestelijk verzorgers gaven aan dat een goede communicatie met artsen en verpleegkundigen erg belangrijk is. Dit sluit aan bij de uitkomst van de onderzoeken van Marijke Prins en van Van Schrojenstein Lantman. Marijke Prins heeft onderzoek gedaan naar geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis. Een van de uitkomsten van dit onderzoek is het belang van goede communicatie met de verpleegkundigen.⁹⁶ Lantman heeft onderzoek gedaan naar de veranderingen in de organisatiestructuur van het ziekenhuis en vervolgens gekeken wat dit betekent voor de geestelijk verzorger in de toegang tot het verhaal van de patiënt.⁹⁷ In de nieuwe organisatiestructuur heeft de verpleegkundige een aantal patiënten onder haar hoede en is verantwoordelijk voor alle zorg rondom de patiënt.⁹⁸ Daarom is het van belang dat de verpleegkundige op de hoogte is van wat het werk van de geestelijk verzorger inhoudt; het contact tussen een patiënt en de geestelijk verzorger ontstaat vaak via een verpleegkundige. Een ander voordeel van het territoriaal werken is dat de geestelijk verzorger een vertrouwd gezicht wordt op

⁹⁵ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis* (Dwingeloo 1996) 127.

⁹⁶ Ibidem, 113-115.

⁹⁷ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 23.

⁹⁸ Ibidem, 24.

een afdeling, wat vaak tot gevolg heeft dat de geestelijk verzorger makkelijker wordt benaderd.

Op de vraag hoe de geestelijk verzorgers de voorlichting op de verpleegafdelingen concreet invullen, is tijdens de interviews niet dieper ingegaan. Een van de geestelijk verzorgers gaf mij een kaartje dat ze gebruiken om de zorgprofessionals van een afdeling duidelijk te maken wanneer een geestelijk verzorger ingeschakeld kan worden.⁹⁹ Een ander voorbeeld, al is dit niet tijdens het interview besproken, is dat in het Martini Ziekenhuis onderzoek gedaan is naar de beeldvorming onder (zorg)professionals over geestelijke verzorging. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er nog onvoldoende kennis is onder andere (zorg) professionals over de professie geestelijke verzorging, en dat het beeld nog veelal traditioneel kerkelijk is.¹⁰⁰ Aan de hand van de resultaten van dat onderzoek is een model ontwikkeld waarmee de geestelijk verzorgers andere zorgprofessionals kunnen informeren over hun werk. Het uitgangspunt van dit model is: Zorg voor Zin; bezinnen, beleven en verbinden.¹⁰¹

Het voorlichten van de zorgprofessionals die op de polikliniek werken over de mogelijkheden van poliklinische geestelijke verzorging gebeurt via verschillende activiteiten. Bij deze voorlichtingsactiviteiten worden ook wel huisartsen uitgenodigd. Voorbeelden die werden gegeven zijn: een voorlichtingsavond over geestelijke verzorging, het meewerken aan een thema-avond voor bijvoorbeeld COPD-patiënten of het meewerken aan de week voor de oncologiepatiënt. Ook hier werd door een aantal geestelijk verzorgers het informele contact met de zorgprofessionals van de polikliniek genoemd. Het belang van een goede communicatie in de kliniek geldt ook voor de polikliniek. Benita Spronk komt tot de conclusie, nadat ze een ochtend had meegelopen met een researchverpleegkundige op de polikliniek, dat het niet doorverwijzen van poliklinische patiënten ‘veel meer gezocht moet worden in een spraakverwarring over geestelijke ondersteuning’.¹⁰² De researchverpleegkundige had een ander beeld bij het ondersteunen van de patiënt en ‘aandacht voor het verhaal’ dan

⁹⁹ Zie bijlage 2.

¹⁰⁰ Jorien Holsappel, e.a., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen* (Tilburg 2010) 51.

¹⁰¹ Zie bijlage 3.

¹⁰² Benita Spronk, ‘Waarom is er geen haarstukje van een snor?’, *Tijdschrift geestelijke verzorging* 14 (2011) 38.

Spronk als geestelijk verzorger.¹⁰³ Dit betekent dat de geestelijk verzorger aan andere zorgprofessionals op de polikliniek op een duidelijke manier uit moet kunnen leggen wat hij doet en waar de ondersteuning van de patiënten uit bestaat.

Sommige teams proberen waar mogelijk geestelijke verzorging in te bedden in protocollen. Als voorbeeld werd gegeven het slechtnieuws gesprek. In een aantal ziekenhuizen is in het protocol opgenomen dat de arts of specialistische verpleegkundige de patiënt dan attendeert op de mogelijkheid van poliklinische geestelijke verzorging. De artsen en de specialistische verpleegkundigen zijn door de geestelijk verzorger op de hoogte gebracht van de mogelijkheden van de geestelijk verzorger.

In één van de ziekenhuizen is het team geestelijke verzorging bezig met het ontwikkelen van een protocol voor medisch analisten en willen de geestelijk verzorgers de medisch analisten gaan voorlichten over hun werk. De reden dat de geestelijk verzorgers met een protocol bezig zijn voor medisch analisten komt voort uit praktijkervaringen. Patiënten moeten soms na een slechtnieuws gesprek nog bloed afgeven voor onderzoek. Het kan zijn dat deze patiënten erg overstuurd zijn door het nieuws dat ze net gehoord hebben op de polikliniek. Medisch analisten van dit ziekenhuis hebben, in overleg met de patiënt, een aantal keren de geestelijk verzorger ingeschakeld om de patiënt op te vangen. De bedoeling van het protocol en de voorlichtingsronde in dit ziekenhuis is dat de analisten weten dat de geestelijk verzorger ingeschakeld kan worden en wanneer. Hoe het protocol er precies gaat uitzien was ten tijde van het interview nog niet duidelijk, het team geestelijk verzorgers was daarover nog aan het nadenken. Toch geeft deze voorlichtingsroute aan dat er naast de verwijzende professionals zoals artsen en verpleegkundigen, professionals in het ziekenhuis zijn die te maken kunnen krijgen met patiënten die mogelijk overstuurd zijn. Van belang is om na te gaan welke professionals dat zijn en deze ook voor te gaan lichten.

In ieder interview kwam wel naar voren dat de geestelijk verzorger op verschillende niveaus van het ziekenhuis goed moet kunnen communiceren. Daar wordt onder verstaan dat de geestelijk verzorger in staat moet zijn om met medewerkers uit alle lagen van het ziekenhuis om te gaan en dat de geestelijk verzorger de taal verstaat van de verschillende professionals binnen een

¹⁰³ Benita Spronk, 'Waarom is er geen haarstukje van een snor?', *Tijdschrift geestelijke verzorging* 14 (2011) 37.

ziekenhuis. Als voorbeeld werd gegeven het belang van een goed contact met de Medische Staf, de Raad van Bestuur of met de directeur van het ziekenhuis. Een aantal geestelijk verzorgers gaven het belang aan dat er vanuit de directie draagvlak is voor hun werk. Zowel in persoonlijke gesprekken met de directeur of via het jaarverslag maken geestelijk verzorgers duidelijk wat ze onder andere poliklinisch doen en waar ze voor staan. De ervaring leert dat deze contacten draagvlak en erkenning voor de werkzaamheden opleveren.

Het EPD (elektronisch patiënten dossier) kan ook een manier zijn waarmee andere zorgprofessionals op de hoogte worden gebracht van poliklinische geestelijke verzorging. Het registreren van patiëntgegevens in het EPD heeft tot doel om medezorgprofessionals te informeren over de zorg rondom een patiënt, om zo goed geïntegreerd te kunnen werken. Volgens verschillende geestelijk verzorgers is het goed om te registreren wanneer en waarom er contact is geweest met een patiënt. Dit kan volgens hen zonder dat de geheimhoudingsplicht van de geestelijk verzorger in gevaar komt. Deze houdt onder andere in dat het gesprek tussen de geestelijk verzorger en de patiënt strikt vertrouwelijk is.¹⁰⁴ Binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers bestaat discussie over de vraag in hoeverre het registreren van gesprekken met patiënten strijdig is met de geheimhoudingsplicht. Prins schrijft hierover: 'Er is een zekere dubbelheid te constateren in de attitude van geestelijk verzorgers'.¹⁰⁵ Aan de ene kant is er de wil onder geestelijk verzorgers om geïntegreerd samen te werken omdat ze deels ook van andere zorgverleners afhankelijk zijn, bijvoorbeeld voor de verwijzing van patiënten.¹⁰⁶ Aan de andere kant zijn er geestelijk verzorgers die niet willen registreren in het EPD vanwege hun geheimhoudingsplicht. In een aantal ziekenhuizen waar de interviews plaatsvonden was de ICT programmatuur nog niet voldoende ontwikkeld, waardoor er door de geestelijk verzorgers nog niet gewerkt werd met het EPD.

Uit de hierboven genoemde voorbeelden komt naar voren dat de geestelijk verzorgers op verschillende manieren bezig zijn hun werk en hun poliklinische werk onder de aandacht te brengen van de verschillende zorgprofessionals in het ziekenhuis. Enerzijds doen ze dit door bijvoorbeeld een MDO bij te wonen,

¹⁰⁴ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 24.

¹⁰⁵ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis* (Dwingeloo 1996) 135.

¹⁰⁶ *Idem.*

anderzijds kwam steeds naar voren dat de geestelijk verzorger op verschillende niveaus goed moet kunnen communiceren, zowel formeel als informeel. Hierdoor ontstaat de indruk dat mede door de communicatieve kwaliteiten van de geestelijk verzorger bekendheid ontstaat over de inhoud van geestelijke verzorging. Daardoor kan het lijken dat de geestelijk verzorger zijn vak loopt te verkopen, zoals een van de geïnterviewde geestelijk verzorgers het verwoordde. Om dit te voorkomen heeft zij ervoor gekozen om op de polikliniek oncologie interdisciplinair samen te werken met een maatschappelijk werker en een psycholoog, om zo gezamenlijk voorlichting te geven over de mogelijkheden van de psychosociale zorg rondom de oncologiepatiënt. De achterliggende motivatie voor deze samenwerking is naast bovengenoemd punt: 1. dat de patiënt gelijk terecht moet komen bij de juiste hulpverlener; hierdoor kan voorkomen worden dat de patiënt verschillende hulpverleners moet bezoeken voordat hij bij de juiste hulpverlener is, en 2. dat de specialistische verpleegkundigen of artsen niet goed weten waar ze voor welke hulp moeten aankloppen. De geestelijk verzorger gaf aan dat het proces om tot evenwaardige samenwerking te komen tussen de drie genoemde disciplines intensief en lang was, omdat de samenwerking tussen deze drie disciplines niet vanzelfsprekend is. De geestelijk verzorger beoordeelt nu het samenwerken als zeer positief omdat ze ook wel gezamenlijk spreken over de ontwikkelingen binnen de oncologie en of dat ontwikkelingen zijn waar zij iets mee willen, kunnen of moeten. Aan de andere kant had zij in het verleden met deze groep iedere twee weken overleg over de patiënten. Dat bleek niet effectief te zijn, het kon soms te lang duren voordat de patiënt een hulpverlener sprak. Nu is er binnen dit samenwerkingsverband voor gekozen dat de maatschappelijk werker de patiënten aan de verschillende hulpverleners koppelt, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt. De geestelijk verzorger gaf aan dat ze niet veel poliklinische patiënten begeleidt. De vraag die dan opdoemt: is het interdisciplinair samenwerken op deze manier de beste toegang tot het verhaal van de poliklinische patiënt?

3.2 Voorlichting aan de patiënten

De patiënt wordt via verschillende routes op poliklinische geestelijke verzorging geattendeerd. Mogelijkheden die werden genoemd zijn: via de website van het ziekenhuis, op intranet van het ziekenhuis, via folders, en via de

verpleegkundigen, artsen of de geestelijk verzorger. De manier waarop de patiënt wordt geattendeerd heeft onder andere te maken met het moment waarop de patiënt aangeeft met de geestelijk verzorger te willen spreken. Komt bijvoorbeeld de patiënt in de klinische setting in contact met de geestelijk verzorger dan kan de patiënt informatie krijgen via folders die in sommige ziekenhuizen op de afdeling liggen, via de verpleegkundigen of van de geestelijk verzorger zelf. De vraag om een vervolgesprek op de polikliniek is volgens de geestelijk verzorgers vaak een gevolg van een gesprek in de klinische setting tussen de geestelijk verzorger en de patiënt. Dit komt overeen met een van de conclusies uit het onderzoek van het Trimbos-instituut.¹⁰⁷ De patiënt kan tenslotte ook in aanraking komen met de geestelijk verzorger doordat de patiënt een kerkdienst bezoekt die in het ziekenhuis wordt gehouden waar de geestelijk verzorger voorgaat. Na de dienst is er vaak gelegenheid om de geestelijk verzorger te spreken.

Voorlichting aan de patiënt kan ook plaatsvinden wanneer de patiënt terugkomt in het ziekenhuis voor een controle bij een arts of voor een behandeling. In sommige ziekenhuizen wordt de patiënt voorgelicht door de arts of een specialistisch verpleegkundige, wanneer bijvoorbeeld de patiënt aangeeft met veel vragen rond te lopen, of zoals in sommige ziekenhuizen gangbaar is dat op bepaalde poli's de lastmeter wordt afgenomen. De lastmeter is een instrument dat door het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) ontwikkeld is om de behoefte aan psychosociale zorg te detecteren bij de patiënten.¹⁰⁸ Een aantal geestelijk verzorgers gaven aan dat de huisarts soms ook patiënten doorverwijst, de geestelijk verzorgers staan dan in de lijst van verwijsmogelijkheden van de huisarts. Deze zorgprofessionals moeten dan wel goed weten wat de geestelijk verzorger doet anders wordt er niet op een juiste wijze doorverwezen.¹⁰⁹

Vijf geestelijk verzorgers gaven aan dat de patiënt geïnformeerd wordt via de website van het ziekenhuis. Informatie over poliklinische geestelijke verzorging op de website van ziekenhuizen was voor mij soms moeilijk te vinden. Dat kwam naar voren toen ik via de link poliklinieken op zoek wilde gaan naar de polikliniek geestelijke verzorging; in een van de ziekenhuizen was dat niet

¹⁰⁷ D. van der Loo, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998) 18.

¹⁰⁸ http://www.iknl.nl/page.php?id=3159&nav_id=300 juni 2013.

¹⁰⁹ Benita Spronk, 'Waarom is er geen haarstukje van een snor?', *Tijdschrift geestelijke verzorging* 14 (62) 34-38.

mogelijk. In alle onderzochte ziekenhuizen staan de geestelijk verzorgers wel vermeld onder het kopje specialismen. Wanneer men daar op doorklikt komen de beginpagina's van de dienst geestelijk verzorging tevoorschijn. Hier heb ik gekeken of er informatie wordt gegeven over poliklinische geestelijke verzorging. Op drie van de startpagina's van deze diensten geestelijke verzorging komt het woord polikliniek voor. Bij een staat er een duidelijke link naar de polikliniek geestelijke verzorging, bij het doorklikken daarop verschijnt duidelijke informatie over de mogelijkheden van de poliklinische begeleiding van een geestelijk verzorger.¹¹⁰ Een andere dienst noemt duidelijk in de begintekst voor wie de geestelijk verzorger er is, daar staat de poliklinische patiënt tussen.¹¹¹ Bij nummer drie staat geheel onderaan de tekst een regel dat de geestelijk verzorger er ook is voor de poliklinische patiënt, bij doorklikken daarop kom je bij informatie over de folder over poliklinische geestelijke verzorging.

In de andere drie gevallen komt het woord polikliniek niet voor op de startpagina van de dienst geestelijke verzorging, maar begint de pagina met een zin als: 'Als u te maken krijgt met een (ernstige) ziekte kunt u soms voor moeilijke vragen of beslissingen komen te staan. De geestelijk verzorger is een vertrouwenspersoon die u hierbij kan begeleiden'. Hier is dus het woord polikliniek niet gebruikt, maar de tekst gaat over het krijgen van een ziekte, en dat sluit zowel klinische als poliklinische patiënten in. Bij twee van deze diensten hangt er wel een duidelijke folder over poliklinische geestelijke verzorging aan de pagina van de dienst. Maar dan moet de patiënt wel doorklikken op het linkje folders. In het derde geval is er een folder te vinden over geestelijke verzorging op de algemene startpagina van het ziekenhuis onder het linkje folders.

In één van de onderzochte ziekenhuizen zijn de geestelijk verzorgers bezig met het organiseren van een informatieavond bestemd voor patiënten en eventuele naasten, maar ook voor andere geïnteresseerden.¹¹² Het thema van de eerste avond is euthanasie. Het doel van deze avond is tweeledig: enerzijds om in een groter verband algemene informatie te verstrekken over het thema euthanasie. Anderzijds zal het gaan over de mogelijkheden van de dienst geestelijke verzorging in dat traject. De geestelijk verzorger en haar collega's die deze avond

¹¹⁰ Zie bijlage 4.

¹¹¹ Zie bijlage 5.

¹¹² In bijlage 6 staat de tekst van de uitnodiging voor deze avond.

gaan organiseren, hebben de ervaring opgedaan dat tijdens de levenseinde gesprekken met patiënten veel algemene vragen over euthanasie naar voren komen. In ieder gesprek kost dit de nodige tijd. Door deze algemene informatie over euthanasie op een informatieavond te geven hopen de geestelijk verzorgers tijd te kunnen besparen. De geestelijk verzorger gaf aan dat tijdens deze voorlichtingsavond gewezen zal worden op de mogelijkheid van een vervolgesprek wanneer de patiënt of naasten dat wensen. Mocht uit ervaring blijken dat deze informatieavond goed uitwerkt dan zijn er nog meer thema's waarvoor ze een informatieavond willen gaan organiseren.

Een andere route waarlangs mensen kunnen vernemen over het werk van de geestelijk verzorger is door de werkzaamheden van de geestelijk verzorger buiten het ziekenhuis. Door deze werkzaamheden krijgen die meer bekendheid in de omgeving. Werkzaamheden die genoemd werden zijn: het spreken tijdens voorlichtingsbijeenkomsten in de regio van het ziekenhuis, het verzorgen van een begrafenis van een patiënt met wie ze contact hadden. Een aantal geestelijk verzorgers gaf aan dat ze door werkzaamheden buiten het ziekenhuis soms een verzoek krijgen voor poliklinische geestelijke verzorging.

3.3 Conclusie

Het informeren van patiënten en andere professionals over poliklinische geestelijke verzorging begint volgens de geestelijk verzorgers op de afdeling, zowel op een formele als informele manier. Het is belangrijk dat artsen en verpleegkundigen weten wat de geestelijk verzorger doet. Daarnaast moet de geestelijk verzorger kunnen meepraten op alle niveaus, kunnen openstaan voor alle collega's en patiënten en in staat zijn om de verschillende talen te spreken die gebruikt worden door de collega's in een ziekenhuis.

Het informeren van de zorgprofessionals op de polikliniek over poliklinische geestelijke verzorging gebeurt via georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, maar ook hier werd het informele contact belangrijk genoemd. Een van de geestelijk verzorgers heeft ervoor gekozen om op de polikliniek oncologie de voorlichting over de psychosociale zorg in samenwerking met het maatschappelijk werk en de psycholoog te doen. De ervaring van een andere geestelijke met voorlichting over geestelijke verzorging aan analisten geeft aan dat het nuttig zou kunnen zijn ook andere

zorgprofessionals dan artsen en verpleegkundigen te attenderen op de mogelijkheid van poliklinische geestelijk verzorging.

Dit hoofdstuk begon met een uitspraak van een geestelijk verzorger dat voorlichting over en reclame voor poliklinische geestelijke verzorging grenzen kennen. Vergelijkbare opmerkingen werden ook door een aantal andere geestelijk verzorgers gemaakt. Die grenzen komen grotendeels voort uit de mogelijkheden en de omvang van de dienst geestelijke verzorging. Poliklinische geestelijke verzorging wordt aangeboden naast de andere werkzaamheden van de geestelijk verzorger. Bij te grote aantalen poliklinische patiënten kan de situatie ontstaan dat een dienst geestelijke verzorging niet aan de verzoeken kan voldoen. De variatie in het aantal patiënten die de geïnterviewde groep geestelijk verzorgers begeleidt is van minder dan 1 patiënt per week tot circa 8-10 patiënten per week. In het eerste geval maakt de dienst geestelijke verzorging nog weinig reclame voor poliklinische geestelijke verzorging en gaat men terughoudend om met verzoeken. In het laatste geval van 8 – 10 patiënten per week gebruikt het team een aantal van bovengenoemde voorlichtingsroutes. In dit onderzoek is niet gekeken naar de intensiteit van de voorlichting van patiënten en andere zorgprofessionals. Wel kan de conclusie worden getrokken dat waar de geestelijk verzorgers openstaan voor poliklinische geestelijke verzorging en/of begonnen zijn bekendheid te geven aan hun poliklinische werkzaamheden, er verzoeken voor poliklinische begeleiding binnenkomen.¹¹³ In hoofdstuk 5 zal verder ingegaan worden op de gevolgen van poliklinische geestelijke verzorging voor het werk van de dienst geestelijke verzorging.

In het volgende hoofdstuk wordt gekeken welke patiënten een beroep doen op de geestelijk verzorger, alsmede de vraag of er verschil bestaat tussen gesprekken met klinische en met poliklinische patiënten.

¹¹³ Onderzoeken naar behoefte aan poliklinische geestelijke verzorging komen tot dezelfde conclusie. H.J. Veltkamp, 'Fijn dat u belt...!'. Periklinische geestelijke verzorging tussen vraag en aanbod', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4 (20) 19-27. En: J.E. de Vries en M. van Gilst, *Kort dag. Rapportage van de peiling periklinische geestelijke verzorging in het AMC* (Amsterdam 2001).

Hoofdstuk 4 Poliklinische patiënten en hun verhaal

Inleiding

Op mijn vraag of een geestelijk verzorger andere competenties nodig heeft voor het werk op de polikliniek was vaak de eerste reactie van de geestelijk verzorgers: nee, niet wezenlijk. Dit antwoord verbaasde mij enigszins: mijn vooronderstelling was dat er wel verschillen zouden bestaan tussen de gesprekken met patiënten die de polikliniek bezoeken en de gesprekken met patiënten die in de kliniek verblijven. Al pratende gaven een aantal geestelijk verzorgers aan dat ze weliswaar dezelfde competenties nodig hebben voor zowel de gesprekken in de kliniek als op de polikliniek, maar dat er accentverschillen zijn in het gebruik van de competenties. De ene competentie gebruiken de geestelijk verzorgers soms meer op de polikliniek dan in de kliniek, of andersom. Tijdens de interviews gaven de geestelijk verzorgers een aantal voorbeelden van verschillen tussen klinische en poliklinische contacten aan die relevant zijn voor het werk op de polikliniek. Hier ga ik bespreken welke verschillen tussen het klinische en poliklinische contact genoemd zijn door de geestelijk verzorgers en dan zullen we zien in hoeverre de competenties in de kliniek en de polikliniek vergelijkbaar zijn en waar accentverschillen liggen.

Bij het onderzoeken van de verschillen tussen de klinische en poliklinische contacten is het goed om te weten welke poliklinische patiënten een beroep doen op poliklinische geestelijke verzorging. Uit de interviews met de geestelijk verzorgers blijkt dat deze groep een zeer diverse ziektegeschiedenis heeft. Tevens gaven een aantal geestelijk verzorgers aan dat de inhoud van de gesprekken niet zozeer met klinisch of poliklinisch te maken heeft, maar meer met de fase van het ziek zijn van de patiënt. Daarvoor maak ik gebruik van een indeling van verschillende typen patiënten van Van Schrojenstein Lantman.¹¹⁴ Deze typeindeling vormt een adequate kapstok voor mijn indeling in groepen poliklinische patiënten, Lantman schrijft daarover: ‘de kenmerken van het ziekteproces kleuren het verhaal van de patiënt en het gesprek dat gevoerd

¹¹⁴ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007). De schrijver volgt hier: ‘de typering van de Amerikaanse arts Frank, die in zijn narratieve ethiek drie ‘typen’ verhalen onderscheidt. Bij patiënten zijn dit type verhalen terug te vinden in een verschillende fase van het ziekteproces’. A.W. Frank, *The Wounded storyteller* (chicago/London 1995).

wordt'.¹¹⁵ Omdat er overeenkomsten zijn tussen de verhalen die de geestelijk verzorgers vertelden over de gesprekken met patiënten en de typenindeling van Lantman wordt zijn indeling gebruikt bij de uitwerking van de verschillende groepen patiënten.

In dit hoofdstuk komt als eerste aan de orde welke patiënten een beroep doen op poliklinische geestelijke verzorging. Vervolgens zal aan de hand van een voorbeeld, dat door een van de geestelijk verzorgers werd gegeven, duidelijk worden dat er op verschillende momenten in het zorgpad van de patiënt contact kan zijn met de geestelijk verzorger. In het laatste deel van dit hoofdstuk zal gekeken worden naar de verschillen die door sommige geestelijk verzorgers werden aangedragen tussen klinische en poliklinische gesprekken en waar er accentverschillen liggen tussen de gesprekken met klinische en poliklinische patiënten. Tevens wordt bekeken wat de invloed is van deze verschillen op een gesprek met een patiënt en op de rol of competenties van de geestelijk verzorger.

4.1 Verschillende groepen patiënten en hun verhalen

Per ziekenhuis verschilt het aantal patiënten die een beroep doen op de poliklinische geestelijke verzorging en ook de aantallen per ziektebeeld. Uit de interviews blijkt dat het vaak gaat om patiënten met een ernstige aandoening die ingrijpende gevolgen kan hebben in het leven van de patiënt en diens omgeving, soms met de dood tot gevolg. Er werden verschillende groepen door de geestelijk verzorgers genoemd.¹¹⁶ De groep van palliatieve patiënten werd als enige door alle geestelijk verzorgers genoemd. Daarnaast is er nog de groep van familie of andere naasten van de patiënt, die een beroep doet op de geestelijk verzorger. Als voorbeeld werd gegeven de ouders van een kind dat op de kinderafdeling ligt of familieleden die nog een nagesprek wensen na het overlijden van de patiënt.

Verschillende geestelijk verzorgers gaven aan dat patiënten met verschillende ziektebeelden met dezelfde vragen of problemen kunnen worstelen. Die vragen en problemen hebben volgens de geestelijk verzorgers niet zozeer met de desbetreffende ziekte te maken maar veelal met waar de patiënt zich in het

¹¹⁵Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 51.

¹¹⁶De geestelijk verzorgers noemden de volgende groepen: oncologiepatiënten, COPD-patiënten, aidspatiënten, ALS-patiënten, patiënten met hartproblemen, patiënten met brandwonden, dialysepatiënten of psychiatrisch patiënten alsmede patiënten die op de dagbehandeling komen.

ziekteproces bevindt. Om meer inzicht te krijgen welke invloed het ziekteproces op het verhaal van de patiënt heeft is het werk van Schrojenstein Lantman verhelderend.¹¹⁷ In zijn boek *Levensverhalen in het ziekteproces* beschrijft Lantman hoe de geestelijk verzorger vanuit een ondersteuningsrelatie tot de patiënt ruimte kan maken voor het levensverhaal van de patiënt. In die beschrijving heeft hij oog voor de herstructurering die de laatste decennia heeft plaatsgevonden in de organisatie van het ziekenhuis.¹¹⁸ Het gesprek dat de geestelijk verzorger met de patiënt voert, is volgens Lantman ‘gericht op de ontwikkeling van de zelfexpressie van de patiënt’.¹¹⁹ Hiermee bedoelt Lantman dat de patiënt op eigen wijze zijn levensverhaal kan vertellen en dat de ondersteuning van de geestelijk verzorger de patiënt kan helpen om zichzelf beter te verstaan. Lantman gaat er verder van uit dat ziekte en ziekenhuisopname een breuk in het levensverhaal veroorzaken.¹²⁰ In het verhaal dat de patiënt aan de geestelijk verzorger vertelt, zal deze breuk doorklinken in de vorm van ‘het er voor en er na’.¹²¹ Lantman onderscheidt, in navolging van A.W. Frank, drie ‘typen’ verhalen die de patiënt kan vertellen: de herstellende patiënt met het herstelverhaal, de chronische patiënt met zijn chaosverhaal en de palliatieve patiënt met zijn speurtochtverhaal.¹²²

Lantman schrijft vanuit de positie van een geestelijk verzorger in het huidige medische bestel. Omdat het in deze scriptie gaat over de verhalen van de patiënten die de geestelijk verzorgers tegenkomen in het ziekenhuis heeft de type-indeling van Lantman overeenkomsten met de verhalen die de geestelijk verzorgers vertelden over de gesprekken met patiënten zoals we verderop zullen lezen. Het gaat hier om de type-indeling van de patiënten; dit zegt niets over hoe er uiteindelijk inhoudelijk of vanuit welke achtergrond naar een levensverhaal van een patiënt wordt geluisterd of een levensverhaal geanalyseerd wordt door de geestelijk verzorgers. Omdat een aantal geestelijk verzorgers aangaven dat het verhaal van de patiënt meer te maken heeft met de fase van ziek zijn dan met de klinische of poliklinische setting heb ik gemeend deze indeling van Lantman te

¹¹⁷ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007).

¹¹⁸ Zie hoofdstuk 1 van deze scriptie, 15.

¹¹⁹ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 44.

¹²⁰ *Ibidem*, 51.

¹²¹ *Idem*.

¹²² *Ibidem*, 51-65.

kunnen gebruiken bij de uitwerking van de verschillende groepen poliklinische patiënten. De indeling van Lantman geeft ons ook, zoals we verderop zullen zien, handvatten om accentverschillen tussen klinische en poliklinische gesprekken te analyseren.

Uit onderstaand voorbeeld wordt duidelijk dat een geestelijk verzorger te maken kan krijgen met verschillende types verhalen, doordat de geestelijk verzorger op verschillende momenten in het zorgpad van de patiënt kan binnenkomen. Als illustratie hiervan kan het volgende verhaal van een van de geïnterviewden dienen:

Een geestelijk verzorger kan in contact komen met een patiënt op het moment dat die onverwacht is opgenomen in het ziekenhuis. Deze patiënt krijgt een slechte uitslag te horen van de dokter en wordt weer ontslagen uit het ziekenhuis. Poliklinisch zal de patiënt verder onderzocht worden. De geestelijk verzorger kan na een aantal dagen telefonisch contact opnemen met de patiënt (of de patiënt belt zelf) om te vragen hoe het gaat. De patiënt komt terug voor onderzoeken en mogelijk ook voor een gesprek met de geestelijk verzorger. Maar het kan ook zijn dat de geestelijk verzorger pas kennismaakt met deze patiënt op het moment dat die weer opgenomen wordt, bijvoorbeeld voor een operatie of wanneer de patiënt naar het ziekenhuis komt voor chemokuren. De vragen en problemen die deze patiënt in een eerder stadium had, zullen dan mogelijk niet meer aan bod komen.

Hieruit komt naar voren dat de geestelijk verzorger op verschillende momenten in het ziekteproces in contact kan komen met een patiënt, zowel klinisch als poliklinisch, en dat de gesprekken op verschillende locaties kunnen plaatsvinden. Het gesprek in bovengenoemd voorbeeld dat plaatsvindt tussen de geestelijk verzorger en de patiënt nadat de patiënt net een slechte uitslag heeft gehoord, zal een ander gesprek zijn dan wanneer het een afsluitend gesprek of een levenseinde gesprek is. Tevens gaf deze geestelijk verzorger aan dat dit kan opgaan voor patiënten met verschillende ziektebeelden.

Al deze patiënten worden geconfronteerd met ziekte, wat een breuk veroorzaakt overeenkomstig de theorie van Lantman.¹²³ Het beleven van de ziekte maakt dat er een breuk loopt in het levensverhaal van de patiënten. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende types die Lantman heeft beschreven in zijn boek, gecombineerd met opmerkingen die de geestelijk verzorgers maakten, hoewel de praktijk zich nooit helemaal in welke theorie dan ook laat inpassen.

¹²³ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007).

Herstellende patiënt

Een deel van de poliklinische patiënten kan worden ingedeeld volgens de indeling van Lantman onder de herstellende patiënt.¹²⁴ Lantman verstaat onder de herstellende patiënt de patiënt die een behandeling heeft ondergaan in het ziekenhuis, soms gepland soms ongepland, en die uitzicht heeft op herstel. De ziekte of opname heeft een breuk veroorzaakt in het levensverhaal; dit zal volgens Lantman doorklinken in het verhaal dat de patiënt vertelt. De patiënt zal gericht zijn op het te verwachten herstel 'het er na', al kan dat 'het er na' nog wel onduidelijk zijn.¹²⁵ De breuklijn die ontstaan is door de ziekte in het levensverhaal van de patiënt kan nog vragen oproepen bij de patiënt. Het verhaal waar de herstelpatiënt mee komt kan daarover gaan.

Zo gaf een geestelijk verzorger aan dat een gesprek met een patiënt die met hartfalen te maken heeft gehad, soms gaat over verliezen maar ook kan gaan over het herstel. Hij vertelde dat het herstel van deze patiënt gepaard kan gaan met angsten of vragen over hoe het normale leven weer opgepakt kan worden. Deze angsten en vragen maken dat deze patiënt moeite heeft weer betekenis te vinden in zijn leven. Het hartfalen van de patiënt heeft onzekerheid gebracht en het plaatsen van de pacemaker geeft een nieuwe dimensie in het leven van deze patiënt. Volgens deze geestelijk verzorger klinkt dit door in het verhaal dat de patiënt vertelt. Zijn ervaring is dat het verhaal van de patiënt kan gaan over het opnieuw vinden van betekenis in zijn leven na het hartfalen of hoe om te gaan met de nieuwe dimensie in zijn lichaam, de pacemaker. Maar hij gaf aan dat de patiënt ook kan zitten met praktische vragen, bijvoorbeeld over voeding of seksualiteit.

Dit voorbeeld laat zien dat de indeling in groepen patiënten niet altijd even afgebakend is. Zo kan hier de vraag worden gesteld of dit een herstellende patiënt is of een chronische patiënt. Deze patiënt zal namelijk de rest van zijn leven te maken blijven hebben met de pacemaker. Anderzijds: door de pacemaker is deze patiënt wel fysiek in staat om zijn oude leven weer op te pakken. Lantman geeft aan dat ook voor het herstelverhaal geldt: de toekomst is al met al veel minder vast en zeker.¹²⁶ Het leven dat de patiënt had voor het plaatsen van de pacemaker is duidelijk, het leven na het plaatsen van de pacemaker is nog niet helemaal

¹²⁴ Ren van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 53.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Idem.

duidelijk. Het hartfalen heeft een breuk veroorzaakt in het levensverhaal van deze patiënt en heeft onzekerheid gebracht over de toekomst. Dat is terug te zien in de vragen waar de patiënten mee komen: hoe vind ik weer zin in mijn leven met de pacemaker en mag ik alles weer doen?

Een ander voorbeeld dat door een geestelijk verzorger werd gegeven en dat overeenkomsten heeft met een herstelpatiënt zoals Lantman die beschrijft is het volgende. Het gaat om de begeleiding en nazorg van een vrouw van wie de moeder plotseling was overleden in het ziekenhuis. Deze vrouw had haar moeder voor haar overlijden jaren niet meer gezien. De geestelijk verzorger had uit nazorg voor deze vrouw een aantal gesprekken met haar. Volgens de geestelijk verzorger bleef deze vrouw hangen op het punt dat ze nog het een en ander had willen vertellen aan haar moeder. In overleg met de geestelijk verzorger heeft ze een brief geschreven aan haar moeder met onder andere daarin alles wat ze nog te vertellen had aan haar moeder. Deze brief is ze als afsluiting van het begeleidingsproces gaan voorlezen bij het graf van haar moeder.

In dit voorbeeld is de vrouw niet lichamelijk ziek, toch heeft het overlijden van de moeder op een andere manier een breuk veroorzaakt in haar levensverhaal. Haar leven voor het overlijden van haar moeder was duidelijk in die zin dat er geen contact was met haar moeder. Door de geestelijk verzorger werd niets gezegd over hoe zij deze periode ervaren had. In deze casus is er wel een leven 'er na', maar dan zonder haar moeder, terwijl ze nog wel het een en ander had willen vertellen aan haar moeder. Om deze breuk in haar levensverhaal te kunnen inpassen of verwerken, is gebruik gemaakt van individuele gesprekken, maar ook van een ritueel om alles wat ze nog wilde zeggen een plaats te geven, waardoor ze weer verder kon met haar leven. Deze voorbeelden laten ook zien dat de achtergronden van een herstelverhaal divers kunnen zijn.¹²⁷

Chronische patiënt

Een ander deel van de poliklinische patiënten kan beschreven worden als een chronische patiënt van wie het verhaal door Lantman als chaosverhaal wordt getypeerd.¹²⁸ Lantman gaat ervan uit dat het ondergaan van een behandeling of

¹²⁷ Het begeleiden van naasten van patiënten valt onder poliklinische contacten, zie hoofdstuk 2 van deze scriptie, 30.

¹²⁸ Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 56.

het hebben van een (chronische) ziekte gevolgen kan hebben voor het leven van de patiënt en anderen die hem na staan.¹²⁹ Die gevolgen van een ziekte of behandeling kunnen soms groot zijn. Een chronische patiënt moet volgens Lantman leren omgaan met de nieuwe lichamelijke of psychische mogelijkheden die hij na de breuk heeft.¹³⁰ En het leren omgaan met en het accepteren van een chronische aandoening is niet gemakkelijk. De worsteling van de patiënt met de breuk horen de geestelijk verzorgers terug in het levensverhaal dat de patiënt vertelt.¹³¹ In het verhaal dat een chronische patiënt vertelt, kunnen volgens Lantman verschillende dimensies doorklinken. Het kan bijvoorbeeld gaan over het gezonde leven van voor de breuk, over het volhouden van de ziekte of over de nieuwe (on)mogelijkheden.¹³² Een van de geïnterviewde geestelijk verzorgers vertelde over een dialysepatiënt die hij al geruime tijd kent. Deze geestelijk verzorger bezoekt hem op de dialyseafdeling. Soms heeft hij een gesprek met de patiënt over de gevolgen en het dragen van de ziekte of over het dialyseren. Maar soms wil de patiënt alleen de communie en het gebed ontvangen. Dat de patiënt genoeg heeft aan dit ritueel blijkt uit het feit dat, na het amen van de geestelijk verzorger, de patiënt aangeeft: ‘tot volgende week’. De geestelijk verzorger gaf aan dat hij zich dan terugtrekt omdat de patiënt met deze opmerking duidelijk maakt niet meer te willen praten.

Uit dit voorbeeld komt onder andere naar voren dat het poliklinische contact tussen geestelijk verzorger en patiënt wisselend kan verlopen. Dat soms een ritueel voldoende is om de patiënt op dat moment te helpen. Maar dit voorbeeld laat ook zien dat de inhoud van een poliklinisch contact met een chronische patiënt verschillende onderwerpen kan bevatten, afhankelijk van waar de patiënt op dat moment mee bezig is, en dat klinkt door in het verhaal dat de patiënt vertelt.

Een ander verhaal dat door een geestelijk verzorger werd verteld, dat als voorbeeld van een chaosverhaal kan dienen, is van een patiënt die aan een psychische aandoening lijdt. Deze patiënt had na ontslag uit het ziekenhuis moeite om het dagelijks leven weer op te pakken en om te leren leven met de stemmen in

¹²⁹ Ren van Schroyensteen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 56-57.

¹³⁰ Ibidem, 57.

¹³¹ Ibidem, 58.

¹³² Idem.

zijn hoofd. De geestelijk verzorger vertelde dat hij deze patiënt al lange tijd begeleidt. Dit zijn twee voorbeelden van chronische patiënten met diverse achtergronden. Uit beide voorbeelden blijkt dat het voor de patiënt soms moeilijk is om het vol te houden met de ziekte. In beide voorbeelden moet de patiënt leren omgaan met de levensmogelijkheden na het krijgen van de aandoening. In de verhalen die de patiënten vertellen, kunnen verschillende dimensies doorklinken, bijvoorbeeld het verlies van hun oude levenswijze en de beperkingen waarmee ze moeten leren leven. Dit komt overeen met de omschrijving van Lantman wat betreft de chronische patiënt.¹³³

Een van de geestelijk verzorgers gaf aan dat ze via de pijnpoli mensen met chronische pijn was gaan begeleiden. Deze begeleiding bestaat uit een 6-weekse training hoe om te gaan met pijn. Deze begeleiding is gestoeld op mindfulness; het gaat hier om een training in mediteren met pijn en hoe je om kan gaan met pijn. Het is begonnen met patiënten van de pijnpoli, maar ondertussen bestaat deze groep vooral uit oncologiepatiënten die moeite hebben met de blijvende pijn of die moeite hebben om hun ziekte te accepteren. De patiënten krijgen ook informatie over onderwerpen die gerelateerd zijn aan hun ziekte, er wordt gesproken over levensbeschouwelijke vragen, of over hoe de patiënt om kan gaan met zijn ziekte. Dit is een voorbeeld van een groep patiënten waarmee in groepsverband gewerkt kan worden. Deze patiënten hebben één gemeenschappelijke noemer: de blijvende pijn die mogelijk voortkomt uit de behandeling tegen de kanker of door de ziekte zelf. Uit dit voorbeeld blijkt ook dat het poliklinische werk van de geestelijk verzorger niet alleen bestaat uit het voeren van gesprekken, maar dat er ook andere werkvormen mogelijk zijn.

Palliatieve patiënt

De meeste geestelijk verzorgers gaven aan dat de grootste groep poliklinische patiënten met wie zij te maken hebben bestaat uit palliatieve patiënten. Lantman beschrijft het verhaal van de palliatieve patiënt als speurtochtverhaal.¹³⁴ De palliatieve patiënt is een patiënt voor wie geen behandeling meer mogelijk is en die ermee moet leren omgaan dat hij komt te overlijden. Het verhaal van de palliatieve patiënt bestaat volgens Lantman vaak uit een zoektocht naar zin en

¹³³ Ren van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 56-58.

¹³⁴ *Ibidem*, 61.

betekenis van het geleefde leven en naar een goed levenseinde.¹³⁵ Het verloop van die speurtocht is dan volgens Lantman afhankelijk van de patiënt, met het levensverhaal dat de patiënt heeft.¹³⁶ Thema's die de geestelijk verzorgers aandroegen waar een palliatieve patiënt zoal mee komt zijn: levensvragen, zingeingsvragen, ethische vragen, vragen over communicatie van de patiënt met anderen die hem na staan en verlieservaringen. In deze thema's zie ik overeenkomsten met de beschrijving van het speurtochtverhaal van Lantman. De patiënt die aan het einde van zijn leven zoekt naar een goed levenseinde zowel voor zichzelf als voor zijn naasten. Een geestelijk verzorger vertelde het volgende:

Als je ruimte maakt voor levenseindevragen en het sterven dan krijgt de patiënt weer meer ruimte om te leven.

Dit is een algemene opmerking van een geestelijk verzorger over ruimte bieden aan de patiënt om te praten over levenseindevragen en het sterven. Toch heeft deze opmerking aanknopingspunten bij de ondersteuningsrelatie die de geestelijk verzorger volgens Lantman heeft met de patiënt.¹³⁷ Wanneer de geestelijk verzorger die ruimte biedt, wanneer de geestelijk verzorger in staat is om ondersteuning te bieden in de speurtocht naar zin en betekenis die de patiënt zoekt in de laatste fase van zijn leven, dan is de ervaring van deze geestelijk verzorger dat er voor de patiënt weer meer ruimte ontstaat om te leven.

Een andere geestelijk verzorger vertelde over een palliatieve patiënt die worstelde met het gegeven dat zijn vrouw nog niet accepteerde dat hij kwam te overlijden. Dit verhaal kan dienen als voorbeeld van een speurtochtverhaal. Het beeld dat de geestelijk verzorger hierbij gebruikte was:

het horloge van de man stond op afscheid nemen en dat van zijn vrouw nog niet. Hoe krijg je dan beide horloges op dezelfde tijd?

Uit dit voorbeeld komt naar voren dat deze palliatieve patiënt zoekt naar een goede vorm van afscheid nemen, onder andere van zijn naasten. De patiënt ondervindt moeilijkheden bij het bespreken van zijn naderende levenseinde met zijn vrouw. Wanneer de geestelijk verzorger in staat is om deze patiënt te ondersteunen bij het zoeken naar een passende oplossing voor dit probleem dan zal dat voor de patiënt meer ruimte geven in zijn leven. Uit dit voorbeeld komt ook naar voren dat de onderwerpen waarmee een palliatieve patiënt worstelt niet

¹³⁵ Ren van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 62.

¹³⁶ Idem.

¹³⁷ Ibidem, 31-49.

eenduidig zijn, en dat het verhaal van een palliatieve patiënt soms ook iets van een chaosverhaal kan bevatten, in dit geval moeten deze partners leren omgaan met de nieuwe situatie. Verder blijkt uit dit voorbeeld dat het niet alleen gaat om de patiënt, maar dat de omgeving van de patiënt vaak verweven zit in het verhaal of in sommige gevallen als gesprekspartner aanwezig kan zijn bij het gesprek.

Deze voorbeelden gingen over het ondersteunen van de patiënt in de speurtocht naar een goed levenseinde. Soms zijn de vragen die een palliatieve patiënt heeft echter praktisch van aard, bijvoorbeeld op huishoudelijk of financieel gebied, en kan de geestelijk verzorger samen met de patiënt op zoek gaan naar passende zorg. De geestelijk verzorger kan dan doorverwijzen naar een andere zorgprofessional zoals een maatschappelijk werker.

Uit bovenstaande komt naar voren dat de typering van het levensverhaal die Lantman geeft veel overeenkomsten heeft met de verhalen die de geestelijk verzorgers vertelden uit de praktijk. Door de verschillende patiëntenverhalen op deze manier te categoriseren, geeft dat een goed beeld van de verhalen waarmee de geestelijk verzorger in het ziekenhuis zowel klinisch als poliklinisch te maken kan krijgen. De opmerking van een aantal geestelijk verzorgers dat het verhaal van de patiënt meer te maken heeft met waar de patiënt zich in het ziekteproces bevindt dan met de vraag of hij al dan niet poliklinisch behandeld wordt, kwam zowel uit de meeste voorbeelden als ook uit de beschrijving van Lantman naar voren. Omdat in de interviews verder niet aan de orde is gekomen met welke methode zij een levensverhaal benaderen en analyseren, is dat hier ook niet verder uitgewerkt. Het ging hier met name om de verschillende poliklinische patiënten. Nu we daar door bovenstaande een beeld bij kunnen vormen zal de groep van mensen die om de patiënt staan besproken worden, omdat die zoals we zagen in hoofdstuk 2 ook onder de poliklinische contacten vallen.

Anderen die de patiënt na staan

Een andere groep die een beroep doet op de geestelijk verzorger wordt gevormd door de naasten of nabestaanden van de patiënt. Een aantal geestelijk verzorgers gaven aan op de hulpvraag van de naasten in te gaan. De geestelijk verzorgers hebben vaak, in het zorgtraject om de patiënt, al kennis gemaakt met de familie. De nagesprekken met de nabestaanden gaan volgens de geestelijk verzorgers vaak over het verlies van hun dierbare of over de nieuwe situatie die is ontstaan na het

overlijden. Ook dit verlies kan een breuk veroorzaken in het levensverhaal van deze naasten en de vorm hebben van leven voor en leven na het overlijden van de patiënt. De naasten van een overleden patiënt moeten met deze nieuwe omstandigheden verder in hun leven. Deze nagesprekken kunnen de inhoud hebben van een herstelverhaal of chaosverhaal.¹³⁸

4.2 Verschillen tussen klinische en poliklinische patiënten.

De patiëntengroepen die hierboven werden genoemd, komt de geestelijk verzorger zowel tegen in de kliniek als op de polikliniek. Dit hoofdstuk begon met de vraag of een geestelijk verzorger andere competenties nodig heeft voor het werk op de polikliniek.¹³⁹ Uit de eerste reacties van de geestelijk verzorgers kan de conclusie getrokken worden dat er niet wezenlijk andere competenties nodig zijn, en dat de verhalen waarmee de geestelijk verzorgers op de polikliniek worden geconfronteerd ook in de klinische setting kunnen voorkomen. Vanwege die overlap is het voor het inzicht van de poliklinische doelgroep van belang deze algemene kenmerken te bespreken. Wel werd door de geestelijk verzorgers opgemerkt dat de verhouding en nadruk van de competenties in de klinische setting anders liggen dan op de polikliniek. Een van de geestelijk verzorgers zei het volgende over de gesprekken met zowel klinische als poliklinische patiënten:

Hang het maar onder de paraplu levensvragen – waar vaak meer vragen zijn dan antwoorden.

Dit is een hele brede omschrijving. In dit gedeelte wordt gekeken naar de verschillende nuances tussen klinische en poliklinische gesprekken die door verschillende geestelijk verzorgers werden aangedragen. Hoewel er dus in eerste instantie volgens de geestelijk verzorgers geen wezenlijke verschillen bestaan, werden door een aantal geestelijk verzorgers vervolgens wel degelijk voorbeelden aangereikt waaruit opgemaakt kan worden dat er wel accentverschillen bestaan tussen klinische en poliklinische gesprekken. Dat heeft onder andere te maken met welke patiëntengroepen de geestelijk verzorger poliklinisch te maken heeft. Wanneer de geestelijk verzorger poliklinisch vooral palliatieve patiënten begeleidt

¹³⁸ Zie voorbeeld bij herstelverhaal.

¹³⁹ Onder competenties verstaat Jaap Dijkstra: ‘als een geïntegreerd geheel van (wetenschappelijke) kennis, inzicht, vaardigheden en attitude dat essentieel is om verantwoord een functie of beroep uit te oefenen’: in Jaap Dijkstra, *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren* (Soest 2007) 43.

dan zal de nadruk mogelijk liggen op een goede begeleiding van levenseinde vragen. Maar de verschillen ontstaan ook door de context waarin de gesprekken plaatsvinden. De verschillen die genoemd zijn door een aantal geestelijk verzorgers staan in dit gedeelte centraal en onderzocht wordt waaruit deze verschillen bestaan en wat de invloed is van deze verschillen op een gesprek met een patiënt en dus op de rol van de geestelijk verzorger. In de Beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers staat onder 4.1 de kerntaken beschreven voor de geestelijk verzorger die gerelateerd zijn aan patiënten en hun naasten.¹⁴⁰ Wanneer een verschil tussen de klinische gesprekken en poliklinische gesprekken wordt opgemerkt dan zal ik verwijzen naar de genoemde competenties in de Beroepsstandaard.

Verschillen

Ruimte en tijd

Een verschil tussen een gesprek in kliniek of polikliniek werd als volgt door een geestelijk verzorger verwoord:

In de poliklinische setting heb je minder te maken met het medische bedrijf, je wordt er minder door gehinderd. Er is tijd en een plek om rustig te kunnen praten.

Dit verschil gaven ook drie andere geestelijk verzorgers in andere woorden aan. Uit dit citaat komen twee punten naar voren: er is tijd voor een rustig gesprek op

¹⁴⁰ Bij de uitleg van deze kerntaken staat het volgende: ‘Om deze kerntaken te kunnen uitoefenen is een authentieke omgang met de eigen levensbeschouwing nodig die gepaard gaat met openheid naar de levensbeschouwing van de patiënt en diens naasten. De geestelijk verzorger heeft weet van de eigen levensbeschouwelijke vooronderstellingen. Dit vereist een gedegen kennis van diverse levensbeschouwingen en religies en de daaraan verwante geloofs- en levensvragen. Om contact te kunnen leggen en onderhouden met mensen die een beroep doen op geestelijke verzorging zijn goede communicatieve vaardigheden van belang.

Omdat contacten ook in groepsverband plaatsvinden, heeft de geestelijk verzorger kennis van en inzicht in groepsdynamica en groepsprocessen.

De geestelijk verzorger beschikt over diagnostische, hermeneutische en therapeutische competentie.

Diagnostische en hermeneutische competentie is het vermogen om de ervaringen rond ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van het levensbeschouwelijk referentiekader van de patiënt door verbinding te leggen tussen de situatie waarin de patiënt zich bevindt en diens levensbeschouwelijke traditie.

Therapeutische competentie bestaat uit het aanreiken van de juiste rituelen, gebeden, religieuze en levensbeschouwelijke teksten en gespreksinhouden op basis van de levensbeschouwelijke traditie van de patiënt om te komen tot heling van het zingevingproces, bijvoorbeeld door verzoening (met het eigen leven, met anderen, met de ziekte, met eindigheid, met God).

Tevens is kennis van ziekte- en verwerkingprocessen van belang.

De geestelijk verzorger beheerst het spanningsveld tussen intercollegiaal samenwerken en het eigen beroeps- en ambtsgeheim.’ In: *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 14-15.

de polikliniek en er is een plek waar dat gesprek kan plaatsvinden. De ervaring van de geestelijk verzorgers is dat het in de klinische setting soms lastig is een rustig moment te vinden voor een gesprek met de patiënt. In de dagen dat een patiënt is opgenomen, komen vele zorgprofessionals bij het bed van de patiënt langs. De ervaring van de geestelijk verzorgers is ook dat de patiënten die opgenomen zijn vaak erg ziek zijn. Wanneer het weer iets beter met hen gaat, mogen ze vaak weer met ontslag naar huis. Dat betekent voor het werk van de geestelijk verzorger dat die soms maar heel kort in gesprek kan zijn met de klinische patiënt, doordat de patiënt op dat moment niet in staat is om een lang gesprek te voeren of omdat er plaats gemaakt moet worden voor een andere zorgprofessional. Ganzevoort schrijft in zijn boek *Zorg voor het verhaal* dat het van belang is dat er tijd en een goede ruimte zijn voor een gesprek.¹⁴¹ Verder schrijft Ganzevoort dat bij het voeren van een kort gesprek ‘een doortastende en doelgerichte pastor’ nodig is.¹⁴² Om een kort gesprek een goede inhoud te geven, moet de pastor zo dicht mogelijk bij het hier en nu blijven en de spreker niet al te veel laten uitweiden, volgens Ganzevoort.¹⁴³ Uit onderzoek van het Trimbos Instituut blijkt dat tweederde van de gesprekken in de kliniek korter dan een half uur duren.¹⁴⁴ De geestelijk verzorger zal in de klinische setting dus meer gericht zijn op het voeren van een kort gesprek dan in de poliklinische setting. Uit mijn interviews kan men concluderen dat er op de polikliniek meer tijd en rust is voor een gesprek, en dat heeft volgens Ganzevoort gevolgen voor het voeren van een gesprek.¹⁴⁵ Dit is een relevant verschil tussen een klinisch en een poliklinisch contact, waardoor de werkwijze van de geestelijk verzorger in een gesprek op de polikliniek vaker gericht zal zijn op het voeren van een langer gesprek dan in de klinische setting. In de beroepsstandaard valt dat onder communicatieve vaardigheden van de geestelijk verzorger, bijvoorbeeld het beheersen van verschillende gesprekstechnieken.¹⁴⁶

¹⁴¹ Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 137.

¹⁴² Ibidem, 151.

¹⁴³ Idem.

¹⁴⁴ D. van der Loo, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998) 22-23.

¹⁴⁵ Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 151-153.

¹⁴⁶ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 14, 17.

Een ander verschil tussen een klinisch en een poliklinisch gesprek dat werd genoemd door de geestelijk verzorgers, is dat het poliklinische gesprek in een andere ruimte dan de ziekenhuiskamer plaatsvindt. Dat kan zijn op de kamer van de geestelijk verzorger, dan komt de patiënt in de omgeving van de geestelijk verzorger binnen. Ganzevoort schrijft dat de ruimte waar het gesprek plaatsvindt een plaats moet zijn waar die ander zich vrij kan voelen.¹⁴⁷ De geestelijk verzorger zal met het ontvangen van patiënten op zijn werkkamer hiermee rekening moeten houden. ‘Een al te zakelijke of al te gezellige omgeving kleurt het gesprek als vanzelf in die richting’ volgens Ganzevoort.¹⁴⁸ Bierkens schrijft over de betekenis van het eigen ruimtelijke territorium van de patiënt en de mogelijke gevolgen voor het gesprek wanneer de hulpverlener hieraan niet tegemoet komt.¹⁴⁹ Dat de context of omgeving van een ruimte invloed heeft op stress vermindering en het welbevinden van de patiënt bevordert, was ook het uitgangspunt bij het opnieuw inrichten van de ‘zingevingondersteunende ruimtes’ in het Martini Ziekenhuis te Groningen.¹⁵⁰ Hier gaat het dan weliswaar niet om de werkkamers van de geestelijk verzorgers, maar wel om de invloed van de omgeving op de patiënt. Uit bovenstaande blijkt dat de geestelijke verzorger in de poliklinische setting duidelijk meer oog moet hebben voor het belang van wat een indeling van een ruimte doet met een patiënt. Hieruit blijkt ook dat dit een relevant verschil is met een ontmoeting in de klinische setting. Net als het vorige punt valt dit ook onder communicatieve vaardigheden van de geestelijk verzorger, bijvoorbeeld dat de geestelijk verzorger in staat is verbale en non-verbale signalen van mensen te verstaan.¹⁵¹

Een ander verschil dat uit de interviews naar boven kwam is dat het contact tussen de geestelijk verzorger en de patiënt op de polikliniek anders begint dan in de klinische setting, doordat het gesprek op de kamer van de geestelijk verzorger plaatsvindt. In de klinische setting is de geestelijk verzorger gast aan het bed, de patiënt is de gastvrouw en heeft over het bezoek de regie in handen. Wanneer het gesprek op de kamer van de geestelijk verzorger plaatsvindt, is de

¹⁴⁷ Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 136.

¹⁴⁸ Ibidem, 138.

¹⁴⁹ P.B. Bierkens, *Woord en communicatie. Gespreksvoering in theorie en praktijk* (Nijmegen 1972) 54.

¹⁵⁰ Jorien Holsappel, e.a., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen* (Tilburg 2010) 66-67.

¹⁵¹ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGvZ 2002) 14,17.

geestelijk verzorger de gastvrouw. Zij zorgt voor koffie en thee, ondertussen kan er even sociaal gebabbeld worden zoals een geestelijk verzorger het verwoordde. Voor het sociaal babbelen is volgens deze geestelijk verzorger in de klinische setting minder ruimte. Een andere geestelijk verzorger gaf aan dat in de klinische setting zowel de geestelijk verzorger als de patiënt in dezelfde omgeving verkeert. De poliklinische patiënt komt vanuit de thuissituatie het ziekenhuis binnen, de geestelijk verzorger en de patiënt moeten samen de overgang maken om het gesprek te kunnen beginnen. Het ‘sociaal babbelen’ kan van wezenlijk belang zijn zowel voor de geestelijk verzorger als voor de patiënt om tot een ontmoeting te komen. Ganzevoort schrijft: ‘Voordat diepere lagen aan de orde kunnen komen, moet er een zekere mate van vertrouwelijkheid zijn’.¹⁵² Die vertrouwelijkheid moet steeds weer gecreëerd worden. Omdat een van de geestelijk verzorgers aangaf dat hiervoor minder tijd is in de klinische setting en de patiënt die in de kliniek is opgenomen niet vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis komt voor een gesprek, zal het sociaal babbelen om tot een diepgaand gesprek te kunnen komen vaker op de polikliniek plaatsvinden. Ook in dit geval gaat het om specifieke communicatieve vaardigheden van een geestelijk verzorger, bijvoorbeeld dat een geestelijk verzorger in staat is een vertrouwensrelatie aan te gaan en zowel vertrouwen kan geven als ontvangen.¹⁵³

In dit onderzoek is geen opsplitsing gemaakt in de plaatsen waar de geestelijk verzorger de poliklinische patiënt spreekt. Uit onderzoek in het AMC blijkt dat de gesprekken op de dagbehandeling vaak ook maar kort duren vanwege de intensieve zorg die daar plaatsvindt.¹⁵⁴ Wanneer de geestelijk verzorger veel poliklinische patiënten begeleidt die op de dagbehandeling komen, zal deze mogelijk ook veel korte gesprekken voeren. Dat is een verschil met wanneer het gesprek met de poliklinische patiënt op de kamer van de geestelijk verzorger plaatsvindt, want dan is er ruimte en tijd voor de patiënt om te spreken.

Uit bovenstaande komt naar voren dat bij gesprekken die plaatsvinden op een andere locatie dan waar de behandeling van de patiënt plaatsvindt er meer tijd is voor een langer gesprek waarbij men minder gestoord wordt door het medische

¹⁵² Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 139.

¹⁵³ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 14, 16.

¹⁵⁴ J.E. de Vries en M. van Gilst, *Kort dag. Rapportage van de peiling periklinische geestelijke verzorging in het AMC* (Amsterdam 2001) 11-12.

bedrijf. De geestelijk verzorger zal de competenties die nodig zijn voor een lang gesprek vaker gebruiken wanneer het gesprek op zijn kamer plaatsvindt dan wanneer hij de patiënt bezoekt in de klinische setting. Verder komt uit bovenstaande naar voren dat de omgeving waar het gesprek plaatsvindt invloed heeft op de patiënt en dat dit door kan werken in het gesprek dat gevoerd wordt. Een geestelijk verzorger zal in de poliklinische setting alert moeten zijn op de invloed van de omgeving op de patiënt. Dit laatste is een relevant verschil met een gesprek in de klinische setting, hoewel dit niet met zoveel woorden genoemd is door de geïnterviewde geestelijk verzorgers. Dat dit niet expliciet door de geestelijk verzorgers is genoemd, kan komen door de vragen die wel of niet zijn gesteld tijdens het interview, maar het kan ook komen doordat zij er niet aan gedacht hebben. Dit onderzoek ging niet alleen over de verschillen tussen het voeren van poliklinische of klinische gesprekken. Omdat de omgeving van invloed is op het te voeren gesprek lijkt mij nader onderzoek naar deze invloeden, en wat de gevolgen daarvan zijn in een gesprek, wenselijk.

Patiënt

Een ander verschil dat genoemd werd door een van de geestelijk verzorgers is dat de poliklinische patiënt beter kan verwoorden waar hij voor komt of mee worstelt. Voor een gesprek op de polikliniek wordt meestal vooraf een afspraak gemaakt. Zowel de geestelijk verzorger als de patiënt kan zich voorbereiden op dit gesprek. Een van de geestelijk verzorgers gaf aan dat het gesprek op de polikliniek soms meer weg heeft van therapeutisch werk, omdat het vaak om een aantal vervolg gesprekken gaat; omdat de patiënt duidelijk voor ogen heeft wat hij aan de orde wil stellen; en dat de geestelijk verzorger zich kan voorbereiden op een gesprek. Ganzevoort schrijft dat het bij gespreksreeksen van belang is dat er afspraken worden gemaakt over de inhoud van de gesprekken en na hoeveel gesprekken er geëvalueerd wordt.¹⁵⁵ Daarmee laat de pastor zien dat hij ‘de gesprekspartner ziet als iemand die zelf het leven kan leiden en dat activeert de gesprekspartner’.¹⁵⁶ Een van de geestelijk verzorgers omschreef het poliklinische contact als volgt: ‘met de poliklinische patiënt ga je een traject aan. Als geestelijk verzorger heb je

¹⁵⁵ Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 152.

¹⁵⁶ Idem.

dan een andere rol, het gaat meer om het begeleiden van de patiënt en je maakt afspraken met de patiënt'. Welke afspraken zij maakte met patiënten heeft ze niet verteld. Wel kan uit bovenstaande geconcludeerd worden dat er een relevant verschil is tussen het korte eenmalige klinische contact en het langdurige poliklinische contact. De geestelijk verzorger zal daardoor op de polikliniek vaker de competenties gebruiken die nodig zijn voor een langdurig contact dan in de klinische setting.

Als gevolg van het hierboven genoemde langduriger poliklinisch contact merkten vier geestelijk verzorgers op dat ze daardoor meer meekrijgen van de leefomgeving van de patiënt en de patiënt beter leren kennen. Een van de geestelijk verzorgers verwoordde het zo:

Bij een poliklinisch contact zie je een groter deel van het 'gezonde' leven van de patiënt. Je ziet meer over wie de patiënt als mens is dan wanneer die in een ziekenhuisbed ligt. Die mens is vaak maar even patiënt.

Uit dit voorbeeld blijkt dat niet alleen de periode dat de geestelijk verzorgers een patiënt begeleiden langer is, maar dat ze ook meer zien en te horen krijgen over het dagelijkse leven van de patiënt en zijn naasten. De patiënt wordt door de geestelijk verzorger thuis gebeld of komt vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis, en veelal zal deze patiënt na het gesprek weer teruggaan naar die thuissituatie. De problemen waar de patiënten in de thuissituatie tegenaan lopen, zullen vaker onderwerp van gesprek zijn in een poliklinisch gesprek dan wanneer de patiënt in het ziekenhuis verblijft. Een poliklinische patiënt is dus veel meer een persoon 'in context'. Gezien in het licht van de beroepsstandaard zal de geestelijk verzorger in deze situaties waarschijnlijk vaker gebruik maken van de diagnostische, hermeneutische en mogelijk ook de therapeutische competenties.¹⁵⁷

Een ander voorbeeld dat gegeven werd door een geestelijk verzorger en waaruit blijkt dat de geestelijk verzorger meer meekrijgt van de leefomgeving van de patiënt is dat het gesprek op de polikliniek vaker plaatsvindt met de patiënt en zijn naasten. De naasten van de patiënt komen vaak mee tijdens het gesprek op de polikliniek, al kan een gesprek tussen de patiënt met zijn naasten en de geestelijk verzorger ook plaatsvinden in de klinische setting. De ervaring van de geestelijk verzorgers is dat de competentie die nodig is om een goed gesprek te voeren met

¹⁵⁷ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 14.

meerdere mensen, zowel in de klinische als in de poliklinische setting noodzakelijk is, maar verhoudingsgewijs vaker nodig is in de poliklinische setting. Van Haaren e.a. schrijven over de verschillende invloeden die een rol kunnen gaan spelen bij communicatie in een groep.¹⁵⁸ Zij noemen onder andere de volgende invloeden: de inhoud van het gesprek, de kwaliteit van onderlinge relaties en de plaats van ieder groepslid.¹⁵⁹ Een geestelijk verzorger die in gesprek gaat met een patiënt en zijn naaste(n) zal alert moeten zijn op deze processen, wil er een goede communicatie ontstaan zodat iedere deelnemer die deelneemt aan het gesprek tot zijn recht komen.¹⁶⁰

Eerder werd gerefereerd aan Lantman, die schrijft dat het ziekteproces het verhaal kleurt.¹⁶¹ Een geestelijk verzorger gaf aan dat in het verhaal van een patiënt die is opgenomen er nog hoop kan bestaan op herstel. Dat komt deels terug in de omschrijving van de herstelpatiënt die Lantman hanteert.¹⁶² Volgens die geestelijk verzorger is op de polikliniek die hoop bij patiënten vaak verdwenen. De poliklinische patiënt weet volgens hem vaak duidelijker waar hij aan toe is, die weet dat de dokter de stemmen in haar hoofd niet het zwijgen op kan leggen of de patiënt weet dat het slecht is met zijn nieren. Dan gaan de vragen volgens hem meer over: hoe hou ik het vol om drie maal in de week te dialyseren of: hoe kan ik dit in mijn leven inpassen? De patiënten bij wie de hoop verdwenen is, zijn vaak chronische of palliatieve patiënten en die vertellen volgens de indeling van Lantman vaak een ander verhaal.¹⁶³ Dit betekent voor de geestelijk verzorger dat die op de polikliniek vaker te maken heeft met een chaos- of speurtochtverhaal dan in de kliniek. Dit komt al enigszins naar voren doordat alle geestelijk verzorgers de groep van palliatieve patiënten noemden die zij op de polikliniek begeleiden. Tevens zal een patiënt die weer herstelt minder lang tegen problemen aanlopen, terwijl een chronische patiënt moet leren leven met het gegeven dat het gezonde leven voorgoed verdwenen is. Dit is een relevant verschil tussen de gesprekken die in de kliniek en die in de polikliniek plaatsvinden, en een verschil

¹⁵⁸ Jan van Haaren (red) e.a., *Samen werken, samen leren. Werkboek sociale vaardigheden theorie en oefeningen* (11^{de} druk, Baarn 1993) 115-140.

¹⁵⁹ Ibidem, 115.

¹⁶⁰ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen* (VGVZ 2002) 14.

¹⁶¹ Ren van Schroyensteen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007).

¹⁶² Ibidem, 51.

¹⁶³ Ibidem, 51-52.

dat het werk voor een geestelijk verzorger die op de polikliniek werkzaam is op een bepaalde manier kleurt. Uit alle hierboven genoemde verschillen lijkt mij een specifiek onderzoek naar de verschillen tussen klinische en poliklinische gesprekken op zijn plaats, om zodoende ook te kunnen achterhalen of en in welke mate een geestelijk verzorger toch een ander competentieprofiel nodig heeft voor het begeleiden van poliklinische patiënten.

4.3 Conclusie

In het eerste deel van dit hoofdstuk is gekeken welke patiënten een beroep doen op de mogelijkheid van poliklinische geestelijke verzorging. Bij de uitwerking van de verschillende groepen is gebruik gemaakt van de typeindeling van Lantman die onderscheid maakt in drie typen patiënten verhalen. Lantman onderscheidt het herstelverhaal, het chaosverhaal en het speurtochtverhaal. Het blijkt dat een geestelijk verzorger zowel op de polikliniek als in de kliniek te maken heeft met de hierboven genoemde typen verhalen. Maar de verhouding ligt op de polikliniek anders dan in de kliniek, een geestelijk verzorger heeft op de polikliniek vaker te maken met een chaos- en speurtochtverhaal. Dat de geestelijk verzorgers, zowel in de kliniek als polikliniek, met de drie hierboven genoemde typen verhalen te maken heeft komt mede doordat, zoals uit dit onderzoek naar voren komt, de plaats en het moment in het ziekteproces waarop de geestelijk verzorger in contact komt met de patiënt uiteenlopend kunnen zijn. Een geestelijk verzorger kan in contact komen met een patiënt in de klinische setting, maar ook via de polikliniek of wanneer de patiënt naar het ziekenhuis komt voor een behandeling.

Op mijn vraag of een geestelijk verzorger andere competenties nodig heeft voor het werk op de polikliniek was vaak de eerste reactie van de geestelijk verzorgers: nee, niet wezenlijk. Toch noemden de geestelijk verzorgers een aantal verschillen tussen klinische en poliklinische gesprekken. Die verschillen zijn in dit hoofdstuk nader bekeken en gekeken is hoe die van invloed zouden kunnen zijn op het verloop van een gesprek. Allereerst de context waarin het gesprek plaatsvindt. Wanneer het gesprek plaatsvindt op de kamer van de geestelijk verzorger wordt men minder gehinderd door het medische bedrijf. Gevolg daarvan is dat een gesprek langer kan duren, en dat stelt volgens Ganzevoort andere eisen aan het voeren van een gesprek. De geestelijk verzorger zal de

competenties die nodig zijn voor een lang gesprek vaker gebruiken wanneer het gesprek op zijn kamer plaatsvindt dan wanneer hij de patiënt bezoekt in de klinische setting. Verder komt uit bovenstaande naar voren dat de omgeving waar het gesprek plaatsvindt invloed heeft op de patiënt en dat dit door kan werken in het gesprek dat gevoerd wordt. Een geestelijk verzorger kan daar in de poliklinische setting rekening mee houden door de ontmoetingsruimte zo in te richten dat die vertrouwen opwekt en zal oog moeten hebben of de patiënt zich daar op zijn gemak voelt. Tevens komt de patiënt vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis, wat tot gevolg heeft dat de geestelijk verzorger een vorm moet vinden om de patiënt te ontmoeten om tot een diepgaand gesprek te komen. Zoals Ganzevoort het omschreef: 'Voordat diepere lagen aan de orde kunnen komen, moet er een zekere mate van vertrouwelijkheid zijn'.¹⁶⁴

Een ander verschil dat werd genoemd, is dat een poliklinisch gesprek vaak gepland wordt, waardoor de geestelijk verzorger en de patiënt zich kunnen voorbereiden op het gesprek. Gevolg is dat de patiënt vaak beter kan verwoorden waarover hij wil praten met de geestelijk verzorger.

Daarnaast geven de geestelijk verzorgers aan dat ze door de poliklinische contacten meer meekrijgen van de context van de patiënt, onder andere doordat naasten van de patiënt vaak meekomen tijdens een poliklinisch gesprek. De geestelijk verzorgers krijgen ook meer mee van de thuissituatie en de levensgeschiedenis van de patiënt doordat het contact een langere periode beslaat. En omdat het contact een langere periode beslaat, zal de geestelijk verzorger mogelijk afspraken maken met de patiënt over de inhoud van de gesprekken. De competenties voor het voeren van gesprekken met meerdere mensen of voor een langdurig contact zal de geestelijk verzorger vaker gebruiken bij poliklinische gesprekken.

De geestelijk verzorgers geven allen aan dat de competenties die ze voor hun werk in de kliniek nodig hebben ook nodig zijn op de polikliniek, en dat ze geen extra competenties nodig hebben om het werk op de polikliniek te kunnen doen. Wel gaven ze aan dat de verhouding tussen en de nadruk op de competenties die ze gebruiken voor poliklinisch werk anders liggen dan in de klinische setting. Uit bovenstaande blijkt dat er een aantal verschillen bestaan

¹⁶⁴ Ruard Ganzevoort & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007) 139.

tussen de gesprekken op de polikliniek en die in de kliniek, die van invloed zijn op het voeren van een gesprek. Zoals al eerder opgemerkt: dit onderzoek gaat niet alleen over de verschillen tussen het voeren van poliklinische en klinische gesprekken. Het kan zijn dat wanneer er tijdens de interviews dieper was gesproken over de verschillen tussen klinische en poliklinische contacten deze verschillen wel meer op de voorgrond waren gekomen. Daarbij komt, zoals we zagen in het voorbeeld dat een van de geestelijk verzorgers gaf, dat de geestelijk verzorger op verschillende momenten in het ziekteproces in contact kan komen met een patiënt, zowel klinisch als poliklinisch, dat de gesprekken op verschillende locaties kunnen plaatsvinden, en dat de geestelijk verzorger sommige patiënten op veel verschillende plaatsen kan zien.

In het volgende hoofdstuk zal beschreven worden wat de invloed is van het werken op de polikliniek op het vak van de geestelijk verzorger.

Hoofdstuk 5 Invloed poliklinische zorg op het vak geestelijke verzorging

Inleiding

‘Doen, gewoon beginnen’ was het spontane antwoord van drie geestelijk verzorgers op mijn vraag: wat raadt u ziekenhuizen die poliklinische werkzaamheden overwegen aan? Ook de andere geïnterviewden reageerden enthousiast over dit onderdeel van hun werk. Maar uit de interviews kwam ook naar voren dat geen enkel team extra formatie of middelen had gekregen toen zij begonnen met het poliklinische werk en dat de geïnterviewden verschillend aankijken tegen het poliklinische werk in de zin van of zij het zien als een extra taak naast de dagelijkse werkzaamheden.

In dit hoofdstuk staat centraal wat de invloed is van het poliklinische werk op het vak geestelijke verzorging volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers. Allereerst wordt bekeken uit welke middelen geestelijke verzorging, vooral die op de polikliniek betaald wordt. Vervolgens wordt bekeken wat volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers de invloed is van poliklinische contacten op hun vak.

5.1 Poliklinische geestelijke verzorging: product of passie?

Geestelijke verzorging was van oudsher een klinische voorziening. De kosten van klinische geestelijke verzorging vallen nu onder AWBZ ‘verblijf’.¹⁶⁵ De geestelijk verzorgers worden betaald uit de algemene middelen van het ziekenhuis. Een geestelijk verzorger ontvangt zijn salaris ongeacht of hij/zij poliklinische patiënten begeleidt. Poliklinische geestelijke verzorging is van recentere datum, geen enkel team geestelijke verzorging waarmee gesproken is, heeft extra formatie gekregen voor het werk op de polikliniek. Dus wanneer een geestelijk verzorger poliklinische patiënten begeleidt, wordt dat betaald uit de algemene middelen van het ziekenhuis. De begeleiding van poliklinische patiënten kunnen de geestelijk verzorgers verantwoorden naar de directie van het ziekenhuis, omdat het vooral om patiënten gaat die een behandelrelatie hebben met het ziekenhuis.¹⁶⁶ Het verantwoorden van de gesprekken wordt problematisch volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers, wanneer het om een (na)gesprek met de

¹⁶⁵ L. van Gastel en A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg* (Budel 2007) 37-48.

¹⁶⁶ Zie hoofdstuk 2 van deze scriptie, 29-30.

familie gaat of om patiënten die in de thuissituatie zorg ontvangen. In het eerste geval is er geen patiënt meer met een zorgvraag, in de tweede situatie verleent de geestelijk verzorger zorg buiten het ziekenhuis. Vier geestelijk verzorgers gaven aan dat hun werk toch vooral een klinische voorziening is.

Een van de geïnterviewden gaf aan dat geestelijke verzorging in de klinische setting in haar ziekenhuis valt onder het basisbedrag, dat is de kostprijs van de eerste opnamedag in het ziekenhuis waarin alle basisvoorzieningen van een ziekenhuis zijn meegerekend. Dat dit niet geldt voor het werk op de polikliniek heeft volgens haar te maken met de zorgcontracten die met de zorgverzekeraar zijn gemaakt. Deze geestelijke verzorger zei het volgende over de financiering van de poliklinische gesprekken:

Ik denk dat dat (financiën) gaandeweg in de toekomst een groter stuk zal zijn. Op een gegeven moment zou mijn streven zijn dat het ziekenhuis het ook verankert in zijn gesprekken met het uitonderhandelen met de zorgverzekeraars dat het in die zin ook steeds meer geprepareerd kan worden..... Daar word je als geestelijk verzorger niet beter van maar wel het totale financiële plaatje van het ziekenhuis en ik denk dat je daar niet te voorzichtig in hoeft te zijn. Het is in die zin ook een erkenning van het vak en dat vind ik er wel een belangrijke in.

Deze geestelijk verzorger geeft duidelijk aan dat wat haar betreft in de toekomst tegenover het begeleiden van poliklinische patiënten een financiële vergoeding vanuit de zorgverzekeraar richting ziekenhuis wordt verstrekt. Tevens vindt zij dat, wanneer er een vergoeding staat tegenover het poliklinische werk, het kan meewerken aan de erkenning van het vak geestelijke verzorging.

Een andere geestelijk verzorger gaf aan dat het team de afgelopen drie jaar bezig is geweest met het vinden van financiële vergoedingen voor het werk op de polikliniek. Zij hebben eerst intern met de directie gesproken, en zoals de geestelijk verzorger het verwoordde: 'de directie waardeert het werk van de geestelijk verzorger enorm maar zij kwamen niet over de brug met geld'. Vervolgens zijn de zorgverzekeraars benaderd, ook van die zijde kwamen er geen financiële middelen. Nu is dit team nog in overleg met begrafenisondernemers, die willen steeds meer zorg gaan verlenen in het voortraject van hun toekomstige klant. Het aanbieden van zorg in het voortraject willen de begrafenisondernemers gaan doen vanuit een aparte stichting. Hoe deze aparte stichting wordt gevormd en hoe de medewerking van de geestelijk verzorgers daarin vorm kan krijgen, is nog niet geheel duidelijk.

Deze beide teams zijn al geruime tijd bezig met poliklinische patiënten te begeleiden, maar zoeken nog naar een vorm van vergoeding voor dit onderdeel van hun werk. Daar staat tegenover het team geestelijk verzorgers dat wel poliklinische patiënten begeleidt, maar waar de geïnterviewde geestelijk verzorger het volgende zei: ‘mooi dat vanuit deze instelling de ruimte wordt geboden om er te zijn’ en ‘het zakelijke er niet bijnemen maar je verantwoordelijkheid nemen’. Zijn uitgangspunt was dat de zorgvraag van de patiënt soms op een andere plaats dan in de klinische setting naar voren komt. En dan moet een geestelijk verzorger volgens hem zijn verantwoordelijkheid nemen, begeleiding bieden aan de poliklinische patiënt. De overeenkomst tussen de bovengenoemde teams is dat alle teams zijn begonnen poliklinische geestelijke verzorging aan te bieden; een verschil tussen de hierboven genoemde teams is dat de laatste geestelijk verzorger niet sprak over een vergoeding voor het poliklinische werk; met de zakelijke kant wilde hij zich niet inlaten.

Dat de ene geestelijke verzorger zich wel en de ander zich niet bezighoudt met de financiële kant van het poliklinische werk, heeft onder andere te maken met dat er verschil van inzicht bestaat onder de geestelijk verzorgers over de vraag in hoeverre de geestelijk verzorger mee moet gaan in het ‘marktdenken in de zorg’. In 2004 werd een symposium door de VGVZ georganiseerd dat als onderwerp had: ‘de plaats van geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel, visie en financiering’.¹⁶⁷ De titel van het themanummer van het TGV luidde: Product of Passie? Als de vraag zo wordt gesteld, lijkt het of de geestelijk verzorger moet kiezen tussen deze twee grootheden. De twee uitersten in het werkveld geestelijke verzorging zijn enerzijds het standpunt dat de geestelijk verzorger buiten het marktgericht denken moet blijven, en anderzijds de visie van de groep die met gepaste reserve niet negatief hier tegenover staat. De opvatting om als geestelijk verzorger in een ziekenhuis niet mee te gaan in het marktdenken komt voort uit de visie op zorg en de rol van de geestelijk verzorger daarin.¹⁶⁸ De gepaste reserve van de andere groep komt voort uit het feit, dat het om de juiste zorg voor de patiënt moet gaan, maar dat niet alles verwoord kan worden in markttermen.

¹⁶⁷ Themanummer: Product of Passie?, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32).

¹⁶⁸ Zie hoofdstuk 1 van deze scriptie, 20-21.

Verschillende buitenstaanders van het werkveld van de geestelijke verzorging hebben een ‘wake-up call’ afgegeven.¹⁶⁹ Zij geven aan het belang van geestelijke verzorging in de zorg om de patiënt in te zien, maar gezien alle veranderingen in de zorg het belangrijk te vinden dat de geestelijk verzorger het belang van zijn vak of de waarde daarvan inzichtelijk maakt voor de andere zorgprofessionals en met name voor de managers in de zorg.¹⁷⁰

De vraag is mijns inziens, gezien alle ‘wake-up calls’ van buitenstaanders wat betreft de smalle basis van de financiering van het werk van de geestelijk verzorger en de bezuinigingen in de zorg, of het verstandig is om helemaal buiten financiële stromen of het marktgericht denken te blijven.¹⁷¹ Naar aanleiding van de interviews, het enthousiasme en de intentie waarmee een aantal geestelijk verzorgers spraken over het ‘klantgericht werken’, is volgens mij niet de vraag Passie of Product? maar is het misschien beter om de vraag te stellen: kan de geestelijk verzorger met passie een product leveren? Dus niet Passie of Product, maar een juiste tussenweg of samenwerking tussen die twee wanneer dit ten goede komt aan de zorg om de patiënt: dat laatste is waar het uiteindelijk toch om draait bij geestelijke verzorging?

5.2 Invloed van poliklinische contacten

Geestelijke verzorging was van oudsher een klinische voorziening, het werk op de polikliniek is van recentere datum. De vraag die hier centraal staat is: in hoeverre levert poliklinische geestelijke verzorging extra werk op? Uit de interviews blijkt, dat onder de geïnterviewde geestelijk verzorgers een verschil van inzicht bestaat over de invloed van het poliklinische werk op de werkbelasting van de geestelijk verzorger. In één ziekenhuis is het team geestelijke verzorging van mening dat het poliklinisch begeleiden van patiënten geen extra werk is naast de andere dagelijkse taken. Dit blijkt uit het volgende voorbeeld dat door de geïnterviewde geestelijk verzorger werd gegeven:

¹⁶⁹ R.H.L.M. van Boxtel, ‘De tijden zijn verander, ook voor geestelijk verzorgers’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(49) 30-34 en het themanummer: Product of Passie?, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32).

¹⁷⁰ R.H.L.M. van Boxtel, ‘De tijden zijn verander, ook voor geestelijk verzorgers’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(49) 30.

¹⁷¹ Arends, Cor, ‘Statementsdiscussie over de meetbaarheid van de geestelijke verzorging met drs. Cor Arends en drs. Brecht Molenaar. De verleiding van het Manicheïsme’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 17-19.

Soms zijn de klinische patiënten zo ziek dat ze niet in staat zijn om een gesprek aan te gaan. Wanneer het met deze patiënten beter gaat mogen ze naar huis. Het kan dan mogelijk veel beter zijn voor de patiënt om deze na een aantal dagen in de thuissituatie te bellen dan deze patiënt klinisch te bezoeken. Het werk dat anders in het ziekenhuis was gebeurd, gebeurt nu poliklinisch, dus de hoeveelheid verandert niet maar de plaats waar het gebeurt.

Drie andere geïnterviewde geestelijk verzorgers gaven aan dat het werk door de poliklinische contacten wel degelijk drukker is geworden. Het verschil in de ervaring van werkdruk kan liggen in het aantal poliklinische patiënten dat wordt begeleid - dat was namelijk verschillend in de ziekenhuizen. Maar uit bovenstaand citaat komt ook naar voren dat wanneer een patiënt niet klinisch wordt bezocht omdat de patiënt te ziek is of door de korte opnametijd, de klinische contacten afnemen. Dat komt deels overeen met wat twee geestelijk verzorgers aangaven, dat ze ten opzichte van vroeger minder op een afdeling komen. Maar uit hoofdstuk 2 blijkt dat een vervolggelukkig gesprek op de polikliniek vaak een gevolg is van een gesprek in de klinische setting tussen de geestelijk verzorger en de patiënt.¹⁷² Het zou wel zo kunnen zijn dat een tweede of derde gesprek in de klinische setting minder vaak voorkomt omdat de patiënt dan al naar huis is en dat die gesprekken vaker op de polikliniek plaatsvinden. Dan zijn beide beweringen waar: dat de klinische gesprekken in aantal afnemen en dat de plaats van het gesprek wijzigt waardoor het werk op de polikliniek deels geen extra werk is.

Voor één van de diensten geestelijke verzorging was het werken op de polikliniek aanleiding om de andere werkzaamheden die de dienst geestelijke verzorging in het verleden uitvoerde, tegen het licht te houden. Dit team heeft, om ook op de polikliniek te kunnen werken, keuzes gemaakt. Men noemde de volgende keuzes die het team heeft gemaakt: 1. De geestelijk verzorgers gaan minder zondagen voor in de kerkdiensten die gehouden worden in het ziekenhuis 2. Ze hebben de verschillende MDO's die ze bijwoonden doorgelicht 3. Het hoofd van de afdeling waar de dienst onder valt, ondersteunt de dienst geestelijke verzorging door bepaalde zaken te faciliteren 4. De bereikbaarheidsdienst hebben ze geschrapt.

¹⁷² Zie hoofdstuk 2 van deze scriptie, 30.

Deze dienst geestelijk verzorging heeft de eigen werkzaamheden kritisch tegen het licht gehouden. Door hun werkzaamheden anders te organiseren en keuzes te maken is er tijd vrijgemaakt voor poliklinische geestelijk verzorging.

Uit de interviews komt naar voren dat de invloed die het poliklinische werk heeft op de werkdruk door de geestelijk verzorgers verschillend wordt ervaren. Dat kan komen door het verschil in het aantal poliklinische patiënten dat door een geestelijk verzorger wordt begeleid. Een andere oorzaak kan zijn dat een dienst geestelijke verzorging extra tijd vrijmaakt door andere werkzaamheden te schrappen of door de werkzaamheden anders in te delen. Ook kan het zijn dat de patiënt in de klinische setting niet meer zo vaak voor de tweede of derde keer bezocht wordt. Daardoor neemt het klinische werk van de geestelijk verzorgers af en het poliklinische toe. Dus het aantal gesprekken is niet veranderd, maar de plaats waar die gesprekken plaatsvinden wel.

Het begeleiden van poliklinische patiënten heeft volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers ook positieve gevolgen voor het vak. Ze ervaren aan de ene kant dat hun werk op de polikliniek de zorg om de patiënt completer maakt. De geestelijk verzorgers maakten de volgende opmerkingen: de vertrouwensband wordt na opname niet afgebroken; er is meer aandacht voor de timing van de patiënt in het zorgpad; dat je daar bent waar de patiënt je het hardst nodig heeft; meer zorg op maat; klantgericht en mogelijk eerder in beeld (preventief in te schakelen) in de palliatieve zorg. Enkele geestelijk verzorgers gaven aan dat de poliklinische contacten hun werk verrijkten. Voorbeelden zijn dat ze een patiënt langere tijd begeleiden en zodoende langer kunnen volgen, en dat bij de poliklinische contacten de context van de patiënt meer mee komt. Een van de geestelijk verzorgers gaf aan dat zij het werk op de polikliniek als een stap in de professionalisering van het vak ziet. Zij lichtte dit als volgt toe: in de klinische setting is de geestelijk verzorger een vertrouwd fenomeen. Voordeel van de poliklinische geestelijke verzorging is dat volgens haar het team opnieuw moest formuleren waar geestelijke verzorging voor staat, wat het belang van geestelijke verzorging is in de zorg om de patiënt. Deze heroriëntatie werkte volgens haar twee kanten uit: de geestelijk verzorger werd zelfbewuster van het vak en de andere behandelaars op de polikliniek werden zich meer bewust van wat de geestelijk verzorger doet.

5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk stond centraal wat de invloed van het poliklinische werken op het vak van de geestelijk verzorger is. Uit de interviews komt naar voren dat geen enkel team meer formatie heeft gekregen voor het werk op de polikliniek. Een geestelijk verzorger ontvangt zijn salaris ongeacht of die poliklinische patiënten begeleidt. Het werk op de polikliniek wordt door de teams verschillend beoordeeld wat betreft de vraag of het poliklinische werk extra werk is naast de dagelijkse werkzaamheden van de geestelijk verzorger. Uit de interviews blijkt dat er een verschil bestaat in de beleving van de geestelijk verzorgers wat betreft de werkdruk die ontstaat ten gevolge van het werk op de polikliniek. Dat kan komen door het verschil in het aantal poliklinische patiënten dat door een geestelijk verzorger wordt begeleid. Ook kan het zijn dat de patiënt in de klinische setting niet meer zo vaak voor de tweede of derde keer bezocht wordt. Daardoor neemt het klinische werk van de geestelijk verzorgers af en het poliklinische toe. Dan is dus het aantal gesprekken niet veranderd, maar de plaats waar die gesprekken plaatsvinden. Één team heeft, om het werk op de polikliniek te kunnen doen, keuzes gemaakt uit de dagelijkse werkzaamheden. Dat heeft erin geresulteerd dat werkzaamheden zijn uitbesteed of gestaakt.

Alle geïnterviewde geestelijk verzorgers vinden het werk op de polikliniek een verrijking van het vak. Enerzijds omdat zij de zorg voor de patiënt daardoor completer vinden, anderzijds omdat het poliklinische werk bijdraagt aan de professionalisering van het beroep, omdat het werken op de polikliniek van de diensten geestelijke verzorging vraagt om heroriëntatie wat betreft het vak geestelijke verzorging.

Hoofdstuk 6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

De onderzoeksvraag die in deze scriptie centraal staat is:

Wat houdt het werk van de geestelijk verzorger op de polikliniek in en onder welke voorwaarden is poliklinische geestelijke verzorging te realiseren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn vier deelvragen onderzocht:

1. Wat is de aanleiding voor het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging?
2. Op welke wijze worden medezorgprofessionals en patiënten geïnformeerd over geestelijke verzorging op de polikliniek?
3. Welke patiënten doen een beroep op poliklinische geestelijke verzorging en is er een verschil tussen de gesprekken met een klinische en een poliklinische patiënt?
4. Wat is de invloed van het poliklinisch werken op het vak geestelijke verzorging?

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden heb ik literatuuronderzoek gedaan op het gebied van poliklinische geestelijke verzorging en interviews afgenomen bij zes geestelijk verzorgers in ziekenhuizen die met poliklinische geestelijke verzorging werken. Uit de interviews komt naar voren dat er verschillen bestaan tussen de onderzochte teams geestelijke verzorging wat betreft het aantal patiënten dat zij poliklinisch begeleiden, de onderbouwing van het poliklinische werk, de werkwijze op de polikliniek en de beleving o.a. van de werkdruk als gevolg van het poliklinische werk. Hieronder volgt de beantwoording van de vier deelvragen, daarna de discussie en vervolgens de aanbevelingen voor nader onderzoek.

6.1 Conclusie

Deelvraag 1: Wat is de aanleiding voor het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging?

Uit literatuuronderzoek blijkt dat door de veranderingen die de laatste decennia hebben plaatsgevonden in het religieuze landschap in Nederland en binnen de

zorg, het werk van de geestelijk verzorger sterk is veranderd. Allereerst is de zorg voor de patiënt verschoven van de klinische setting richting polikliniek en thuissituatie. Dat is een gevolg van de toegenomen technische mogelijkheden en door de toename van het marktgericht denken binnen de zorg, waardoor onder andere de organisatiestructuur van ziekenhuizen veranderde. Een voorbeeld hiervan is dat in ziekenhuizen in toenemende mate gewerkt wordt met patiëntenstromen en het ontwikkelen van zorgpaden om zo de juiste zorg te verlenen aan een patiënt. De verschuiving van zorg richting polikliniek maakt ook dat de vraag om geestelijke begeleiding van de patiënt op een andere plaats binnen het ziekenhuis terechtkomt dan in de klinische setting.

Een andere aanleiding voor het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging is de verandering in het religieuze landschap. Mensen zijn minder verbonden met een religieuze of levensbeschouwelijke instelling. Als gevolg hiervan kunnen minder mensen terugvallen op geestelijke begeleiding die vanuit een religieuze of levensbeschouwelijke instelling wordt geboden. Voor geestelijk verzorgers betekent dit dat het doorverwijzen van een patiënt niet altijd mogelijk is, waardoor de patiënt poliklinisch begeleid blijft worden.

Ook de geïnterviewde geestelijk verzorgers gaven aan dat de vraag naar poliklinische geestelijke verzorging vooral is ontstaan door de hierboven genoemde veranderingen in de zorg en in het religieuze landschap. Verder gaven alle geïnterviewde geestelijk verzorgers aan dat een poliklinische patiënt weliswaar niet opgenomen is in het ziekenhuis, maar daarmee nog wel een behandelrelatie heeft. Incidenteel worden ook mensen die geen behandelrelatie hebben in het ziekenhuis begeleid. Uit de ervaringen van de geestelijk verzorgers blijkt dat bij zowel klinische als poliklinische patiënten bij ziekte levens- of zingevingsvragen kunnen opkomen. De geïnterviewde geestelijk verzorgers vinden het poliklinische contact een logisch vervolg op het klinische contact, omdat de zorg rondom de patiënt verschuift richting polikliniek en thuissituatie.

Deelvraag 2: Op welke wijze worden medezorgprofessionals en patiënten geïnformeerd over geestelijke verzorging op de polikliniek?

Het voorlichten van andere zorgprofessionals over poliklinische geestelijke verzorging in een ziekenhuis gebeurt zowel via formele als via informele routes. Uit de interviews blijkt dat men het nuttig vindt om naast artsen en

(specialistische) verpleegkundigen ook andere zorgprofessionals te attenderen op de mogelijkheid van geestelijke verzorging. Zo is een dienst geestelijke verzorging bezig een protocol te schrijven ter voorlichting van medisch analisten.

Het voorlichten van de patiënt over de mogelijkheid van poliklinische geestelijke verzorging gebeurt via folders op de afdeling en poliklinieken, website of intranet van het ziekenhuis, een informatieavond met een thema, de geestelijk verzorger, specialistische verpleegkundigen of artsen.

Verder kan de conclusie worden getrokken dat waar de geestelijk verzorgers openstaan voor poliklinische geestelijke verzorging en/of begonnen zijn bekendheid te geven aan hun poliklinische werkzaamheden, er meer verzoeken voor poliklinische begeleiding binnenkomen.

Deelvraag 3: Welke patiënten doen een beroep op poliklinische geestelijke verzorging en is er een verschil tussen de gesprekken met een klinische en een poliklinische patiënt?

De patiënten die een beroep doen op poliklinische geestelijke verzorging hebben een divers ziektebeeld. De groep palliatieve patiënten werd als enige door alle geestelijk verzorgers genoemd. Bij de uitwerking van de verschillende groepen is gebruik gemaakt van de typeindeling van Lantman die, in navolging van A.W. Frank, onderscheid maakt in drie typen patiëntenverhalen: de herstellende patiënt met het herstelverhaal, de chronische patiënt met het chaosverhaal en de palliatieve patiënt met het speurtochtverhaal. Het blijkt dat een geestelijk verzorger zowel op de polikliniek als in de kliniek te maken heeft met de hierboven genoemde typen verhalen. Maar de verhouding ligt op de polikliniek anders dan in de kliniek; een geestelijk verzorger heeft op de polikliniek vaker te maken met een chaos- en speurtochtverhaal.

De competenties die de geestelijk verzorgers nodig hebben voor hun werk in de kliniek verschillen volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers niet van die voor de polikliniek. Wel gaven de geestelijk verzorgers aan dat de verhouding tussen en de nadruk op de competenties die ze gebruiken voor poliklinisch werk anders liggen dan in de klinische setting. Uit dit onderzoek blijkt dat er een aantal verschillen bestaan tussen de gesprekken op de polikliniek en die in de kliniek, die van invloed zijn voor het voeren van een gesprek. De volgende verschillen kwamen naar voren. Ten eerste: de context waarin het gesprek plaatsvindt. Uit de

interviews blijkt dat er op de polikliniek vaak meer tijd is voor een gesprek omdat men daar minder gehinderd wordt door andere zorgprofessionals. Ten tweede: de ontmoetingsruimte waar het gesprek plaatsvindt is anders, bijvoorbeeld de werkkamer van de geestelijk verzorger. En dat kan invloed hebben op de patiënt; de geestelijk verzorger moet oog hebben voor wat een inrichting van een ruimte doet met een patiënt. Ten derde: een poliklinische patiënt komt vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis. Het gesprek tussen een geestelijk verzorger en een poliklinische patiënt begint daardoor anders dan in de klinische setting, tevens klinkt in een poliklinisch gesprek vaker de thuissituatie door. Ten vierde: de ervaring van de geestelijk verzorgers is dat een poliklinische patiënt vaak beter kan verwoorden waar deze voor komt. Ten vijfde: het contact tussen de patiënt en geestelijk verzorger beslaat een langere periode waardoor de geestelijk verzorger meer meekrijgt van de context van de patiënt. Dat komt mede doordat in een poliklinisch gesprek vaker de thuissituatie doorklinkt en de gesprekken vaker met de patiënt en zijn naasten plaatsvinden. Uit bovenstaande komt naar voren dat een geestelijk verzorger tijdens een poliklinisch gesprek soms andere communicatieve vaardigheden en gesprekstechnieken moet inzetten dan in de kliniek.

Deelvraag 4: Wat is de invloed van het poliklinisch werken op het vak geestelijke verzorging?

Geen enkel team geestelijke verzorging waarmee gesproken is, heeft extra formatie gekregen voor het werk op de polikliniek. Het werk op de polikliniek wordt door de teams verschillend beoordeeld, in de zin of het poliklinische werk extra werk is naast de dagelijkse werkzaamheden van de geestelijk verzorger. Één team gaf aan dat zij het poliklinische werk niet als extra werk zien. Volgens hen is het aantal gesprekken niet veranderd, maar wel de plaats waar het gesprek plaatsvindt. De patiënten liggen korter in het ziekenhuis zodat de geestelijk verzorger vaker op een andere plaats dan het ziekenhuisbed contact heeft met een patiënt. Volgens een aantal geestelijk verzorgers is de werkdruk wel groter geworden door de poliklinische contacten. Het verschil in ervaring van de werkdruk kan komen door het aantal poliklinische patiënten dat door een geestelijk verzorger wordt begeleid, dat was namelijk verschillend in de ziekenhuizen. Één team heeft, om het werk op de polikliniek te kunnen doen, andere werkzaamheden uitbesteed of gestaakt.

Alle geestelijk verzorgers die begonnen zijn met het begeleiden van poliklinische patiënten merkten op dat het aanbieden van poliklinische geestelijke verzorging ten goede komt aan de zorg voor de patiënt. Tevens vinden zij het werk op de polikliniek een verrijking van het vak doordat het poliklinische werk bijdraagt aan de professionalisering van het beroep.

Tot slot kan vanuit dit onderzoek de conclusie getrokken worden dat poliklinische geestelijke verzorging een integraal deel kan uitmaken van het vak geestelijke verzorging en een bijdrage kan leveren aan goede zorg voor de patiënt en diens naasten.

6.2 Discussie

Aanleiding voor dit onderzoek was mijn verbazing dat er, ondanks de groei van poliklinische zorg, nog zo weinig poliklinische geestelijke verzorging wordt aangeboden in de Topklinische Ziekenhuizen. En dat er tussen ziekenhuizen grote verschillen zijn wat betreft het aanbieden van poliklinische geestelijk verzorging. Dit onderzoek is gedaan onder 6 van de 28 Topklinische Ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van de informatie over poliklinische geestelijke verzorging op hun websites. Op 20 websites van Topklinische Ziekenhuizen kon ik weinig tot geen informatie vinden over het aanbod van poliklinische geestelijke verzorging. Op 2 websites was wel informatie te vinden maar werd er, volgens de desbetreffende geestelijk verzorgers, nog niet structureel iets mee gedaan. Het is mogelijk dat er ziekenhuizen zijn die poliklinische patiënten begeleiden maar dat nog niet op de website hebben staan. Toch concludeer ik dat het aantal Topklinische Ziekenhuizen dat wel nadrukkelijk poliklinische geestelijke verzorging aanbiedt gering is.

Maar hebben niet alle patiënten recht op deze zorg? En in het verlengde hiervan: in hoeverre voldoet de wetgeving nog, op basis waarvan een patiënt recht heeft op geestelijke verzorging? Nu heeft een patiënt, op grond van het 24 uren criterium, recht op geestelijke verzorging als die niet vanuit de eigen levensbeschouwelijke gemeenschap beschikbaar is. Mijns inziens zou de functie geestelijke verzorging wettelijk moeten worden veranderd in: bijdrage aan zorg op het gebied van levensvragen, voor iedereen die met ziekte te maken heeft, dus los

van het 24 uren criterium en los van het feit of iemand een bepaalde levensbeschouwing aanhangt.

Tijdens het lezen van alle literatuur over de verschillende visies en discussies onder de geestelijk verzorgers, kwam steeds de titel van een artikel van Smeets bij mij naar boven: ‘ ’t Gaat toch om de patiënt...?’.¹⁷³ Wanneer de patiënt een uitslag of behandeling steeds vaker op de polikliniek krijgt, rechtvaardigt dat mijns inziens de vraag of de geestelijk verzorger daarin ook van plaats moet veranderen. Een geestelijk verzorger die in een ziekenhuis aan het werk is, werkt er als eerste omwille van de patiënt. Als de patiënt korter in het ziekenhuis verblijft, verschuift de plaats waar een geestelijk verzorger de patiënt begeleiding kan bieden. Wanneer een geestelijk verzorger zich niet verplaatst van de klinische naar de poliklinische setting laat hij hiermee de poliklinische patiënt in de kou staan. En dat is volgens mij niet nodig, je kan vanuit verschillende visies op geestelijke verzorging op de polikliniek werken ook al wordt daar in toenemende mate met patiëntenstromen en standaarden gewerkt.

Het vaak gehoorde argument dat de presentiebenadering, eigen aan de geestelijk verzorger, niet past bij gestandaardiseerd werken gaat mijns inziens niet op. Onderzoek van Mackor e.a. laat zien dat het werken met standaarden ‘geen negatief effect lijkt te hebben op het domein, de doelstellingen en de methode van de geestelijke verzorging, en ook niet op de ambtelijke binding en de vrijplaatsfunctie’.¹⁷⁴ Het denken in zorgpaden kan gezien worden als een vorm van standaardisering van geestelijke verzorging. De functie van deze standaard is kwaliteitsverbetering van de zorg.¹⁷⁵ Werken met standaard ‘zorgpaden’ zegt dus nog niets over het al dan niet werken met interventie of presentie. Uit een artikel van Melle-Baaijens blijkt dat het werken met DBC’s mogelijk is met behoud van de vrijplaatsfunctie. Zij beschrijft in dit artikel, weliswaar vanuit het psychiatrische werkveld, hoe het team heeft geanticipeerd op de invoering van de DBC’s en de voordelen die dit heeft opgeleverd voor het team.¹⁷⁶

¹⁷³ W. Smeets, ‘t Gaat toch om de patiënt...? Praktijk, onderzoek en beleid inzake transmurale geestelijke verzorging, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4(20) 29-38.

¹⁷⁴ Anne Ruth Mackor, Hetty Zock en Froukje Pitstra, ‘Standaardisering van Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg: zegen of vloek?’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(56) 21.

¹⁷⁵ Anne Ruth Mackor, ‘Standaardisering van geestelijke verzorging’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(44) 21-37 en zie ook hoofdstuk 1 van deze scriptie, 22-23.

¹⁷⁶ Evelien A.H. van Melle-Baaijens, ‘Wat moet je d’r mee, met die DBC?’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(42) 9-12.

Een ander punt is dat wanneer een geestelijk verzorger niet mee verschuift naar de plaats waar de patiënt zich met zijn vragen bevindt, hij impliciet aangeeft dat in het verleden door de geestelijk verzorgers ‘onnodig’ werk is verricht. De patiënt die in het verleden door een geestelijk verzorger in het ziekenhuis werd bezocht, ligt nu niet meer in een bed maar krijgt bijvoorbeeld de uitslag op de polikliniek, of een behandeling op de dagbehandeling, maar de impact van de uitslag of behandeling is er voor de patiënt niet minder om.

In de afgelopen jaren zijn er ‘wake-up calls’ door buitenstaanders gegeven aan de geestelijk verzorgers. Enerzijds gaven zij aan het belang van geestelijke verzorging in te zien, anderzijds adviseerden zij om het belang van geestelijke verzorging duidelijk te maken, omdat er in de zorg steeds meer marktgericht gedacht en bezuinigd wordt. Alle professionals in de zorg krijgen hiermee te maken. Moet een zorgprofessional dan niet vanuit het eigen vakgebied de beste zorg voor de patiënt willen bereiken? Hier speelt de discussie mee dat sommige geestelijk verzorgers niet willen onderbouwen waarom geestelijke verzorging belangrijk is voor de zorg om de patiënt, uit angst voor het verlies van bijvoorbeeld de vrijplaatsfunctie. En dat is in tijden van bezuinigingen niet wenselijk, zoals uit de verschillende wake-up calls duidelijk werd. Wanneer de noodzaak van (poliklinische) geestelijke verzorging duidelijk omschreven zou worden, kan men ook aantonen dat de bestaande wetgeving en financiering van geestelijke verzorging achterhaald zijn. Een goed voorbeeld van hoe de bijdrage van de geestelijk verzorger aan de zorg aangetoond kan worden, zonder het eigene van diens benadering tekort te doen, is de casestudy, zoals die in Amerika op dit moment wordt gepropageerd.¹⁷⁷

Een reden om geen poliklinische geestelijke verzorging aan te bieden is dat sommige geestelijk verzorgers van mening zijn dat het extra werk is naast hun dagelijkse werkzaamheden. Toch wil ik het volgende daar tegenover zetten; uit dit onderzoek blijkt dat mogelijk niet alle poliklinische contacten als extra werk genoteerd kunnen worden. Door de kortere opnameduur van een patiënt verschuiven gesprekken van de kliniek naar de polikliniek. Tevens blijkt uit de interviews dat er met enige creativiteit best openingen zijn om poliklinische geestelijke verzorging te realiseren.

¹⁷⁷ Zie hoofdstuk 1 van deze scriptie, 25-27.

Tot slot, het lijkt me goed dat er verder onderzoek wordt gedaan naar de optie en meerwaarde van poliklinische geestelijke verzorging, en tevens naar de effecten van geestelijke verzorging op de zorg voor de patiënt. Dat is goed voor de zorg om de patiënt en mogelijk ook goed om het werk van de geestelijk verzorger in de toekomst te borgen. Want het gaat toch om de patiënt?

6.3 Aanbevelingen voor nader onderzoek

Inspelen op zorgpaden

Op de polikliniek wordt door andere zorgprofessionals gewerkt met zorgpaden om zo de juiste zorg aan de patiënt te verlenen. Als de geestelijk verzorgers aansluiten bij deze zorgpaden, heeft dat als voordeel dat ze weten op welk moment ze het beste contact met de patiënt kunnen hebben. Dit komt ten goede aan de zorg om de patiënt, contact met de geestelijk verzorger ontstaat daar waar dat het meest nodig is. Werken met zorgpaden is mogelijk vanuit verschillende visies op het vak geestelijke verzorging. Het is daarom wenselijk dat er nader onderzoek wordt gedaan naar de voor- en nadelen van het werken met zorgpaden door een geestelijk verzorger.

Effect van geestelijke verzorging

Om enerzijds poliklinische geestelijke verzorging te verbeteren en anderzijds ook de noodzaak ervan beter te kunnen onderbouwen, is het goed om verder onderzoek te verrichten naar de effecten van geestelijke verzorging op het welbevinden van de poliklinische patiënten.

Verschillen tussen klinische en poliklinische gesprekken

Nader onderzoek zou gedaan kunnen worden naar de verschillen tussen een klinisch en poliklinisch gesprek. En in het verlengde hiervan naar de verschillende gesprekscompetenties van een geestelijk verzorger. Een onderzoek hiernaar kan het werk van de geestelijk verzorger op de polikliniek ondersteunen, tevens kan het gebruikt worden voor de opleiding geestelijke verzorging.

Onderzoek naar werkdruk en takenverschuiving door poliklinische geestelijke verzorging

Het gevoel dat de werkdruk toeneemt door poliklinische werkzaamheden kan verschillende oorzaken hebben, dat is mede afhankelijk van het aantal patiënten dat poliklinisch wordt begeleid, maar ook van alle andere werkzaamheden die een geestelijk verzorger doet in een ziekenhuis. Het zou daarom goed zijn om verder onderzoek te doen naar de oorsprong van de poliklinische contacten, en dan met name gericht op de vraag of de vervolggesprekken van de patiënt met een geestelijk verzorger verschuiven naar de polikliniek.

Onderzoek naar wettelijk kader en financiering van (poliklinische) geestelijke verzorging

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat een patiënt die 24 uur is opgenomen recht heeft op geestelijke verzorging. Wie deze zorg verleent en wie deze zorg moet betalen staat niet in de wet beschreven. Het is goed om nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden om poliklinische geestelijke verzorging wettelijk beter te verankeren, en in het verlengde hiervan verder onderzoek te doen naar de verschillende financieringsstromen binnen de zorg, zowel voor klinische als poliklinische geestelijke verzorging, om deze voor de toekomst te borgen.

Levenseindepoli

Één van de deelnemende diensten geestelijk verzorging is een levenseindepoli gestart. Het is goed om te onderzoeken in hoeverre de levenseindepoli de lacune in de zorgverlening, wat betreft de expertise om te gaan met levenseindevragen, opvult.

Voorlichting zorgprofessionals

Naast artsen en verpleegkundigen worden ook andere zorgprofessionals geconfronteerd met patiënten die met vragen rondlopen of overstuur zijn door de uitslag die ze hebben gekregen. Onderzoek naar welke zorgprofessionals dit betreft, is wenselijk.

Literatuur:

Arends, Cor, 'Statementsdiscussie over de meetbaarheid van de geestelijke verzorging met drs. Cor Arends en drs. Brecht Molenaar. De verleiding van het Manicheïsme', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 17-19.

Baart, Andries, Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit, in: Marian Verkerk (red), *Denken over zorg. Concepten en praktijken* (Utrecht 1997) 205 – 221.

Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen, VGVZ , 2002.

Bierkens, P.B. , *Woord en communicatie. Gespreksvoering in theorie en praktijk* (Nijmegen 1972).

Blokland, Willem en Marian Wisse, 'Geestelijke verzorging nieuwe stijl. Over lifestyle als zingeving, marktwerking en behoefte van patiënten en zorgverleners', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(58) 33-37.

Bomhof, Hans en Eric de Rooij, 'Extramurale geestelijke verzorging in Amsterdam', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(46) 41-44.

Boog, Wupke, Jong, Jan de, Kerstens, J.A.M. en Cees Salestijn, *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2^{de} druk; Houten 2002).

Borg, Meerten B. ter, *Waarom geestelijk verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij* (Nijmegen 2000).

Bos, Marjet, 'Geestelijke verzorging in het zorgaanbod van de thuiszorg en de functiegerichte indicatiestelling in het kader van de AWBZ', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 39-43.

Bos, M.A.J.M., 'Geestelijke verzorging, een basisvoorziening', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 5(24) 19-21.

Boxtel, R.H.L.M. van, 'De tijden zijn verander, ook voor geestelijk verzorgers', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(49) 30-34.

Braamse, M., 'Geestelijke verzorging als PGB verstrekking?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 6(26) 40-45.

Ceuninck van Capelle, Archie de, 'Zicht op de markt', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 9(38) 84-86.

Ceuninck van Capelle, Archie de, 'Zorg in transitie. Rol en positie geestelijke verzorging. Interview met Gerdienke Ubels, senior beleidsmedewerker Actiz', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(56) 2-4.

- Dijkstra, Jaap, *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren* (Soest 2007).
- Doolaard, Jaap e.a., *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2006).
- Emans, Ben, *Interviewen. Theorie, techniek en training* (4^{de} druk; Groningen 2002).
- Ganzevoort, Ruard & Jan Visser, *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding* (Zoetermeer 2007).
- Gastel, L. van en A.H.M. van Iersel, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg* (Budel 2007).
- Geer, Joep van der, Robert Koorneef en Marchella Mulder, 'Toegang tot geestelijke verzorging via het marktplein', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 48-57.
- Gruijter, Ad de, 'Geestelijke verzorging vanuit het cliëntenperspectief', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 6(28) 11-16.
- Grul, Y.M., 'Geestelijke verzorging in een veranderende context. Een onderzoek binnen de stichting Cascade', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 44-47.
- Haaren, Jan van (red) e.a., *Samen werken, samen leren. Werkboek sociale vaardigheden theorie en oefeningen* (11^{de} druk, Baarn 1993).
- Hekking, R.W.M., 'Transmurale geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 58-64.
- Holsappel, Jorien, e.a., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen* (Tilburg 2010).
- Huijzer, Richart, 'Staan voor je zaak. De plaats van geestelijke verzorging in het zorgstelsel', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 9(38) 10-17.
- Huijzer, Richart, 'Uitvoeringstoets geestelijke verzorging onder de loep', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(42) 5-8.
- Jenner, J.A., E.L.M. Maeckelberghe, Jac. J. Rebel en J. Vermeij, *Wel Bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg* (Kampen 1998).
- Loo, D. van der, L. Jabaaij en I Goudriaan, *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijk studie naar functie-uitvoering van geestelijke verzorgers en waardering daarvan door patiënten* (Utrecht 1998).
- Mackor, Anne Ruth, *Standaardisering en ambtelijke binding. Lopen de idealen van geestelijk verzorgers gevaar?* In: Ruyter, D. de en J.J. Kole (red.), *Idealen van professionals* (Assen 2007) 89-103.

Mackor, Anne Ruth, 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(44) 21-37.

Mackor, Anne Ruth, Hetty Zock en Froukje Pitstra, 'Standaardisering van Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg: zegen of vloek?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(56) 10-25.

Melle-Baaijens, Evelien A.H. van, 'Wat moet je d'r mee, met die DBC?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10(42) 9-12.

Migchelbrink, Ferdi, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (5^{de} druk; Amsterdam 2000).

Offringa, Martin (red), R.J.P.M. Scholten en Willem Jan Jozef Assendelft, *Inleiding evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (3^{de} druk, Houten 2008).

Prick, M.J.J., 'Moet het DBC – systeem aan de geestelijk verzorger voorbij gaan?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 11-16.

Plum, R.J.J.M. e.a., *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* (1^e druk; Amsterdam 2006).

Prins, Marijke C.J., *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis* (Dwingeloo 1996).

Proot, Ireen, Zorgbehoeften en zorgproblemen van thuisverblijvende terminale patiënten en hun naasten, in: Marian Verkerk en Rudolf Hartoungh (red.), *Ethiek en Palliatieve zorg* (Assen 2003).

Rebel, Jac. J., *Geestelijke verzorging tussen Kruis en Munt. Ambivalenties in het werk van de geestelijke verzorger in zorginstellingen* (Groningen 1993).

Rebel, J.J., 'Ontwikkelingen van de geestelijke verzorging in de zorg', in: *Nieuw Handboek Geestelijke verzorging* (2^{de} druk; Kampen 2009).

Rebel, Jac. J., 'Geestelijke verzorging en wetgeving. Een bezuinigingscasus', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(31) 10-13.

Ross – Van Dorp, Clemence, 'De plaats van de geestelijke verzorging in het nieuwe zorgstelsel', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 7(32) 8–10.

Rooij, Eric de en Hans Bomhof, 'Extramurale geestelijke verzorging in Amsterdam', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(52) 51-53.

Roy, A de, e.a., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut; Utrecht 1997).

Schrojenstein Lantman, Ren van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007).

Schrojenstein Lantman, Ren van, 'Samenwerken in het kwaliteitsbeleid. Een weg tot integratie van geestelijke verzorging in de zorgorganisatie', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(53) 6-13.

Siermann, Moniek, 'Zoeken naar nieuwe wegen. Geestelijke verzorging in Arnhem buiten de instelling', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 16(69) 53-55.

Smeets, W., 't Gaat toch om de patiënt...? Praktijk, onderzoek en beleid inzake transmurale geestelijke verzorging, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4(20) 29-38.

Snoep-van Vliet, Leny, 'Geestelijke verzorging buiten de muren van de instellingen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(52) 54-61.

Spronk, Benita, 'Zoeken naar de balans tussen hightech en verantwoorde zorg. Interview met Theo Zwart, medisch ethicus', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(51) 2-7.

Spronk, Benita, 'Waarom is er geen haarstukje van een snor?', *Tijdschrift geestelijke verzorging* 14 (62) 34-38.

Steggerda, Moniek en Wim Smeets, 'Onderzoek naar geestelijke verzorging', *Tijdschrift geestelijke verzorging* 14 (62) 40-47.

Themanummer: toekomstscenario's geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15(68).

Veltkamp, H.J., 'Fijn dat u belt...!'. Periklinische geestelijke verzorging tussen vraag en aanbod', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 4 (20) 19-27.

Vosman, Frans, 'Ruimte vinden, ruimte maken. Geestelijke verzorging en het zorgsysteem', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(48) 12-19.

Vreeman, Joachim, Quartier Thomas en Wim Smeets, 'Geestelijke verzorging in het kader van geestelijk welbevinden', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12(53) 44-49.

Vries, J.E. de en M. van Gilst, *Kort dag. Rapportage van de peiling periklinische geestelijke verzorging in het AMC* (Amsterdam 2001).

Wal, Jan van der, Geïntegreerd werken. Over de waarde en grens van de vrijplaatsfunctie van de geestelijk verzorger, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 12 (34) 9-21.

Zock, Hetty, 'De geestelijk verzorger in beeld. Tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 8(34) 15-23.

Zock, Hetty, 'Geestelijke verzorging in de Verenigde Staten. Veldverslag van een onderzoek in 'God's own country'', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 11(50) 6-15.

Zwart, Theo A.R. de, 'Palliatieve zorg is niet alleen medisch technische ondersteuning. Het gaat ook om het gesprek met de patiënt en hem of haar bij te staan', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 13(57) 2-6.

Amerikaanse tijdschriften:

Brunk Gascho, Barbara en Paul Derrickson BCC, Care Teams and ALS Patients: Bridging a Gap, *Chaplaincy Today* 24(2) 22-27.

Cooper, Rhonda S., 'Case Study of a Chaplain's Spiritual Care for a Patient with Advanced Metastatic Breast Cancer', *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 19-37.

Fichett, George, Making Our Case's, *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 3-18.

Jankowski, Katherine R.B., George F. Handzo & Kevin J. Flannely, Testing the Efficacy of Chaplaincy Care, *Journal of Health Care Chaplaincy* 17(2011) 100-125.

Websites

http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_17-09-2012#HoofdstukII_Artikel3 15.20 uur.

<http://www.stz.nl/> 1 oktober 2012, 10.40 uur.

<http://www.stz.nl/pagina/15-missie.html>

http://www.vgvz.nl/userfiles/files/Over_de_VGVZ/beroepsstandaard.pdf 4 oktober 2012.

<http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/04246/Opvang-na-de-schok.htm> 4 oktober 2012.

http://www.sggd.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=11 30 december 2012.

http://www.rvz.net/uploads/docs/Redesign_van_het_zorgproces_achtergrond.pdf 26 maart 2013.

http://www.vgvz.nl/userfiles/files/nieuws/2013/Regiegroep_Eindnota_april_2013.pdf.

http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-verkenningen/Geloven_in_het_publieke_domein.pdf

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1725900/2004/10/21/Gods-Woord-heeft-steeds-minder-lezers.dhtml> Maart 2013.

<http://gvarnhem.nl/> april 2013.

http://www.iknl.nl/page.php?id=3159&nav_id=300 juni 2013.

<http://www.presentie.nl/> juni 2013.

Bijlage 1: Interview

Inleiding

Zoals u weet ben ik voor mijn masterscriptie benieuwd naar geestelijke verzorging op de polikliniek. Het onderwerp van mijn scriptie komt voort uit de ervaring die ik heb opgedaan tijdens mijn stage.

De interviews wil ik graag opnemen, zodat ik ze goed kan uitwerken. Ik zal de gegevens van dit interview alleen gebruiken voor mijn scriptie. Verder zal ik zo anoniem mogelijk de gegevens verwerken in mijn scriptie. De ziekenhuizen waar ik een interview afneem zal ik wel ergens noemen in mijn scriptie, al is het maar voor de verantwoording van mijn scriptie.

Het opnameapparaat kan tussentijds wel even uit als u dingen wilt zeggen die u liever niet op band wilt hebben.

Heeft u hierover nog vragen?

Poliklinische werkzaamheden

1. Werkt u al lang als geestelijk verzorger en op de polikliniek?
2. Was u betrokken bij het opzetten van de polikliniek geestelijke verzorging?
 - a. Zo ja, kunt u daar iets over vertellen?
 - b. Zo nee, wat heeft u mee gekregen over hoe dat is gegaan?
3. Wat was de aanleiding voor het opstarten van een polikliniek geestelijke verzorging?
4. Wat is volgens u de meerwaarde van poliklinische geestelijke verzorging?
5. Hoe waardeert u het werken op de polikliniek?

Welke competenties heeft de geestelijk verzorger nodig op een polikliniek?

6. Wat zijn de verschillen tussen de gesprekken met patiënten in de kliniek en de polikliniek? Kunt daarvan wat voorbeelden geven?
7. Welke andere competenties heeft de geestelijk verzorger nodig voor het werk op de polikliniek ten opzichte van het werk in de kliniek?
8. Bent u anders gaan kijken naar uw werk als geestelijk verzorger sinds u op de polikliniek werkt?

9. Wat raadt u geestelijk verzorgers aan of heeft u tips voor geestelijk verzorgers die beginnen met het werken op de polikliniek?

Welke patiënten doen een beroep op de geestelijk verzorger?

10. Ik ben benieuwd welke patiënten van de polikliniek gebruik maken van GV, kunt u daar iets over vertellen?
- a. Zijn dat bijvoorbeeld vooral mensen die met regelmaat naar de dagbehandeling komen, of zijn het vooral mensen die na een klinische behandeling een periklinisch traject doorlopen of zijn het ook mensen die maar eenmalig op de polikliniek komen?
11. Als u naar de groep patiënten kijkt die via de poli een beroep doen op de geestelijk verzorger, kunt u dan zeggen dat deze groep een specifieke behoeftes heeft?
12. Zo ja, welke dan?
13. Met welke vragen komen deze patiënten zoal?
14. Welke behoeftes hebben de patiënten met betrekking tot geestelijke verzorging?
15. In welk opzicht zijn daarbij verschillen waar te nemen met patiënten die opgenomen zijn?
16. Kunt u aangeven waardoor dat komt?
17. Welke bijdrage kan volgens u de geestelijk verzorger leveren in de zorgvraag van de patiënt?
18. Komt het voor dat een patiënt vraagt om een ritueel of dat jullie een ritueel voorstellen?
- a. Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van geven?
19. Krijgen jullie wel eens achteraf van de patiënt(en) direct of indirect te horen wat ze aan jullie begeleiding hadden?
- a. Zo ja, kunt u daar voorbeelden van geven?
20. Komt het wel eens voor dat familieleden van de patiënt een beroep op jullie doen?
21. Welke vragen onderwerpen komen dan vooral aan bod?
22. Maken jullie gebruik van het EPD en waarvoor dan?
23. Heeft u enig idee hoeveel patiënten per week gemiddeld gebruik maken van de polikliniek GV?

Verwijzingen

24. Kunt u mij vertellen hoe de patiënt op de hoogte wordt gebracht van de aanwezigheid en mogelijkheden van geestelijke verzorging op de polikliniek?
 - a. Worden patiënten, bijvoorbeeld na een slecht nieuws gesprek, automatisch doorverwezen naar jullie poli of geattendeerd op jullie poli?
25. Kunt u mij vertellen hoe de patiënt in contact komt met de dienst geestelijke verzorging?
26. In hoeverre werken jullie samen met andere zorgprofessionals van de polikliniek en hoe verloopt die samenwerking?
27. Hoe worden andere zorgprofessionals op de hoogte gebracht van het werk van de geestelijke verzorging op de polikliniek?
28. Welke informatiebronnen gebruiken jullie om de patiënt te informeren betreffende de mogelijkheid van geestelijke verzorging op de polikliniek?

Wat is de invloed van het poliklinisch werken op de organisatie van de dienst geestelijke verzorging?

29. Kunt u aangeven hoeveel tijd per week jullie actief met de polikliniek bezig zijn?
30. Heeft de dienst GV meer formatie gekregen door het werk op de polikliniek?
31. Zo niet, welke werkzaamheden zijn komen te vervallen of krijgen nu minder aandacht?
32. Hebben jullie een eigen ruimte op de polikliniek?
33. Zo ja, moeten jullie voor die ruimte betalen?
34. Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot het financiële plaatje van de dienst GV?
35. Als er geen eigen ruimte is op de polikliniek, waar houden jullie dan de gesprekken met de patiënt?
36. Wat raadt u ziekenhuizen die poliklinische werkzaamheden overwegen aan?
37. Kunt u aangeven wat de valkuilen zijn bij het opstarten en het werken op de polikliniek?

38. Is het werk op de polikliniek beleidsmatig verankerd?

- a. Zo ja of nee, kunt u uitleggen wat de voordelen en nadelen daarvan zijn?

39. In hoeverre hebben jullie als team geestelijke verzorging afspraken gemaakt over het werk op de polikliniek?

- a. Over aantal uren, aantal zorgvragen, communicatie naar andere zorgverleners en gv'ers

Achtergrondinformatie

Ziekenhuis:

Aantal bedden:

Aantal fte geestelijk verzorgers:

Tot slot:

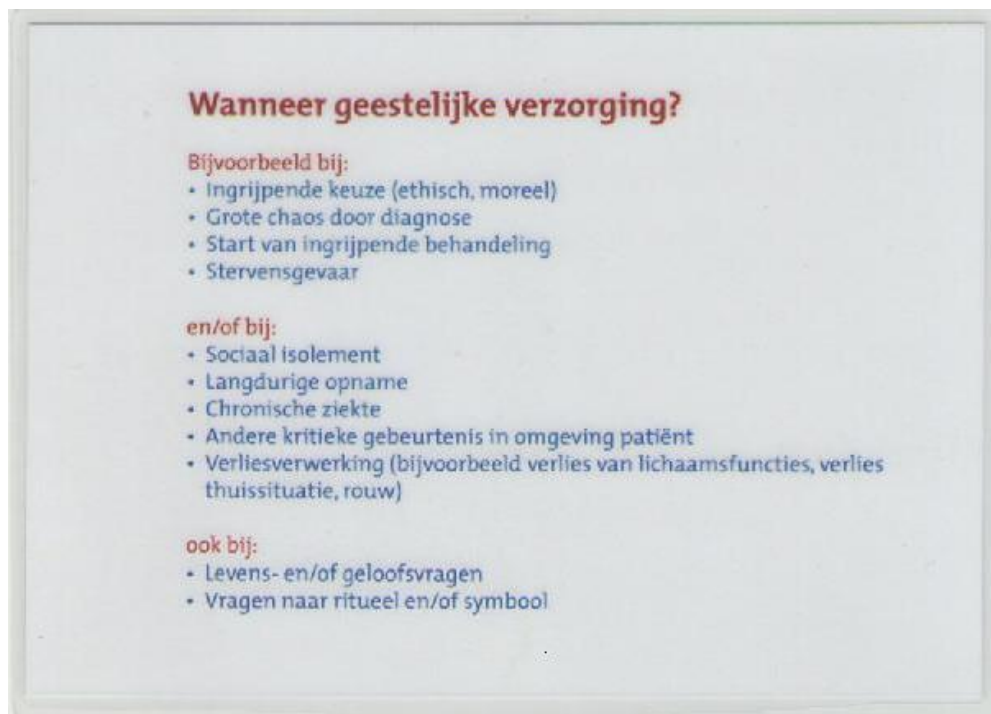
We zijn aan het einde gekomen van dit interview. Zijn er nog dingen die u kunt toevoegen om mij een beter beeld te geven van het werk van de geestelijk verzorger op de polikliniek?

Ik ben benieuwd wat u vond van het interview?

Bedankt voor de tijd die u hieraan wilde besteden en bedankt ook voor de antwoorden.

Bijlage 2 : Voorbeeld van voorlichting aan verpleegkundigen op een afdeling.

Voorbeeld van een kaart dat in een van de onderzochte ziekenhuizen gebruikt wordt bij de voorlichting van andere zorgprofessionals.



Wanneer geestelijke verzorging?

Bijvoorbeeld bij:

- Ingrijpende keuze (ethisch, moreel)
- Grote chaos door diagnose
- Start van ingrijpende behandeling
- Stervensgevaar

en/of bij:

- Sociaal isolement
- Langdurige opname
- Chronische ziekte
- Andere kritieke gebeurtenis in omgeving patiënt
- Verliesverwerking (bijvoorbeeld verlies van lichaamsfuncties, verlies thuissituatie, rouw)

ook bij:

- Levens- en/of geloofsvragen
- Vragen naar ritueel en/of symbool

Bijlage 3: Voorbeeld van voorlichting aan zorgprofessionals.

Voorbeeld van een kaart dat in een van de onderzochte ziekenhuizen gebruikt wordt bij de voorlichting van andere zorgprofessionals.



Geestelijke Verzorging

*Zorg voor Zin - zingeving voor patiënten,
bezoekers én zorgverleners*

Beleven – aandacht voor beleving

We hebben aandacht

- voor het belevingsaspect van het ziek-zijn (patiënt) of het werk (zorgverlener)
- voor wat ziek-zijn met u doet als patiënt en wat zorg verlenen met u doet als werknemer

Bezinnen – samen zoeken naar antwoorden, betekenis en zin

We zijn er voor een gesprek

- van mens tot mens, met aandacht voor wat u bezighoudt
- over ingrijpende levensmomenten en -keuzes waarvoor u staat
- over levens- en zinvragen
- een sacrament of ander ritueel

Verbinden – ruimte voor zingeving, mogelijkheden voor bezinning en aandacht voor beleving

Hierdoor

- voelt u zich als patiënt gezien en gehoord
- werkt u als zorgverlener in een prettige werkomgeving



Bijlage 4: Voorbeeld van tekst over poliklinische geestelijke verzorging op website

Na doorklikken op polikliniek

De polikliniek Geestelijke Verzorging biedt u de mogelijkheid na ontslag uit het ziekenhuis een beroep op ons te doen. Vaak wordt het contact voortgezet met de geestelijk verzorger met wie u eerder contact hebt gehad.

Ook als u niet eerder opgenomen bent geweest kunt u bij ons terecht.

Dat kan bijvoorbeeld zijn om te praten over

- **hoe u om moet gaan met uw ziekte.**
- **of u een bepaalde behandeling wel of niet in zou moeten zetten.**
- **welke beslissingen u moet nemen rond het levenseinde.**
- **over wat dit ziek zijn voor u betekent.**
- **of te ontdekken wat uw eigen manier is om met ziek zijn om te gaan.**

Daarnaast kunnen wij gesprekspartner zijn

- **bij het zoeken naar regie, stuurmanskunst, kracht en inspiratie.**
- **bij het zoeken naar houvast, moed, troost, ordening, verzoening en perspectief.**

Ook kunt u als naaste of familielid van een patiënt een beroep op ons doen.

U kunt met ons in gesprek komen over

- **ethische dilemma's in de behandeling van uw familielid.**
- **vragen rond de kwaliteit van leven.**
- **wat het ziek zijn voor u betekent.**
- **of beslissingen rond het levenseinde.**

Bent u een nabestaande en/of aanwezig geweest bij een Gedenkdag? U kunt op de polikliniek Geestelijke Verzorging terugblikken op behandeling, zorg en overlijden, over de Gedenkdag of over gevoelens en thema's die dit bij u oproept.

Voor het maken van een afspraak zoeken wij waar dat mogelijk is met u naar een tijdstip dat goed gecombineerd kan worden met uw andere afspraken in het ziekenhuis.

Bijlage 5: Tekst website dienst geestelijke verzorging.

Dienst Geestelijke Verzorging

De dienst Geestelijke Verzorging is er voor:

- Patiënten en hun familie- en vriendenkring in het ziekenhuis.
- Ouders van opgenomen kinderen en kinderen onder behandeling.
- Patiënten van de polikliniek.
- Medewerkers van het ziekenhuis.

Een bezoek aan en een verblijf in een ziekenhuis kunnen ingrijpend zijn. Niet alleen lichamelijk, maar ook geestelijk en spiritueel. Het kan verschillende gevoelens met zich meebrengen voor patiënten, hun familie en vriendenkring. Iedereen kan voor moeilijke beslissingen en ethische keuzen komen te staan. Ook kan het verblijf in het ziekenhuis levensvragen oproepen.

Bijlage 6: Tekst uitnodiging informatieavond over euthanasie.

Informatieavond over euthanasie op 7 november

15 juli 2013

Iedereen die belangstelling heeft voor het onderwerp euthanasie, is welkom op een (gratis) thema-avond in het Albert Schweitzer ziekenhuis, locatie Dordwijk, op donderdag 7 november vanaf 19.30 uur. De euthanasieconsulenten van het ziekenhuis houden deze bijeenkomst omdat zij in de praktijk merken dat er veel misverstanden bestaan.

Aanmelden is beslist nodig en kan via [dit aanmeldformulier \(klik hier\)](#).

De euthanasiewetgeving bestaat al ruim tien jaar in Nederland, maar is voor veel mensen toch 'ver van het bed'. Op het moment dat een zieke of oude patiënt écht te maken krijgt met het (al dan niet zelf gekozen) levenseinde, kan het te laat zijn voor een goede afweging. Sommige mogelijkheden liggen dan misschien al helemaal niet meer open. Een van de veel voorkomende misverstanden is dat je recht hebt op euthanasie. Of dat een arts er aan mee moet werken, wanneer de patiënt dit wil. Beide zijn onjuist.



Vroegtijdig

Het is verstandig om al vroegtijdig de huisarts of een behandelend medisch specialist te betrekken bij individuele wensen. Daarvoor is wel een zekere basiskennis nodig. Op 7 november wordt deze kennis gedeeld door een huisarts, een medisch specialist en de euthanasieconsulenten van het ziekenhuis. Aan de orde komen bijvoorbeeld de vereisten voor euthanasie, de verschillende hulpverleners en hun rollen en de betekenis van documenten zoals het euthanasieverzoek en het behandelverbod.

Afgewogen keuze

De euthanasieconsulenten willen met deze avond beslist geen reclame maken voor euthanasie. Hun rol is om patiënten met een hulpvraag te helpen bij het maken van een afgewogen keuze. Heel vaak valt deze keuze uiteindelijk juist niet op euthanasie.

Vragen stellen

Er is tijdens de avond zowel aandacht voor de medische, als de juridische, als de menselijke kant van het gekozen levenseinde. Vanzelfsprekend is er volop ruimte tot vragen stellen of [contact](#) leggen met de euthanasieconsulent voor een eventueel later gesprek. Het programma duurt circa twee uur.